

Ecole Nationale de la Santé Publique

Karine BACHONGY

Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital

Promotion 1998-2000

Dynamique d'anticipation sur le PMSI en psychiatrie à

l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Systeme d'information, coopérations interhospitalières et perspectives d'utilisation
des données

SOMMAIRE

| | |
|---------------|------|
| LEXIQUE | p 6 |
| METHODOLOGIE | p 7 |
| PROBLEMATIQUE | p 9 |
| INTRODUCTION | p 10 |

PARTIE I :
LA DEMARCHE D'ANTICIPATION SUR LE PMSI EN
PSYCHIATRIE :
LES ENJEUX D'UNE EXPERIENCE LOCALE AMBITIEUSE

I/ La collecte d'informations médicalisées : un véritable enjeu pour la psychiatrie

A) Le cadre spécifique du pilotage en psychiatrie p 15

1. Le mode de financement ne permet pas aux établissements psychiatriques de défendre leur position auprès de la tutelle

1.1 Un mode de financement non rénové, utilisant des critères d'activité grossiers

1.2 La tendance des campagnes budgétaires accentue la nécessité d'un PMSI en psychiatrie

2. Les outils traditionnels de connaissance de l'activité sont insuffisants p 18

2.1 Les indicateurs d'activité classiques pour la psychiatrie

2.2 Les données de la fiche-patient

3. Les informations médicalisées apparaissent essentielles pour le pilotage interne de l'hôpital p 19

3.1 Les conséquences du manque d'informations sur l'activité pour le pilotage

3.2 Sortir de la simple maîtrise comptable des dépenses

B) Etat d'avancement des travaux sur le PMSI en psychiatrie au niveau national p 22

1. La médicalisation des systèmes d'information en Médecine, Chirurgie, Obstétrique, et Soins de Suite et de Réadaptation

1.1 Les concepts et la mise en place du PMSI

1.1.1 Le PMSI Médecine, Chirurgie, Obstétrique

1.1.2 La mise en place du PMSI Soins de Suite ou de Réadaptation

1.2 L'objectif du PMSI en France

2. Le PMSI court séjour n'est pas adapté à la psychiatrie p 26

2.1 Le contexte législatif et réglementaire

2.2 L'absence de classification médico-économique en psychiatrie

2.2.1 Aucun modèle achevé pour la santé mentale

2.2.2 Des expériences étrangères intéressantes

2.3 Les particularités de la psychiatrie

2.3.1 Certaines particularités liées à la maladie mentale

2.3.2 D'autres particularités liées à la diversité des pratiques psychiatriques

3. Historique du PMSI en Santé Mentale : la démarche de la Mission PMSI p 31

3.1 Hypothèses de travail de la Mission PMSI

- 3.2 Déroulement chronologique de travaux de la Mission PMSI du Ministère
 - 3.2.1 Premier temps : le groupe des treize
 - 3.2.2 Deuxième temps : l'expérimentation nationale et la construction de la classification médico-économique
 - 3.2.3 Les prochaines étapes : le calendrier prévisionnel de la mission PMSI
 - 3.2.4 L'hypothèse des trajectoires de soin n'a pas abouti pur l'instant
- 3.3 Le Centre hospitalier de Brumath n'a pu saisir l'opportunité de l'expérimentation nationale

II/ La démarche de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord

A) Les raisons de l'anticipation sur le PMSI en psychiatrie p 35

- 1. Une volonté d'être acteur du système qui se met en place
 - 1.1 Analyse des raisons qui ont mené à l'anticipation
 - 1.1.1 Une volonté de la Direction de connaître l'activité de l'hôpital à des fins d'argumentation budgétaire
 - 1.1.2 La préparation des outils informatiques
 - 1.2 Certaines faiblesses dans l'argumentation dès le lancement du projet
 - 1.2.1 L'absence de définition des résultats concrets à atteindre
 - 1.2.2 Un défaut de réflexion sur l'ampleur des moyens à consacrer au projet
 - 1.2.3 Le projet n'a pu être suivi en continu par la direction
- 2. La mise en commun des ressources, grâce à deux types de coopérations interhospitalières, a facilité la démarche d'anticipation : p 39
 - 2.1 Des éléments facilitants
 - 2.1.1 Sur le plan technique
 - 2.1.2 Une double coopération pour la mise en œuvre du PMSI
 - 2.2 L'intégration du médecin DIM dans le groupe de travail de la Mission PMSI en psychiatrie

B) Analyse d'une conduite dite « prescrite » du changement p 43

- 1. La conduite du changement dans les sciences de gestion appliquée au projet PMSI
 - 1.1 La phase de maturation
 - 1.2 La phase de déracinement
 - 1.3 Phase d'enracinement
- 2. L'impact de ce type de démarche sur l'acceptation du changement p 46
 - 2.1 Un changement « prescrit »
 - 2.2 La faibles adhésion des équipes soignantes et médicales au projet

C) Les apports de l'EPSAN à la réflexion nationale sur le PMSI en psychiatrie p 48

- 1. Le lancement de travaux de recueil est considéré comme bénéfique par la mission PMSI
- 2. L'EPSAN devrait être un lieu de test efficace pour le recueil en routine
- 3. Ce projet montre avant tout l'intérêt de la coopération en matière d'information médicale

Conclusion de la partie p 49

Partie II :
RENFORCER L'INFORMATION MEDICALE ET DETERMINER DES OBJECTIFS
D'UTILISATION EN GESTION INTERNE

I/ L'outil et l'organisation du recueil peuvent être performants, mais manquent de crédibilité :

A) La médicalisation des données grâce à une application informatique spécifique « PMSI en psychiatrie » p 52

1. La création d'une nouvelle application plutôt que l'enrichissement du logiciel existant
2. La méthodologie du groupe de travail local P 53
3. Les particularités du logiciel et de la grille de saisie P 54
 - 3.1 Un outil simple, auquel certaines améliorations pourraient être apportées
 - 3.1.1 Un outil peu ergonomique, mais simple d'utilisation
 - 3.1.2 L'organisation permettra, à terme, d'alléger la saisie
 - 3.1.3 La formation des personnels, clef de voûte du projet

3.2 Un outil devant respecter l'obligation de confidentialité des données

B) Des difficultés techniques affectent la crédibilité des informations : p 57

1. Des problèmes de circuit de l'information
2. Améliorer la crédibilité des informations recueillies p 58
 - 2.1 L'importance d'un retour de l'information rapide
 - 2.2 Veiller aux avantages « secondaires » que les médecins pourraient retirer
 - 2.3 S'assurer de la qualité du codage

C) Relancer la communication autour d'un schéma directeur de l'informatique p 62

1. Le schéma directeur de l'informatique, élément du projet d'établissement
 2. Réunir de nouveau le groupe de travail local p 63
 3. Relancer la communication p 63
- Conclusion de la partie p 64

II/ Améliorer les potentialités de l'outil en vue de favoriser son exploitation en interne

A) La mise en place d'un système d'information global et cohérent p 65

1. L'importante question des missions respectives du Département d'Information Médicale et de la Direction
 - 1.1 Les textes
 - 1.2 Les problèmes de répartition des rôles
2. L'EPSAN dispose d'un système d'information homogène et fiable pour les informations administratives» p 69

| | |
|--|-------|
| 3. Améliorer les fonctionnalités du SIH par la coopération avec le Centre Hospitalier du Haut-Rhin | p 70 |
| 3.1 Cariatides, un système d'information intégré, fonctionnel et ergonomique | |
| 3.2 Les étapes prévues pour le développement de Cariatides | |
| 3.3 La coopération interhospitalière en matière de SIH : intérêt et modalités | |
| <u>B) Perspectives d'utilisations</u> | p 75 |
| 1. Difficultés de l'utilisation | p 76 |
| 1.1 Les obstacles à l'utilisation des données | |
| 1.2 La nécessité d'un développement concomitant de la comptabilité analytique | |
| 2. Types et exemple d'exploitation des données | p 80 |
| 2.1 Analyses standards | |
| 2.2 Analyses à la demande | |
| 3. Des critères de répartition des moyens humains entre les secteurs selon leur activité | p 82 |
| 3.1 Le mode de répartition actuel et les difficultés d'un tel exercice | p 83 |
| 3.1.1 La répartition résulte de l'histoire des secteurs et d'une politique égalitaire | |
| 3.1.2 Les difficultés inhérentes à tout critère | |
| 3.2 Déterminer un critère pertinent et acceptable | p 85 |
| 3.2.1 Les éléments composant le critère | |
| 3.2.2 La méthode | |
| 3.3 Les limites de cette démarche et les préalables à son application | p 97 |
| 3.3.1 Définition et fiabilité des items | |
| 3.3.2 Allocation de moyens spécifiques en fonction des projets | |
| 3.3.3 Comparaison avec le critère « population » | |
| Conclusion la partie | p 100 |
| CONCLUSION | p 101 |
| ANNEXES | p 104 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES et BIBLIOGRAPHIE | p 112 |

LEXIQUE :

- ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- ARH : agence régionale de l'hospitalisation
- CIM 10 : classification internationale des maladies, dixième version
- CMC : caractéristique médico-sociale
- CMD : catégorie majeure diagnostique
- CNIL : commission nationale Informatique et Liberté
- CRIH : centre régional de l'informatique hospitalière
- DGS : direction générale de la santé
- DIM : département de l'information médicale
- DRG : diagnosis related group
- EPSAN : Etablissement Public de Santé Alsace Nord
- GHJ : groupe homogène de journées
- GHM : groupe homogène de malade
- LAMA : logiciel d'aide à la mesure de l'activité
- PMSI MCO : programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique (court séjour)
- PMSI SSR : programme de médicalisation des systèmes d'information en soins de suite et de réadaptation
- Point ISA : indice synthétique d'activité, en francs par point d'activité
- RHS : résumés hebdomadaires standardisés
- RSA : résumé de sortie anonymisé
- RSS : résumé de sortie standardisé
- RUG : Resources Utilization Group
- RUM : résumé d'unité médicale
- SIH : système d'information hospitalier
- SROS : schéma régional d'organisation sanitaire

METHODOLOGIE :

La médicalisation du système d'information d'un établissement hospitalier relève principalement du Département d'Information Médicale.

Ce mémoire aborde toutefois une problématique spécifique : celle de la stratégie d'anticipation sur le PMSI en psychiatrie par un établissement hospitalier. Par ailleurs, la détermination de la nature du système d'information relève pleinement de la Direction, ainsi que le précise la circulaire n°16 du 18 novembre 1982.

Etant donné l'intrication du Département d'Information Médicale et de la Direction en ce qui concerne le PMSI, leurs missions respectives seront clairement définies au cours du mémoire : si la phase d'orientation stratégique de l'établissement ressortit aux fonctions de la Direction, celle de la mise en place du recueil et de l'exploitation des données appartient en propre au médecin responsable de l'information médicale. La Direction a toutefois un rôle d'accompagnement et de soutien logistique, ainsi qu'une responsabilité en matière de confidentialité.

Lors de la rédaction de ce mémoire professionnel, destiné à aborder les problèmes spécifiques de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord, le contexte national ne pouvait être occulté. En effet, organiser un système de recueil d'informations médicales n'a aucun sens s'il ne correspond pas, au minimum, à ce qui sera demandé aux établissements psychiatriques en terme de connaissance de leur activité.

En matière de PMSI en psychiatrie, on rencontre beaucoup plus de sceptiques que de convaincus. Nombreux sont ceux qui considèrent que la psychiatrie ne rentrera jamais dans son champ, au contraire du court séjour et des soins de suite et de réadaptation. Au contraire, ce mémoire part du principe que le PMSI psychiatrie verra le jour, au départ certes sous une forme très imparfaite, étant donné ses contraintes.

La méthode adoptée vise à ne pas perdre de vue les expérimentations faites en la matière par la Mission PMSI relevant du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Celles-ci conditionnent, en effet, le succès ou l'échec du pari fait par l'EPSAN. C'est pour cette raison que Mme Magali Rineau, responsable du dossier « psychiatrie » à la Mission PMSI en psychiatrie, a été un référent majeur de ce mémoire.

Sur le site de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord, les interlocuteurs privilégiés furent, bien entendu, le Directeur, M. Coignard, ainsi que le Directeur des Finances et de l'Informatique, M. Bickel, et le médecin responsable du Département d'Information Médicale, le Docteur Sauleau. Il a semblé opportun de rencontrer le Directeur des Finances précédent, Mlle Krencker, qui avait démarré le projet.

Un travail auprès des utilisateurs fut également réalisé, en ne perdant pas de vue que cela constitue une des attributions spécifiques du Département d'Information Médicale.

Toutefois, l'expérience de l'EPSAN, démarche d'anticipation sur les directives nationales, devait être mise en perspective. Il était donc important de rencontrer le médecin responsable du Département d'Information Médicale du Centre Hospitalier Spécialisé de Rouffach (Haut-Rhin), le Docteur Chomon, et le Docteur Roeslin occupant les mêmes fonctions des Hôpitaux Civils de Strasbourg.

Les calculs destinés à la répartition des moyens humains entre les secteurs ont été soumis à M. Tardif, professeur relevant du département EGERIES de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Enfin, les échanges avec mon directeur de mémoire, le Professeur Jean-Louis Terra, responsable du Département d'Information médicale du Centre Hospitalier du Vinatier et expert pour l'ANAES, m'ont aidée à prendre le recul nécessaire.

PROBLEMATIQUE :

L'objectif de ce mémoire professionnel est d'analyser la dynamique d'anticipation sur le PMSI en psychiatrie par l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord.

Une longue démarche de définition d'un recueil de données médicalisées a été lancée à partir de juin 1997. Ce projet a pu être réalisé grâce à la mise en place de deux coopérations interhospitalières, l'une pour la définition du recueil d'informations, l'autre pour le financement d'un Département d'Information Médicale.

Pourtant, le lancement du recueil, à partir de février 1999, n'a été réellement accepté que par trois secteurs sur les huit et un intersecteur sur les deux que comporte l'hôpital, ce qui révèle un problème d'implication des personnels.

Ce mémoire vise à analyser la démarche, afin d'en saisir la motivation et les enjeux, et de montrer l'intérêt de la coopération interhospitalière en matière informatique. Certaines limites inhérentes à une telle anticipation seront également mises en exergue. La perception de ces limites permettra dans un second temps de dresser des pistes d'évolution du projet.

« L'avenir ne se prévoit pas, il se prépare »

Maurice Blondel¹

INTRODUCTION :

La psychiatrie est aujourd'hui dans une situation délicate : bien qu'elle évolue dans le même espace budgétaire que les autres spécialités, elle a la particularité de ne connaître que très partiellement son activité. Faute de données incontestables, nombreux sont ceux qui dénoncent la surdotation des établissements psychiatriques ; tout aussi nombreux, d'ailleurs, que ceux qui se plaignent d'une érosion injustifiée de ces moyens.

En sus de cette situation budgétaire inconfortable, l'absence d'informations concernant l'activité psychiatrique place les établissements devant l'impossibilité de mener une gestion médicalisée de leurs moyens.

La volonté d'obtenir la médicalisation des données sur l'activité de l'hôpital est, pourtant, une préoccupation des politiques de santé depuis plus de quinze ans. Dès la mise en place du budget global, ce souci de « rendement » des dispositifs de soins, par-delà la simple dépense des crédits disponibles, était présent. Les établissements devaient pouvoir justifier leurs besoins de financement à partir de leur activité, formalisée au travers du Programme de Médicalisation du Système d'Information.

Les spécialités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique furent traitées en premier, car elles

¹ Citée dans le « Manuel de prospective stratégique », M. Godet [1]

représentent la part des dépenses la plus importante et qu'un modèle opérationnel de classification médico-économique existait aux Etats-Unis.

L'objectif du PMSI est de contribuer à la réduction des inégalités de ressources entre régions, ainsi qu'entre établissements, grâce à l'analyse médico-économique de l'activité hospitalière.

Néanmoins, cette réduction des inégalités ne pourra être totalement réalisée sans que les établissements psychiatriques soient, eux aussi, en mesure de faire transparaître leur niveau d'activité. En 1999, le Programme de Médicalisation du Système d'Information ne concerne que les disciplines de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) et les soins de suite et de réadaptation². Les travaux sur le PMSI en santé mentale ont, certes, débuté en 1990, mais n'ont pas encore abouti à une classification médico-économique performante.

Les systèmes de classification des malades permettent de définir l'éventail des cas traités dans un hôpital. En effet, chaque patient nécessite, au cours de son séjour, des ressources dont l'agencement par le médecin détermine son processus de prise en charge. L'hypothèse de départ est que certaines caractéristiques du patient autorisent à prédire les coûts engendrés par la prise en charge.

Afin de connaître l'activité des hôpitaux, il est donc impératif de connaître les types de malades qui y rentrent, ce qui constitue un indicateur des processus de production mis en œuvre par l'hôpital et donc de sa consommation de ressources.

La typologie des Resources Utilizations Groups (RUGs) est utilisée en France comme classification médico-économique pour le moyen séjour. On définit des journées d'hospitalisation de lourdeurs différentes de prise en charge, selon une périodicité hebdomadaire, en fonction des

caractéristiques médico-sociales du patient. Les prémisses d'une classification en psychiatrie s'engagent dans cette voie.

Etant donné l'enjeu, l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord a souhaité se donner les moyens d'une meilleure connaissance de son activité. Le projet d'anticipation sur le PMSI s'est donc appuyé sur les seuls éléments dont il pouvait disposer, c'est-à-dire la liste des variables demandées lors de l'expérimentation nationale de décembre 1997 et janvier 1998. Depuis le début de l'année, le responsable de son Département d'Information Médicale a été inclus dans le groupe technique de la Direction des Hôpitaux sur le PMSI en psychiatrie, ainsi que dans le comité de suivi, ce qui permet d'anticiper avec plus de sécurité.

L'Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Cet hôpital est né, le 1^{er} janvier 1999, de la fusion des deux Centres Hospitaliers psychiatriques de Brumath et de Hoerd (Bas-Rhin).

L'Etablissement Public de Santé Alsace Nord comprend aujourd'hui huit secteurs de psychiatrie adulte, deux inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et un service médico-psychologique régional. Près de 1430 agents participent à la prise en charge des patients et au fonctionnement général de l'hôpital.

Les secteurs ont tous une organisation spécifique, plus ou moins orientée sur la prise en charge extra-hospitalière des patients. La description rapide de ces différences structurelles est importante pour la compréhension du mémoire : elles influent à la fois sur la construction même du PMSI en psychiatrie et sur l'organisation du recueil des informations médicalisées.

Ainsi, les secteurs ont plus ou moins développé les structures extra-hospitalières et organisent différemment la prise en charge de leurs patients, entre l'hospitalisation sur le site et les

² Arrêté du 29 juillet 1998 relatif au recueil, au traitement des données d'activité médicale (...) pour les établissements

alternatives à l'hospitalisation.

| Structures | G01 | G02 | G03 | G04 | G05 | G06 | G07 | G08 | I01 | I02 |
|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| H J | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 4 |
| CMP | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 7 | 3 |

H J : Hôpital de Jour

CMP : Centre Médico-Psychologique

| | 1995 | | | 1997 (dernière année disponible) | | |
|------------------|-------------|-------------|---------------|----------------------------------|-------------|---------------|
| | Ambulatoire | Temps plein | Temps partiel | Ambulatoire | Temps plein | Temps partiel |
| Secteur G01 | 66 % | 9 % | 2 % | 70 % | 5,6 % | 9 % |
| Secteur G02 | 37 % | 13 % | 7 % | 48 % | 15 % | 22 % |
| Secteur G03 | 25 % | 31 % | 4 % | 26 % | 27 % | 13 % |
| Secteur G04 | 36 % | 21 % | 2 % | 45 % | 14 % | 19 % |
| Secteur G05 | 39 % | 18 % | 3 % | 38 % | 25% | 16 % |
| Secteur G06 | 35 % | 19 % | 3 % | 41 % | 18 % | 9 % |
| Secteur G07 | 38 % | 27 % | 2 % | 26 % | 32 % | 9 % |
| Secteur G08 | 24 % | 40 % | 3 % | 3 % | 36 % | 15% |
| | | | | 1996 28% | | |
| Intersecteur I01 | 66 % | 1 % | 12 % | 70 % | 6 % | 9 % |
| Intersecteur I02 | 74 % | 2 % | 2 % | 77 % | 2 % | 18 % |

Statistiques DGS

Ambulatoire : % patients pris en charge exclusivement en ambulatoire / File active totale

Temps plein : % patients pris en charge exclusivement à temps plein / File active totale

Temps partiel : % patients pris en charge exclusivement à temps partiel / File active partielle

PARTIE I :

**La démarche d'anticipation sur le PMSI en psychiatrie :
les enjeux d'une expérience locale ambitieuse**

I/ La collecte d'informations médicalisées : un véritable enjeu pour la psychiatrie

A) Le cadre spécifique du pilotage en psychiatrie :

Le financement des centres hospitaliers psychiatriques est régi par un taux directeur s'appuyant sur des critères d'activité peu opérationnels. En l'absence d'informations médicalisées, la maîtrise de ses dépenses est uniquement comptable. Les établissements ne peuvent donc ni défendre leur position vis-à-vis de la tutelle, ni disposer d'outils d'organisation interne fondés sur des critères pertinents d'activité.

1. Le mode de financement ne permet pas aux hôpitaux psychiatriques de défendre leur position vis-à-vis de la tutelle:

1.1 Un mode de financement non rénové, utilisant des critères d'activité grossiers :

Dans le domaine de la psychiatrie, la politique de sectorisation, qui associe prévention, hospitalisation, soins ambulatoires et de post-cure, fait du management des établissements publics spécialisés un mode de pilotage particulier.

La réforme de l'organisation et du financement de la psychiatrie publique intervenue en 1985³ a concrétisé les profondes modifications intervenues dans le fonctionnement des services de soins. L'unification du financement permet ainsi aux établissements de répartir librement leurs moyens financiers et humains entre l'hospitalisation et les activités communautaires.

Depuis, les modes de répartition des moyens en psychiatrie n'ont guère été rénovés. Les

³ Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985

moyens sont, certes, attribués à partir d'une enveloppe sanitaire départementale dès 1984, puis régionale en 1996 qui regroupe les dotations globales de tous les hôpitaux, généraux et psychiatriques. La psychiatrie appartient donc au même espace budgétaire que les Centres Hospitaliers Généraux.

Une différence subsiste néanmoins, qui place les établissements spécialisés dans une position de fragilité : les centres hospitaliers généraux disposent d'un outil de négociation budgétaire, le Programme de Médicalisation du Système d'Information, servant de langage commun entre les services de l'établissement, et entre l'établissement et la tutelle, alors que les secteurs implantés en hôpital général et les centres hospitaliers psychiatriques n'en disposent pas.

En effet, l'article 174-1-1 du Code de la Sécurité Sociale dispose, en effet, que les dotations régionales sont arrêtées par les Ministres de la Santé, de la Sécurité Sociale, du budget et de l'économie, en fonction des besoins de la population, des orientations des SROS et des priorités sanitaires, en tenant compte de l'activité et des coûts des établissements. Or, en ce qui concerne les établissements psychiatriques, les autorités nationales et régionales ne peuvent se fonder que sur des données quantitatives, nécessairement grossières, pour mesurer l'évolution de leur activité.

Si la psychiatrie reste à l'écart de ce mouvement de mesure de l'activité, le risque est de voir cohabiter deux médecines, l'une rationnelle, capable de rendre compte de ce qu'elle fait, l'autre non susceptible d'évaluation économique, dont l'activité ne pourrait être justifiée.

La Direction des Hôpitaux, par l'intermédiaire de la sous-direction « affaires financières », recherche d'ailleurs un indicateur d'activité : l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord s'est porté candidat et a été retenu pour tester le nouvel outil.

1.2 La tendance des campagnes budgétaires accentue la nécessité d'un PMSI en psychiatrie :

En 1999, les moyens des trois établissements spécialisés d'Alsace ont été reconduits. En effet, l'enveloppe hospitalière attribuée à la région était en hausse de 2,49% par rapport à 1998 et les efforts de réduction budgétaire ont porté sur trois hôpitaux de court séjour⁴. L'Etablissement Public de Santé Alsace Nord a obtenu une progression de 0,62% de son budget.

En revanche, dans la plupart des régions, les hôpitaux psychiatriques subissent, ou sont en passe de subir, des rééquilibrages budgétaires importants. Certaines agences régionales de l'hospitalisation, comme celle de Lorraine, ont lancé des groupes de travail, afin d'élaborer des outils de réduction des inégalités entre établissements psychiatriques en attendant le PMSI.

Du côté de l'activité hospitalière, le Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information (SESI) a publié, au début de l'année 1999, un rapport sur l'ensemble des hôpitaux publics et privés PSPH⁵. Au 30 juin 1998, sur l'ensemble du territoire, le nombre d'entrées en psychiatrie poursuit sa forte progression, de plus de 3%. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris est la seule exception. De plus, les efforts en matière de réduction du nombre de journées continuent.

Ces divers constats permettent de penser que les établissements psychiatriques auraient intérêt à faire pression pour leur intégration au sein du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

D'un côté, les agences régionales de l'hospitalisation recherchent des critères de répartition des enveloppes, ce qui peut inquiéter les établissements réalisant régulièrement des excédents qu'ils affectent à l'humanisation des structures, à l'instar de l'EPSAN.

⁴ Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, le Centre de Traumatologie et d'Orthopédie d'Illkirch Graffenstaden (CRAM) et le Centre Hospitalier de Colmar.

⁵ « L'activité dans l'ensemble des hôpitaux publics et privés PSPH, situation au 30 juin 1998 », Premiers résultats, SESI.

De l'autre, l'activité des hôpitaux psychiatriques, mesurée avec des indicateurs somme toute grossiers, laisse augurer d'une croissance continue, dont les établissements pourraient arguer lors des campagnes budgétaires.

2. Les outils traditionnels de connaissance de l'activité sont insuffisants :

2.1 *Les indicateurs d'activité classiques pour la psychiatrie :*

L'Etablissement Public de Santé Alsace Nord recueille, dans son rapport d'activité, quelques items simples :

- l'évolution des lits, places et journées par secteur et par modalité de prise en charge (hospitalisation plein temps, temps complet, hospitalisation de jour, Centre d'activité thérapeutique à temps partiel)
- la file active
- la durée moyenne de séjour (journée moyenne réalisées / entrées ou / file active) et sa distribution journalière par tranches
- le taux d'occupation des lits
- l'évolution plus spécifique de l'activité ambulatoire : actes par intervenant MIPAX, c'est-à-dire médecins, infirmiers, psychologues, assistante sociale, autres intervenants).

Ces informations sont recueillies grâce à la fiche patient D G S (Direction Générale de la Santé) et transmises sous la forme de rapports annuels de secteurs.

2.2 *Les données de la fiche-patient :*

La Direction Générale de la Santé a mis en place, au 1^{er} janvier 1988 pour les secteurs adultes et au 1^{er} janvier 1991 pour les secteurs enfants, une fiche papier permettant de recueillir

des données sur le patient et sa prise en charge.

Le recto recense les informations administratives, socio-économiques (situation de famille, allocations, protection civile, activité et catégorie professionnelle) et médicales sur le patient. L'information médicalisée se résume au diagnostic principal, codé grâce à la Classification Internationales des Maladies Dixième révision ; celui-ci devrait être recueilli une fois par an dans la fiche patient.

Le verso rend compte au jour le jour de la modalité de prise en charge du patient (temps complet, partiel, prise en charge ambulatoire, catégorie d'intervenant).

Cette fiche patient avait plusieurs objectifs de départ. Elle visait, tout d'abord, à cerner les modalités de prise en charge des patients et à rendre compte de l'importance de l'activité extra-hospitalière. Ces informations devaient permettre d'améliorer le rapport annuel de secteur.

Par ailleurs, les équipes soignantes avaient la possibilité, par le biais de la fiche patient, de mieux connaître les caractéristiques de la population prise en charge.

Enfin, les informations recueillies pouvaient apporter, en théorie, des arguments de négociation budgétaire plus pertinents que le simple critère « journée d'hospitalisation ».

Cette fiche n'a pas atteint ses objectifs : ses potentialités n'ont pas été exploitées, du moins à l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord, ni pour enrichir les rapports annuels de secteurs, ni comme outil de négociation. Les rapports d'activité de secteur en sont restés aux informations minimales citées plus haut et n'ont nullement pris en compte les diagnostics codés ou les données socio-économiques.

3. Les informations médicalisées apparaissent essentielles pour le pilotage interne de l'hôpital :

Le Programme de Médicalisation du système d'information est un outil de répartition des

dotations financières et intéresse l'établissement dans ses rapports avec les organismes payeurs et de planification. Pourtant, il se révèle aujourd'hui capital pour gérer un centre hospitalier. Le fonctionnement des établissements psychiatriques appelle quelques remarques particulières.

3.1 Les conséquences du manque d'informations sur l'activité pour le pilotage d'un établissement psychiatrique :

Les propos précédents montrent l'inconvénient de ne pas posséder de PMSI alors que les agences régionales de l'hospitalisation répartissent une enveloppe régionale unique entre les centres hospitaliers généraux et psychiatriques.

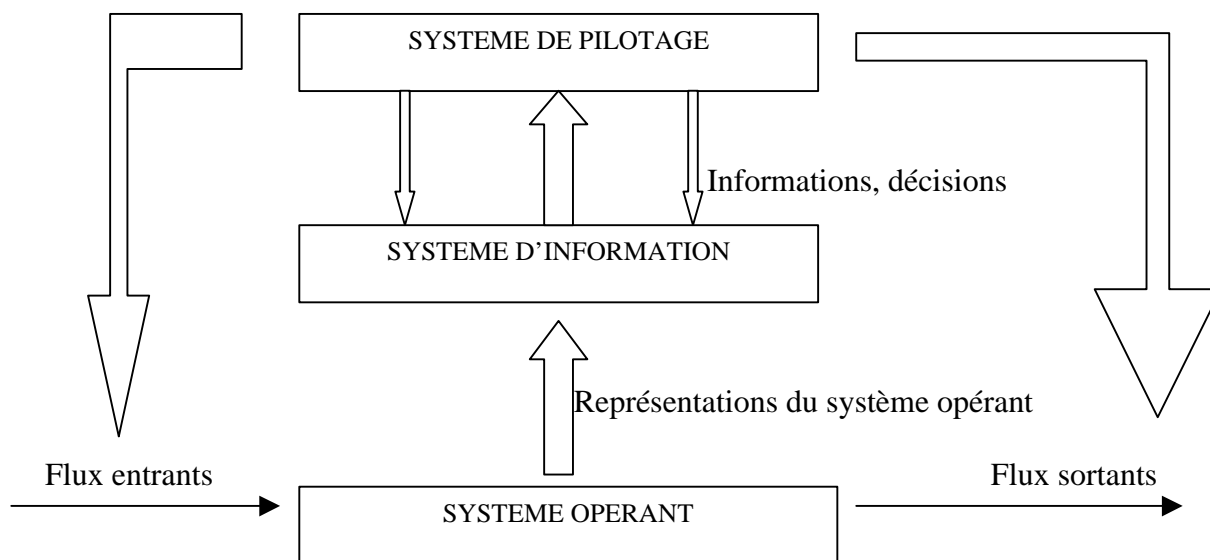
En interne également, l'absence de données sur l'activité des différents secteurs oblige à répartir les moyens de façon parfaitement égalitaire, sans pouvoir proposer de critères pertinents de répartition.

Classiquement, dans une entreprise, on distingue le système de pilotage et le système opérant. Le système de pilotage décide du comportement de l'organisation en s'appuyant sur un ensemble d'informations sur l'environnement et sur le comportement de l'organisation.

Le système opérant, quant à lui, est le siège de l'activité qui transforme les flux entrants en flux sortants. Au vu des informations représentant l'activité du système opérant, le système de pilotage est capable de réagir : il prend en compte les objectifs de l'organisation, les informations sur l'environnement et les données fournies par le système opérant pour prendre les décisions stratégiques.

Le système d'information intervient comme intermédiaire : il représente la mémoire de l'organisation, qui possède ainsi des informations sur l'état actuel du système opérant, mais aussi sur son état passé.

En psychiatrie, le système de pilotage prend ses décisions en se fondant sur l'environnement externe de l'établissement et sur les objectifs que se donne l'organisation, sans s'appuyer sur le comportement présent et passé du système opérant puisqu'il ne le connaît que très partiellement.



F KOHLER⁶

3.2 Sortir de la simple maîtrise comptable des dépenses au sein de l'hôpital :

De manière générale, la maîtrise des dépenses n'est pas seulement un objectif national : chaque établissement doit pouvoir améliorer son système de gestion à partir d'informations précises sur l'activité des services de soins.

Toute une série d'outil de gestion peut être améliorée grâce à la connaissance de l'activité de l'établissement et à la possibilité de la mesurer non seulement quantitativement, mais aussi qualitativement.

Afin de mettre en place une gestion médicalisée, l'élaboration d'une échelle de coûts relatifs est nécessaire. Sur cette échelle, chaque produit hospitalier doit pouvoir être valorisé

⁶ KOHLER F., 1992 [2]

financièrement. L'établissement pourra mettre en regard les informations de la comptabilité analytique et la description clinique de l'activité, afin de savoir si les pratiques de soins et les coûts qu'elles génèrent sont ajustées à leur valorisation financière.

Plus spécifiquement, au sein d'un établissement psychiatrique, la répartition de moyens entre les secteurs est très aléatoire, résultant des acquis du passé et d'une volonté d'allouer de façon égalitaire, mais sans prendre en compte l'activité réalisée. Les données médicalisées, associées à leur valorisation, pourront permettre de répartir les moyens de façon plus pertinente.

Ces quelques points seront étudiés de façon précise lors de la recherche sur les perspectives d'utilisation des données.

B) Etat d'avancement des travaux sur le PMSI en psychiatrie au niveau national :

1. La médicalisation des systèmes d'information en Médecine, Chirurgie, Obstétrique, et Soins de Suite et de Réadaptation :

1.1 Les concepts et la mise en place :

L'intérêt de cette brève description est de montrer que le PMSI en psychiatrie part, en fait, des mêmes hypothèses de réflexion ; il diffère, en revanche, sur les variables choisies et donc sur la nature du recueil de données médicalisées.

De plus, les étapes de la mise en place du PMSI Soins de Suite ou de Réadaptation

permettent de prédire la démarche de la mission PMSI Psychiatrie lorsque le document de recueil standard sera prêt.

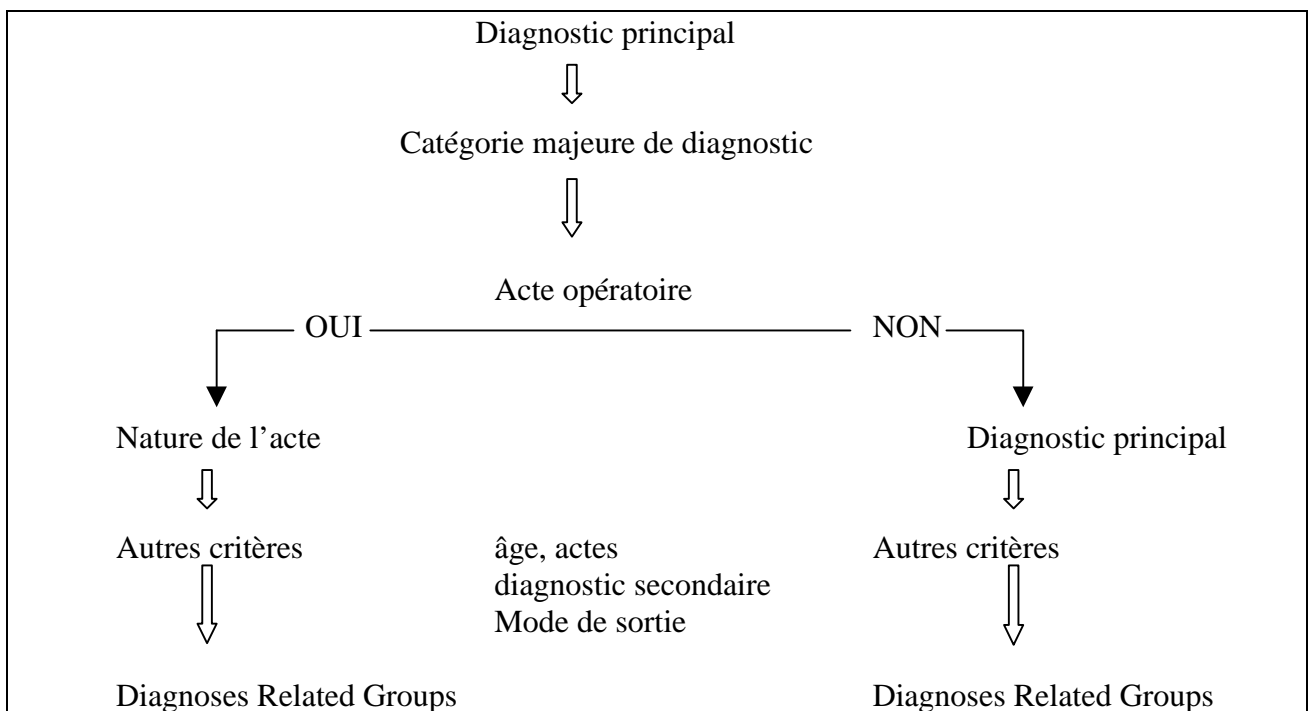
1.1.1 Le PMSI Médecine, Chirurgie, Obstétrique :

Dès 1982, M. de Kervasdoué, Directeur des Hôpitaux, œuvra à transposer le système américain des « Diagnosis Related Groups » au système de santé français, afin de l'utiliser comme indicateur médico-économique de l'activité des établissements hospitaliers.

La classification DRG du Professeur Fetter est élaborée à partir du recueil de variables administratives et médicales, pour tout patient, a posteriori, c'est-à-dire à la fin de son séjour. L'idée est de regrouper les patients qui ont des caractéristiques cliniques semblables et requièrent donc des prestations de nature et de niveau comparables.

Le principe repose en fait sur la constatation d'une forte corrélation entre le montant des dépenses engagées et la durée de séjour. La seconde hypothèse est que la variable «durée de séjour » peut être expliquée, ce qui signifie qu'elle varie en fonction des variables explicatives choisies.

L'algorithme de Fetter permet de mieux comprendre le principe de sa classification :

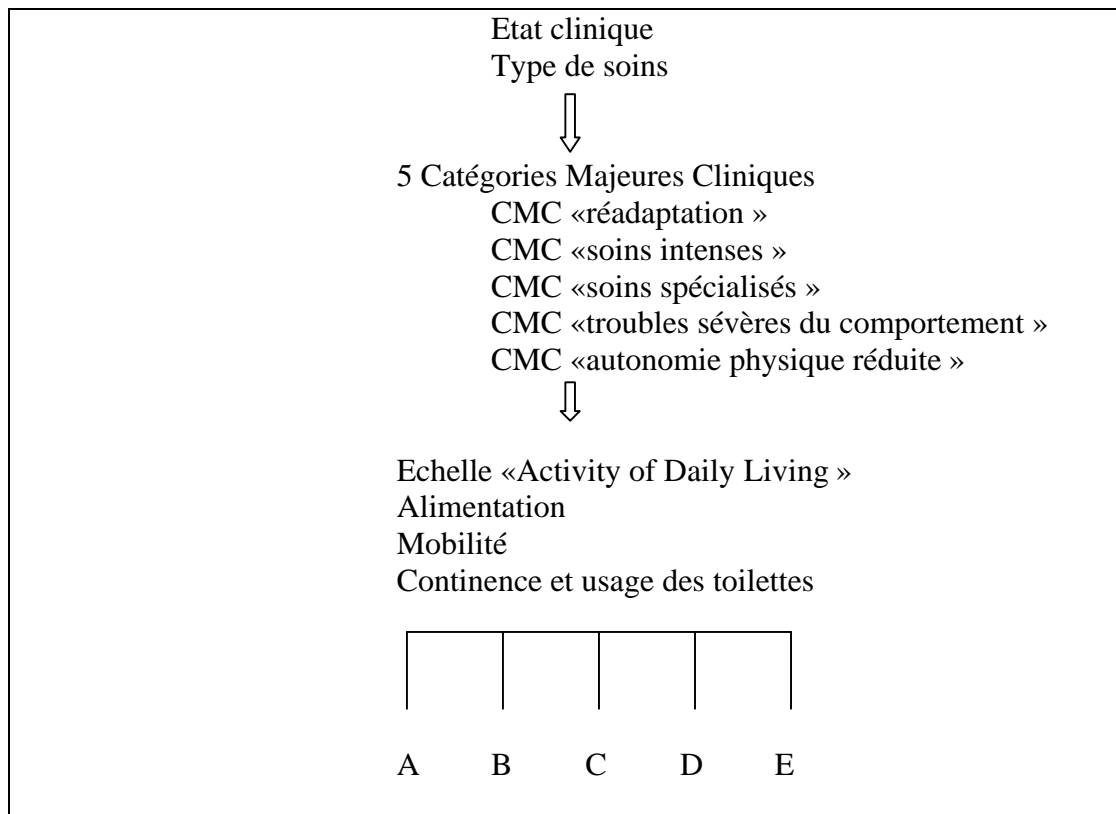


1.1.2 La mise en place du PMSI Soins de Suite ou de Réadaptation :

Pour les soins de suite et de réadaptation, c'est un second algorithme qui permet de classer les patients en Groupes Homogènes de Journées, selon l'exemple des Resources Utilization Groups américains.

La première information considérée est l'état clinique du patient et le type de soins nécessité ; cinq catégories majeures diagnostiques (CMC) en sont issues, qui possèdent une cohérence clinique.

Les patients sont ensuite affectés à différents RUG, cohérents économiquement cette fois, selon leur niveau de dépendance évalué grâce à l'échelle Activity of Daily Living, index d'activité de la vie quotidienne.



Une brève description des étapes de mise en place des outils montre la diligence dont doivent faire preuve les établissements une fois que le Ministère a imposé le recueil des données.

Cela peut plaider, dans une certaine mesure, pour l'anticipation sur les directives ministérielles.

Le recueil d'informations standard est obligatoire pour les 1200 établissements de soins de suite et réadaptation, sous compétence tarifaire de l'Etat, depuis le 1^{er} juillet 1998. Un arrêté du 29 juillet 1998 fixe les conditions de recueil, de traitement et de transmission aux Agences Régionales de l'Hospitalisation des données d'activité médicale.

Afin de faciliter le démarrage du recueil, le Centre de Traitement de l'Information PMSI (CTIP) a diffusé gratuitement aux établissements un logiciel de saisie et de groupage des Résumés Hebdomadaires de Sortie. De plus, des sessions régionales de formation aux outils de recueil ont été organisées.

Quant au logiciel d'anonymisation des données, GENRHA, il a été diffusé à la mi-mars 1999 ; parallèlement, les différents établissements ont reçu le guide des retraitements comptables du compte administratif courant février. L'échelle de pondération économique des Groupes Homogènes de Journées est en phase de construction et servira d'instrument d'allocation budgétaire sur l'exercice 2001.

Cet échéancier montre la brièveté des délais de mise en place du recueil. A partir de la date du 1^{er} juillet, les établissements n'ont finalement eu que neuf mois avant de recevoir GENRHA, qui permet la transmission à la tutelle de données anonymisées.

Par ailleurs, les moyens informatiques nécessaires au recueil des données sont diffusés gratuitement. Les sociétés de services informatiques peuvent également obtenir le logiciel, ce qui leur permettra de développer des produits plus ergonomiques dans un second temps.

On peut donc supposer que le Ministère donnera la possibilité aux établissements de se procurer un logiciel de recueil et de groupage gratuit.

1.2 L'objectif du PMSI en France :

En France, le programme de Médicalisation des Systèmes d'Information et le budget global ont été introduits de façon concomitante. En effet, si le budget global remplit bien son rôle de frein des dépenses hospitalières, son inconvénient majeur est de déconnecter le financement de l'activité médicale d'un établissement. Le PMSI doit permettre de mieux prendre en compte l'activité des hôpitaux qu'avec les indicateurs classiques (entrées, journées), et d'assouplir l'allocation budgétaire. Néanmoins, la complexité des outils à mettre en place, ainsi que l'impératif d'obtenir la participation des médecins hospitaliers en faisaient un objectif de plus long terme.

Ainsi, après chaque séjour dans une unité de Médecine, Chirurgie, Obstétrique est établi un résumé d'unité médicale (RUM) ; lorsque le patient effectue des séjours multi-unités, les RUM sont regroupés en résumés de sortie standardisés (RSS).

Ces RSS sont, ensuite, groupés selon un algorithme général qui permet de leur attribuer un Groupe Homogène de Malades. Enfin, chaque GHM correspond à un nombre de points dits ISA, Indice Synthétique d'Activité, selon une échelle nationale de coûts relatifs.

Cette comptabilisation en points, qui ramène toute l'activité médicale à une valeur relative, croisée avec les données de coûts, autorise des comparaisons entre établissements de santé, afin de diminuer les inégalités de dotation entre établissements, mais aussi entre régions.

2. Le PMSI court séjour n'est pas adapté à la psychiatrie :

2.1 Le contexte législatif et réglementaire du PMSI en Psychiatrie :

Les fondements de l'informatisation des établissements publics de santé sont posés par la circulaire n°16 du 18 novembre 1982.

En 1989, une circulaire n°303 du 24 juillet, relative à la généralisation du PMSI et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics, instaure les Départements d'Information Médicale. Elle précise que cet outil sera « un support pour nourrir un dialogue constructifs entre les Hôpitaux, les tutelles et l'ensemble des partenaires du système hospitaliers ».

Dès avril 1990⁷ est lancé par la Direction des Hôpitaux et la Direction générale de la Santé un appel à candidature auprès des établissements publics spécialisés. Une expérimentation devait permettre de définir les outils de la mise en place du PMSI en psychiatrie. Treize sites pilotes ont été retenus, dont le travail a commencé en 1991.

Enfin, le Décret n°94-666 du 27 juillet 1994, relatif aux systèmes d'informations médicales et à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés, modifie le Code la Santé Publique. Ce texte est essentiel car il fixe la nature des données à traiter et détermine les rôles respectifs du praticien responsable d'une structure médicale, du Département d'Information Médicale ainsi que du Directeur d'hôpital.

Il entoure également l'analyse de l'activité de certaines précautions en terme de sécurité (nature des données recueillies, information des patients, déclaration à la Commission Nationale Informatique et Liberté, autorisations d'accès au Système d'Information Hospitalier, anonymisation des données avant transmission) et de fiabilité des données (qualité du recueil, exhaustivité).

2.2 L'absence de classification médico-économique en psychiatrie :

2.2.1 Aucun modèle achevé pour la santé mentale :

Aucune classification médico-économique de l'activité psychiatrique n'existe aujourd'hui en France : les quelques GHM psychiatriques de la classification actuelle ne visent qu'à permettre l'exhaustivité de la description de l'activité de court séjour.

⁷ Circulaire n° 90-07 du 11 avril 1990

Dans l'actuelle classification « court séjour », les catégories majeures n°19 (maladies et troubles mentaux) et n°20 (troubles mentaux organiques liés à l'absorption de substances ou induits par celles-ci) sont donc particulièrement frustes et inutilisables en l'état.

On ne peut donc, comme cela a été fait en Médecine-Chirurgie-Obstétrique, reprendre une classification existante et l'adapter à la psychiatrie française. Les délais sont donc plus longs, car il ne s'agit pas que de la mise en place d'un système, mais bien de la conception ex nihilo d'un outil spécifique.

2.2.2 Des expériences étrangères intéressantes :

Aux Etats-Unis, où la classification « Diagnosis Related Groups » a été inventée, les services de psychiatrie ont été exemptés du système prospectif de paiement fondé sur ces DRG.

En effet, l'utilisation des DRG psychiatriques dans les hôpitaux généraux a démontré leur incapacité à prédire la durée d'hospitalisation, variable expliquée (dépendante) retenue par l'équipe de Fetter. L'intuition est que la durée de séjour en psychiatrie dépend de nombreuses variables non directement liées à la pathologie.

Par ailleurs, les Etats-Unis n'ont pas entrepris l'adaptation de la classification des Resources Utilization Groups à la psychiatrie.

L'Australie, en revanche, a cherché lors d'une étude de grande ampleur fin 1996, à mettre en relation les informations relatives au patient (autre que le diagnostic) et les ressources consommées au titre de la prise en charge. 4500 agents ont effectués des relevés quotidiens de toutes les activités durant trois mois ; l'échantillon couvrait 25% des services de psychiatrie publics et privés.

Les résultats montrent que l'intensité des soins fournis au patient suit effectivement une logique statistique par rapport à l'état clinique du patient ; mais la relation entre les facteurs cliniques et le coût est fréquemment brouillée par les différences de pratique entre les équipes.

Cela met donc en évidence un important « effet structure » lié au producteur de soins. Ils ont finalement réussi à déterminer des caractéristiques du patient prédictives en matière de coût et ont déterminé 42 groupes médico-économiques de patients (19 en ambulatoire et 23 pour les hospitalisations).

Enfin, la Belgique a, elle aussi, organisé un recueil de données en psychiatrie. L'enregistrement d'un « Ensemble Minimum de Données de Base » ou « Résumé Psychiatrique Minimum » est obligatoire depuis 1996. L'idée est de développer un instrument de recueil d'informations, afin certes de répondre à des besoins de gestion, mais également à des préoccupations de planification et d'évaluation des soins en santé mentale.

2.3 Les particularités de la psychiatrie :

On en dénombre plusieurs types, qui font obstacle à l'adaptation du modèle PMSI Court Séjour en psychiatrie.

2.3.1 Certaines particularités sont directement liées à la maladie mentale :

En effet, la diversité des modèles de conception de la maladie mentale (biologiques, psychodynamiques ou bio-psycho-sociaux) engendrent une grande hétérogénéité des processus diagnostiques et thérapeutiques. Or, seule une homogénéité fonde la validité des résumés de sortie standardisés.

Ces diverses approches de la maladie selon les équipes engendrent un effet « structure de soins », qui perturbe la relation entre le diagnostic et le coût de la prise en charge. Ainsi le diagnostic détermine rarement, à lui seul, l'indication de prise en charge. Elle dépend, entre autres, de certaines données relatives au mode de vie des patients.

De plus, le champ de la psychiatrie n'a pas de limites précises, naviguant entre les

pathologies somatiques et les efforts de réinsertion sociale des patients.

2.3.2 D'autres particularités liées à la diversité des pratiques psychiatriques :

La diversité de l'offre de soins en psychiatrie est très grande, du fait de la notion de sectorisation. La méthode de description de l'activité psychiatrique ne saurait donc être unique, puisqu'il lui faut décrire l'hospitalisation à temps complet (temps plein en intra-hospitalier foyer postcure, appartement thérapeutique, associatif), hospitalisation à temps partiel, d'une part, et la prise en charge ambulatoire d'autre part.

Il faut, par ailleurs, souligner la grande hétérogénéité de l'organisation du dispositif de soins d'un secteur à l'autre, même au sein d'un établissement. La présentation de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord permet de montrer un exemple probant de cette hétérogénéité⁸.

Cela peut présager d'une importante variabilité de trajectoires thérapeutiques, pour des malades ayant des caractéristiques semblables, selon les modes de prise en charge choisis par les secteurs.

Par ailleurs, la durée de séjour en psychiatrie dépend plus de la structure de soins où se trouve le patient que du DRG auquel il appartient : le critère « DRG psychiatriques » n'explique que 3% de la variance⁹ de la durée de séjour contre 30% pour l'ensemble des DRG (et plus de 70% en chirurgie). En revanche, des travaux américains montrent que le critère « structure de soins » permet d'expliquer 17% de la variance des coûts. Cela fausse donc le caractère prédictif des autres critères, ceux-ci médico-sociaux, du patient.

Toute la difficulté de la création d'un modèle de PMSI en psychiatrie réside en ce point, que l'on appelle « l'effet structure ».

⁸ Voir Introduction

⁹ Pourcentage de variance expliquée : capacité de chaque variable à expliquer les variations constatées des coûts.

3. Historique du PMSI en Santé Mentale : la démarche de la Mission PMSI:

3.1 *Hypothèses de travail de la Mission PMSI :*

a) La recherche de variables prédictives des consommations médicales :

L'idée de départ était d'élaborer un descriptif des soins prodigués, d'un côté, et un descriptif des malades, de l'autre, afin de trouver les corrélations susceptibles d'exister entre les deux. La question est de savoir s'il existe, pour des groupes de malades, des caractéristiques médicales ou sociales susceptibles d'être corrélées avec un ordre de consommation médicale.

b) Une classification médico-économique à la journée pondérée :

En ce qui concerne les soins en hospitalisation temps plein, il fallait mesurer l'ensemble des prestations assurées par une équipe et concourant au traitement du malade. L'ensemble des prestations se décompose en une série d'actes, qui seront agrégés en une prestation globale.

La journée d'hospitalisation sera donc la prestation pour ce type de prise en charge ; on distinguera plusieurs agrégats d'actes de valeurs économiques différentes qui permettront d'obtenir plusieurs types de prestations « journée d'hospitalisation ».

L'hypothèse est que certaines caractéristiques du patient, ou Caractéristiques Médico-Sociales (CMS), pourraient être prédictives de son appartenance à tel ou tel type de prestation « journée d'hospitalisation », en fonction de sa lourdeur de prise en charge.

3.2 *Déroulement chronologique de travaux de la Mission PMSI du Ministère :*

3.2.1 Premier temps : le groupe des treize :

Les travaux ont débuté en 1991, avec la circulaire du 11 avril, par un appel à candidature d'établissements, afin de promouvoir des Départements d'Information médicale. Treize sites ont

été retenus pour cette étude visant à examiner la possibilité d'effectuer un transfert de technologie du PMSI MCO à un PMSI psychiatrique.

Leur rapport du 9 mars 1994 a permis de démontrer qu'il n'était pas possible de valoriser la psychiatrie en prenant des indicateurs d'activité assimilables à des actes classants. Une liste de critères permettant de prédire une charge en soins plus ou moins importante a pu être déterminée, ainsi qu'un protocole de recueil de données.

3.2.2 Deuxième temps : l'expérimentation nationale et la construction de la classification médico-économique :

Les travaux n'ont repris qu'en 1995 à la Mission PMSI, autour de deux groupes de travail issu des treize sites pilotes, mais élargis à d'autres professionnels.

Le groupe technique n°1 a étudié la question du recueil des données et recherché un poids relatif des différentes actions de soins. Le groupe technique n°2, quant à lui, a rassemblé les données de 1993 à 1995 et tenté d'observer des caractéristiques prédictives de la consommation de soins. Il essaie de mettre en évidence une notion de trajectoire de soins.

En décembre 1996, le groupe technique n°1 a proposé le test d'un questionnaire patient, sorte de pré-expérimentation d'un recueil d'activité dans une douzaine de services.

Cela a permis d'affiner la méthode et de lancer une expérimentation sur 122 unités (établissements, secteurs ou services) sélectionnées après appel à candidatures¹⁰, fin 1997 et début 1998. L'expérimentation nationale s'est déroulée sur deux fois quinze jours, après la formation des équipes concernées au recueil de données.

Le dépouillement s'est étalé de mars à septembre 1998, afin d'opérer la saisie des questionnaires par la Mission PMSI et d'effectuer les contrôles de la qualité des informations.

L'étape suivante, qui dura jusqu'en décembre 1998, fut celle de la description des

¹⁰ Circulaire de mai 1997

informations contenues dans la base de données et de l'élaboration des Catégories Majeures Diagnostiques (CMD).

Ces Catégories Majeures Diagnostiques, construites à dire d'experts afin de garantir leur homogénéité du point de vue clinique, sont au nombre de quinze¹¹.

3.2.3 Les prochaines étapes : calendrier prévisionnel de la mission PMSI :

La classification médico-économique sera, en 1999, complétée par des Groupes Homogènes de Journées, ayant cette fois une homogénéité économique.

La mission PMSI a testé des variables recueillies lors de l'expérimentation, afin de déterminer leur pourcentage de variance expliquée.¹² La recherche de l'homogénéité des groupes de journées (GHJ) passera par la sélection des variables afin d'obtenir une réduction maximale de la variance des coûts au sein des groupes ; l'écart entre les groupes devra être, au contraire, le plus important possible.

Pour les autres modalités de prise en charge, il faut distinguer désormais entre l'hospitalisation de jour et de nuit qui pourrait être traitée comme l'hospitalisation temps plein, et les centres d'activité thérapeutique à temps partiel, l'ambulatoire ainsi que les « actes dans la communauté »¹³ pour lesquels une valorisation moyenne des prestations sera calculée et modulée en fonction des caractéristiques médico-sociales du patient.

Enfin, un recueil d'items « en routine », ou standard, sera élaboré et testé. Il devrait être nettement moins lourd que celui de l'expérimentation puisque seuls les facteurs réellement explicatifs de coûts seront retenus par le groupe de travail. Le lancement du recueil est prévu pour juillet 2001.

Des travaux complémentaires devront être engagés afin d'élaborer une échelle de coûts

¹¹ Les Catégories Majeures Diagnostiques sont énoncées en annexe.

¹² Le pourcentage de variance expliquée traduit la capacité de chaque variable à expliquer les variations de coût constatées (définition de la mission PMSI Psychiatrie). Plus il est élevé, plus la variable est explicative, donc intéressante à retenir.

¹³ Ce terme « d'actes dans la communauté » désigne les interventions des équipes de secteur pour effectuer de la prévention ou de l'information, sans rapport direct avec le patient.

relatifs, permettant de valoriser la classification médico-économique obtenue.

3.2.4 L'hypothèse des trajectoires de soin n'aboutit pas pour l'instant :

Le groupe technique n°2 est parti sur une hypothèse différente : les caractéristiques médico-sociales du patient, ainsi que des structures de l'établissement, détermineraient le poids économique d'une prise en charge sur une, voire plusieurs années.

Si l'on connaissait le parcours thérapeutique d'un patient et sa valorisation économique, on pourrait prévoir le budget théorique d'un établissement psychiatrique en fonction des caractéristiques de ses patients.

Les travaux, amorcés il y a trois ans, n'ont encore abouti à aucune conclusion.

3.3 *Le Centre hospitalier de Brumath n'a pu saisir l'opportunité de l'expérimentation nationale :*

Le Centre Hospitalier de Brumath n'a pu poser sa candidature pour faire partie des sites expérimentateurs. En mai 1997, une circulaire d'appel à candidature a interrogé deux cents unités (établissement, secteur ou service) pour participer au recueil de données.

L'établissement était déjà sensibilisé à la problématique du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, mais le chef du service sélectionné par le sondage de la Mission PMSI a refusé l'expérimentation.

II/ La démarche de l'Établissement Public de Santé Alsace Nord :

Cette partie vise à exposer les raisons et les étapes de la démarche d'anticipation par l'EPSAN. La mise en œuvre du projet s'est appuyée sur une double coopération interhospitalière, mais, au sein de l'établissement, a été assez peu participative.

A) Les raisons de l'anticipation sur le PMSI en psychiatrie:

1. Une volonté d'être acteur du système qui se met en place :

De nombreux arguments ont été développés afin de montrer l'enjeu de la construction d'un Programme de Médicalisation du Système d'Information en psychiatrie. Les motivations de l'EPSAN pour anticiper sur les directives ministérielles découlent de cette analyse.

1.1 Analyse des raisons qui ont mené à l'anticipation :

1.1.1 Une volonté de la direction de connaître l'activité de l'hôpital à des fins d'argumentation budgétaire :

Les deux établissements qui ont fondé l'EPSAN ne souffraient pas de problèmes budgétaires particuliers. Le Centre Hospitalier de Brumath a vu sa dotation augmenter de 3,17% en 1998 et celle de Hoerdt de 1,56%. En revanche, le budget 1997 de Brumath avait été affecté, pour la première fois, d'un taux d'évolution négatif de 0,3%, alors que Hoerdt progressait de 0,63%.

Lorsque le Directeur du Centre Hospitalier de Brumath a effectué les premières démarches

visant à instituer un Département d'Information Médicale, le PMSI en psychiatrie semblait devoir aboutir à court terme. En effet, l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996 créait une dynamique de restructuration du tissu hospitalier ; cela laissait présager d'une accélération des exigences de transparence dans l'activité des hôpitaux. Sa section « Analyse de l'activité et système d'information » mettait, de plus, l'accent sur cette question devenue stratégique pour les établissements hospitaliers.

La convention, signée le 20 mai 1997 par le Directeur du Centre Hospitalier de Brumath, et le Directeur Général des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, prévoyait donc de mettre en œuvre une médicalisation du système d'information en psychiatrie. La motivation principale, telle que l'exprime le comité de pilotage, était de « satisfaire aux demandes de données de la tutelle ».

Du côté des médecins, la participation au groupe de travail ne découlait pas d'une motivation particulière pour le recueil de données médicalisées. La Commission Médicale d'Etablissement a certes désigné deux de ses membres pour rejoindre ce groupe. Ils devaient intervenir à titre d'experts médicaux dans la construction de l'application (sélection des items). Toutefois, cette participation n'avait rien d'un engagement : les deux praticiens hospitaliers se sont contentés ainsi de répondre à une demande de la direction. Ils n'ont donc nullement joué de rôle moteur dans le projet.

1.1.2 La préparation des outils informatiques avant la sortie du PMSI :

Le projet d'une application PMSI s'est appuyé sur un important travail de renouvellement du parc informatique de l'établissement. Le schéma directeur de l'informatique de 1996, réalisé par le CRIH, préconisait le passage du logiciel administratif SAGAH vers un système UNIX. Cela a eu pour conséquence d'accroître la capacité et la rapidité du système d'information.

Par ailleurs, l'hôpital est en passe d'être intégralement mis en réseau. Les structures médicales en intra-hospitalier seront à court terme reliées au réseau informatique. Cette opération

est une condition d'un recueil performant de données médicalisées, mais nécessite du temps pour être réalisée. La réflexion sur le PMSI psychiatrique a donc constitué une incitation à faire avancer ce dossier.

Les structures extra-hospitalières devraient, elles aussi, être raccordées au réseau informatique de l'hôpital. La collecte des données souffre, en effet, de la non-portabilité du logiciel. Les intervenants ne peuvent saisir leur activité dans les structures extra-hospitalières, qui ne sont pas encore mises en réseau avec l'hôpital psychiatrique « ouvert », selon la terminologie du rapport Massé.

Deux expérimentations de mise en réseau des structures extra-hospitalières, afin de les relier au système d'information de l'hôpital, ont été effectuées en septembre 1999 ; elles seront étendues à l'ensemble des structures, si l'investissement semble justifié au regard de l'utilisation qu'en font ces deux secteurs.

A terme, la question de la liaison informatique entre l'hôpital et le futur site de l'EPSAN au sein de l'hôpital civil de Strasbourg se posera. Le projet médical de l'établissement s'oriente, en effet, sur la délocalisation d'une partie des lits de psychiatrie vers la ville de Strasbourg. Une solution pourra peut-être trouvée dans le cadre du CHU même, puisque ses deux secteurs de psychiatrie partagent la même application PMSI psychiatrique que l'EPSAN.

1.2 Certaines faiblesses dans l'argumentation dès le lancement du projet :

La démarche d'anticipation comporte quelques faiblesses, qui pourraient laisser présager des difficultés de la phase actuelle de mise en œuvre.

Le problème principal est que les résultats concrets à espérer d'un tel projet n'ont pas été mis en balance avec l'ampleur des moyens humains et logistiques à mettre en œuvre.

1.2.1 L'absence de définition des résultats concrets à atteindre :

Le cahier des charges du projet s'est contenté de décrire les items requis pour la construction d'un logiciel de recueil. Il n'a pas déterminé les résultats concrets auxquels le groupe de travail souhaitait aboutir. L'objectif était simplement de renseigner certains items afin de prendre de l'avance sur le PMSI.

Les informations tirées de l'exploitation d'une base de données telle que le PMSI peuvent être autrement plus intéressantes que celles de la fiche DGS, si l'on possède l'équivalent d'une classification médico-économique fine comme les Groupes Homogènes de Malades et une échelle de coûts relatifs. En l'absence de tels outils, l'exploitation intelligente de la base de données est assez restreinte¹⁴. Or, cette exploitation est à la base de la motivation des utilisateurs pour saisir l'activité de leur service.

1.2.2 Un défaut de réflexion sur l'ampleur des moyens à consacrer au projet en regard de ses résultats :

Un audit a été réalisé en septembre/décembre 1996 par le Centre Régional de l'Informatique Hospitalière d'Alsace pour les Centres Hospitaliers de Brumath et de Hoerd. L'étude sur Brumath ne fait que mentionner la « généralisation d'une fiche par patient(...) base de départ à l'élaboration du PMSI ». Le choix de créer une application informatique spécifique, à la place du logiciel LAMA, semble à ce moment déjà fait.

La convention du 20 mai 1997 entre les HUS de Strasbourg et le Centre Hospitalier de Brumath prévoit « la transposition, dans le système de gestion SAGAH (logiciel administratif), des éléments de la fiche patient actuellement en vigueur ».

Le choix a donc été fait de créer une application informatique spécifique, afin de lancer un recueil standard d'informations médicales. L'objectif était également d'intégrer ce recueil au

¹⁴ Voir « Améliorer les potentialités de l'outil en vue de son exploitation en interne », p 63

système d'information des deux établissements : le logiciel LAMA servant de support informatique à la fiche patient était, quant à lui, autonome.

Néanmoins, les étapes du PMSI Soins de Suite et de Réadaptation montrent que le Ministère, lorsqu'il énonce l'obligation d'un recueil de données médicalisées, fournit le logiciel de saisie et de groupage.

1.2.3 Le projet n'a pu être suivi de façon continue par la direction :

Le groupe de travail n'a pas bénéficié d'un soutien continu de la part de la Direction, car la Directrice des Finances et de l'Informatique est partie au début de l'année 1998, laissant le poste vacant pendant près de huit mois. Ce groupe comprenait donc quatre parties : des psychiatres du Centre Hospitalier de Brumath et des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, le Département d'Information médicale des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et le Centre régional d'Informatique Hospitalière d'Alsace. Dès sa création, en juillet 1998, le DIM de Brumath a joué le rôle de coordinateur.

3. La mise en commun des ressources, grâce à deux types de coopérations interhospitalières, a facilité la démarche d'anticipation :

3.1 Des éléments facilitants :

2.1.1 Sur le plan technique :

a) Un logiciel d'aide à la mesure de l'activité hospitalière (LAMA) :

Brumath et Hoerdts, les deux Centres Hospitaliers existant avant la fusion avaient déjà opté pour l'informatisation de la fiche patient de la Direction Générale de la Santé. Un système d'information automatisé existait donc déjà et les secrétaires médicales étaient habituées à remplir une grille sur ordinateur.

Un logiciel LAMA a donc permis de recueillir certaines données d'activité à partir de cette fiche-patient de 1992 jusqu'en 1999. Il perdure aujourd'hui pour les secteurs ayant refusé de participer au projet PMSI.

Cette application n'était pas en interface, c'est-à-dire en relation, avec le noyau du système d'information SAGAH. Les informations administratives sur le patient devaient donc être saisies à nouveau dans LAMA. Elle correspondait entièrement à l'informatisation de la fiche patient et permettait de sortir, en sous-produit, les rapports annuels d'activité des secteurs.

LAMA était exclusivement utilisé par les secrétaires médicales ; en revanche, l'exploitation des données était du ressort du bureau des mouvements, en l'absence de Département d'Information Médicale.

b) L'implication du Centre Régional d'Informatique Hospitalière de Strasbourg :

Pour le développement de l'application PMSI en psychiatrie, Brumath (avant la fusion) a bénéficié des compétences du Centre Régional d'Informatique Hospitalière d'Alsace. Dès la phase de pilotage du projet, les informaticiens du CRIH ont appuyé la réflexion en transformant les idées des participants en fonctionnalités informatiques.

Ensuite, durant les phases de test et de généralisation, ils sont chargés de régler les problèmes techniques soulevés par les utilisateurs.

Toutefois, cela pose un problème en termes de temps de réaction de l'outil : les informaticiens de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord ont été très peu impliqués dans le développement du logiciel et la résolution des problèmes ponctuels. Toute modification doit donc remonter vers le CRIH.

3.1.1 Une double coopération pour la mise en œuvre du projet « PMSI en psychiatrie » :

a) La coopération des hôpitaux de Brumath et de Strasbourg pour le développement de l'application informatique :

L'initiative du projet vient du Directeur de Brumath, M. Coignard ; mais le projet n'aurait pu se concrétiser sans la coopération des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, et particulièrement de son Département d'Information Médicale, et du Centre Régional d'Informatique Hospitalière.

Les deux Directeurs de Brumath et du CHU de Strasbourg, M. Coignard et M. Couty à l'époque, ont donc signé une convention en vue de « mettre en œuvre (...) les modalités relatives au Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) en psychiatrie ».

Cette convention, signée le 20 mai 1997, convenait de réunir un groupe de travail commun pour, tout d'abord, transposer les éléments de la fiche patient dans le système d'information des deux établissements, dénommé SAGAH, puis de s'inspirer des travaux nationaux pour recueillir des données médicalisées en routine.

Toujours grâce à cette convention, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg assuraient l'appui technique de leur Département d'Information Médicale et leur participation financière (50%) pour l'emploi d'un analyste-programmeur chargé de ce dossier.

Cette convention, passée pour deux ans, n'était toujours pas renouvelée en septembre 1999 ; elle fut, dans les faits, tacitement reconduite.

b) Une seconde coopération pour le financement du Département d'information médicale : la convention entre les Centres Hospitaliers de Brumath, Hoerdt et Erstein :

Les premières démarches du Centre Hospitalier de Brumath auprès des deux autres établissements psychiatriques du Bas-Rhin (Hoerdt, aujourd'hui fusionné avec Brumath, et

Erstein), afin de constituer un Département d'Information Médicale commun, sont tout d'abord restées infructueuses. C'est également pour cette raison que Brumath a amorcé un partenariat avec le CHU de Strasbourg.

Néanmoins, en octobre 1997, une convention est signée entre les trois partenaires est trouvé : Brumath finance le projet à hauteur de 50%, Erstein de 30% et Hoerdt de 20%.

Cette coopération hospitalière a constitué un facteur très favorable pour le projet. La mise en commun de ressources entre les trois (en 1997) hôpitaux du Bas-Rhin a constitué un argument de poids pour l'obtention du poste de praticien hospitalier responsable de l'information médicale. L'agence régionale de l'hospitalisation a été très favorable à la constitution d'un DIM commun aux hôpitaux psychiatriques du Bas-Rhin. Elle a donc accordé le poste de praticien hospitalier à temps plein, ainsi que celui de technicienne de l'information médicale.

Au-delà, cette double coopération présente un avantage essentiel : le DIM des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg a apporté son expérience en matière de mise en place des systèmes d'information. L'expérimentation permet, en retour, au CHU d'étendre son système d'information à ses deux propres secteurs psychiatriques.

2.2 L'intégration du médecin DIM dans le groupe de travail de la Mission PMSI en psychiatrie :

Les trois établissements (Brumath, Hoerdt et Erstein) ont donc engagé un praticien hospitalier responsable du Département d'Information Médicale, à partir de juillet 1998.

Etant donné l'expérimentation menée au sein de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord et sa grande connaissance du dossier, ce dernier a rapidement été intégré dans le groupe de travail national sur la psychiatrie de la Mission PMSI, ainsi que dans le comité de suivi.

Il s'agit d'un autre élément favorable au projet local de PMSI psychiatrique : l'anticipation est rendue moins aléatoire, car le groupe de travail CHU de Strasbourg-EPSAN connaît

précisément l'avancée des travaux nationaux.

B) Analyse d'une conduite dite « prescrite » du changement :

1. La conduite du changement appliquée au projet PMSI :

Pour suivre la démarche de conduite du changement au sein de l'EPSAN, en ce qui concerne l'introduction du PMSI en psychiatrie, il est opportun de faire appel aux concepts du changement organisationnel.

Selon une dichotomie théorique¹⁵, on distingue deux principaux profils-types de changement : le changement *prescrit* et le changement *construit*. Le premier type de dynamique repose sur les dirigeants, qui imposent une nouvelle organisation en fonction de leur perception de l'avenir de l'entreprise. Ceux choisissant un changement construit, au contraire, souhaitent faire émerger une nouvelle organisation, mais n'imposent que la démarche à suivre ; ils demandent aux acteurs une grande créativité et une force de proposition.

1.1 La phase de maturation (,1996 - 1998) :

Le Directeur a pris conscience de la nécessité d'adapter le système d'information en fonction de contraintes déterminées, mais aussi parce qu'il percevait cette introduction de l'information médicalisée comme une opportunité pour son établissement. Quel que soit le profil de changement, on note toujours cette prise de conscience de la nécessité de changer de la part des leaders de l'organisation.

¹⁵ VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, 1998, p120 [3]

A partir de cette étape, la conduite du changement relève largement du profil du changement prescrit. Le leader a une vision claire de l'avenir ainsi que des éléments de l'organisation actuelle à changer. Les directives viennent du haut de l'organisation, puisque le Directeur charge sa Directrice des Finances de lancer un projet de recueil d'informations médicalisées. Pour cela, il se lie avec le sommet de la hiérarchie d'un autre hôpital, avant de sensibiliser son personnel à la question.

Cette vision de l'anticipation sur les travaux du Ministère en matière de PMSI psychiatrique n'est, à cette étape, ni partagée par tous, ni largement acceptée par les acteurs de l'organisation.

Ensuite, une phase d'interactions entre les Directions des deux établissements et le Département d'information Médicale des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg au sein d'un comité de pilotage, permet de formaliser le projet. Pour preuve, la convention signée entre Strasbourg et Brumath parle déjà, en mai 1997, de transposer la fiche-patient dans SAGAH, ce qui est un des moyens techniques possibles par rapport à l'objectif de recueillir des informations médicalisées.

La Direction détermine également la démarche de mise en œuvre, en instaurant un groupe de travail multidisciplinaire et inter-établissements. Les membres de ce groupe sont soit des techniciens de l'information, soit des personnes désignées par les instances. Leur participation n'est pas vraiment fondée sur une motivation personnelle pour le projet.

1.2 La phase de déracinement :

Cette phase correspond à la communication et à la mise en œuvre du projet. Cette mise en œuvre est cadrée et maîtrisée par le haut, puisque le groupe de travail qui prend la suite du comité de pilotage est chargé de se prononcer sur la seule présentation d'une application informatique, et la définition des nouveaux items.

Le groupe de travail se compose de treize personnes, praticiens hospitaliers, chefs de service, un directeur d'hôpital, un membre du Comité Régional d'Informatique Hospitalière, un membre de l'équipe informatique de Brumath et un médecin du Département d'Information Médicale de Strasbourg (qui devint par la suite le médecin responsable du DIM de l'EPSAN). Les acteurs s'approprient le projet au cours de différentes réunions.

La phase de déracinement implique finalement un petit nombre de personnes ; le projet n'est pas encore diffusé dans l'établissement. Le groupe de travail est là pour apporter son expertise technique. Il faut noter que les idées apportées sont localisées, et ne remettent nullement en cause la décision de changement et l'option choisie. Toutefois, cette façon de procéder introduit un effet de changement *construit*, cette fois, puisque les acteurs exploitent une certaine marge de liberté et de proposition.

1.3 Phase d'enracinement :

L'enracinement vise à ancrer le changement dans l'activité quotidienne de l'entreprise. Il se compose d'actions de formations, ainsi que d'une stabilisation du nouveau cadre de travail en fonction des expériences et des difficultés rencontrées.

Cette phase débute en février 1998 : parallèlement au groupe de travail se met en place un comité de pilotage beaucoup plus large et impliquant les deux Directions, des médecins des deux établissements, des médecins du Département d'Information Médicale des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et le Centre Régional d'Informatique Hospitalière. Les participants au groupe de travail communiquent le fruit de leurs neuf mois de réflexions.

Les utilisateurs sont, le mois suivant, conviés à une réunion très élargie de sensibilisation, afin de recueillir leur opinion sur l'ergonomie du produit.

L'étape suivante de l'enracinement consiste à informer les personnels de Brumath et des

services psychiatriques de l'Hôpital civil de Strasbourg de l'action entreprise. Quatre réunions sont organisées en septembre 1998, ouvertes à tous, qui se veulent très pédagogiques.

L'idée de ces réunions étaient de préparer les expérimentations sur les deux sites de Brumath (secteur infanto-juvénile) et de Strasbourg (psychiatrie adulte). Les services concernés ont également été spécialement réunis pour leur expliquer l'intérêt d'être retenu comme site pilote.

Enfin, la généralisation de l'application PMSI psychiatrique est entreprise dès janvier 1999, alors que la nouvelle organisation de la collecte de donnée n'est pas stabilisée dans les sites pilotes.

2. Impact de ce type de démarche sur l'acceptation du changement :

2.1 Un changement « prescrit » :

Cette analyse à partir du cadre théorique de la sociologie des organisations permet de constater que ce projet a été introduit par le haut, avec une phase de maturation très rapide, entreprise par les Directions, conseillées techniquement par le CRIH et le Département d'Information Médicale de Strasbourg.

Cette logique de pilotage n'a, finalement, laissé que peu de place pour une concertation large relevant plutôt du profil de changement « construit ». Le groupe de travail, réuni à partir de juin 1997, n'a réfléchi que sur l'amélioration de la fiche patient, à des fins de création de l'application informatique. Les grandes options étaient déjà prises.

Par ailleurs, les utilisateurs n'ont été consultés qu'une seule fois, en mars 1998, et uniquement pour donner leur avis sur l'aspect visuel de l'application. L'organisation à mettre en place autour du logiciel, notamment en matière de saisie, n'a guère été discutée avec les secrétaires médicales, les chefs de service et les cadres supérieurs infirmiers.

La mise en place n'a que peu été concertée, puisque le groupe de travail a cessé de se réunir au moment de la phase de test. Il n'a guère pu intervenir lors de la phase de généralisation, où de nombreux problèmes « de terrain » sont apparus. Par ailleurs, la finalité de la mise en place n'a pas assez été explicitée, de sorte que certains services ont accepté l'expérimentation sans vraiment s'impliquer dans une démarche qu'ils ne comprenaient pas.

Enfin, la mise en route de l'application n'a pas été assez progressive, dans le sens où elle a été proposée avant même que les problèmes techniques aient été résolus et que l'organisation pratique du recueil ait été définie. Les secrétaires médicales ont par la suite inventé elles-mêmes leur organisation.

2.2 La faible adhésion des équipes soignantes et médicales au projet :

Seuls cinq secteurs de psychiatrie adulte ont accepté de recueillir leur activité grâce au nouvel outil informatique. Certains ont choisi de conserver la saisie d'activité dans LAMA¹⁶ (secteurs G02, G03, G04 et intersecteur I01). D'autres, enfin, ont signifié leur volonté d'acquérir le logiciel, mais sans vraiment s'engager dans le projet (secteurs G08, secteur G01). Dans ces derniers secteurs, l'effort de réorganisation du mode de saisie, par rapport au logiciel LAMA où seules les secrétaires médicales intervenaient, n'a pas été fourni.

Ainsi, seuls trois secteurs sur les cinq, en juillet 1999, saisissent régulièrement leur activité : les secteurs G05, G06 et G07. Les résultats en termes d'exhaustivité sont très variables, allant de près de 0% (secteurs G01, G08) à 80% (G05, G06, G07), selon l'engagement des chefs de service, des cadres infirmiers, mais aussi la motivation des secrétaires médicales.

Globalement, le projet PMSI en psychiatrie a surtout porté sur la réalisation technique de l'outil informatique et la sélection des items médicaux. Les modes d'insertion de ce logiciel dans

¹⁶ Informatisation de la fiche patient Direction Générale de la Santé

l'organisation de l'hôpital ont peu été étudiés. Pourtant, l'application PMSI requiert une organisation pour la saisie des données totalement différente de celle de LAMA.

L'étude du groupe IMAGE n°3¹⁷ montre que cette démarche plutôt technique n'est pas anormale : la mise en place d'un circuit d'information est d'une telle complexité que les efforts se portent entièrement sur la résolution des problèmes techniques. Toutefois, l'intégration dans le dispositif organisationnel est réellement la clef de voûte du projet.

C) Les apports de l'EPSAN à la réflexion nationale sur le PMSI en psychiatrie :

L'un des arguments développés pour justifier l'anticipation était celui d'une influence que pourrait exercer l'EPSAN sur la réflexion nationale. Si l'on examine les faits, on peut effectivement établir que l'EPSAN participe aux avancées de la mission PMSI. Toutefois, il convient de parler plutôt d'apports à la réflexion globale sur le développement et la gestion de l'information médicale dans les hôpitaux psychiatriques.

1. Le lancement de travaux de recueil est considéré comme bénéfique par la mission PMSI :

En effet, la Direction des Hôpitaux¹⁸ s'est déclarée favorable à ces travaux d'anticipation car elle participe à l'acculturation des établissements. Ainsi, si des hôpitaux se lancent par avance dans des travaux de recueil, cela réduira les besoins de formation au moment de la mise en place du recueil des données en routine (1^{er} juillet 2001).

¹⁷ Groupe IMAGE n°3, 1989 [4].

¹⁸ Entretien avec Madame Magali RINEAU, responsable de la mission PMSI en psychiatrie.

2. L'EPSAN devrait être un lieu de test efficace pour le recueil en routine :

L'argument peut être aisément défendu, bien que l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord n'ait pas fait partie du premier groupe d'expérimentation (1997).

Cet établissement est l'un des seuls sites psychiatriques en France collectant des données médicalisées de façon hebdomadaire. La plupart des établissements expérimentateurs ne l'ont pas maintenu car le recueil était bien trop lourd. Le groupe de travail PMSI de l'EPSAN a fait un travail de sélection des variables, afin de ne conserver que les variables ayant de fortes chances d'être prédictives de coûts.

La collaboration de l'EPSAN pourrait permettre de roder le recueil en routine (items, organisation du codage, ergonomie de l'outil), durant la phase de test. Des travaux de mise aux normes du cahier des charges du Ministère devront toutefois être effectués.

3. Ce projet montre avant tout l'intérêt de la coopération en matière d'information médicale :

L'anticipation par l'EPSAN montre avant tout que la coopération interhospitalière est une voie intéressante pour le traitement de l'information médicale dans les centres hospitaliers psychiatriques. Leur taille ne leur permet que rarement de financer de manière autonome un Département d'Information Médicale. A ce titre, les conditions de la mise en place du PMSI, par une double coopération, à la fois intellectuelle et financière, sont exemplaires.

CONCLUSION de la PARTIE :

La démarche de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord se justifie par l'ampleur des enjeux en matière d'information médicale en psychiatrie. Elle souligne également l'avantage de la coopération interhospitalière en la matière.

Le problème actuel réside toutefois dans la faible adhésion des secteurs, découlant en partie

de l'absence d'obligation réglementaire, mais aussi du caractère prescrit du changement.

La seconde partie tentera donc de proposer des pistes pour renforcer la crédibilité de la démarche, en la situant dans son contexte global d'amélioration de l'information médicale.

PARTIE II :

Renforcer l'information médicale et déterminer des utilisations en gestion
interne

**I/ L’outil et l’organisation du recueil peuvent être performants, mais
manquent de crédibilité**

**A) La médicalisation des données grâce à une application
informatique spécifique « PMSI en psychiatrie » :**

1. La création d’une nouvelle application, plutôt que l’enrichissement du logiciel existant :

Le groupe de projet des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et de Brumath était devant une alternative quant aux moyens à déployer pour le recueil de l’information médicale. D’un côté, il pouvait choisir d’enrichir la fiche patient de certains items : l’expérimentation ministérielle de décembre 1997 s’inspirait de la fiche patient et permettait à peu près de deviner quels seraient les items requis pour le recueil standard. D’un autre côté, le choix pouvait être fait de créer une autre application dédiée au PMSI psychiatrique.

LAMA, le logiciel d’informatisation de la fiche patient, comporte, en effet, toute une série de faiblesses fonctionnelles qui justifie le choix de la deuxième option, pourtant plus lourde.

Le premier problème est que LAMA fonctionnait en monoposte. Il est ainsi difficile d’agrèger les statistiques produites par différents postes, lorsqu’il n’y a pas de base de données unique. Cela induit également un manque de fiabilité de l’outil, en matière de sécurité et de pérennité des données. Cet outil informatique est, de plus, très lent : des postes MAC sont de ce fait dédiés pour cet applicatif.

Par ailleurs, cette information n’est ni partagée, ni fiable : le corps médical ne s’estime pas du tout concerné par cette mesure de l’activité ; seules les secrétaires médicales recueillent les

données. Aucune mesure de l'exhaustivité et de la qualité des données n'a jamais été effectuée.

Enfin, LAMA n'est nullement intégré au système d'information essentiellement administratif de l'hôpital. Il en découle une double saisie des informations administratives sur les patients, dans SAGAH-Patient au moment de l'admission, puis dans LAMA pour les statistiques « DGS ».

2. La méthodologie du groupe de travail local :

Le groupe de projet s'est très largement inspiré des travaux de la Mission PMSI du Ministère. Les mêmes hypothèses de travail ont été retenues.

Les items de l'expérimentation testés en décembre 1997/janvier 1998 par la Mission sur une douzaine de services ont été étudiés afin de retenir les plus pertinents pour un recueil en routine.

Le groupe a tout d'abord supprimé les données de coûts de l'expérimentation, destinées à valoriser les ressources consommées par le patient. Ce recueil ne concernait que l'expérimentation nationale visant à la construction de l'échelle relative de coûts.

Le groupe de projet a donc retenu :

- des items administratifs ou « résumé d'inclusion » : le numéro d'identification permanent (NIP) du patient, des données démographiques et socio-économiques (sans résidence stable, vit seul, responsabilité légale, activité professionnelle...)
- des items médicaux ou « résumé de morbidité » : les antécédents psychiatriques du patient, le mode de prise en charge et d'hospitalisation, les diagnostics codés grâce à la Classification Internationale des Malades Dixième version (CIM X) et un score de fonctionnement psychologique et social issu de l'Echelle Globale de Fonctionnement ou EGF.

- des items infirmiers : un score de dépendance tiré de l'échelle « Activity of Daily Living » ou ADL.

Une grille « Activité ambulatoire » existe également : l'ensemble des actes effectués par chaque intervenant, dans un certain lieu, est décrit.

3. Les particularités du logiciel et de la grille de saisie :

3.1 Un outil simple auquel certaines améliorations pourraient être apportées :

3.1.1 Un outil peu ergonomique, mais simple d'utilisation :

Le logiciel correspond au logiciel le plus utilisé pour le traitement de texte : les grilles de saisie ont, en effet, été développées dans un environnement Windows. On évolue donc entre les items en actionnant des fenêtres et en choisissant par menus déroulants.

Par ailleurs, le principe de saisie unique est respecté au niveau de l'application PMSI. Afin de supprimer la double saisie, l'application PMSI a été « interfaçée » avec SAGAH-Gestion Patient : les données administratives sont donc « récupérées » et apparaissent automatiquement dans la nouvelle application.

Il perdure néanmoins de nombreuses saisies directes, comme par exemple pour l'échelle globale de fonctionnement. Le codage constitue également une des contraintes majeures dans ce recueil des données et une source potentielle d'erreurs : la recherche doit être faite dans la CIM X et le code rentré manuellement.

Il pourrait donc être opportun d'instituer une saisie en clair des diagnostics : le codage se ferait par sélection du libellé dans un thesaurus. L'application donnerait accès à une liste de libellés extrait de la Classification Internationale des Maladies Dixième révision. Un thesaurus local a déjà été créé avec les libellés employés au moins une fois dans le service.

3.1.2 L'organisation décentralisée permettra, à terme, d'alléger la saisie :

Le groupe de travail sur le recueil d'informations a choisi une organisation décentralisée pour la saisie des données. Cela signifie non seulement que chaque service est responsable de sa saisie, mais également que la charge ne repose pas uniquement sur les secrétaires médicales. En théorie, chacun des intervenants, infirmiers et médecins, saisit lui-même son activité. C'est là la principale différence d'organisation entre LAMA et l'application PMSI.

En pratique, toutefois, on constate que les secrétaires médicales supportent encore la saisie des données. Il existe autant d'organisations que de secteurs en la matière, en fonction de la motivation des personnels infirmiers pour la saisie ; aucun médecin, à une exception près, n'a pris en charge personnellement le relevé de morbidité. Il est possible que cette saisie des informations médicales par les secrétaires génère des erreurs dans le codage, étant donné le degré de technicité de la recherche dans la CIM X.

Cette inertie n'est pas due uniquement à un défaut de motivation, dont les raisons ont déjà été analysées. L'attitude des secteurs vis-à-vis du recueil standard des données médicales va, il est vrai, de l'engagement actif à la réticence la plus absolue ; mais, souvent, l'absence de saisie est expliquée par la faible informatisation des secteurs, ce qui a pu constituer un argument de poids pour les personnels. Toutefois, l'hôpital est en passe d'être entièrement mis en réseau et largement équipé en appareils informatiques ; l'accent pourra alors être mis sur l'implication des corps infirmiers et médicaux.

3.1.3 La formation des personnels, clef de voûte du projet :

La saisie décentralisée oblige à informatiser chaque secteur ou intersecteur psychiatrique et, par conséquent, à former tous les personnels concernés. La sensibilisation à l'importance d'une saisie régulière et la formation à l'outil sont les points névralgiques du projet.

Les équipes participant à la phase de pilotage, l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile

I02 pour Brumath, ont été formées à l'outil fin septembre 1998.

La phase de généralisation de l'outil aux secteurs volontaires a également nécessité un long travail d'explication aux personnels infirmiers et aux secrétaires médicales : celui-ci fût assuré par le médecin DIM et la technicienne de l'information médicale. Les formations ont été effectuées par petits groupes et par secteur, et renouvelées lorsque la saisie tardait à se mettre en place.

Cet effort devra être renforcé : la formation générale des personnels à l'informatique a été définie comme une des priorités du plan de formation continue de l'année 2000. Cette action devrait se poursuivre sur plusieurs années. Sur cette base, de nombreuses séances d'enseignement de l'application PMSI devront être organisées pour les personnels accédant désormais à l'informatique du fait de la mise en réseau.

Ces politiques d'informatisation et de mise en réseau permettront de faciliter la saisie par l'intervenant et d'en accroître la régularité. Cela étant, le moyen qu'est l'informatique n'apporte rien sans le travail de sensibilisation en amont et la formation concomitante à l'installation.

3.2 Un outil devant respecter l'obligation de confidentialité des données :

Le Département d'Information médicale, le Président de la Commission médicale d'Etablissement et la Direction partagent la responsabilité de la confidentialité des données¹⁹.

Le respect du secret médical par le système d'information est l'une des plus importantes préoccupations. Il conditionne l'accord de la Commission Nationale Informatique et Libertés pour la mise en place du recueil. En effet, l'autorisation de la CNIL est obligatoire aux termes de la loi du 6 janvier 1978, car le système d'information contient un traitement automatisé de données nominatives.

En septembre 1999, cette déclaration n'avait toujours pas reçu de réponse.

La déclaration devrait, de plus, préciser que les informations nominatives de l'application

¹⁹ Article R 710-5-6 du Code de la Santé publique

PMSI sont amenées à transiter par le réseau « numéris », vers les structures extra-hospitalières.

La collecte et le traitement des informations médicales doivent également s'opérer en conformité avec les règles du Code de déontologie médicale et avec les dispositions de l'article 378 du Code pénal, qui sanctionne la violation du secret médical.

Afin de respecter cette obligation de confidentialité, le groupe de travail des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et de Brumath a donc organisé un système de gestion des habilitations par catégorie d'intervenant. Des profils utilisateurs ont été définis : toutes les informations ne sont pas accessibles à tous les intervenants médicaux et paramédicaux. Seuls les médecins permanents et les internes ont un accès global aux informations de leur secteur respectif. Dans les faits, les secrétaires médicales effectuent le travail de saisie des praticiens et ont donc accès aux mêmes possibilités que ces derniers.

Dans l'objectif d'améliorer la confidentialité, un système de carte professionnelle de santé devra venir renforcer la procédure d'authentification des signatures.

B) Des difficultés techniques affectent la crédibilité des informations :

1. Des problèmes de circuit de l'information :

Un problème de double, voire triple créations de dossiers pour un même patient a été relevé.

La première difficulté est la redondance du circuit des informations administratives. Les informations administratives sont d'abord écrites sur un bulletin d'entrée par le service de soins, et

saisies à la fois par le bureau d'accueil infirmier et par le bureau des admissions dans SAGAH-Gestion Patient (les admissions complétant ce que le bureau d'accueil infirmier a pu obtenir).

Le circuit devrait déjà être simplifié lorsque les services de soins intra-hospitaliers seront informatisés. Les renseignements administratifs n'auront plus à transiter par un bulletin d'entrée papier, mais pourraient être directement saisis dans SAGAH-GP. La solution optimale consisterait à une admission des patients directement auprès du bureau des admissions, complétée ultérieurement dans les services de soins.

Ensuite, la saisie de l'activité hospitalière nécessite la création d'une fiche dans l'application PMSI psychiatrique, qui permet la récupération automatique des informations administratives de SAGAH-GP. Actuellement, les utilisateurs peuvent tous créer une fiche lorsqu'ils s'appêtent à saisir leur activité. A charge pour eux de vérifier si cette création n'a pas déjà été faite. Cette procédure apparaît trop aléatoire, dans la mesure où les utilisateurs n'ont pas l'habitude des traitements de texte.

Afin d'éviter les phénomènes de « doublons », préjudiciables à la fiabilité des données et à l'exhaustivité du recueil, la création des dossiers dans l'application PMSI pourrait être centralisée. Il pourrait être arrêté que seul le bureau des admissions, une fois encore, y est habilité. Les services n'auraient donc plus qu'à rechercher la fiche et à compléter l'activité, sauf pour les patients traités uniquement en ambulatoire. En effet, SAGAH est un logiciel de facturation, qui ne prend donc pas en compte ce dernier type de patient.

2. Améliorer la crédibilité des informations recueillies :

La crédibilité exprime le degré de confiance que l'on accorde à la qualité des informations. L'amélioration de cette crédibilité est essentielle pour favoriser la motivation des personnels à recueillir, ainsi que pour éviter toute contestation lors de l'utilisation des données. Cet effort relève

pleinement des attributions du Département d'Information médicale et conditionne les utilisations futures de l'outil en interne.

2.1 Mise en place rapide d'un retour de l'information :

Le recueil d'informations médicales a été généralisé début février 1999, mais aucun retour n'a été encore organisé de façon officielle. Le groupe de travail s'est, en fait, donné un laps de temps minimal pour la mise en place de l'outil informatique.

Le contenu des retours d'information n'a donc pas été préalablement défini.

On observe alors, au niveau de l'EPSAN, un phénomène qui avait été mis en évidence par le groupe IMAGE²⁰ : « La déception du fournisseur d'informations de ne pas obtenir de retour ». Cela alimente une sorte de suspicion sur les finalités du système et donne l'impression d'une organisation opaque. Finalement, les médecins ne se sentent concernés qu'indirectement, c'est-à-dire pour fournir des renseignements, et non pour les exploiter.

Bien entendu, cela ne contribue ni à la motivation du corps médical, souvent plus difficile à persuader de l'intérêt de la saisie que les infirmiers, ni à la crédibilité de l'information médicale.

Il apparaît essentiel de diminuer le temps entre la saisie, le traitement et le retour des informations, afin que les fournisseurs de données voient le résultat de leurs efforts.

Pour tout retour d'information, trois problèmes se posent²¹ :

- L'attente des utilisateurs (champ, périodicité et degré de finesse du retour)
- Le besoin d'informations par type d'utilisateurs (chefs de service, cadres infirmiers, gestionnaires, organisme de tutelle)
- La présentation de l'information : elle doit être attractive, afin d'inciter à l'analyse des données.

²⁰ Groupe IMAGE n°5, 1989.[5]

²¹ Tiré de Fessler, Frutiger, 1991.[6]

2.2 Veiller aux avantages « secondaires » que les médecins pourraient retirer :

Le groupe de travail PMSI Psychiatrie de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord s'est trouvé, lors de la définition des items de l'application, devant la problématique suivante : ne faut-il renseigner que les items susceptibles d'être requis par la tutelle ou peut-on ajouter d'autres items demandés par la communauté médicale ?

Le premier choix permet d'alléger la saisie ; le second multiplierait les requêtes possibles, sachant que chaque praticien peut avoir des exigences particulières. Le parti a donc été pris de se conformer uniquement à l'expérimentation ministérielle.

En procédant ainsi, un facteur essentiel, celui du maintien de la motivation des utilisateurs, a été occulté. On ne renseigne pas avec autant de soins un item si l'on n'a aucun intérêt direct à le faire, surtout si la réglementation ne l'impose pas.

Par exemple, le principal obstacle pour la formalisation d'études de besoins est l'absence de l'item « diagnostic » pour la prise en charge ambulatoire. Ainsi, l'on peut connaître l'acte réalisé par l'intervenant, mais pas la pathologie suivie en extra-hospitalier.

Or, tout praticien souhaitant formaliser un projet pour son service doit pouvoir utiliser les données épidémiologiques de la population qu'il soigne dans le secteur. Certains médecins de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord voudraient développer une unité d'alcoologie ; une étude du besoin s'appuyant sur le nombre de dépendance à l'alcool traitées en ambulatoire serait un argument de poids pour la négociation.

Toutefois, l'item « diagnostic en ambulatoire » ne devrait pas être requis pour la transmission des données médicalisées à l'agence régionale de l'hospitalisation, puisque l'ambulatoire devrait donner lieu à un relevé d'actes.

Si l'on ne fait pas attention aux avantages que peuvent tirer les médecins d'une base de données médicalisées, on court le risque d'un désinvestissement très rapide de leur part. Ils doivent pouvoir introduire des items supplémentaires leur permettant d'effectuer l'analyse de leur activité.

2.3 *S'assurer de la qualité du codage :*

L'étude de la qualité du codage est également essentielle pour conforter la crédibilité de l'information. Elle relève pleinement des attributions du Département d'Information Médicale.

Certains hôpitaux²² ont lancé une démarche d'assurance qualité qui semble garantir les meilleurs résultats. En effet, l'idée est de s'assurer, aux différentes étapes de la production de l'information médicale, que l'opération a été correctement réalisée. Le but est d'obtenir un produit final comportant le moins de défauts possibles, en prévenant les risques au cours du processus.

Le Département d'Information Médicale de l'EPSAN prévient effectivement les erreurs par la formation des utilisateurs : celle-ci est dispensée par petits groupes, au sein de chaque secteur, et renouvelée si des hésitations apparaissent. La taille de l'établissement et le nombre de secteurs impliqués permettent un règlement en temps réel des problèmes des utilisateurs.

Toutefois, une démarche véritable de qualité requiert notamment des procédures de contrôle a posteriori du codage.

²² Paulmier-Becker S., Lambert P., Salomez J-L., 1996.[7]

C) Relancer la communication autour du schéma directeur de l'informatique :

1. Le schéma directeur de l'informatique, élément du projet d'établissement :

Aux termes de la circulaire n°16 du 18 novembre 1982, relative à l'informatisation des hôpitaux publics, « la définition du système d'information est le préalable indispensable au choix des solutions informatiques ». Ceci est de la compétence du directeur, qui fixe les objectifs du système d'information.

La circulaire du 19 avril 1991, quant à elle, définit le schéma directeur de l'informatique comme un élément du projet d'établissement. Il consiste à « décrire les options prises pour la constitution d'un système d'information hospitalier cohérent et respectant un certain nombre de règles²³, pour les étapes et les moyens de sa réalisation ».

L'Etablissement de Santé Alsace Nord n'est aujourd'hui doté que des deux schémas directeurs des deux anciens Centres Hospitaliers de Hoerdts et de Brumath. Ces deux documents constituent, en fait, un audit réalisé par le Centre Régional de l'Informatique Hospitalière d'Alsace.

Le nouveau projet d'établissement devrait intégrer un projet par étapes concernant le système d'information, afin de montrer l'engagement de la direction en la matière. Les avancées ont été très rapides et devraient encore s'accélérer grâce à une nouvelle coopération interhospitalière²⁴.

²³ Cahiers des conclusions et des recommandations du Conseil de l'Informatique Hospitalière et de Santé, 1996.[8]

²⁴ La problématique est exposée en Partie II, II/.

2. Réunir de nouveau le groupe de travail local :

La généralisation du recueil en routine a révélé beaucoup de défauts de l'application PMSI psychiatrique. Il est regrettable que le groupe de travail ait arrêté de se réunir justement au moment où des rectifications importantes auraient pu être effectuées. Un comité de suivi se réunit, mais de façon trop périodique, ce qui affecte la capacité d'évolution du produit par rapport aux attentes des utilisateurs.

Ainsi, comme démontré précédemment²⁵, certains items s'avèrent aujourd'hui nécessaires, alors que le groupe de travail les avait écartés ; d'autres sont actuellement renseignés par les secrétaires, alors qu'ils ne serviront jamais (nom des intervenants, antécédents psychiatriques du patient exprimés en mois d'hospitalisation). Un effort de stabilisation du recueil devrait être fourni, afin de renforcer sa crédibilité.

3. Relancer la communication :

La communication devrait être reprise à tous les niveaux. Chacun se pose des questions sur l'orientation des travaux, ce qui entretient une sorte de scepticisme.

Des forums d'information sur les avancées de la mission PMSI Psychiatrie pourraient être organisés. A cette occasion, les items recueillis au niveau de l'EPSAN devraient être présentés car peu de personnes, hormis les secrétaires, connaissent l'ensemble de l'application.

Les services ayant accepté de recueillir les items pourraient également voir leurs efforts mis en valeur, au cours de réunion de retour d'informations par secteur. Aujourd'hui, les équipes ont l'impression d'être « contrôlées » et donc d'avoir accepté des contraintes supplémentaires à leur détriment.

Enfin, la communication sur l'élaboration d'un système d'information global à travers

²⁵ Point B), 2.2.

l'outil Cariatides devra être particulièrement soignée. Les personnels doivent, en effet, appréhender la cohérence de la démarche en matière d'information médicale. La compréhension des enjeux est essentielle, pour que la culture informatique, et plus largement de l'information, s'instaure.

CONCLUSION de la PARTIE :

Le nouvel outil informatique de recueil, plus ergonomique que l'ancien logiciel « fiche patient », a permis la médicalisation des informations dans trois secteurs psychiatriques.

Certaines améliorations organisationnelles et techniques, accompagnées d'une reprise de la communication seraient de nature à accroître la crédibilité de la démarche et à favoriser la motivation des utilisateurs.

La seconde partie viendra étayer la construction d'un système global d'information médicale, construit intégralement en collaboration avec les Centres Hospitaliers du Haut-Rhin et d'Erstein.

II/ Améliorer les potentialités du système d'information et déterminer des objectifs d'utilisation des données médicalisées

Le PMSI doit être défini comme un sous-système du Système d'Information Hospitalier. L'idée de renforcer l'information médicale doit être menée jusqu'au bout, à commencer par les dossiers médicaux et infirmiers.

La construction d'un système d'information global, correspondant aux besoins quotidiens des services, est le moyen d'obtenir l'acculturation à l'informatique ;ensuite, il favorisera le recueil de données dans le sous-système PMSI et donc les possibilités d'utilisation de la base en interne.

En effet, dans un premier temps, le système d'information doit former un tout cohérent et générer une communication utile pour ceux qui interviennent auprès du patient. Dans un second temps, le PMSI viendra extraire certaines informations des dossiers médicaux et infirmiers et mettre en parallèle l'utilisation des ressources et l'activité.

A) La mise en place d'un système d'information global et cohérent :

1. L'importante question des missions respectives du Département d'Information Médicale et de la Direction :

On fait souvent une répartition fonctionnelle entre la Direction des Finances et du système d'information, chargée de l'information financière et des installations informatiques, et le

Département d'Information Médicale, responsable de l'organisation, du recueil et du traitement de l'information médicale.

Cette dichotomie reflète bien l'idée de missions respectives dévolues au DIM et à la Direction, sous-entendu la Direction générale, de l'informatique et du contrôle de gestion.

Cette approche élude toutefois la coopération étroite qui doit s'établir et les interactions inévitables autour de l'enjeu du système d'information.

L'étude des textes seules ne permet donc pas d'appréhender la question de la répartition des rôles dans toute sa dimension.

1.1 Les textes :

En ce qui concerne le programme de médicalisation du système d'information en général, l'article R 710-5-9 du Code de la Santé Publique²⁶ stipule qu'après avis de la Commission Médicale d'Etablissement, les « instances compétentes de l'établissement organisent le recueil, le traitement, la validation et la transmission interne des données médicales ».

Dans ce cadre, l'arrêté du 20 septembre 1994 précise le rôle du directeur : il arrête, après avis de la CME, la nature des traitements de données et des retours d'informations aux praticiens.

De plus, la responsabilité en matière de confidentialité des données médicales nominatives est partagée entre le directeur, le médecin DIM et le président de la Commission Médicale d'Etablissement²⁷.

Le directeur est également membre du Collège de l'Information Médicale de droit, dont la mission générale est de se prononcer sur les projets du Département d'Information Médicale²⁸ et d'en contrôler l'activité.

²⁶ issu du Décret du 27 juillet 1994

²⁷ Article R. 710-5-6

²⁸ Circulaire du 24 juillet 1989

Enfin, l'article R 710-5-10 du Code de la Santé Publique énonce bien que c'est le directeur qui transmet à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales les données d'activité médicale.

Les missions spécifiques des Départements d'Information Médicale²⁹ sont également définies par le décret du 27 juillet 1994.

Le médecin responsable de l'information médicale conseille les praticiens pour la production des données et veille à leur qualité³⁰. Le rôle essentiel du médecin DIM pour la formation des utilisateurs est ici suggéré.

Il a également une mission d'analyse et d'expertise quant à l'activité de l'établissement. Aux termes de l'article R. 710-5-8, il transmet ces informations à la Commission Médicale d'Etablissement et au directeur, de façon systématique ou à la demande.

Le directeur doit, en effet, pouvoir s'appuyer sur une information fiable et exhaustive pour définir sa stratégie d'établissement. Le Département d'Information Médicale peut permettre à l'établissement de dépasser le problème de la boîte noire, c'est-à-dire de l'absence de transparence dans le processus de « production ». Il fournit des indicateurs d'activité au « manager » pour l'aider à piloter l'institution, ce qui signifie choisir ses axes de développement, et définir la nature et la quantité des services à offrir.

1.2 Les problèmes de répartition des rôles :

Le Département d'Information médicale est un service médical, c'est-à-dire qu'il évolue avant tout dans la mouvance médicale. C'est un élément essentiel car il ne pourrait, sans cette relation de confiance avec le corps médical, se voir confier les données médicales d'activité. Et ce d'autant que le PMSI constitue, de fait, un enjeu de pouvoir au sein de l'hôpital. Pourtant, le rôle

²⁹ créés par la Circulaire du 24 juillet 1989

du DIM est transversal.

Le médecin responsable de cette information assure, en effet, auprès de la Direction, un rôle d'expert car il est chargé de la transmission des données agrégées. La production de l'hôpital, le soin, touche à la personne et reste donc confidentielle tant que le DIM n'a pas rendu anonymes les informations.

Ce rôle d'expert intervient également lors de la mise en place d'un contrôle de gestion. La Direction a nécessairement besoin d'un interprète médical si elle souhaite utiliser les Groupes Homogènes de Malades en gestion interne. Une synergie en matière d'utilisation des données médicalisées comme pour l'amélioration du système d'information, est donc plus qu'essentielle.

Certains hôpitaux ont donc eu l'idée de regrouper le contrôle de gestion, la Direction des systèmes d'information et le DIM en un même département. Cette organisation ne fait pas l'unanimité car elle rattache trop ostensiblement le DIM à la Direction³¹.

La définition du système d'information relève de la Direction, en vertu de la circulaire n°16 du 18 novembre 1982. En revanche, pour la mise en place, son rôle est celui d'un accompagnement ; il soutient les projets et met à la disposition du Département d'Information Médicale les moyens matériels nécessaires.

Par exemple, les textes énoncent une sorte de responsabilité partagée entre la Direction et le DIM en ce qui concerne la confidentialité des données. Ce domaine est large puisqu'il concerne, « notamment », l'étendue, les modalités d'attribution et de contrôle des autorisations d'accès ainsi que l'enregistrement des accès.

Dans les faits, le médecin responsable du DIM met en place le système des habilitations, à partir des moyens donnés par la Direction. Il s'agit bien d'un rôle d'accompagnement.

³⁰ Article R.710-5-4 du Code de la Santé Publique

³¹ Entretien avec Monsieur le Docteur Roeslin, responsable du Département d'Information Médicale des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

2. L'EPSAN dispose d'un système d'information homogène pour les informations administratives :

Le système d'information hospitalier est défini, selon les termes de la circulaire n°16 du 18 novembre 1982, comme se composant de « l'ensemble des informations et de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires à l'accomplissement des missions (de l'hôpital) ».

Ils ont longtemps été conçus dans l'unique but d'assurer la facturation et d'organiser les informations administratives sur les patients. Ce système doit également permettre de remplir les demandes de statistiques de la Direction Générale de la Santé (H80 et SAE depuis 1994). De nombreuses tâches administratives ont donc été automatisées.

Le système d'information de l'EPSAN est assuré par le logiciel SAGAH, développé par le Centre Régional d'Informatique Hospitalière de Strasbourg. Il comporte plusieurs sous-systèmes :

- SAGAH - Gestion Patients pour la gestion administrative du patient
- SAGAH - Ressources Humaines pour la gestion de personnel
- SAGAH - Dépenses pour la gestion des stocks, le suivi des dépenses
- SAGAH - Recettes Diverses
- SAGAH – CASH pour la facturation
- SAGAH – PACHA pour les amortissements, récemment interfacé.

Ces sous-systèmes communiquent entre eux ; les informations qui transitent sont considérées comme fiables.

En revanche, et pour n'aborder que le problème de l'information médicale, des logiciels autonomes par rapport au noyau SAGAH perdurent. Ainsi, le logiciel LAMA de saisie de l'activité, qui reste encore opérationnel pour les secteurs G02, G03, G04 et I01 (qui ont refusé l'application PMSI psychiatrique), est autonome par rapport à SAGAH : il nécessite donc une

« resaisie » des informations administratives sur le patient. De plus, le logiciel « OFEC » permet toujours de saisir l'activité du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) à la maison d'arrêt de Strasbourg.

Une mise en cohérence passerait donc par la suppression de ces logiciels autonomes et par la normalisation des outils informatiques de recueil de l'activité hospitalière. Cela nécessiterait néanmoins la collaboration des services qui ont refusé à l'expérience du PMSI. Par ailleurs, la mise en réseau du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) avec l'EPSAN n'est pas encore prévue. Son activité pourrait pourtant être périodiquement saisie en intra-hospitalier, lorsque ce service entrera dans le champ du PMSI.

3. Améliorer les fonctionnalités du SIH par la coopération avec les Centres Hospitaliers de Rouffach et d'Erstein :

Le Centre Hospitalier de Rouffach, établissement psychiatrique du Haut-Rhin, est actuellement en phase de développement de son système d'information ; il collabore déjà avec un autre centre hospitalier psychiatrique, Erstein, situé dans le Bas-Rhin. Etant donné les fonctionnalités qu'offre le projet informatique, l'EPSAN a saisi l'opportunité d'une coopération inter-hospitalière avec ces deux hôpitaux.

3.1 Cariatides, un système d'information intégré, fonctionnel et ergonomique :

Pour la mise en place de leur système d'information, les centres hospitaliers doivent opérer des choix informatiques, et cela en fonction de leurs moyens et de leurs objectifs. Ainsi, les hôpitaux décident d'attribuer plus ou moins de fonctionnalités à leur système d'information.

Le Centre Hospitalier Spécialisé de Rouffach (Haut-Rhin) se dote par étapes d'un système

d'information perfectionné fondé sur le concept de modules communicants. Celui-ci se veut en opposition avec une organisation pyramidale, où les applications informatiques sont empilées au fur et à mesure de leur création, sans qu'une stratégie d'ensemble ne soit définie.

Ce modèle diffère également d'un système intégré pur, où tous les modules appartiennent à une même « famille » ; il faut dans ce cas faire table rase des applications informatiques pré-existantes et acquérir une « famille » entière.

Or, les hôpitaux sont déjà dotés d'applications pour la gestion administrative ; leur remplacement par un système totalement nouveau serait un choix lourd en termes financiers et d'organisation de l'hôpital.

Cariatides est spécifiquement conçu comme un système informatique visant à aider les différents agents dans la prise en charge quotidienne du patient. Il se veut donc avant tout fonctionnel, c'est-à-dire destiné à intervenir dans les tâches quotidiennes des équipes.

Ce système d'information se présentera sous la forme d'un ensemble d'outils (module pharmacie, module de soins infirmiers, module médical, module extra-hospitalier, module laboratoire, module psychologue, module assistante sociale et module PMSI), intégrés au sein d'une infrastructure logicielle unique qui leur permet de communiquer entre eux.

L'intérêt de cette organisation en « serveurs départementaux » est que les modules, dits « objets », sont indépendants les uns des autres. Cela permet d'obtenir un temps de réaction bien moindre en cas de corrections d'anomalies, d'ajouts de fonctionnalités... En effet, il n'y a pas d'interactions entre les modules et toute modification reste circonscrite.

En sus, une connexion directe est établie avec l'application SAGAH, support à Rouffach comme à l'EPSAN, du recueil d'informations administratives. Ainsi, une même information n'est

saisie qu'une seule fois ; les informations sur le patient, notamment, suivent ce principe de la saisie unique. Les utilisateurs lisent directement dans l'application SAGAH, ce qui évite les possibles désynchronisations de base entre Cariatides et SAGAH (perte de données lors de transmissions, stockage de données différentes dans chacun des systèmes).

En matière d'ergonomie, un choix très différent de l'application PMSI EPSAN-CHU de Strasbourg a été opéré : celui d'utiliser le navigateur « web » pour l'accès aux outils du système d'information. C'est donc par des liens hypertextes que les utilisateurs consultent les différentes données.

3.2 Les étapes prévues de développement du système d'information :

Aujourd'hui, seuls les modules médical et de soins infirmiers, dans leur volet « prescriptions », ainsi que le module pharmacie fonctionnent sur tout le site hospitalier de Rouffach ; ils sont en cours d'installation à Erstein. Ces modules ont été choisis pour démarrer car ce sont ceux qui impliquent le plus les personnels infirmiers et médicaux.

Toutes les prescriptions médicamenteuses sont désormais inscrites par les médecins dans l'application, pour chaque malade identifié par le service des admissions.

La pharmacie effectue la dispensation des médicaments et le suivi des stocks grâce au module « pharmacie ».

Enfin, les infirmiers sont aidés dans la phase d'administration des médicaments par le volet « distribution des médicaments » du module « dossiers de soins infirmiers ». L'application permet d'éditer un plan d'administration par patient, qui prend en compte immédiatement les mouvements des patients et souligne les multiples interactions entre les médicaments.

Cette première étape sera suivie de plusieurs autres selon un échéancier à un an, qui

permettront de développer les autres modules.

En revanche, le module « PMSI psychiatrie » n'est pas prévu dans l'immédiat. Le Centre Hospitalier de Rouffach s'est, quant à lui, refusé à anticiper sur les travaux de la mission PMSI, préférant attendre les directives en la matière. Ce module sera donc développé lorsqu'il s'agira d'une obligation réglementaire ; l'EPSAN ne peut alléguer de l'apport de son expérience en matière de PMSI dans le cadre de la coopération avec Rouffach et Erstein.

Le temps venu, la mise en place du PMSI en psychiatrie bénéficiera néanmoins du climat favorable à l'informatique, généré par les autres fonctionnalités du système d'information, qui ont un intérêt direct pour les intervenants médicaux et infirmiers.

3.3 La coopération interhospitalière en matière de SIH : intérêt et modalités :

3.3.1 L'intérêt d'une telle coopération :

La coopération avec les Centres Hospitaliers de Rouffach et d'Erstein pour le développement du système d'information de l'EPSAN présente de nombreux avantages.

L'Etablissement Public de Santé Alsace Nord cherchait, d'un côté, à diversifier les fonctionnalités de son système d'information ; de l'autre, le Centre Hospitalier de Rouffach s'est lancé dans un projet d'envergure et souhaiterait bénéficier de moyens humains supplémentaires.

La problématique de l'EPSAN est la suivante : les circuits de l'information médicale se font sur papier aujourd'hui, que ce soit pour le dossier médical, la prescription de médicaments, la gestion des régimes alimentaires. Le logiciel de la pharmacie, quant à lui, est aujourd'hui autonome...

Par ailleurs, l'informatique est considérée par les différents personnels comme un moyen de contrôle et une surcharge de travail inutile. L'expérience est quasiment nulle, puisque les seuls utilisateurs de LAMA étaient les secrétaires médicales ; les infirmiers, les surveillants et les

médecins ont abordé l'informatique à l'hôpital par l'expérimentation PMSI en psychiatrie. La réticence à l'utilisation en routine de l'informatique diminuera lorsque son utilité au quotidien sera démontrée.

Ainsi, cette coopération pour le développement d'outils informatiques directement utiles aux professionnels du soin facilitera la naissance d'une culture informatique.

De plus, la coopération pour le développement de Cariatides permettra donc de doter l'EPSAN d'un système d'information global, adapté à la psychiatrie et conçu par des utilisateurs.

Les personnels infirmiers de l'EPSAN ont, en effet, réagi de façon positive lors de la présentation du projet : il leur a immédiatement semblé proche de leurs habitudes en matière de dossier médical et infirmier. En revanche, certains ont jugé un autre produit développé par une firme informatique, également invitée à présenter son produit, trop complexe. Par ailleurs, cette dernière ne proposait pas de système d'information, mais un logiciel de dossier médical.

3.3.2 Les modalités de la coopération avec le Centre Hospitalier de Rouffach :
L'association de l'EPSAN pourrait se faire soit sous la forme d'une convention, soit sous celle d'un groupement d'intérêt public ou d'un syndicat interhospitalier. Le groupement d'intérêt économique doit être écarté car tous les membres sont des personnes morales de droit public.

D'une part, la forme juridique de la convention, pour un projet de cette ampleur, destiné par nature à être pluriannuel et à entraîner un véritable partage des charges entre les partenaires, doit être écartée. Il est, d'ailleurs, prévu que l'EPSAN consacre un poste d'analyste programmeur pour le développement de Cariatides. Le retrait d'un des partenaires en cours de programme serait donc très dommageable.

D'autre part, la constitution d'un autre établissement public pour la création d'un système d'information paraît lourde. Il s'agit certes d'une structure de coopération garantissant que les

partenaires ne se retireront pas sans réfléchir. Néanmoins, les règles de fonctionnement, identiques à celles d'un établissement public de santé, et non susceptibles de négociation, en font une formule juridique très difficile à manier.

Ainsi, la formule du groupement d'intérêt public paraît la plus appropriée. Cette forme juridique permet la réalisation de missions périphériques à celle des soins (avis du Conseil d'Etat du 1^{er} août 1995), tout en préservant une certaine souplesse par rapport au syndicat interhospitalier. Les règles de fonctionnement dépendent de la convention constitutive et les formalités d'adhésion, ne requérant pas l'autorisation du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, sont plus simples.

B) Perspectives d'utilisations³² :

Le problème essentiel de cette anticipation sur le PMSI est que l'on n'a pas assez réfléchi à la nature et aux utilisations potentielles des données recueillies. Par exemple, quel peut être l'intérêt de recueillir des diagnostics médicaux sans définition de Groupes Homogènes de Journées ?

L'absence d'expression des objectifs du projet, au niveau des services médicaux, engendre une faible motivation pour le recueil de l'activité. Seule l'utilisation concrète des données, lors de retours rapides d'informations pertinentes, est susceptible de dynamiser ce recueil.

Néanmoins, il faut souligner que l'utilisation des données se heurte aujourd'hui à de nombreuses difficultés ; certaines pistes d'utilisations peuvent toutefois s'avérer intéressantes.

³² Le Département d'Information Médicale de l'EPSAN a fourni certaines des données de cette étude, sans valider in fine la démarche.

1. Les difficultés de l'utilisation :

L'utilisation du PMSI en interne est nettement plus complexe que les seules exigences tarifaires aux Etats-Unis. En effet, aux USA, il s'agit « simplement » de grouper les séjours à des fins de remboursement. Les besoins de la gestion interne, en revanche, sont d'une autre envergure : ils requièrent le respect de la diversité clinique, la mise en place d'une comptabilité analytique la plus fine possible. L'objectif est d'aboutir à un contrôle de gestion médicalisé et à des outils d'aide à la réflexion stratégique.

1.1 Les obstacles actuels à l'utilisation des données :

Les principaux obstacles à l'utilisation tiennent, soit au caractère récent du recueil de données médicalisées, soit à la spécificité même de l'anticipation, qui intervient avant que les outils nationaux ne soient construits.

Le problème principal de l'utilisation des données en interne est l'absence de Groupes Homogènes de Journées. Sans eux, on ne peut améliorer la connaissance des activités médicales et en tirer des conclusions quant à la consommation des ressources. En effet, les GHJ, tout comme les Groupes Homogènes de Malades en court séjour, posséderont une cohérence économique. Ce n'est pas le cas des Catégories Majeures Diagnostiques, constituées uniquement à dire d'expert.

Les retours d'informations ne peuvent aujourd'hui s'opérer qu'à partir des seuls diagnostics principaux ou des Catégories Majeures Diagnostiques. Ces indicateurs ne préjugent pas, à eux seuls, de la mise en œuvre des compétences et des moyens lors de la prise en charge des patients. Ils peuvent toutefois constituer des éléments d'analyse de la population accueillie.

Le second problème découle également de l'inexistence des outils nationaux pour le

programme de médicalisation en psychiatrie. La construction d'une échelle nationale de coûts relatifs est nécessaire pour comparer les performances des services à leur performance théorique. Certes, des opérations de benchmarking³³ seraient possibles au sein même de l'établissement, entre les secteurs psychiatriques. Les réflexions resteraient toutefois limitées, puisqu'il n'existe pas de référence extérieure et qu'il est impossible de déclarer un service plus performant qu'un autre en dehors d'une quantification du « poids » financier de chaque GHJ.

Enfin, certains problèmes techniques tiennent à la jeunesse du recueil de données. Actuellement, cinq services de psychiatrie adulte (67G01, 67G05, 67G06, 67G07, 67G08) ont été volontaires pour recueillir en routine les informations requises. Seuls trois se sont véritablement impliqués dans la démarche et obtiennent des taux d'exhaustivité suffisants pour une exploitation (67G05, 67G06, 67G07).

La fiabilité des informations est également aléatoire, aucun contrôle de qualité n'ayant encore pu être opéré depuis le début du recueil.

Ainsi, si le second type d'obstacles, tenant à la jeunesse du recueil, peut être réglé par l'hôpital lui-même, le premier type de problèmes dépend de l'avancement des travaux au niveau national. Il s'agit là d'une limite inhérente à toute démarche d'anticipation en matière de programme de médicalisation du système d'information.

De plus, il ne faut pas négliger la phase primordiale de négociation : on peut craindre qu'une utilisation interne des données médicalisées insuffisamment négociée n'engendre des phénomènes de désinvestissement. La mise en relation de l'activité réalisée et des ressources qui la rendent possible est essentielle ; toutefois, la motivation des médecins à entrer dans cette démarche

³³ Le benchmarking consiste à analyser rigoureusement les pratiques de l'entreprise et à les comparer avec les meilleures du secteur.

de synthèse décide de sa réussite ou de son échec.

1.2 La nécessité d'un développement concomitant de la comptabilité analytique à l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord :

La mise en place effective d'une comptabilité analytique par activité médicale devrait être la prochaine étape, afin de pouvoir croiser données d'activité et de coûts. C'est avant tout un outil de gestion interne, car elle permet d'analyser la performance des centres de responsabilité (les secteurs en psychiatrie) :

- par rapport à leur performance passée
- par rapport à la performance des autres centres de responsabilité comparables.

D'autre part, lorsque les hôpitaux psychiatriques seront financés en tenant compte de leur activité, des différences pourront apparaître entre la dotation théorique et le budget actuel de l'établissement. La comptabilité analytique permettra de comprendre la formation des coûts par Groupe Homogène de Journées. En fonction de l'activité de chaque centre de responsabilité, quantifiée en l'équivalent des points ISA, on pourra mesurer les écarts de productivité et de réfléchir aux économies à réaliser.

Enfin, le développement de la comptabilité analytique constitue un premier pas vers l'association des structures à la gestion de leurs ressources.

L'Etablissement Public de Santé Alsace Nord n'effectue pas pour l'instant de traitement analytique des données comptables. Le Centre Hospitalier de Hoerdt avait, quant à lui, déjà avancé vers la connaissance des coûts globaux par activité ; aucune application du guide méthodologique de 1997³⁴ n'a toutefois été effectuée.

³⁴ Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997.[9]
Karine BACHONGY – Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 1999

Aujourd'hui, la reprise de ces travaux paraît essentielle.

Les objectifs de cette comptabilité analytique seraient bien entendu, dans un premier temps, limités. Il s'agirait de connaître les coûts globaux par activité médicale de niveau 3 (ex. hospitalisation complète), 4 (ex. adultes) et 5 (ex. psychiatrie générale, pour arriérés profonds, autres). Le guide méthodologique de 1997 recommande de s'arrêter aux niveaux 2 et 3 ; néanmoins, dans un hôpital psychiatrique, qui n'a par définition qu'une seule spécialité, cela n'a aucune signification.

Le préalable à toute mise en place d'une comptabilité analytique acceptée sera bien sûr la rénovation du fichier de structures : cette opération, rendue par ailleurs nécessaire du fait de la fusion des deux Centres Hospitaliers de Brumath et Hoerdts, a été réalisée en septembre 1999. Le fichier devrait être ensuite diffusé aux instances par centre de responsabilité, centre d'activité et unités fonctionnelles. Les responsables de chaque structure, ainsi que l'ensemble des activités de chaque centre de responsabilité devront être identifiés avec rigueur.

Lors de la construction de ce fichier, le problème de la concordance entre les besoins de la comptabilité de l'EPSAN en matière d'unités fonctionnelles et ceux du recueil de l'activité s'est fait jour. L'activité devra être attribuée à chaque unité fonctionnelle médicale, y compris pour l'activité ambulatoire exercée dans de petites structures éloignées de l'établissement, quelques fois par semaines. Il est toutefois difficile pour la comptabilité d'attribuer les moyens correspondant à cette activité. Le fichier de structures regroupera donc ces petites unités en une seule, dite de consultation, ce qui représente une perte d'information vis-à-vis de l'activité.

2. Types et exemples d'exploitation des données :

2.1 Des analyses standards :

Pour l'instant, les seules analyses médicales réalisables sont le décompte des diagnostics principaux par secteurs. On pourrait connaître les diagnostics les plus fréquents dans les secteurs volontaires pour le projet et les croiser avec les modes de prise en charge et les types d'intervenants.

Les scores de dépendance pourraient également être comparés ; ils qualifient avec le plus de précision la lourdeur des pathologies prises en charge par chaque service. Cette étude est réalisée en section C) 3. (critère de répartition des effectifs).

Ces analyses médicalisées contribueraient à nourrir les rapports de secteurs, mais uniquement de façon limitée.

Lorsque les Groupes Homogènes de Journées seront déterminés, en revanche, les rapports annuels de secteur pourront être complétés par le nombre des GHJ les plus fréquents, afin de différencier les case-mix³⁵ des secteurs. L'évolution des activités des secteurs (diversification ou spécialisation) pourra être également analysée.

Par ailleurs, la progression ou la diminution du nombre de journées dans un secteur pourra être expliquée en termes de Groupes Homogènes de Journées pris en charge. On ne peut, pour l'instant, que constater la réduction ou la stabilisation du nombre de journées, sans comprendre les facteurs de cette évolution. Grâce aux données PMSI, on pourra, après isolement de l'effet « activité », c'est-à-dire la part de l'augmentation du nombre de journées due à la seule variation des entrées, connaître l'effet « durée moyenne de séjour ». Ensuite, en analysant l'évolution des durées moyennes de séjour par GHJ, les pathologies responsables des variations du nombre de journées seront identifiées.

³⁵ Case-mix : éventail des cas médicaux traités.

Chaque secteur devrait pouvoir lancer lui-même certaines requêtes standards. C'est un projet à moyen terme du Département d'Information Médicale. La meilleure garantie de l'utilisation fréquente de la base de données est, en effet, d'octroyer un accès aux utilisateurs, afin qu'ils puissent en tirer parti selon leurs besoins.

2.3 *Analyses à la demande :*

Elles peuvent être d'ordre médical ou concerner la gestion de l'hôpital. Le Département d'Information Médicale sera chargé de répondre aux requêtes plus élaborées à destination des services médicaux ou de l'administration. Le logiciel d'interrogation de bases de données Business Object lui permettra d'effectuer ces interrogations.

L'étude cartographique du recrutement de l'EPSAN pourrait être un exemple intéressant afin de vérifier que sa zone d'influence correspond aux secteurs psychiatriques qui lui sont dévolus. La construction de cette carte requiert toutefois l'adresse des patients traités en ambulatoire, item qui ne figure pour l'instant pas dans le recueil. L'absence de cet item relève de la problématique déjà évoquée³⁶ : faut-il s'en tenir aux critères qui seront requis par le Ministère, afin d'alléger le recueil, ou peut-on ajouter certaines données demandées par la communauté médicale ?

La cartographie permettrait de voir si certains secteurs, c'est-à-dire certains praticiens hospitaliers, ont une zone d'influence s'étendant au-delà de leur secteur. Cela constituerait un argument de négociation budgétaire.

Elle permettrait également de mieux situer l'origine des patients de chaque secteur, afin d'implanter les structures extra-hospitalières le plus près du domicile des patients.

³⁶ « Veiller aux avantages secondaires des médecins »

Les applications dans le domaine de la gestion sont, quant à elles, de plus en plus développées dans les établissements hospitaliers généraux³⁷. Cela peut être l'analyse des ressources utilisées dans une perspective de benchmarking, c'est-à-dire de comparaison des coûts des prises en charge. La déconcentration budgétaire au niveau de centres de responsabilité peut aussi s'appuyer sur les données d'activité. Enfin, les informations issues du PMSI peuvent être utiles pour construire le projet médical, afin de déterminer une stratégie de développement d'unités nouvelles, à partir d'études de besoins³⁸.

3. La détermination de critères pertinents de répartition des moyens humains entre les secteurs :

Une utilisation des données médicalisées pourrait être la détermination de critères pertinents de répartition des moyens humains entre les secteurs. La psychiatrie s'est organisée, depuis la circulaire de 1960, en secteurs couvrant chacun un bassin de population d'environ 81 000 habitants.

La dotation actuelle en personnel ne repose pas, aujourd'hui, sur des critères transparents et s'avère être l'objet de critiques lorsque les demandes de personnel supplémentaires sont rejetées.

Malgré certaines difficultés, liées à la spécificité de la psychiatrie et notamment aux méthodes très différentes de prise en charge des patients entre les secteurs, il est possible de déterminer un critère pertinent de répartition. Le but n'est pas de comparer l'hôpital à une référence extérieure, afin de calculer un effectif cible ; il s'agirait là d'une démarche d'une autre envergure, plus ou moins légitime selon la référence extérieure, motivée par une recherche de gains de productivité. L'utilisation de données médicalisées est ici un simple moyen pour trouver un critère pertinent de répartition des effectifs existant dans l'établissement.

³⁷ Voir Gestions Hospitalières, 1998.[10]

³⁸ Voir p 57 « Veiller aux avantages secondaires des médecins ».

3.1 Le mode répartition actuel et les difficultés d'un tel exercice :

3.1.1 Aujourd'hui, la répartition des moyens résulte de l'histoire du secteur et d'une politique égalitaire :

Les dotations des secteurs en personnel ne sont pas fondées sur un critère rationnel. L'effectif global est issu de l'histoire du secteur, de sa plus ou moins grande persévérance à réclamer des moyens supplémentaires.

L'enjeu est donc de répartir quantitativement les moyens globaux en personnel au sein de l'établissement ; la répartition qualitative sera opérée dans un second temps par le chef de service.

Une première réflexion avait déjà eu lieu en la matière. En 1997, le Centre Hospitalier de Brumath s'était engagé dans une négociation sociale globale. Dans ce cadre, un groupe de travail avait réfléchi à la « clarté et transparence des effectifs ». Il n'avait pas pu déterminer seul une méthode consensuelle de répartition.

Le directeur a donc cherché à recueillir l'avis du groupe de travail sur un critère ayant l'avantage de la simplicité : la population du secteur.

L'application de ce critère a néanmoins été différée, étant donné que le Centre Hospitalier de Brumath a débuté son rapprochement avec le Centre Hospitalier de Hoerdts au printemps 1998.

3.1.2 Les difficultés techniques pour la détermination d'un critère pertinent :

Le premier type de difficulté est plutôt celui de l'acceptation sociale d'une telle démarche. Ce point sera abordé en fin de l'étude ; il faut noter toutefois que la qualité du critère de répartition a une grande influence sur la perception du problème par les personnels.

La difficulté liée à la définition du critère peut se résumer par trois questions :

- Comment éviter de créer des rentes de situation ? : les secteurs les mieux dotés en moyens peuvent, en effet, produire plus d'actes et donc conserver leur moyens élevés.

Il faudrait pour cela pouvoir évaluer les besoins de la population, ce qui plaiderait pour retenir la population du secteur comme critère. Il faudrait également éviter de brider le dynamisme des équipes : retenir la seule file active pourrait figer le profil du secteur et l'empêcher d'accroître sa prise en charge si les besoins de la population le requièrent.

- Comment mesurer l'activité d'un secteur sans entrer dans la spécificité de chaque secteur ?

Il faut, en effet, assurer la neutralité des critères par rapport aux modes de prise en charge dans le secteur. Les pratiques thérapeutiques en psychiatrie sont très diverses, ce qui ne préjuge en rien du niveau de qualité des soins. Un secteur choisissant l'ouverture et donc de travailler plus en extra-hospitalier ne doit pas voir ses moyens amputés.

Il faut donc équilibrer les critères d'activité en intra-hospitalier et en extra-hospitalier.

- Comment trouver un critère à la fois pertinent et acceptable, et l'introduire dans les secteurs sans provoquer de rupture dans leur mode de fonctionnement ?

L'ensemble de ces interrogations plaide pour un critère liant à la fois : le bassin de population desservi par le secteur, la file active globale, ainsi qu'une modulation prenant en compte la densité des soins prodigués au patient. Cette densité en soins ne pourra être obtenue qu'à partir des données PMSI. L'idée directrice est que le personnel est une « fonction », qui dépend du volume de l'activité.

Les limites de cette utilisation des données médicalisées seront soulignées dans un second temps.

3.2 Déterminer un critère pertinent et acceptable :

Avant tout travail de répartition, il faut s'assurer que les secteurs sont comparables. La question peut se poser à l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord, dans la mesure où une fusion vient d'être opérée : les deux secteurs de psychiatrie adulte de Hoerdt avaient des charges directes par habitant plus élevées de 20% par rapport à celles de Brumath. La diminution des effectifs consécutives à une comparaison pouvait être brutale.

En 1998, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire a changé cet état de fait : la population desservie par Hoerdt a crû, tandis que celle desservie par Brumath a diminué. En conséquence, les charges directes par habitant sont beaucoup plus proche, puisque la différence n'est plus que de 8%, toujours « en faveur » de Brumath.

Une des méthodes de répartition possibles serait la suivante.

3.2.1 Les critères :

Il faut, tout d'abord, expliciter la masse à laquelle s'appliqueront les critères. La prise en charge psychiatrique est éminemment multidisciplinaire : selon la politique de soins de chaque secteur, un équilibre entre les différents métiers est établi. Appliquer les critères à la seule population infirmière, méthode employée lors de la première tentative de répartition des personnels à Brumath, aboutit à figer le profil humain du secteur.

La seule possibilité est donc de transformer les ETP du personnel soignant, psychologue et éducatif³⁹ en ETP infirmiers. On obtient ainsi une dotation totale en personnel, répartie en fonction des critères. Chaque chef de service pourra ensuite allouer les ETP qui lui sont dévolus entre les différents métiers.

³⁹ Voir ANNEXE 1

Cette méthode, si elle semble incontournable, pourra se heurter à une forte réticence des personnels infirmiers. Ces derniers sont quantitativement les plus importants, particulièrement en psychiatrie où a longtemps régné le dogme du « cadre unique ». Toute transformation d'Equivalent Temps Plein infirmier en un autre métier, afin de renforcer la multi-disciplinarité d'une équipe, attire toujours l'attention des représentants du personnel.

Les effectifs médicaux ont été écartés de cette étude : ils dépendent, en effet, de critères particuliers. Le nombre de secrétaires médicales dépend du nombre de praticiens du secteur.

Enfin, les aides au service hospitalier peuvent être réparties par rapport à la surface des services, ce qui semble le critère le plus pertinent.

- La file active globale : ce critère est parfaitement légitime et reflète en partie l'activité du secteur. Par ailleurs, les données sur la file active globale sont très fiables. Ce critère permet de contourner la problématique « intra/extra-hospitalier » développée plus haut.

- La population desservie : on ne peut faire l'économie de prendre en compte les besoins de la population ; ce critère pourrait être légèrement majoré en fonction du caractère rural du secteur. En effet, l'éloignement des grands centres obligent les personnels infirmiers à de longs déplacements, très consommateurs de temps.

En revanche, ne retenir que ce critère fausse quelque peu les calculs : cela revient à affirmer que l'activité du secteur comble les besoins de la population.

- Le nombre d'actes effectués : ce critère permet de mesurer la « charge de travail » car ce sont les actes qui « consomment » du personnel, beaucoup plus que la file active (qui ne « consomme » du personnel qu'indirectement, à travers les actes).

Le relevé des actes ne s'effectue qu'en extra-hospitalier : il s'agit donc de mesurer

l'importance de l'activité en ambulatoire.

Le relevé des actes pose toutefois deux problèmes de fiabilité en l'état : la notion d'actes ne fait pas encore l'objet d'une définition précise, ce qui entache le recueil d'une forte incertitude ; par ailleurs, un contrôle de qualité devra être mis en place avant l'utilisation du critère⁴⁰.

- Le score de dépendance :

D'après les travaux de la mission PMSI, le score de dépendance, mesuré selon l'échelle « Activity of Daily Living » (voir l'algorithme des Resources Utilization Groups en introduction), est l'une des variables ayant le pouvoir explicatif des coûts le plus important.

En effet, il reflète la densité des soins à apporter aux patients accueillis : les intervenants situent eux-mêmes chacun de leur patient sur cette échelle et déterminent ainsi le degré d'aide qu'ils requièrent au quotidien.

Par ailleurs, la modulation à travers le score de dépendance permet de valoriser la prise en charge de certaines pathologies plus lourdes (géro-psycho-geriatrie, psychoses autistiques...).

Néanmoins, avant son utilisation, le recueil du score de dépendance devra faire l'objet d'un contrôle de qualité, afin de s'assurer de sa fiabilité.

3.2.2 La méthode :

La méthode consiste à appliquer un coefficient de variation à une dotation moyenne en personnel, en fonction de l'application de deux critères à chaque secteur : la file active globale et la population desservie.

Dans un second temps, deux modulations seraient effectuées, pour tenir compte de la densité des soins en ambulatoire et en hospitalisation complète.

- La première étape consiste à calculer une dotation moyenne en « ETP infirmiers » :

⁴⁰ La liste des types d'actes et des intervenants recensés dans le PMSI apparaît en annexe.

Il est possible de transcrire l'effectif en ETP infirmier, grâce à l'enquête sur les coûts et les carrières dans les établissements publics de santé. Un coût horaire théorique a été calculé pour le personnel médical et non médical ; on peut donc valoriser de façon théorique les ressources en personnel. Les différences d'ancienneté entre les secteurs ne jouent pas.

Le détail des calculs est expliqué en annexe.

A partir de là, une dotation moyenne par secteur est déterminée.

| | G01 | G02 | G03 | G04 | G05 | G06 | G07 | G08 |
|--------------------------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|--------|
| Moyenne en ETP infirmier | 88,82 | 88,82 | 88,82 | 88,82 | 88,82 | 88,82 | 88,82 | 88,82 |
| ETP infirmier | 102,6 | 80,45 | 85,54 | 101 | 92,62 | 88,31 | 88,34 | 71,7 |
| Ecart en % | + 15,5 | - 9,4 | - 3,7 | + 13,7 | + 4,3 | - 0,6 | - 0,5 | - 19,3 |

| | I01 | I02 |
|--------------------------|---------|---------|
| Moyenne en ETP infirmier | 107,225 | 107,225 |
| ETP infirmier | 101,1 | 113,35 |
| Ecart | - 5,71 | + 5,71 |

Tableau 1

- Le premier critère : le rapport à la file active moyenne :

La référence pour évaluer l'activité du secteur serait son écart à la file active moyenne de l'établissement. L'écart est mesuré en pourcentage :

File active globale du secteur / File active moyenne de l'établissement *100

La rapport à la moyenne évite en partie les risques d'inflation au niveau de la file active. Tout chiffre à la hausse dans un secteur augmente, en effet, la moyenne de l'établissement ; le rapport du secteur à la moyenne s'accroît, certes, mais de façon moindre et par rapport au fonctionnement global de l'hôpital.

Seuls les chiffres 1997 sont disponibles pour tous les secteurs

| | G01 | G02 | G03 | G04 | G05 | G06 | G07 | G08 |
|------------------------|------|--------|---------|--------|--------|-------|--------|---------|
| File active moyenne | 768 | 768 | 768 | 768 | 768 | 768 | 768 | 768 |
| File active du secteur | 1344 | 746 | 502 | 1086 | 659 | 692 | 574 | 542 |
| % d'écart | + 75 | - 2,87 | - 34,64 | + 41,4 | - 14,2 | - 9,9 | - 25,7 | - 29,43 |

| | I01 | I02 |
|--------------------------------|--------|--------|
| File active globale moyenne | 918,5 | 918,5 |
| File active globale du secteur | 830 | 1007 |
| % d'écart | - 9,63 | + 9,63 |

Tableau 2

Le constat peut être fait d'un écart très important entre les files actives des secteurs anciennement de Hoerdt (avant la fusion) et celles de Brumath. Cet élément est analysé plus loin.

- A part égale, le deuxième critère de la population interviendrait : de la même façon, par rapport à la moyenne de l'établissement.

| | G01 | G02 | G03 | G04 | G05 | G06 | G07 | G08 |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Population globale moyenne | 81 250 | 81 250 | 81 250 | 81 250 | 81 250 | 81 250 | 81 250 | 81 250 |
| Pop. du secteur | 86 227 | 82 395 | 85 048 | 80 936 | 76 385 | 74 252 | 76 615 | 87 030 |
| % d'écart | + 6,1 | + 1,4 | + 4,7 | - 0,4 | - 6 | - 8,6 | - 5,7 | + 7,1 |

| | I01 | I02 |
|----------------------------|----------|----------|
| Population globale moyenne | 50 543,5 | 50 543,5 |
| Population du secteur | 45 257 | 55 830 |
| % d'écart | - 10,46 | + 10,46 |

Tableau 3

- Tableau récapitulatif

Indices base 100 (population moyenne et file active globale moyenne), moyenne arithmétique.

SCENARIO 1 : la pondération de la population du secteur et de la file active est de 1/1.

| | G01 | G02 | G03 | G04 | G05 | G06 | G07 | G08 |
|-----------------|--------|-------|-------|-------|------|-------|------|-------|
| File active | 175 | 97,1 | 65,6 | 141,4 | 85,8 | 90,1 | 74,3 | 70,6 |
| Pop. du secteur | 106,1 | 101,4 | 104,7 | 99,6 | 94 | 91,4 | 94,3 | 107,1 |
| Indice global | 140,55 | 99,25 | 85,15 | 120,5 | 89,9 | 90,75 | 84,3 | 88,85 |

| | I01 | I02 |
|---------------|-------|---------|
| File active | 90,37 | 109,63 |
| Population | 89,54 | 110,46 |
| Indice global | 89,9 | 110,045 |

Tableau 4

- Lorsqu'on applique cet indice global à la dotation moyenne calculée précédemment, cela donne comme effectif par secteur :

| | G01 | G02 | G03 | G04 | G05 | G06 | G07 | G08 |
|-----------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Indice global | 140,55 | 99,25 | 85,15 | 120,5 | 89,9 | 90,75 | 84,3 | 88,85 |
| Dotation moyenne | 88,82 | 88,82 | 88,82 | 88,82 | 88,82 | 88,82 | 88,82 | 88,82 |
| Dotation existante | 102,6 | 80,45 | 85,54 | 101 | 92,62 | 88,31 | 88,34 | 71,7 |
| Dotation après indice | 124,8 | 88,1 | 75,6 | 107 | 79,8 | 80,6 | 74,9 | 78,9 |

| | I01 | I02 |
|-----------------------|---------|---------|
| Indice global | 89,9 | 110,045 |
| Dotation moyenne | 107,225 | 107,225 |
| Dotation existante | 101,1 | 113,35 |
| Dotation après indice | 96,4 | 118 |

Tableau 5

Le total de l'existant correspond à 710,56 ETP infirmiers. Après l'application des indices, on obtient un total de 700,1 ETP infirmiers, en raison des approximations successives.

SCENARIO 2 : on applique cette fois une pondération 3 pour le facteur « population du secteur » et 1 pour le facteur « file active » pour tenir de son moins grand degré de fiabilité.

En sus, cela a l'avantage de lisser les grandes disparités en terme de file active.

| | G01 | G02 | G03 | G04 | G05 | G06 | G07 | G08 |
|-----------------------|---------|---------|--------|--------|-------|-------|-------|--------|
| Indice global | 123,325 | 100,325 | 94,925 | 110,05 | 96,15 | 91,75 | 89,3 | 97,975 |
| Dotation moyenne | 88,82 | 88,82 | 88,82 | 88,82 | 88,82 | 88,82 | 88,82 | 88,82 |
| Dotation existante | 102,6 | 80,45 | 85,54 | 101 | 92,62 | 88,31 | 88,34 | 71,7 |
| Dotation après indice | 109,54 | 89,1 | 84,3 | 97,75 | 85,4 | 81,5 | 79,32 | 87 |

| | I01 | I02 |
|-----------------------|---------|---------|
| Indice global | 89,9 | 110,045 |
| Dotation moyenne | 107,225 | 107,225 |
| Dotation existante | 101,1 | 113,35 |
| Dotation après indice | 96,4 | 118 |

- Le troisième critère permettrait d'effectuer une modulation de la répartition en fonction de la densité moyenne des soins en extra-hospitalier. Le calcul du nombre d'actes réalisés en ambulatoire par rapport au personnel affecté à l'extra-hospitalier permet des comparaisons intéressantes.

Chaque année, les secteurs adressent à la Direction des Finances et de l'Informatique leur activité extra-hospitalière, c'est-à-dire les actes réalisés par catégorie d'intervenant. Pour les besoins de cette étude, on peut donc simplement obtenir le nombre d'actes réalisés par l'ensemble des personnels⁴¹, à l'exclusion des médecins.

Il faut toujours, comme précédemment, ramener les chiffres obtenus à la moyenne de l'EPSAN : cette opération écarte en partie le danger de l'inflation d'actes car l'inflation d'un secteur fait augmenter la moyenne de l'hôpital.

| | G01 | G02 | G03 | G04 | G05 | G06 | G07 | G08 |
|--|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Nombre d'actes ⁴² hors médecins | 11 518 | 4 361 | 3068 | 5705 | 8 455 | 7 236 | 2460 | 8596 |
| Personnels affectés en ambulatoire | 19,05 | 13,45 | 12,94 | 18,29 | 12,64 | 21,6 | 15,63 | 11,69 |
| Actes par personnel | 604,6 | 324,3 | 237,1 | 311,9 | 668,9 | 335 | 157,4 | 735,3 |
| Moyenne de l'EPSAN | 513,7 | 513,7 | 513,7 | 513,7 | 513,7 | 513,7 | 513,7 | 513,7 |

⁴¹ Statistiques DGS.

⁴² La notion d'actes en ambulatoire correspond aux consultations, soins à domicile et en institutions substitutives au domicile. Le secteur G03 intervient également en unités d'hospitalisation somatique et aux urgences de l'hôpital de Haguenau.

| | | | | | | | | |
|----------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| Indice | 117,7 | 63 | 46 | 60,7 | 130,2 | 65,2 | 30,6 | 143,2 |
| Indice du scénario 1 | 140,55 | 99,25 | 85,15 | 120,5 | 89,9 | 90,75 | 84,3 | 88,85 |
| Indice global (1) | 129,1 | 81,1 | 65,6 | 90,6 | 110 | 78 | 57,4 | 116 |
| Indice du scénario 2 | 123,3 | 100,3 | 94,9 | 110 | 96,15 | 91,7 | 89,3 | 98 |
| Indice global (2) | 120,5 | 81,6 | 70,45 | 85,3 | 113,2 | 78,5 | 60 | 120,6 |

La première remarque est que l'on retrouve de nouveau cette différence très importante entre les secteurs anciennement du Centre Hospitalier de Hoerd et ceux de Brumath. Cela peut provenir, en partie, d'habitudes différentes de comptabilisation des actes, que seul un contrôle de qualité en amont pourra résoudre : en effet, il est impossible de contrôler tous les actes effectués en ambulatoire ; en revanche, on peut mettre en place un protocole strict de comptabilisation.

La deuxième remarque est que les écarts aujourd'hui constatés donnent une trop forte présomption d'erreurs pour les appliquer en l'état.

Ces données d'actes issues du logiciel LAMA (Logiciel d'Aide à la Mesure de l'Activité) peuvent être d'ores et déjà comparées à celle issues du PMSI pour les trois secteurs saisissant régulièrement leur activité, sur les six premiers mois de l'année 1999. Lorsque les intervenants auront pris l'habitude de saisir leur activité, les informations du PMSI seront plus fiables car elles subiront un contrôle de qualité. Elles ne peuvent toutefois être utilisées pour cette étude puisque la saisie n'a débuté qu'au début de l'année 1999 ; par ailleurs, certains intervenants ne saisissent

manifestement pas leur activité avec régularité.

La nature des actes comptabilisés selon les intervenants apparaît en annexe.

Projetées sur un an, ces données PMSI ne correspondent que très approximativement à celles de LAMA.

| Sur 6 mois | G05 | G06 | G07 |
|------------------------------|------|------|------|
| Nombre d'actes hors médecins | 3983 | 4540 | 1051 |

- Enfin, le dernier critère serait le score de dépendance issu de l'échelle Activity of Daily Living (ADL). L'idée est de calculer le pourcentage des patients de chaque secteur déclarés très lourds, c'est-à-dire ayant, par exemple, un score de dépendance inférieur ou égal à 12.

Pour cela, il apparaît judicieux de faire apparaître le nombre de « semaine patient » ou Résumés Hebdomadaires de Sortie (RHS)⁴³ en fonction des coefficients de dépendance. En effet, un même patient peut voir la valeur de sa dépendance fluctuer de semaine en semaine, au gré de l'évolution de la maladie psychiatrique. Le détail des calculs effectués est donné en annexe sur les six premiers mois de l'année.

Pour les trois secteurs entrant régulièrement les données PMSI et ayant obtenu un taux d'exhaustivité significatif, les résultats sont les suivants :

⁴³ Equivalent du Résumé de Sortie Standardisé en psychiatrie.

| | Secteur G05 | Secteur G06 | Secteur G07 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Somme des RHS avec des scores = ou < 12 | 1 403 | 1 234 | 1 818 |
| Total des RHS (juin 1999) | 2 638 | 2 029 | 2 456 |
| % des RHS < 12 par rapport au total | 53 % | 61 % | 74 % |
| % moyen de l'EPSAN (base 100) | 62,5 % | 62,5 % | 62,5 % |
| Indice base 100 | 84,8 | 97,6 | 118,4 |

Ces résultats partiels ne permettent pas d'effectuer la dernière modulation : en effet, l'appliquer à ces trois secteurs désavantagerait les deux secteurs aux indices inférieurs à 100 par rapport aux secteurs ne participant pas au PMSI.

3.3 Les limites de cette démarche et les préalables à son application :

3.3.1 Définition et fiabilité des items :

a) La file active :

Le décompte de la file active met en exergue de très importantes différences entre les secteurs. Le tableau 2 indique des écarts allant de 502 patients pour le secteur G03 à 1344 pour le secteur G01. Pourtant, la définition de la file active est claire : l'ensemble des patients vus au moins une fois au cours de l'année.

Il est significatif de constater que les secteurs comportant un nombre nettement plus important de patients dans leur file active sont ceux de l'ancien Centre Hospitalier de Hoerdt. La

particularité du secteur G01 (file active de 1344 patients) provient essentiellement d'une file active en ambulatoire très supérieure à celle des autres secteurs.

Le SROS Psychiatrie d'Alsace (1998/2002) indique effectivement pour 1995 un pourcentage de la file active par rapport à la population de 1,20% pour Hoerdts et de 0,69% pour Brumath.

La question de la fiabilité des chiffres doit donc être posée, afin de déterminer si les écarts proviennent bien de différences d'activité, et non de recensements inégaux des patients par le secteur. La comparaison avec les autres secteurs d'Alsace montre également de très grandes différences entre les pourcentages File active / Population (1,36% pour le Centre Hospitalier de Rouffach, 2,9% pour celui de Mulhouse, 0,89% pour Erstein).

Ainsi, il est impossible de trouver une moyenne significative de la file active pour l'ensemble de l'Alsace. Le critère de la file active ne vaudrait donc qu'à l'intérieur de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord, après définition d'un protocole rigoureux de recensement des patients traités.

b) Les actes :

Le recensement des actes dans l'application PMSI psychiatrique et, avant elle, dans LAMA pour Brumath, n'est pas non plus totalement fiable. La définition de l'item est encore assez aléatoire, puisque les secteurs déterminent eux-mêmes ce qu'ils recensent.

On retrouve également cette différence entre les Centre Hospitalier de Hoerdts anciennement, et le Centre Hospitalier de Brumath.

3.3.2 L'allocation de moyens spécifiques en fonction des projets :

La répartition en fonction de critères précis laisse peu de marges de manœuvre à la Direction, une fois que les critères ont été acceptés de façon consensuelle.

Deux cas peuvent se présenter :

- un service présente un projet stratégiquement intéressant pour l'EPSAN et réclame les moyens humains lui permettant de le réaliser
- plusieurs services conçoivent un projet intersectoriel.

Si la répartition des effectifs en fonction des données d'activité est acceptée, on peut difficilement, ensuite, revenir sur les critères pour opérer une autre répartition. Cela est vrai, d'ailleurs, quelle que soit la méthode choisie.

La solution consisterait peut-être à ne répartir qu'une partie des effectifs en ETP et laisser certaines affectations à la discrétion de la Direction, en fonction des projets. Ces affectations aléatoires et peu stables seraient peut-être rejetées par les partenaires sociaux.

3.3.3 Comparaison avec le critère « population du secteur » :

L'analyse effectuée permet de formuler la réflexion suivante : un instrument de gestion, sous la forme d'un indicateur, peut être intrinsèquement pertinent, mais inopérant car difficile à appliquer dans une organisation donnée.

Le critère de la population ne provoque pas de rupture dans les moyens de fonctionnement du secteur, puisque les chiffres de la population diffèrent de peu. En revanche, il ne prend pas en compte l'activité et défavorise de fait les secteurs très actifs, mais ayant un secteur plus petit que la moyenne.

Quelle que soit la méthode, la mise en place doit être progressive, sur trois ans au minimum. Cela est essentiel, afin de répondre à la question suivante : « Comment trouver un critère à la fois pertinent et acceptable, et l'introduire dans les secteurs sans provoquer de rupture dans leur mode de fonctionnement ? ».

CONCLUSION de la PARTIE :

Le projet PMSI en psychiatrie devra s'appuyer sur un partenariat renforcé entre le Département d'Information Médicale et la Direction des Finances. Ce contexte permettra d'inclure avec profit l'application PMSI dans un ensemble de fonctionnalités, grâce à la coopération exclusive avec le Centre Hospitalier du Haut-Rhin ; il facilitera également la négociation préalable à l'exploitation des données.

Beaucoup d'imprécisions jalonnent, toutefois, les différentes étapes de l'étude sur la répartition des personnels. La stabilisation des items « File active » et « actes » serait le premier travail à mener pour appliquer cette démarche aux secteurs. Cette étude montre avant tout la difficulté d'appuyer la gestion sur des descripteurs fiables de l'activité et de la performance des hôpitaux.

Il convient toutefois de mentionner que la définition des points ISA en psychiatrie, dans un futur proche, fournira un critère d'activité incontestable. On obtiendra, littéralement, un indice synthétique d'activité qui, rapporté au personnel de chaque secteur, permettra des comparaisons intéressantes ; la redistribution des moyens humains pourra alors être effectuée sur cette base.

CONCLUSION DU MEMOIRE

Peu d'études économiques ont été menées à propos de la psychiatrie. On observe, en effet, qu'elle est desservie par une réputation de manque de rigueur, voire d'inefficacité auprès de la société, mais aussi du corps médical. A l'évidence, la psychiatrie doit faire un effort d'explicitation et de légitimation de ses actions.

Toutefois, l'on décèle deux obstacles : l'objectivation ne fait pas vraiment partie des mécanismes de pensée dans cette discipline médicale ; elle apparaît de ce fait particulièrement fragile et mal préparée à la nouvelle organisation du système de santé. Cette opinion paraît fondée ; en effet, des psychiatres n'avançaient-ils pas :

« Quand les patients se groupent en trajectoires de soins, la psychiatrie ne bascule-t-elle pas du singulier au collectif (...). Niant ainsi le patient, l'information, renseignée par le médecin, encartée dans une systématisation forcément rigidifiée, ne découle-t-elle pas instantanément sur une exploitation gestionnaire, objective, rationnelle, scientifique, en un mot excluant le sujet ? »⁴⁴.

En outre, les décideurs font preuve d'une certaine ambivalence vis-à-vis de la psychiatrie, et ce pour cette même raison, c'est-à-dire cette impression d'une opacité inhérente à la discipline. Cet effort de transparence n'est donc pas expressément demandé à la psychiatrie. Il devrait ainsi être entièrement fourni par et sur l'initiative de la profession, qui perçoit cela comme un projet désastreux dans lequel elle risque de perdre son âme.

L'expérience des Etats-Unis, pays d'origine des « Diagnosis Related Groups », où la psychiatrie est restée hors paiement prospectif, laisse penser que cette discipline pourrait également demeurer en marge d'un financement en fonction de l'activité médicale. Les difficultés invoquées pour la réalisation d'un système capable de rendre compte de son activité et de la chiffrer sont bien réelles.

Si le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en santé mentale n'était pas généralisé, la position de la psychiatrie s'avérerait peu enviable. Ses projets seraient d'autant plus difficiles à défendre qu'elle ne pourrait pas présenter clairement son activité en parallèle avec ses résultats financiers. Aussi la construction d'un outil de négociation budgétaire est-elle un axe de priorité.

Les calendriers officiels prévoient la mise en place d'un recueil en routine au 1^{er} juillet 2001. Toutefois, la déclaration⁴⁵ de Mme Marie-Annie Burette, chef de la mission PMSI à la Direction des Hôpitaux, laisse songeur :

« Je suis dubitative vis-à-vis des disciplines peu techniques comme la psychiatrie, quand je vois les difficultés que nous rencontrons avec des disciplines techniques, de chirurgie par exemple. »

L'anticipation de ces travaux par l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord découle, néanmoins, de cette prise de conscience de l'enjeu du PMSI pour la psychiatrie. « Prévoir », mais ne pas « se préparer » à l'avenir pour reprendre la citation en exergue, semblait être l'écueil à éviter pour l'EPSAN.

Cette expérimentation locale montre, néanmoins, la difficulté d'introduire un système lourd dans un établissement hospitalier en l'absence d'obligation réglementaire. C'est là la principale ambivalence des Départements d'Information Médicale en psychiatrie, qui préexistent à ce qui constitue une des justifications majeures des DIM en court séjour, c'est-à-dire le PMSI.

Les difficultés n'entament pourtant pas la justification première du projet, qui doit retrouver un second souffle grâce à des objectifs d'utilisations médicales, tout d'abord, et administratives clairement définis.

⁴⁴ Astruc J-J, Bardin P., Védie C., 1999.[11]

⁴⁵ Intervention en ouverture de la journée sur le PMSI, organisée par l'association de pharmaciens hospitaliers Phast, 30 septembre 1999.

Les médecins doivent, en effet, tirer certains « avantages secondaires » de l'application, en termes d'analyse de leur activité. Les communautés médicale et infirmière reconnaîtront d'autant plus volontiers le caractère cruciale de l'information médicale qu'elles en verront l'utilité pour la prise en charge des patients et la formalisation de son projet de soins. A ce titre, la coopération avec les Centres Hospitaliers de Rouffach et d'Erstein pour la construction d'un système d'information global, en rapport avec les préoccupations quotidiennes des services de soins est une opportunité pour instaurer la culture de l'informatique au sein de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord.

Par ailleurs, du point de vue des responsables hospitaliers, l'habitude doit être prise de se fonder sur une analyse objective de l'activité médicale pour le pilotage de l'établissement. C'est également la source d'un langage commun entre l'administration et les communautés médicale et infirmière.

Enfin, il est bon de rappeler l'une des conclusions du groupe IMAGE n°5⁴⁶ sur le processus de changement en matière d'information médicale :

« Les évolutions souhaitées sont lentes jusqu'au moment où l'on obtient un déblocage des mentalités. Des phases de régression sont nécessaires et doivent être considérées de manière positive comme inhérentes à la démarche ». Ainsi, « l'opiniâtreté » est un facteur clé pour aboutir à l'appropriation par les acteurs de l'enjeu de l'information médicale.

⁴⁶ Groupe IMAGE n°5, 1989.[5]

ANNEXES

| | |
|----------|-------|
| ANNEXE 1 | p 105 |
| ANNEXE 2 | p 107 |
| ANNEXE 3 | p 108 |
| ANNEXE 4 | p 111 |

ANNEXE N°1

CALCUL DE LA DOTATION MOYENNE EN ETP INFIRMIER

Les secrétaires médicales et aides au service hospitalier (ASH) ne sont pas décomptées : leur effectif dépend d'autres critères que ceux choisis.

Le secteur P16, basé au SMPR du centre de détention de Strasbourg, n'est pas non plus pris en compte, pour les mêmes raisons.

Les calculs d'équivalence en ETP infirmier sont effectués grâce à l'enquête sur les coûts et carrières des personnels des Etablissements Publics de Santé. Les coûts horaires moyens par catégorie de personnels sont présentés à la page suivante.

Ainsi, un ETP Personnels de rééducation équivaut à 0,962 ETP infirmier
 un ETP Aides-soignants équivaut à 0,743 ETP infirmier
 un ETP Psychologue équivaut à 1,048 ETP infirmier
 un ETP Personnel éducatif équivaut à 0,962 ETP infirmier
 un ETP Assistant du service social équivaut à 0,962 ETP infirmier

Secteur G01 : 102,6

Infirmiers en ETP (y compris le personnel d'encadrement) : 90,45
 Psychologues en ETP : 2,42 donc 2,53616 ETP infirmier
 Aides-soignants en ETP : 5,16 donc 3,83388 ETP infirmier
 Personnel de rééducation en ETP : 3 donc 2,886 ETP infirmier
 Assistants de service social en ETP : 2,26 donc 2,17412 ETP infirmier
 Personnels éducatifs en ETP : 0,75 donc 0,7215 ETP infirmier

Secteur G02 : 80,45

Infirmiers en ETP (y compris le personnel d'encadrement) : 70,51
 Psychologues en ETP : 3,55 donc 3,7204 ETP infirmier
 Aides-soignants en ETP : 5,07 donc 3,767 ETP infirmier
 Personnel de rééducation en ETP : 0 ETP infirmier
 Assistants de service social en ETP : 2,55 donc 2,4531 ETP infirmier
 Personnels éducatifs en ETP : 0 ETP infirmier

Secteur G03 : 85,54

Infirmiers en ETP (y compris le personnel d'encadrement) : 77,19
 Psychologues en ETP : 3,4 donc 3,5632 ETP infirmier
 Aides-soignants en ETP : 1,75 donc 1,3 ETP infirmier
 Personnel de rééducation en ETP : 0 ETP infirmier
 Assistants de service social en ETP : 2,62 donc 2,52 ETP infirmier
 Personnels éducatifs en ETP : 1 donc 0,962 ETP infirmier

Secteur G04 : 101

Infirmiers en ETP (y compris le personnel d'encadrement) : 92,13
 Psychologues en ETP : 2,21 donc 2,31608 ETP infirmier
 Aides-soignants en ETP : 2,78 donc 2,06554 ETP infirmier
 Personnel de rééducation en ETP : 1 donc 0,962 ETP infirmier
 Assistants de service social en ETP : 3,42 donc 3,29 ETP infirmier
 Personnels éducatifs en ETP : 0,25 donc 0,24 ETP infirmier

Secteur G05 : 92,62

Infirmiers en ETP (y compris le personnel d'encadrement) : 82,64
 Psychologues en ETP : 1,8 donc 1,8864 ETP infirmier
 Aides-soignants en ETP : 7,53 donc 5,59479 ETP infirmier
 Personnel de rééducation en ETP : 0,8 donc 0,7696 ETP infirmier

Assistants de service social en ETP : 1,8 donc 1,7316 ETP infirmier

Personnels éducatifs en ETP : 0 ETP infirmier

Secteur G06 : 88,31

Infirmiers en ETP (y compris le personnel d'encadrement) : 80,66

Psychologues en ETP : 3,1 donc 3,2488 ETP infirmier

Aides-soignants en ETP : 1,97 donc 1,46371 ETP infirmier

Personnel de rééducation en ETP : 0,8 donc 0,7696 ETP infirmier

Assistants de service social en ETP : 2,25 donc 2,1645 ETP infirmier

Personnels éducatifs en ETP : 0 ETP infirmier

Secteur G07 : 88,34

Infirmiers en ETP (y compris le personnel d'encadrement) : 79,43

Psychologues en ETP : 2,28 donc 2,38944 ETP infirmier

Aides-soignants en ETP : 3,97 donc 2,94971 ETP infirmier

Personnel de rééducation en ETP : 0,08 donc 0,07696 ETP infirmier

Assistants de service social en ETP : 2,63 donc 2,53 ETP infirmier

Personnels éducatifs en ETP : 1 donc 0,962 ETP infirmier

Secteur G08 : 71,7

Infirmiers en ETP (y compris le personnel d'encadrement) : 66,77

Psychologues en ETP : 1,9 donc 1,9912 ETP infirmier

Aides-soignants en ETP : 1 donc 0,743 ETP infirmier

Personnel de rééducation en ETP : 0 ETP infirmier

Assistants de service social en ETP : 2,28 donc 2,19336 ETP infirmier

Personnels éducatifs en ETP : 0 ETP infirmier

Intersecteur I01 : 101,1

Infirmiers en ETP (y compris le personnel d'encadrement) : 62,69

Psychologues en ETP : 7,19 donc 7,53512 ETP infirmier

Aides-soignants (y compris AMP et aux de puériculture) en ETP : 4,28 donc 3,18 ETP infirmier

Personnel de rééducation en ETP : 6,37 donc 6,12794 ETP infirmier

Assistants de service social en ETP : 1,9 donc 1,8278 ETP infirmier

Personnels éducatifs en ETP : 19,48 donc 18,74 ETP infirmier

Intersecteur I02 : 113,35

Infirmiers en ETP (y compris le personnel d'encadrement) : 38,4

Psychologues en ETP : 12,3 donc 12,89 ETP infirmier

Aides-soignants (y compris AMP et aux de puériculture) en ETP : 33,13 donc 24,61559 ETP infirmier

Personnel de rééducation en ETP : 4,9 donc 4,7138 ETP infirmier

Assistants de service social en ETP : 2 donc 1,924 ETP infirmier

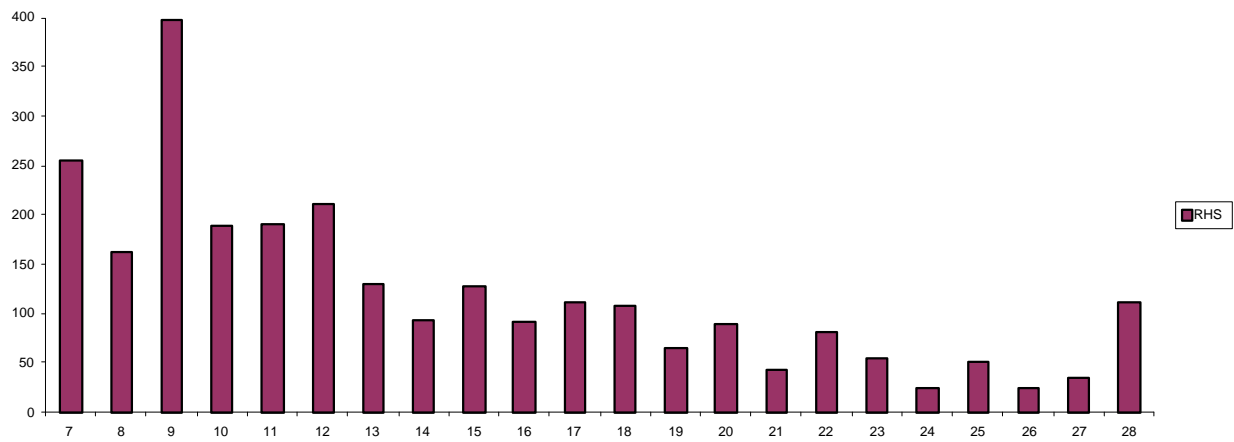
Personnels éducatifs en ETP : 32,03 donc 30,81286 ETP infirmier

CATEGORIES MAJEURES DIAGNOSTIQUES

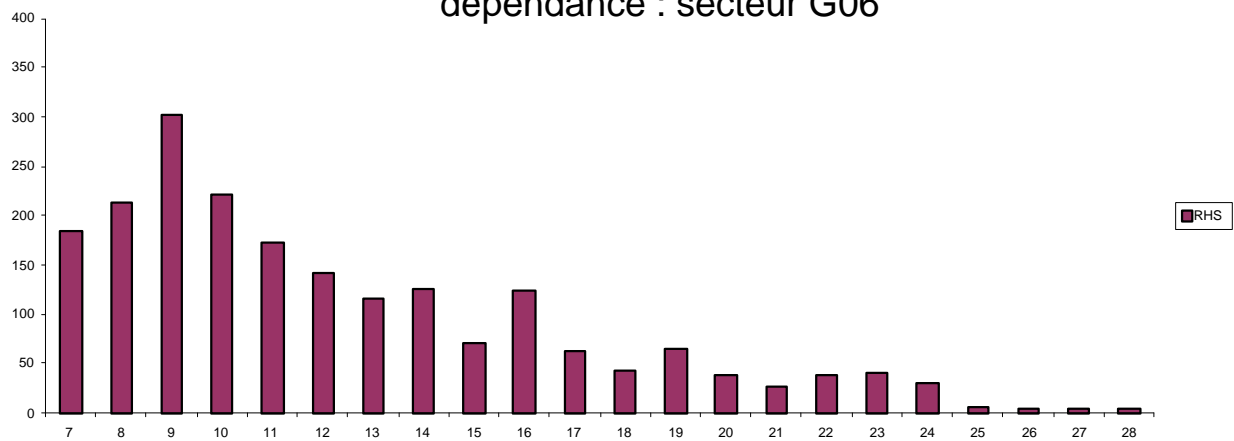
- F0** Troubles mentaux organiques
- F1** Troubles liés aux substances
- F2** Schizophrénie, troubles schizotypiques, troubles délirants
- F3** Troubles de l'humeur
- F4** Troubles névrotiques
- F5** Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques ou à des facteurs physiques
- F6** Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
- F7** Retard mental
- F8** Troubles du développement psychologique
- F9** Troubles comportementaux et émotionnels apparaissant habituellement dans l'enfance ou l'adolescence
- F1+(F6 ou F3)** Association de troubles liés aux substances (F1) avec des troubles de l'humeur (F3) ou des troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F6)
- Z00** Examen général et investigations de sujets ne se plaignant de rien ou pour lesquels aucun diagnostic n'est rapporté
- R** Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens
- <3 ans** Patients de mois de 3 ans
- F99** Troubles mental sans précision (non groupable)

ANNEXE n°3

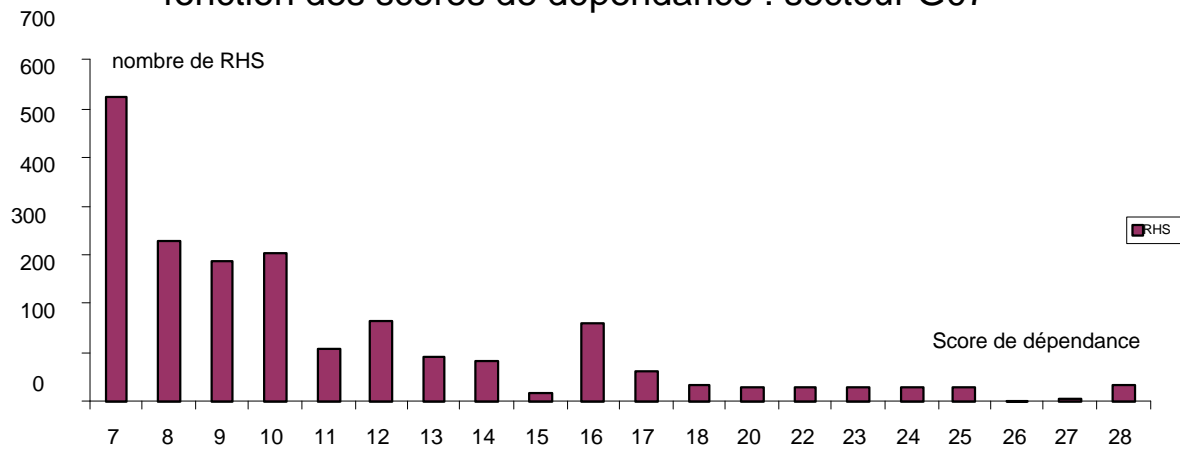
Répartition des Résumés Hedomadaires de Sortie en dépendance : secteur G05



Répartition des Résumés Hedomadaires de Sortie en
dépendance : secteur G06



Répartition des Résumés Hedomadaires de Sortie en fonction des scores de dépendance : secteur G07



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] GODET M., Manuel de prospective stratégique, Vol I, Dunod, 1998, 260p.
- [2] KOHLER F., Le système d'information hospitalier, Enjeux de pouvoirs et contraintes de développement, Gestions Hospitalières, décembre 1992, n°321, p792-799.
- [3] VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, La dynamique des processus de changement, Revue Française de Gestion, n°spécial 120, septembre-octobre 1998, p120-
- [4] Groupe IMAGE n°3, Rapport final, Des coûts par GHM, pourquoi faire?, in Information médicale pour l'aide à la gestion des établissements, ENSP, Octobre 1989, 50p.
- [5] Groupe IMAGE n°5, Rapport final, Partage de l'information médicale et réflexion stratégique, in Information médicale pour l'aide à la gestion des établissements, ENSP, Novembre 1989, 77p.
- [6] FESSLER J-M, FRUTIGER P., La gestion hospitalière médicalisée, ESF Editeur, 1991, 570p.
- [7] PAULMIER-BECKER S., LAMBERT P., SALOMEZ J-L, La qualité de l'information médicale des RSS, Gestions Hospitalières, mai 1996, p.393-396.
- [8] Conseil de l'Informatique Hospitalière et de Santé, Conclusions et recommandations, Campagne de réflexion sur les systèmes d'information, juin 1996.
- [9] Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Bulletin Officiel n°97/2 BIS.
- [10] Gestions Hospitalières, Nouveaux outils de gestion, juin-juillet 1998, n°377, p394-445.
- [11] ASTRUC J-J, BARDIN P., VEDIE C., Escalier en PMSI, Gestions Hospitalières, Juin/juillet 1999, p.409-412.

BIBLIOGRAPHIE

MEMOIRES :

- ALTUZARRA V., Le système d'information générateur de RSS : outil d'aide à la gestion et à la prise en charge des malades - l'expérience du CHG de Dax, Mémoire d'élève-Directeur d'hôpital, ENSP, Décembre 1990, 129p.
- BAUDIN P., Contribution infirmière à l'évaluation médico-économique d'un secteur de psychiatrie, Mémoire d'Infirmier Général, ENSP, Novembre 1993, 74p.
- BONIFASSI L., Proposition d'un modèle de gestion médicalisée au CHU de Nîmes, Mémoire d'élève-Directeur d'hôpital, ENSP, Décembre 1996, 99p.
- COTTERLAZ-RENNAZ Cl., Le système d'information nécessaire à l'expérimentation du PMSI en psychiatrie au centre hospitalier de Niort : analyses et propositions d'évolution, Mémoire d'élève-Directeur d'hôpital, ENSP, Décembre 1993, 98p.
- DANDIN, I., Le coût des activités médicales à l'hôpital : construction et utilisation. L'exemple du centre hospitalier de Saint-Cloud, Mémoire d'élève-Directeur d'hôpital, ENSP, Décembre 1994, 103p.
- DULUC N., L'évaluation de l'activité ambulatoire en psychiatrie : système d'information et indicateurs pour le centre hospitalier Charles Perrens, Mémoire d'élève-Directeur d'hôpital, ENSP, Décembre 1994, 60p.
- LE DEUN F., Le Programme de médicalisation des systèmes d'information comme outil interne de gestion. L'exemple d'un service de médecine interne au CHU de Rennes, Mémoire d'élève-Directeur d'hôpital, ENSP, Décembre 1993, 97p.

MARIE F., L'évaluation des activités de soins extra-hospitaliers en psychiatrie : quels indicateurs pour le centre hospitalier de Maison-Blanche, Mémoire d'élève-Directeur d'hôpital, ENSP, Décembre 1993, 89p.

OUVRAGES et TRAVAUX :

COCA E., L'ISA et le PMSI : comment mieux gérer les établissements hospitaliers, Berger-Levrault, 1999, 254p.

CREMADEZ M., GRATEAU F., Le management stratégique hospitalier, Editions Masson, 1997, 668p.

ESCAFFRE J-P., Critères de gestion : l'hôpital psychiatrique se différencie-t-il de l'hôpital général ?, Département de gestion économique et financière de l'ENSP, Rennes.

Forum PMSI en Psychiatrie, 28 et 29 avril 1998, PARIS.

GUERS-GUILHOT J., Alternatives en psychiatrie : de l'histoire à l'évaluation, p.43-54, in DURU G., Analyses et évaluations en économie de la santé, Hermes, 1998, 404p.

KOVES V., Le contexte de l'évaluation dans le domaine de la psychiatrie, p.3-13, in sous la direction de V. KOVES, L'évaluation de la qualité en psychiatrie, Economica Collection Santé Publique, 1994, 318p.

LESAGE A., L'évaluation du besoin de soins en santé mentale, p.209-228, in sous la direction de V. KOVES, L'évaluation de la qualité en psychiatrie, Economica, Collection Santé Publique, 1994, 318p.

REYNAUD M., LOPEZ A., Evaluation et organisation des soins en psychiatrie, Editions Frison-Roche, 1994, 254p.

STRAUSS A., Textes réunis par I. BASZANGER, La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme, Editions L'harmattan, Logiques sociales, 1992, 319p.

THIRION X., Analyse comparative et évolutive de l'activité hospitalière, p. 67-86, in DURU G., Analyses et évaluations en économie de la santé, Hermes, 1998, 404p.

WAGENAAR G., Le DIM : un outil d'évaluation du secteur et de l'intersecteur en psychiatrie?, p.113-141, in sous la direction de V. KOVES, L'évaluation de la qualité en psychiatrie, Economica, collection Santé Publique, 1994, 318p.

WAGENAAR G., « PMSI et santé mentale », dossier documentaire de la session de formation du CNEH, février 1999, 21p.

ARTICLES :

ALLOY G., Le DIM, Perspectives Psychiatriques, 1993, 32^e année, n°36/I, p33-36.

BREMOND M., Peut-on faire naître l'hôpital organisation à coup d'instrument de gestion : le cas du PMSI?, Informatique et Santé, La revue, n°20, 1^{er} trim 1995, p43-48.

BURETTE L., Informatisations des données médicales psychiatriques au CHU de Brest, Journal d'économie médicale, 1997, T.15, n°3-4, p243-246.

CHATELLIER G., DELBECKE E., Le PMSI et l'attraction des services, Gestions Hospitalières, n°, 199, p65-70.

COURPASSON D., Le changement est un outil politique, Revue Française de Gestion, septembre-octobre 1998 p6-15.

D'ALCHE-GAUTIER, M-J, GOEDEFROY, P., Mise en place d'un Département d'Information médicale en psychiatrie, Gestions Hospitalières, janvier 1992, n°312, p70-72.

DAVID A., Outil de gestion et dynamique du changement, Revue Française de Gestion, septembre-octobre 1998 p44-59.

DEZGAN D., Le monopoly de l'information médicale, Perspectives Psychiatriques, 1993, 32^e année, n°36/I.

DUBOIS-LEFRERE J., PMSI et psychiatrie: pour une transparence des modes de prise en charge et de leur financement, Perspectives Psychiatriques, 1993, 32^e année, n°36/I, p20-24.

ELLISON W., MINARD M., Grandeur et illusion de l'évaluation en psychiatrie, L'information Psychiatrique, n°6, juin 1991, p.568-570.

FESSLER J-M., FRUTIGER P., Le PMSI : un instrument hospitalier d'aide à la décision, Informations Hospitalières, mai-juin 1986, numéro spécial, p43.

FRANCOIS I., Contribution à l'évaluation économique en psychiatrie : une comparaison de deux structures de soins pour schizophrènes " chroniques " au CHRU de Dijon, Journal d'économie médicale, 1993, T.11, n°4, p185-199.

GUERS-GUILHOT J, Un outil d'évaluation médico-économique en psychiatrie, Journal d'économie médicale, 1993, T.11, n°4, p165-183.

GUSCHING JP., EXPERT P., Utilisation du PMSI en gestion interne, Gestions Hospitalières, n°137, avril 1997, p297-304.

LEONARD J-L; DIM et management, Gestions Hospitalières, n°350, Novembre 1995, p676-680.

LOPEZ A., L'avenir du PMSI en psychiatrie, Perspectives Psychiatriques, 1993, 32^e année, n°36/I, p58-63.

LOPEZ A., Réflexions sur les DIM en psychiatrie, « Bilans et perspectives des DIM en psychiatrie », CHS de la Savoie, 24 juin 1992, in Gestions Hospitalières, n°321, décembre 1992, p776-779.

MARQUET Ph., Le Directeur d'hôpital et la gestion de l'information médicale, Revue Hospitalière de France, n°4, juillet-août 1998, p410-413.

MATHY C; Comportements stratégiques et gestion médicalisée, 7^{ème} Congrès de l'association latine pour l'Analyse des Systèmes de santé, p193-197.

NISAND G., ROESLIN N., PMSI et projet médical d'établissement, Gestions Hospitalières, n°137, avril 1997, p293-296.

NISAND G., RUBINOT C., CONSO, J-F, ROESLIN N., KOHLER F., Comparaison entre structures de soins, Lettre d'Informations Hospitalières, 1996, n°24, I-IV.

QUANTIN C., Contribution du PMSI à l'analyse de la clientèle d'un hôpital général, Informatique et Santé, La revue, n°22/23, 3^e & 4^e trimestre 1995, p21-27.

VEREECHKE P-J, Attitude apriorique du personnel infirmier face à l'introduction de l'outil informatique et vision contemporaine du système d'information hospitalier, Recherche en soins infirmiers, n°46, Septembre 1996, p83-93.

VINOT D., De l'usage interne des points ISA : pertinence locale ou cohérence globale, Gestions Hospitalières, n°379, Octobre 1998, p634-639.

WAGENAAR G., Analyse et présentation de l'activité médicale par le DIM, Perspectives psychiatriques, n°47, 1995, p64-68.

WAAGENAR G., Indicateurs et systèmes d'information en santé mentale, Journal d'économie médicale, 1993, T.11, n°4, p201-224.

Lettres d'Informations Hospitalières :

- BARJOU C., Lettre d'Informations Hospitalières, Lettres des Systèmes d'Information Médicalisés, PMSI – Soins de Suite ou de Réadaptation : lancement du recueil d'informations standard en janvier 1998, Décembre 1997, n°30.
- RINEAU M., Extension du PMSI à la psychiatrie : état d'avancement des travaux, La lettre d'Informations Hospitalières, Lettre des Systèmes d'Information Médicalisées, Décembre 1997, n°30, p4-7.
- Les n°1, 2, 3, 4 de la Lettre d'Informations Hospitalières, Lettre des Systèmes d'Informations Médicalisés Soins de Suite ou de Réadaptation.

SITES INTERNET :

MISSION PMSI, Ministère de l'emploi et de la solidarité, <http://www.le-pmsi.fr>

MEDCOST, <http://www.medcost.fr>

MISSION PMSI :

Documents de travail du comité de suivi PMSI Psychiatrie