



EDH

Promotion : **2008 - 2010**

Date du Jury : **Décembre 2009**

**Assurer la fiabilité du RIM-P à
l'approche de la Valorisation de
l'Activité en Psychiatrie :
Analyse pour le Centre Hospitalier
Guillaume Régnier**

Samy BAYOD



Direction des Etudes
Filière Directeurs d'Hôpital

Promotion 2008/2010

Avertissement

Mémoire universitaire

L'individualisation des parcours de formation permet aux Elèves Directeurs d'Hôpital de préparer, durant leur formation, un diplôme de 3^{ème} cycle.

Le mémoire universitaire réalisé dans ce cadre est présenté devant le jury de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Ce mémoire a été réalisé dans le cadre du diplôme suivant :

Intitulé du diplôme (ex : master de recherche en droit public) :
Master 2 contrôle de gestion et système d'informations.

Responsable du diplôme : Jean MONTIER et Catherine PEREZ

À l'Université de : Institut d'Administration des Entreprises de Caen

Année universitaire : 2008 - 2009

Ce mémoire a été encadré par

(Nom de l'encadrant, qualité)

Remerciements

Cette étude n'aurait pu être réalisée sans le concours de nombreuses personnes. Mes sincères remerciements s'adressent à :

- **Madame Anne LE ROUX-TARDIF**, directrice des affaires financières et du système d'information du Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) pour son encadrement méthodologique, ses conseils et sa disponibilité.
- **Monsieur le Dr. ARESU**, responsable du département d'information médicale, pour ses conseils et nos divers échanges sur les enjeux actuels et futurs du recueil d'information médicalisé en psychiatrie.
- **Monsieur Jacques MOREL**, responsable du service informatique du CHGR, pour son éclairage et son accueil au sein de l'équipe.
- **Monsieur Philippe PUERTOLAS**, technicien informatique responsable de la production du RIM-P au CHGR.
- **L'ensemble des membres du service informatique**, pour m'avoir permis de les accompagner dans leurs diverses activités, pour leur accueil et leur bienveillance à mon égard.
- **Monsieur Rouault de la Vigne et Madame Gérard**, respectivement responsable et agent d'encadrement du bureau des entrées, ainsi que les membres de leur équipe, pour m'avoir donné l'occasion de les rencontrer et de me faire partager leur expérience.
- **L'ensemble de l'équipe de Direction du Centre Hospitalier Guillaume Régnier**, avec qui j'ai partagé de bons moments et qui ont tous contribué à ma formation. Merci à chacun de m'avoir fait part de votre conviction du métier.

Sommaire

Introduction	1
1 Au moment de l'arrivée de la VAP, la psychiatrie doit réussir sa difficile conciliation avec la traçabilité de l'activité.....	4
1.1 L'équité, au cœur de la sectorisation, suggère une psychiatrie sensible à la question, désormais prioritaire, de la traçabilité de l'activité	4
1.1.1 La sectorisation psychiatrique recherche l'équité dans l'offre et l'accès aux soins	4
1.1.2 A l'épreuve de la réalité, le secteur s'éloigne de son objectif initial faute d'allocation optimale des ressources.....	5
1.1.3 La prise en considération des réformes en cours renforce le besoin de traçabilité en psychiatrie	7
A) La Nouvelle Gouvernance en psychiatrie implique un nouveau pilotage	7
B) La VAP : vers un modèle de financement pluraliste de la psychiatrie.....	8
1.1.4 Pour aboutir à une typologie de secteur, la psychiatrie se doit de favoriser l'émergence d'outils de suivi de l'activité.....	9
1.2 Les tentatives d'élaboration d'outil de suivi de l'activité psychiatrique ont alterné demi-échec et succès partiel. La VAP tente de profiter de ces expériences	10
1.2.1 La psychiatrie s'est initialement choisie des indicateurs d'activité très partiels ...	10
1.2.2 Le PMSI-Psy : une reconnaissance du besoin spécifique de la psychiatrie pour maîtriser son activité.....	11
1.2.3 De l'échec du PMSI en psychiatrie à l'apparition d'un modèle pluraliste de financement	13
1.3 Dans un contexte médical plus favorable, la VAP apporte-t-elle des réponses aux obstacles qui ralentissent l'émergence d'un suivi de l'activité psychiatrique ?.....	14
1.3.1 Au-delà des réticences de la discipline à rendre compte de son activité : Une T2A psychiatrique est-elle possible ?	15
A) Bien plus que les modalités d'une future réforme, l'idée même d'une T2A en psychiatrie est contestée	15

B)	L'historique des questions de financement à l'activité en psychiatrie entretient un manque de visibilité	16
C)	La difficulté d'évaluer les coûts reste la grande inconnue du dispositif.....	16
1.3.2	Le RIM-P apporte des évolutions qui permettent d'améliorer la connaissance de l'activité psychiatrique	17
1.3.3	L'évolution de la psychiatrie va favoriser l'émergence d'outil de traçabilité de l'activité	18
1.4	Le RIM-P, outil central de la VAP : Fonctionnement et évolutions attendues.....	20
1.4.1	Malgré quelques critiques au moment de sa création, le déploiement du RIM-P a été assuré	20
1.4.2	Le RIM-P : une déclaration trimestrielle cumulée.....	22
1.4.3	Face aux premières difficultés, des évolutions sont d'ores et déjà souhaitées	24
2	Bien que le CHGR dispose d'atouts importants pour assurer un suivi de l'activité, l'analyse de la déclaration RIM-P confirme un manque de fiabilité des données.....	26
2.1	Le système d'information et l'organisation mise en place pour suivre l'activité sont des facteurs favorables pour fiabiliser le RIM-P	26
2.1.1	Un système d'information qui s'affranchit des contraintes de la psychiatrie	26
2.1.2	Description du dispositif de suivi de l'activité au Centre Hospitalier Guillaume Régnier.....	27
2.1.3	Une déclaration RIM-P réalisée à partir du dossier patient.....	29
2.1.4	Une méfiance partagée envers le système de recueil de l'activité.....	29
2.2	La déclaration du RIM-Psy peine à rendre compte fidèlement de l'activité du CHGR.....	31
2.2.1	Une fiabilité relative des chiffres extraits du dossier patient.....	31
A)	Fiabilité mesurée du fichier RIM-P	33
B)	Origine des erreurs constatées	34
C)	Une sur-déclaration du nombre de journées.....	35
D)	Autres dysfonctionnements repérés.....	36
2.2.2	Le dossier patient informatisé : un reflet imparfait de la réalité de l'activité	36
A)	Un dossier mal renseigné.....	37
B)	Mouvements des patients : Un manque de rigueur.....	38
C)	Limites inhérentes au système d'information	39
2.2.3	Un contrôle difficile à réaliser	40
2.2.4	Une diffusion de l'information hétérogène	41

3	Fiabiliser les données déclarées au travers du RIM-P, un préalable indispensable à tout contrôle de gestion	42
3.1	Propositions d'amélioration du dispositif de traçabilité de l'activité au Centre Hospitalier Guillaume Régnier	42
3.1.1	De l'intérêt d'extraire les données d'activité à partir du « dossier patient informatisé »	42
3.1.2	L'organisation mise en place doit garantir une saisie correcte des données et un contrôle efficace	44
	A) Améliorer la saisie de l'activité	44
	B) Améliorer le contrôle des données	46
3.1.3	Le système d'information doit s'affirmer comme l'outil privilégié de pilotage de l'activité du CHGR	47
3.1.4	La diffusion de données d'activité : la finalité du dispositif de traçabilité d'activité.....	50
3.2	S'approprier le recueil d'activité pour développer un véritable dialogue de gestion	50
3.2.1	Les spécificités du pilotage interne en psychiatrie.....	50
3.2.2	Le RIM-P, bien qu'incomplet, pose les bases base d'un benchmarking entre les secteurs de psychiatrie	51
3.2.3	Du contrôle au dialogue de gestion	53
	Conclusion.....	55
	Bibliographie	I
	Liste des annexes	IV

Liste des sigles utilisés

ADESM	Association Des Etablissements gérant des secteurs de Santé Mentale
ADL	Activity Daily Living
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
AVQ	Activité de la Vie quotidienne
CHGR	Centre Hospitalier Guillaume Régnier
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CIM 10	Classification Internationale des Maladies (10 ^{ème} version)
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DAFSI	Direction des Affaires Financières et du Système d'Information
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de soins
DIM	Département d'Information Médicale
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EGF	Echelle Globale de Fonctionnement
ENC	Echelle Nationale des Coûts
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
ESPIC	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FHF	Fédération Hospitalière de France
FMESPP	Fond de Modernisation des Etablissements de Santé Publiques et Privés
FPP	Fiche Par Patient
GAM	Gestion Administrative du Malade
GHA	Groupement Homogène d'Actes
GHJ	Groupe Homogène de Journées

GHM	Groupe Homogène de Malades
GIP	Gestion de l'Identification du Patient
GML	Gestion des Mouvements et des Lits
IEP	Identifiant Externe du Patient
IPP	Identifiant Permanent du Patient
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MEAH	Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier
MIG	Mission d'Intérêt Général
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PMSI-Psy	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Psychiatrie
RIM-P	Relevé d'Information Médicalisé en Psychiatrie
RPS	Résumé Par Séquence
RPSA	Résumé Par Séquence Anonymisé
RPA	Relevé Par Acte ambulatoire
SAE	Statistiques Annuelle des Etablissements
SIH	Système d'Information Hospitalier
SPAO	Service Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation
T2A	Tarifcation à l'Activité
USP	Union Syndicale de la Psychiatrie
VAP	Valorisation de l'Activité en Psychiatrie

Introduction

La psychiatrie est une discipline médicale souvent méconnue du grand public alors que 20% des hospitalisations en France sont la conséquence du diagnostic d'une pathologie psychique. Ces dernières décennies, La spécialité a connu en France, la même rupture avec le modèle asilaire que d'autres pays. La création des secteurs¹ de psychiatrie a permis une diversification de l'offre de soins en s'orientant progressivement vers une activité de type ambulatoire. Dès 1946, Georges Daumézon² se qualifiait déjà de médecin qui « *partage son temps entre les soins aux malades à l'hôpital et les soins aux malades du dehors* ». Aujourd'hui, 80% des prises en charge se font en ambulatoire, ce qui a entraîné une forte diminution du nombre de lits. Depuis 10 ans, cette évolution fait écho à l'ouverture de la discipline aux nouvelles demandes : suicidologie, précarité, urgences et prévention, faisant glisser la psychiatrie vers le champ de la santé mentale. Ce faisant, la fonction sanitaire de la psychiatrie s'est de plus en plus confondue avec sa fonction sociale au point de rendre flous les contours de la discipline. La psychiatrie moderne correspond donc aujourd'hui à une « *médecine du trouble mental en général avec ses tâches de prévention, de soins précoces, d'assistance, de post cure et de réadaptation* »³. Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR), qui sera le terrain d'analyse, illustre parfaitement cette définition. Sur 2071 lits et places, seuls 800 relèvent de l'hospitalisation à temps plein de psychiatrie et plus de 350 appartiennent au champ médico-social, que ce soit en unité de soins longue durée ou en maison d'accueil spécialisée. La capacité restante propose exclusivement une prise en charge extra-hospitalière : Hôpital de jour, Centre d'accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), Centre Médico-Psychologique (CMP) et accueil familial⁴.

Cette évolution n'est pas sans conséquences : La demande de prise en charge ne cesse de croître alors même que les professionnels sont de moins en moins nombreux pour y répondre. Face à cette forte augmentation de l'activité, la psychiatrie ne dispose d'aucun outil pour mesurer son activité contrairement au champ « Médecine, Chirurgie, Obstétrique » (MCO). Ainsi, faute de données fiables et exhaustives, il est difficile de rationaliser un débat où les acteurs de santé critiquent soit une sur-dotation des

¹ Unité géographique et populationnelle sur laquelle travaille une équipe de psychiatrie publique; chaque département français est ainsi découpé en secteurs.

² Psychiatre du début de la psychothérapie institutionnelle, ayant fait évoluer le système des admissions en psychiatrie.

³ Lucien Bonnafé, au congrès de saint Anne en 1945, psychiatre désaliéniste qui a élaboré et mis en place la politique de secteur psychiatrique,

⁴ Une présentation plus complète de la structure est jointe en annexe 9

établissements, soit une diminution constante des moyens et une augmentation régulière de la demande. Questionnements qui se prolongent à l'échelle de l'institution : Comment équilibrer les ressources entre les secteurs ? Où la demande est-elle la plus forte ? La traçabilité de l'activité en psychiatrie dépasse donc les enjeux de planification sanitaire, elle est indispensable aux réformes imminentes qui décideront de l'orientation de la discipline.

Parallèlement à cette évolution, le montant des dépenses publiques allouées aux établissements de santé a atteint en 2008 un montant de 67,7 milliards d'euros, soit près de 45% des dépenses dédiées au financement de l'assurance maladie. Très tôt, une volonté de contrôle de l'augmentation de ces budgets s'est affirmée, conduisant à l'adoption de réformes successives au fil desquelles l'information médico-économique a pris une importance stratégique. La première tentative de connaissance de l'activité médicale à des fins de régulation est l'expérimentation du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI)⁵, inspiré d'un dispositif nord américain. Ce programme, appliqué dans le champ MCO, consiste à classer les séjours hospitaliers dans des Groupes Homogènes de Malades (GHM) en fonction d'une logique médicale par pathologies mais aussi économique. Cet outil n'a cessé d'évoluer au fil des réformes budgétaires du « *budget global* », enveloppe budgétaire annuelle définie a priori et soumis à un taux d'évolution annuel, à l'introduction de la tarification à l'activité⁶ (T2A) en 2005. La traçabilité en santé mentale fait donc également défaut aux différentes tutelles dans leur volonté d'instaurer un support de négociation réaliste et fiable

Les Etablissements Publics de Santé Mentale (EPSM) connaissent actuellement des difficultés : le PMSI Psychiatrique (PMSI-Psy) n'a pas été généralisé et les ressources restent soumises au « budget global », donc inadaptées à une augmentation constante de la demande. La plupart des systèmes de santé français et étrangers ont peiné à élaborer un outil performant de traçabilité de l'activité en psychiatrie du fait d'une contrainte majeure : **la pathologie du patient ne conditionne pas le volume des ressources consommées**⁷. L'organisation de la prise en charge a un effet tel que les variations sont significatives d'un établissement à l'autre. Les multiples tentatives de transposition d'outils provenant du MCO, donc non adaptés, ont aggravé la réticence culturelle des psychiatres envers l'objectivation chiffrée des actes. Relais de ce sentiment,

⁵ Ce dispositif sera généralisé en 1991.

⁶ Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2004 du 18 décembre 2003 qui associe chaque acte à un tarif versé par l'assurance maladie. Le budget des établissements de santé dépend donc maintenant de son activité.

⁷ Les règles traditionnelles de regroupement des patients par ensemble homogène sont donc inopérantes.

Christian Müller⁸ affirmera dès 1982: « *Quels que soient le temps et les modes, ce sont toujours les malades psychiques graves qui font les frais des idéologies, des mesures d'économies et autres décisions qui finissent par constituer des discriminations* ». Alors même qu'il fallait justifier de l'augmentation des besoins dans la population, les psychiatres rejetaient l'ensemble des outils de traçabilité par crainte de leur détournement vers une logique économique. Face à ces oppositions, de nombreux travaux ont été menés permettant d'établir deux hypothèses à même de guider une évaluation de l'activité dans cette discipline, l'une basée sur une évaluation de groupes homogènes de séjours⁹, et l'autre organisée autour de la prise en compte des trajectoires de soins. La première hypothèse se traduit par l'expérimentation du PMSI-Psy, abandonné depuis, faute de fiabilité des données. Depuis le 29 juin 2006, en adoptant la seconde hypothèse, le Relevé d'Information Médicalisé en Psychiatrie (RIM-P) se voit confier la difficile conciliation entre psychiatrie et information médico-économique. Transmis trimestriellement, il s'inscrit dans le cadre « *d'un financement rénové de la psychiatrie, la VAP¹⁰, un modèle à plusieurs compartiments (activité de soin, mise en œuvre de Missions d'Intérêt Général (MIG), tarification à l'activité, prise en compte de critères géographiques et populationnels)* ». Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier souhaite établir un diagnostic de la fiabilité de sa déclaration RIM-P, réalisée depuis le 1^{er} janvier 2008, pour qu'elle devienne à terme l'outil de pilotage interne de l'établissement.

A la demande généralisée de transparence, l'hôpital doit apporter une réponse pertinente : comment dispenser une information d'activité susceptible de fonder une confiance durable ? Le RIM-P peut-il aider ? Quelles exploitations a-t-il fait des tentatives passées ? Sera-t-il accepté par tous ? Comment le fiabiliser pour mieux se l'approprier ? Une parfaite coopération des émetteurs d'information « brute » est par conséquent requise.

Le probable déploiement d'une réforme de financement à l'activité impose de concilier la psychiatrie avec la traçabilité de son activité (1). Le CHGR dispose de nombreux atouts pour relever ce défi mais pour ce faire, il est indispensable de fiabiliser la production, déjà opérationnelle, de données d'activité (2). Des points d'améliorations sont à étudier mais pour établir un véritable dialogue de gestion, il sera nécessaire de s'approprier le RIM-P (3).

⁸ Psychiatre et psychanalyste suisse formateur à la Société Suisse de Psychanalyse.

⁹ Le type de prise en charge prime donc sur la pathologie.

¹⁰ Valorisation de l'Activité en Psychiatrie, réforme budgétaire détaillée dans le paragraphe 1.1.2.B.

1 Au moment de l'arrivée de la VAP, la psychiatrie doit réussir sa difficile conciliation avec la traçabilité de l'activité

1.1 L'équité, au cœur de la sectorisation, suggère une psychiatrie sensible à la question, désormais prioritaire, de la traçabilité de l'activité

Ayant pour objectif d'organiser les ressources en réseau opérationnel et égal, la politique de sectorisation de la psychiatrie, depuis 1960, a constitué un véritable développement dans le traitement des maladies mentales et dans la prise en charge des patients.

1.1.1 La sectorisation psychiatrique recherche l'équité dans l'offre et l'accès aux soins

Le concept de secteur de psychiatrie, formalisé pour la première fois par la circulaire n°340 du 15 mars 1960, doit avant tout être considéré comme une rupture avec le modèle asilaire¹¹, lui-même découlant de l'application de la loi du 30 juin 1838. Comme précisé en introduction, la sectorisation représente l'unité géographique et populationnelle sur laquelle travaille une équipe de psychiatrie. L'organisation des soins de presque l'intégralité de la psychiatrie publique est sectorisée. Ce volet majeur de l'offre de soins spécialisés provient de la loi du 25 juillet 1985¹² en même temps que l'unification des modes de financement dans le cadre de l'assurance maladie. Cette uniformisation des règles budgétaires est allée de pair avec celle des responsabilités, puisque la gestion de chaque secteur est désormais confiée à un établissement de santé pour l'ensemble de ses activités intra et extra-hospitalier.

L'objectif du secteur est multiple : Selon les cas, favoriser le retour du patient vers son environnement d'origine (famille, travail) ou l'y maintenir. Le travail effectué par la sectorisation permet ainsi de préparer un patient souffrant de troubles psychiques à une sortie d'hospitalisation mais aussi de sensibiliser l'environnement à son accueil. Cette approche mêlant prévention, soins et lutte contre les exclusions ne peut se faire qu'au travers d'un réseau regroupant l'ensemble des structures médico-sociales et associatives

¹¹ Vision carcérale et sécuritaire de la psychiatrie.

¹² Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social.

implantées dans son aire géographique : hôpitaux généraux, médecins généralistes ou spécialistes, services sociaux de la mairie, centre de prises en charge de l'alcoolisme ou de la toxicomanie... Cet objectif induit une seconde mission : prévenir l'apparition des pathologies mentales dans la population et éviter autant que possible les hospitalisations.

Pour mener à bien ces objectifs, étant donnée la répartition relativement homogène des maladies mentales dans la population, l'offre de soins spécialisés doit donc être répartie équitablement sur l'ensemble du territoire. Plus particulièrement, l'ensemble des départements français fait l'objet, désormais, d'un découpage géographique par zone. Pour accentuer cette volonté d'équité, l'unité de répartition retenue est la démographie. Ces zones appelées secteurs créent un lien entre une population, en moyenne 80 000 habitants, et une équipe pluridisciplinaire de soins. C'est en fonction du quartier d'habitation du patient que la notion de secteur prend son sens. De plus, chacun propose des modes de prises en charge identiques : à temps complet, à temps partiel ou simplement ambulatoire. Enfin, certaines populations, de par leurs besoins spécifiques, nécessitent des soins adaptés. Ils existent donc trois types de secteurs pour une même zone géographique : psychiatrie générale (adulte), psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie en milieu pénitentiaire. En 2004, la psychiatrie sectorisée est rattachée à 301 hôpitaux publics ou ESPIC¹³, elle est constituée de 829 secteurs adultes, 320 secteurs infanto-juvéniles et 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Quelle que soit son domicile ou sa pathologie, tout habitant peut avoir recours à une équipe pluridisciplinaire dans une structure dont l'organisation est normalisée. Peu de disciplines somatiques peuvent faire état d'un tel bilan. A la lecture des textes fondateurs de la psychiatrie sectorisée, il paraît évident que le contrôle de gestion peut y prendre toute sa place. Comment justifier une allocation optimale des ressources sans outil de suivi de l'activité et de consommation des ressources ? La psychiatrie n'a pourtant pas réussi à se doter d'une telle régulation au détriment de la logique de secteur.

1.1.2 A l'épreuve de la réalité, le secteur s'éloigne de son objectif initial faute d'allocation optimale des ressources

« La santé mentale est, en matière de santé publique, une préoccupation majeure. [...] A cet effet, notre système de soins dispose d'atouts importants mais insuffisamment

¹³ Depuis le 22 juillet 2009, les établissements participant au service public hospitalier deviennent des Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC)

utilisés [...] Malgré les progrès accomplis depuis trente ans, se posent encore des problèmes de connaissance et d'utilisation des ressources en santé mentale. » affirmait Claude EVIN, ministre de la santé en 1990. Encore aujourd'hui, les secteurs psychiatriques se caractérisent par une grande diversité de leurs activités et de leurs ressources. Le rapport de la file active¹⁴ à la population couverte par les secteurs, qui s'élève en moyenne à 19 patients pour 1 000 habitants varie de 10 à 38, en fonction du secteur concerné. La taille des populations couvertes par les secteurs peut, elle aussi, être très différente. En moyenne de 72 000 habitants, donc en deçà de la valeur ciblée par la législation (90 000 habitants pour la psychiatrie adulte), elle peut varier de 20 000 à 170 000.

Par ailleurs, il existe une forte variabilité des modes de prises en charge selon les secteurs. En effet, la politique de sectorisation a eu, sur une longue période, un impact important sur l'offre de soins psychiatriques : c'est-à-dire une diversification des modes d'interventions, un développement des structures alternatives à l'hospitalisation à temps plein mais aussi une grande hétérogénéité dans la répartition territoriale de l'offre.

Par exemple, en moyenne, un secteur psychiatrique offre 77 lits d'hospitalisation à temps plein et 35 places alternatives à l'hospitalisation pour un total de 100 000 habitants, soit 112 lits et places en sachant que ce nombre peut varier de 35 à 225. Si un psychiatre couvre en moyenne une population de 4 500 habitants, cette couverture varie dans un rapport de 1 à 10 entre les départements les moins bien couverts (la Mayenne, le Pas-de-Calais et la Guadeloupe) avec plus de 10 000 habitants par médecin, et Paris qui compte 1 063 habitants pour un psychiatre.

La sectorisation se traduit donc, par une inégalité géographique de la distribution des ressources à laquelle le contrôle de gestion peut remédier. Ces grandes différences ne sont pas directement liées aux problèmes de connaissance de l'activité. La psychiatrie, depuis 10 ans, s'est ouverte aux nouvelles demandes : suicidologie, précarité, urgences et prévention, et a glissé vers le champ de la santé mentale. Les taux de recours s'explique donc, outre les différences de taille de population, par la part de patients vus une seule fois dans l'année, avec des disparités qui découlent des urgences ou encore des interventions en unités somatiques et des activités de prévention. Il faut situer la santé mentale dans la dynamique générale d'intégration en considérant ses caractéristiques qui diffèrent de celles du champ MCO. Cela suppose donc des actions

¹⁴ Le nombre de patients vus au moins une fois au cours de l'année. C'est un indicateur global d'activité en psychiatrie.

orientées directement vers la population. La logique quantitative, supposée souvent à tort, du contrôle de gestion a laissé penser qu'il nuirait à cette « psychiatrie de communauté ».

1.1.3 La prise en considération des réformes en cours renforce le besoin de traçabilité en psychiatrie

La psychiatrie, souvent considérée comme une catégorie sanitaire distincte, semble devoir s'intégrer dans le train des réformes qui a bouleversé le champ MCO : la Nouvelle Gouvernance se déploie déjà au moment où la VAP est annoncée.

A) La Nouvelle Gouvernance en psychiatrie implique un nouveau pilotage

Pour Jean François Mattei, en juin 2003, cette réforme¹⁵ vise à :
« Moderniser la gestion, favoriser l'investissement, motiver chaque acteur au quotidien, tels sont les trois défis qu'il nous faut relever pour rénover et dynamiser l'hospitalisation publique et privée d'ici 2007. »

La psychiatrie, comme toutes les disciplines, a été profondément touchée par la réforme de l'hôpital tant au niveau de la planification de l'offre de santé que dans l'organisation interne des établissements. La réforme de la Gouvernance a pour objectif de lutter contre les rigidités et les cloisonnements de l'hôpital et d'associer les praticiens à la gestion de l'établissement comme à la mise en œuvre de ses grandes orientations. Cela entraîne principalement une nouvelle répartition des pouvoirs et le développement d'une politique de contractualisation interne. Cet objectif se concrétise dans la création d'un nouvel acteur : le pôle médical.

L'organisation actuelle risque d'être modifiée par l'adoption en cours de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire »¹⁶ mais le besoin de pilotage et de visibilité nécessaire à tout contrat restera inchangé. La mise en place des pôles médicaux rencontre cependant des obstacles importants en psychiatrie : la notion de secteur est telle que nombre de praticiens restent dans l'illusion qu'ils pourront cohabiter indépendamment les uns des autres¹⁷. En pratique au CHGR, le découpage n'a donc pas

¹⁵ Réforme de l'organisation interne des établissements de santé publics et privés qui vise à responsabiliser le personnel, élargir l'autonomie de l'établissement et instaurer des contrats entre les différents acteurs de santé. Elle s'est traduite par la mise en place de pôles d'activité regroupant plusieurs services de soins.

¹⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁷ Les différences de pratiques et de philosophies de prise en charge clivent la psychiatrie en plusieurs mouvances qui ont affirmé leur autonomie dans le secteur. Plus qu'en MCO où le service est le garant d'une organisation, le secteur permet de conserver, pour chaque responsable de pôle, une certaine conception de la discipline. La possibilité laissée par l'ordonnance du 2 mai 2005 de transformer chaque secteur en un pôle médical a renforcé cette idée.

abouti au rassemblement de plusieurs secteurs au sein d'un pôle. En attendant une modification de cette organisation¹⁸, la contractualisation se fera donc avec le secteur. Sans être dans l'esprit initial de l'ordonnance du 2 mai 2005¹⁹, cette structure facilite la tâche de traçabilité de l'activité en se reposant sur des acteurs bien identifiés et une organisation éprouvée.

B) La VAP : vers un modèle de financement pluraliste de la psychiatrie

Si la psychiatrie se différencie à bien des égards des autres disciplines médicales, ce constat est encore plus marqué pour le mode de financement. Les études en la matière avancent comme principal argument : La lourdeur de prise en charge en psychiatrie n'est pas fonction de la pathologie. De ce fait, il est impossible d'asseoir le financement des EPSM sur une T2A psychiatrique. Pour tenir compte de cette spécificité, en 2004, la Valorisation de l'Activité Psychiatrique a vu le jour avec une logique pluraliste afin d'introduire plus de souplesse dans le dispositif. Elle prévoit un financement constitué de 4 compartiments :

- Un compartiment de financement proportionnel aux populations desservies (prenant en compte leurs caractéristiques socio-démographiques) dans la continuité de la sectorisation, l'équité est l'objectif principal de cette partie ;
- Un compartiment « Mission d'intérêt Général » répondant aux impératifs de santé publique. Il se décompose en 4 grandes catégories : Permanence des soins, intervention hors établissement (psychiatrie d'urgences), mission de coordination et mission de prise en charge spécifique ;
- un compartiment de « tarification à l'activité », fondé sur un recueil d'activité simplifié ;
- un compartiment concernant les médicaments et les dispositifs médicaux.

Même si le contenu et le poids des différents compartiments ne sont pas encore arrêtés, la VAP est annonciatrice d'un besoin d'outil de traçabilité de l'activité fiable et partagé.

¹⁸ Au CHGR, une mission d'audit est lancée pour réviser le découpage de l'établissement en pôles.

¹⁹ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

1.1.4 Pour aboutir à une typologie de secteur, la psychiatrie se doit de favoriser l'émergence d'outils de suivi de l'activité

Même si la réalité est tout autre, l'organisation de la psychiatrie comporte un certain nombre de facteurs favorables à la mise en place d'outils de pilotage. Cette discipline scientifique se démarque du champ MCO sur plusieurs points :

- *Facilité de comparaison* : Un EPSM présente bien souvent plusieurs pôles de psychiatrie adulte, ou de pédopsychiatrie. Il est donc plus aisé qu'en MCO de les comparer entre eux et d'évaluer les résultats.
- *Un espace-temps moins contraignant* : La réalité de l'urgence est toute relative, elle se caractérise surtout par un besoin d'accueil permanent que par une équipe pluridisciplinaire prête à intervenir. Même si elle tend à se réduire, la réactivité attendue dans le pilotage d'un EPSM laisse supposer que l'allocation de ressources peut être particulièrement approfondie.
- *Une contrainte financière moins urgente* : L'hôpital psychiatrique soigne mais effectue aussi beaucoup de prévention et d'interventions dans la communauté. Il est donc souvent porteur d'une fonction sociale considérable et participe activement aux notions d'ordre public. En conséquence, la contrainte financière a toujours été moins soutenue que dans le champ MCO. La transition annoncée porte les germes de changements conséquents. La période précédant l'adoption de la VAP comme mode de financement des EPSM, doit être exploitée pour mûrir les outils de pilotage indispensables.

L'évolution connue par la psychiatrie a complexifié le champ d'application du contrôle de gestion. Aux différences de philosophie de prise en charge propre à la psychiatrie, se superposent désormais des différences d'organisation, de champs d'interventions (milieu carcéral, liaison hospitalière, urgences) et de moyens. Avec une prévalence des troubles psychiatriques classée au 3^{ème} rang mondial selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les besoins paraissent immenses, encore plus qu'en MCO. L'objectif des réformes à venir est d'aboutir à une typologie de secteurs qui prend en compte la réalité de l'activité, la population accueillie et la psychiatrie de communauté.

La réconciliation entre psychiatrie et traçabilité de l'activité doit se faire, malgré les difficultés rencontrées par les précédentes tentatives.

1.2 Les tentatives d'élaboration d'outil de suivi de l'activité psychiatrique ont alterné demi-échec et succès partiel. La VAP tente de profiter de ces expériences

Le contrôle de gestion comprend trois étapes : Connaître, Comprendre, Agir. Le déploiement du PMSI en MCO a permis à nombre d'hôpitaux généraux de valider la première étape. Ils se situent désormais selon les institutions entre « Comprendre » et « Agir ». La psychiatrie accuse un certain retard, la plupart des EPSM tente encore de « Connaître ». Cette situation est due à la difficulté de déployer un outil normalisé de recueil de l'activité.

1.2.1 La psychiatrie s'est initialement choisie des indicateurs d'activité très partiels

Depuis 1985²⁰, les secteurs de psychiatrie sont tenus de produire un rapport annuel de secteur. Si ce dernier permet de prendre connaissance des évolutions environnementales et organisationnelles d'une équipe de soins, il ne reflète que très mal l'activité. De nombreux indicateurs sont pourtant présentés : évolution du nombre de lits, places et journées par secteur, rapport population de secteur / professionnels, durée moyenne de séjour des patients, taux d'occupation des lits. Cependant, la file active reste la principale donnée. Elle a pour objectif de quantifier le nombre de patients recourant à l'offre de soins de l'établissement. Seul, cet indicateur ne peut donner aucune information utile au pilotage. Le récent guide MEAH²¹ « Les indicateurs en psychiatrie, analyse de l'activité, mesure de l'efficience » complète d'ailleurs cet indicateur par croisement avec d'autres données : le taux d'hospitalisation de la file active, le taux de première hospitalisation, le taux de ré-hospitalisation, le taux de renouvellement de la file active... Il est à noter, qu'outre cette imperfection des indicateurs, les méthodes d'élaboration du rapport annuel variaient considérablement d'un établissement à l'autre. La connaissance de ce que recouvrent les données ainsi que leurs interprétations restaient difficiles. Incomplet pour un pilotage externe, le rapport annuel ne permettait pas de pilotage interne et nécessitait une évolution.

La Fiche Par Patient (FPP) est apparue le 1^{er} janvier 1988 pour les secteurs adultes et au 1^{er} janvier 1991 pour la pédopsychiatrie. Elle constituera une première

²⁰ Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social.

²¹ Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier.

rupture en agrégeant des données administratives (recto de la fiche) à des données médicales (verso). Propre à chaque patient, elle devait permettre de s'adapter à la diversité des prises en charge et de justifier auprès des tutelles d'une activité extra hospitalière en développement. Faute de normalisation poussée du recueil, la FPP laisse une trop grande latitude aux établissements dans son exploitation. Une nuance doit cependant être apportée : En matière de diagnostic, la FPP a adopté la Classification Internationale des Maladies (CIM 10).

Focalisée sur le patient, elle exclut l'ensemble de la psychiatrie de communauté : conseils auprès des familles, actions de prévention qui sont également consommateurs de ressources. De plus, un seul mode de prise en charge pouvait être inscrit, ce qui dans la psychiatrie moderne est inconcevable pour permettre une réinsertion de l'individu. La FPP s'est donc révélée à terme être un outil épidémiologique performant mais encore une fois inadaptée à un contrôle de gestion tant interne qu'externe. Elle aura cependant permis de faire entrer la psychiatrie dans la logique de système d'information. La plupart des décisions d'informatisation de la gestion des patients en psychiatrie datent de cette époque. Face aux multiples informations à recueillir, l'automatisation de certaines tâches s'est imposée à tous. Au CHGR, l'informatisation du suivi des patients a été réalisée en 1996 et porte toujours la logique interne de la FPP dans sa structure. Une évolution du recueil de l'activité était cependant appelée par tous.

1.2.2 Le PMSI-Psy : une reconnaissance du besoin spécifique de la psychiatrie pour maîtriser son activité

Depuis 1989, plusieurs travaux ont été mis en place et sont toujours en cours pour la mise en œuvre en psychiatrie d'un programme spécifique de médicalisation des systèmes d'information. L'objectif est d'aboutir à un système unique de traçabilité de l'activité. Un appel à candidature est lancé par la Direction Générale de la Santé (DGS)²², un groupe de travail dit « groupe des 13 » se constitue dès 1990 pour construire un outil d'évaluation médico-économique en santé mentale. Dès le début des travaux, sous la direction d'André Loth²³, l'équipe pointe l'aspect délicat de l'information en psychiatrie : les outils peinent à naviguer entre deux écueils : exploitation impossible en épidémiologie et facteur d'atteinte aux libertés individuelles. En 1994, la parution du rapport « *Un mode*

²² Circulaire DGS 90.07 du 11 avril 1990 ; les sites expérimentateurs « doivent fournir une recherche sur les critères d'évaluation des modalités de prise en charge et sur l'étude des relations entre modalités de soins et caractéristiques des patients ».

²³ Administrateur civil, chef de la mission pour l'informatisation du Système de Santé, ancien Chef de Mission PMSI (1997), ancien chef de la division de l'informatique et des nouvelles technologies à la Direction de la Sécurité Sociale (Ministère de l'emploi et de la solidarité), ancien responsable de la mission Sesam-VITALE à la CNAM-TS.

de rémunération adapté à la psychiatrie » aboutit à la conclusion que le PMSI en MCO n'est pas transférable en l'état à la psychiatrie.

Le groupe s'est alors scindé en deux équipes ayant pour objectifs, d'une part, la mise en œuvre de moyens de collecte de données normalisées et d'autre part, l'étude des trajectoires de soins. Le futur PMSI-Psy s'essayera donc à répondre au paradoxe entre l'homogénéité d'un recueil et les multiples combinatoires liées aux caractéristiques de chacun des patients et à la diversité de leur prise en charge. « *L'idéal serait de prédire la trajectoire d'un patient à travers ces diverses prises en charge, en fonction de ses caractéristiques médico-sociales, de façon à estimer sa consommation probable de soins* »²⁴. Au travers de cette formule, se fait encore sentir la déconnexion déjà évoquée entre pathologie et lourdeur de prise en charge.

Dès 1996, des recueils de données ont été consolidés pour élaborer cet outil. La généralisation du PMSI-Psy, prévue en 2002, ne s'est faite qu'à titre expérimental dans quelques régions²⁵. Il adopte une logique différente du MCO, qui repose sur trois unités d'information :

- La semaine pour les prises en charge à temps plein et à temps partiel;
- L'acte pour les prises en charge en extra-hospitalier;
- L'action pour toute la psychiatrie dite de « communauté ».

Cependant, il présente des similitudes également, notamment dans la volonté de regrouper les patients par Groupe Homogène de Journées (GHJ). Pour ce faire, sept variables d'évaluation de la charge de soins sont inclus dans le PMSI-Psy :

- Age
- Pathologie somatique lourde ;
- Sous groupe diagnostique ;
- Dépendance physique ;
- Chambre d'isolement ;
- Ancienneté dans le séjour ;
- Echelle globale de fonctionnement.

Ce recueil intégrera certains outils qui conditionneront l'élaboration de la VAP :

- Echelle globale de fonctionnement (EGF) ;
- Echelle ADL (Activity Daily Living) ;

²⁴ Rapport du Groupe des 13, avril 1994

²⁵ Circulaire DHOS/E3/2001/n°625 du 19 décembre 2001 relative à la mise en œuvre du PMSI-Psy à titre expérimental

- Grille EDGAR (Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion) utilisée pour le codage des actes extra-hospitaliers.

L'exhaustivité de ce recueil, s'il apporte une avancée remarquable en terme de normalisation, n'est pas sans interroger sur sa lourdeur, peut-être responsable de son échec. Après deux années de fonctionnement, il est abandonné au profit de la VAP.

1.2.3 De l'échec du PMSI en psychiatrie à l'apparition d'un modèle pluraliste de financement

Les raisons de cet échec mettent en lumière le raisonnement qui amena les pouvoirs publics à réorienter la réforme vers un mode de financement pluraliste de la psychiatrie.

Tout d'abord, le PMSI-Psy n'a pu s'adapter à l'épineuse problématique du diagnostic en psychiatrie. Tout gestionnaire souhaite pouvoir adapter son offre à la population reçue dans son établissement en fonction d'une nomenclature. Si en MCO, les diagnostics ne sont que peu contestables et leurs définitions, partagées par l'ensemble des praticiens, ce n'est pas le cas en psychiatrie. Les différences de pratiques et les références théoriques ne plaident pas pour une telle unification. En imposant la CIM 10, le PMSI-Psy a obligé les psychiatres à adapter leur méthode de travail. Particulièrement pour les pédopsychiatres, ce changement a été perçu comme une remise en cause de leur savoir. Tout outil de pilotage, s'il comporte toujours une part de changement, se doit, lors de son déploiement, d'être le plus indolore possible. Le manque de fiabilité des données observées dans le PMSI-Psy trouve une partie de son origine dans cet état de fait.

Au-delà, si l'hypothèse d'un diagnostic validé par tous est retenue, rien n'indique que la prise en charge sera identique. En effet, si nous prenons deux patients atteints de la même pathologie à long terme (par exemple, la schizophrénie), l'un pourra guérir plus rapidement donc sera hospitalisé moins longtemps et aura un traitement médical moins lourd sans qu'on puisse en déterminer les causes. Dans ce domaine, le PMSI-Psy a abordé certains des aspects les plus incertains de la discipline. Il n'existe à l'heure actuelle aucune description commune de l'objectif d'une séquence²⁶ psychiatrique d'un établissement à l'autre : guérison, réinsertion dans la société, voire conditionnement

²⁶ La séquence correspond à un segment de la prise en charge. Plusieurs séquences consécutives constituent le séjour.

social. Les variables classantes sont pourtant reconnues comme de réels facteurs conditionnant la lourdeur de prise en charge mais le choix de sept valeurs en obère de nombreuses autres, qui auraient pu être retenus. Le PMSI-Psy a également mis en lumière un aspect délicat de la traçabilité de l'activité : Il y a un véritable problème dans la façon dont sont comptabilisés les patients en psychiatrie²⁷. L'activité dépendant de cette façon de compter, il y aura alors des disparités entre les hôpitaux sans comprendre réellement pourquoi. (Gestion de la file active, des doublons...).

Ces difficultés de déploiement du PMSI ont contribué à fournir des données peu exploitables. Il ressort de l'expérimentation des GHJ et des Groupements Homogènes d'Actes (GHA)²⁸ qu'il est difficile d'établir des liens forts entre les caractéristiques médicales des patients (profil clinique, à travers le diagnostic notamment), leur prise en charge psychiatrique et les coûts de journées ou d'actes. En tenant compte des limites avérées en terme de performances médico-économiques et de l'impossibilité d'asseoir sur cette base une « T2A psychiatrie », le comité de pilotage du PMSI en psychiatrie s'est vu confier, par le Ministre²⁹, la mission de lui proposer un modèle pluraliste de financement : la VAP. Cette dernière réduit le champ du PMSI-Psy sur le compartiment « activité » de la réforme excluant ainsi la psychiatrie de communauté et les différences socio-démographiques³⁰. Le recueil d'activité destiné à piloter ce compartiment est le RIM-P (Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie).

1.3 Dans un contexte médical plus favorable, la VAP apporte-t-elle des réponses aux obstacles qui ralentissent l'émergence d'un suivi de l'activité psychiatrique ?

L'article du docteur BRUN ROUSSEAU « *PMSI, VAP, RIM-P et T2A : à quelle sauce les budgets de psychiatrie seront-ils accommodés ?* »³¹ prouve le manque de prise de conscience du milieu psychiatrique. Pour le corps médical, la VAP ne semble pas encore solutionner tous les problèmes posés par la traçabilité de l'activité en psychiatrie. Des doutes demeurent sur l'adéquation de l'outil proposé, le RIM-P, mais aussi sur le fondement même d'une T2A en psychiatrie. Néanmoins, des évolutions tangibles de la

²⁷ Beaucoup de systèmes présentent des patients en double compte.

²⁸ Les Groupes Homogènes de Journées (GHJ) et les Groupes Homogènes d'Actes (GHA) sont des regroupements de patients basés sur l'hypothèse que le coût de prise en charge d'un patient en temps complet ou en temps partiel un jour donné ou le coût d'un acte (consultation externe) dépendent de caractéristiques liées au patient. Ils étaient utilisés dans le PMSI-Psy.

²⁹ A l'époque, Mr Douste-Blazy, Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille.

³⁰ Ces dernières feront donc l'objet d'une dotation budgétaire déconnectée de l'activité.

³¹ Cf. bibliographie, Articles et périodiques.

discipline poussent à la remise en question de certains fonctionnements. Cela devrait favoriser le déploiement du contrôle de gestion en psychiatrie.

1.3.1 Au-delà des réticences de la discipline à rendre compte de son activité : Une T2A psychiatrique est-elle possible ?

A) Bien plus que les modalités d'une future réforme, l'idée même d'une T2A en psychiatrie est contestée

Le calendrier de passage de la psychiatrie à une tarification à l'activité ne cesse d'être revu. Les nombreux changements d'orientation relatés dans ce mémoire donnent du crédit à la thèse de l'impossibilité de conciliation entre psychiatrie et T2A. Fort de ce constat, les critiques envers une T2A psychiatrique ont émergé, inspirées sur celles de la T2A dans le champ MCO :

- *Convergence des tarifs* : Selon certains psychiatres, la santé mentale devrait s'inspirer d'une étude de la Fédération Hospitalière de France (FHF) publiée fin 2005 sur « l'impossible convergence »³². La psychiatrie publique se différencie car elle propose un service « tout compris » où il est difficile de décomposer l'ensemble. Les missions d'intérêt général sont très importantes et mal évaluées. Héritier de la loi de 1838, l'hôpital psychiatrique accueille des malades dans un cadre contraignant et coûteux en sécurité.
- En psychiatrie, une tarification à l'acte prépondérante aboutirait à une baisse de la qualité et donc à une augmentation des inégalités. En effet, l'offre induisant largement la demande, les établissements et régions déjà bien dotés seront naturellement producteurs de la plus grande activité. Une budgétisation exclusive à la structure peut aboutir à la constitution de rentes de situation.

Ces multiples remarques sont à la base de l'idée d'un pluralisme de la VAP, la rente de situation potentielle devrait être égalisée par les compartiments géo-populationnels et MIG. En adoptant un système sur mesure, les autorités de régulation reconnaissent la spécificité de la psychiatrie tout en s'inspirant des expériences du modèle MCO. En effet, il est constaté un financement des MIG dans les deux systèmes. De même, le compartiment « médicaments » est le pendant du dispositif de prise en

³² Devenue « dangereuse convergence » dans un communiqué de la même FHF du 03 mars 2009.

charge des « molécules onéreuses » et des « Dispositifs Médicaux Implantables »³³. Pour ce dernier, on ne peut que déplorer ce mimétisme partiel qui atténue l'idée originelle de la VAP : un outil spécifique à la psychiatrie, d'autant plus que la part du budget pharmaceutique des EPSM ne justifiait pas cette différence de traitement. Cependant, les critiques formulées relèvent du manque de communication qui empêchent toute visibilité sur cette réforme.

B) L'historique des questions de financement à l'activité en psychiatrie entretient un manque de visibilité

Le corps médical ressent une inquiétude vis-à-vis des perspectives économiques. La VAP et ses compartiments demeurent flous à l'heure où l'on demande un investissement dans le RIM-P. Cette charge de travail est ressentie comme supplémentaire³⁴. Pour eux, les organismes de tutelles n'ont pas mis les moyens adéquats pour permettre la mise en place d'un système de tarification en psychiatrie. La VAP n'est pas considérée comme une priorité, contrairement à d'autres dossiers comme le PMSI en soins de suite et de réadaptation ou en hospitalisation à domicile. Le calendrier de déploiement de la VAP est donc souvent revu : une communication institutionnelle³⁵ précise que « *les travaux menés en matière d'extension de la T2A aux activités de psychiatrie, sont moins avancés en l'absence d'information médicalisée émanant des établissements et décrivant l'activité* ». Le déploiement d'un recueil d'informations en psychiatrie vise à pallier cette carence. Une étude nationale de coût (ENC) à méthodologie commune doit également être lancée. En l'état, le ministère de la santé précise qu'il est difficile d'envisager avant 2012 la mise en place d'un modèle de financement parfaitement adapté à une activité dont la complexité est liée, entre autre, à l'existence de structures très hétérogènes.

C) La difficulté d'évaluer les coûts reste la grande inconnue du dispositif

Dernier aspect pratique mis en cause, il n'existe à l'heure actuelle que peu d'études ayant réussi à mettre en lien l'activité psychiatrique avec le coût de la prise en charge. L'ENC risque de se heurter à cet obstacle et sera controversée si aucun éclairage

³³ La T2A MCO permet, lors de l'utilisation de certains dispositifs médicaux, une facturation en « sus » du tarif appliqué pour le séjour.

³⁴ La fiche par patient date de 1985 donc la tâche de saisie et de codage de l'activité n'est pas nouvelle.

³⁵ REPONSE MINISTERIELLE n°2120, JOANQ 5 février 2008, p. 1034.

n'est apporté à cette question. Une étude de l'IRDES³⁶ permet d'élaborer une réflexion sur le sujet. Portant sur les schizophrènes, un des objectifs du rapport est de permettre le calcul d'un coût moyen par patient pour plusieurs acteurs : Assurance Maladie, Caisse d'allocations familiales, état, hôpital et famille. Dans ce document, le coût pour l'hôpital est au centre de la problématique. La méthode utilisée consiste à repérer, par le relevé des consommations de la FPP, les soins reçus de chaque unité du secteur. La valorisation s'effectue par l'application de coûts obtenus selon une méthode classique de comptabilité analytique : découpage du secteur en unité de soins, calcul du coût total direct et indirect, choix des unités d'œuvre pour chaque unité et calcul des coûts moyens par unité d'œuvre.

Les résultats fournis sont partiels et témoignent de certaines difficultés rencontrées, comme la quantification de l'activité qui manque de finesse. Le groupe aboutit cependant à une conclusion qui devrait interroger les acteurs de psychiatrie au moment du déploiement de la VAP : « *La tendance actuelle, favorable aux alternatives à l'hospitalisation, semble être tout autant dogmatique que celle qui justifiait l'asile hier* ». L'institutionnalisation d'un outil de traçabilité de l'activité est donc une urgence, d'autant plus que l'étude fait également remarquer à juste titre : « *si la psychiatrie connaît un certain nombre de contraintes et de spécificités, par rapport aux autres spécialités médicales, dans l'évaluation médico-économique, celles-ci ne sont pas, pour autant, réductrices* ».

1.3.2 Le RIM-P apporte des évolutions qui permettent d'améliorer la connaissance de l'activité psychiatrique

Au même titre que les critiques ciblées sur une réforme du financement de la psychiatrie, le manque d'évaluation médico-économique trouve son origine dans l'absence de recueil fidèle de l'information médicale. Le RIM-P, s'il n'est pas parfait, est néanmoins l'aboutissement de 20 années d'expérience en la matière. Comme le PMSI en MCO qui s'est largement nourri des retours d'expériences pour s'améliorer, l'échec du PMSI Psy a permis d'appréhender plusieurs manques dont le principal est d'avoir décrit l'activité temps plein au détriment des alternatives. Il a donc abouti à un manque de fiabilité et d'exhaustivité des données recueillies.

En terme de système d'information, le PMSI-Psy s'est également heurté au manque de préparation technique des établissements, même si le logiciel leur a été

³⁶ Institut de Recherche et Documentation en économie de la Santé : Evaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés. Test et ajustements de la méthode initiale. Rapport IRDES 2000/04, Auteurs : C. BLANCHEREAU, J. MOUSQUES, N. RAFFY-PIHAN.

fourni. Cette situation n'est plus d'actualité, une enquête de l'ADESM (Association Des Etablissements gérant des secteurs de Santé Mentale) prouve que les EPSM sont majoritairement équipés de Système d'Information Hospitalier (SIH) cohérent (80%). Les EPSM sont considérés souvent comme en retard mais c'est une idée préconçue. Ils ne disposent cependant pas d'outils complets de recueil de l'activité et pêchent par la faiblesse de leur équipe d'information médicale, en moyenne, 2,5 personnes par établissement. Si la FPP a fait entrer l'informatique en psychiatrie, le PMSI-Psy a favorisé le développement des premiers systèmes d'information en santé mentale à haut degré d'intégration et de couverture opérationnelle.

Au-delà de cet aspect technique, la VAP apporte un outil de traçabilité plus abouti : le RIM-P. Ce dernier se superpose mieux à la structure de prise en charge des EPSM en permettant le suivi du patient tout au long de son parcours dans la structure. Plusieurs prises en charge concomitantes sont également réalisables au travers de séquences parallèles. Par rapport aux dispositifs passés, la description des actes ambulatoires et de l'hospitalisation partielle est beaucoup plus fine. De plus, le RIM-P apporte de réelles avancées sur la question du diagnostic. A l'inverse des recueils précédents qui focalisaient l'attention sur le seul diagnostic alors que le recours au système de santé est tout aussi déterminant, le RIM-P prend en compte ce dernier point. Par exemple, un patient schizophrène nécessitant une hospitalisation pour une alcoolisation, implique deux motifs différents de recours aux soins. La lourdeur de prise en charge peut ainsi différer selon les cas, le diagnostic seul ne permet pas de quantification.

Néanmoins, le RIM-P nécessite encore des évolutions qui impliquent qu'une contre argumentation soit possible. Le retour d'informations des premières déclarations fait donc l'objet d'évaluations régulières par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) et les organismes de tutelles. Le dialogue sera d'autant plus facile à instaurer que ce nouveau recueil entre en phase opérationnelle dans un contexte favorable à l'objectivation des pratiques psychiatriques.

1.3.3 L'évolution de la psychiatrie va favoriser l'émergence d'outil de traçabilité de l'activité

Comme évoqué, le secteur psychiatrique présente des différences notables entre l'esprit de la loi de 1960 et la réalité de terrain actuelle. L'attachement des psychiatres au principe du secteur a longtemps encouragé une perception négative des réformes de l'offre de soins en santé mentale. Par rapport à ses voisins européens, la France présente une démographie médicale dans la discipline très au dessus de la moyenne. Les tentatives d'évaluation médico-économique ont donc été appréhendées comme une

atteinte au droit des patients d'accéder aux soins. En toile de fond, la psychiatrie nord-américaine effraie : « *le Managed Care, les Health Maintenance Organizations (HMO), les compagnies d'assurances, les administrations hospitalières se coalisent pour obtenir les soins juste nécessaires, d'où des consultations brèves, des justifications détaillées à fournir pour tout traitement et a fortiori pour une hospitalisation qui ne pourra être que courte* ». ³⁷

Cependant, le rapport des psychiatres avec le secteur de soins évolue sensiblement. Peu le remettent en cause mais il est contesté en tant que seul modèle possible. Deux courants de pensée sont dissociables :

- *Différenciation dans la prise en charge des patients* : Cet aspect est le moins polémique. En s'ouvrant aux notions de santé mentale, la psychiatrie est sortie d'une logique asilaire pour investir la cité. Elle prend ainsi en charge de nombreux patients qui alternent entre les différentes structures d'un secteur et effectuent de nombreux allers-retours en hôpital. Pour ces derniers, la prise en charge par une équipe unique se justifie : C'est la psychiatrie dite « active ». A l'opposé, d'autres patients, de par la lourdeur de leur handicap, nécessitent des soins d'hospitalisation au long cours pour lesquels l'hospitalisation complète est requise en permanence. L'idée d'une prise en charge intersectorielle, donc d'une mutualisation des moyens, pour ces derniers est de plus en plus mise en avant.
- *Neurosciences et sciences cognitives* : Ce courant récent divise la communauté médicale car il interroge sur le mode de prise en charge mais également sur la conception même de la discipline. Le fait que l'American Journal of Psychiatry, ouvre plus que largement ses colonnes aux neurosciences n'est pas sans interroger³⁸ : Certains praticiens y voient un changement aussi important que celui de l'arrivée des neuroleptiques alors que d'autres n'y voient qu'une aventure exclusivement américaine, à l'origine de nombreux dysfonctionnements. S'éloignant de la logique psychothérapeutique, ce nouveau champ nécessite d'objectiver les capacités et l'évolution d'un patient³⁹. Les neurosciences suggèrent une vision plus médicalisée de la psychiatrie. Un rapprochement avec le champ somatique est même amorcé au travers de nouvelles thérapies comme

³⁷ MACLEAN (A.) : La réalité de la psychiatrie américaine en 2002 : La psychiatrie nord-américaine.

³⁸ Dès 1986, H. PARDES publiait « Neuroscience and psychiatry: marriage or coexistence? ». Le moteur de recherche du site <http://ajp.psychiatryonline.org/index.dtl> permet de constater que depuis, plus de 500 articles abordent la psychiatrie cognitive et les neurosciences.

³⁹ Il faut nuancer ce propos en indiquant que l'objectivation est possible quelle que soit la position retenue mais elle s'affirme comme inévitable dans le champ des neurosciences.

la stimulation magnétique trans-crânienne ou la stimulation cérébrale profonde⁴⁰ (pose d'électrode dans l'encéphale). Ce changement de concept amène à imaginer des prises en charges spécialisées autour d'unités réservées à des pathologies spécifiques. Une telle réorganisation n'est cependant pas compatible avec la logique sectorielle, ou seulement partiellement.

La division de la communauté médicale autour de ces questions entretient un climat d'échanges autour de la notion de secteur. Le débat est complexe car il oppose plusieurs modèles (biologique, psychologique et social) et il ne s'agit pas d'y répondre ici. Cependant, les différences de point de vue favorisent une certaine rationalisation des pratiques pour justifier la pertinence d'une position. Si le RIM-P n'est pas un outil parfait, il arrive dans un contexte favorable à sa pérennisation : Que l'on défende ou critique le changement, toute argumentation nécessite un outil de traçabilité de l'activité.

1.4 Le RIM-P, outil central de la VAP : Fonctionnement et évolutions attendues

Même si les poids respectifs des compartiments de la VAP sont encore inconnus, il n'est plus discuté que la part liée à l'activité sera prépondérante. Dans ce cadre, l'allocation des ressources ne pourra se faire sans un outil de traçabilité : Le RIM-P. Directement issu de la FPP et du PMSI-Psy, il s'adapte à l'activité psychiatrique. Cependant, l'interprétation qui en sera faite demeure inconnue.

1.4.1 Malgré quelques critiques au moment de sa création, le déploiement du RIM-P a été assuré

L'ATIH a assuré la mise en œuvre du PMSI-Psy en animant trois groupes techniques : groupe qualité, groupe évolution de la classification, groupe financier. Parallèlement, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS) anime un comité de pilotage.

La mission confiée à ce comité était de proposer et de tester un modèle pluraliste de financement. Ce groupe de travail a abouti à l'élaboration des compartiments de la VAP et continue à nourrir une réflexion sur les perspectives de financement de ces 4

⁴⁰ Un partenariat de recherche existe entre le CHGR et le Centre de lutte contre le cancer Eugène Marquis sur le traitement des troubles obsessionnels compulsifs.

compartiments⁴¹. Cette analyse se base sur l'exploitation des comptes administratifs retraités⁴², repérer les coûts de l'activité psychiatrique pour ensuite proposer des modes de rémunération adaptés. Le RIM-P, indissociable de cette réflexion, « a donc été généralisé à l'ensemble des établissements publics et privés exerçant une activité de psychiatrie à compter du 1^{er} janvier 2007. Il est désormais obligatoire et concerne environ 700 établissements de santé spécialisés en psychiatrie ou mixtes »⁴³ par l'arrêté du 29 juin 2006.

La généralisation de ce recueil engendre pour les établissements de santé mentale des dépenses nouvelles pour lesquelles il a été décidé d'attribuer une aide financière du Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP). Ces dépenses relèvent des domaines suivants :

- La mise à jour des systèmes d'information ;
- La liaison des sites périphériques au site central afin d'assurer l'utilisation d'un Identifiant Personnel Permanent (IPP) commun à tout l'établissement.

Ce recueil a reçu un accueil assez mitigé, l'Union Syndicale de la Psychiatrie (USP) l'a qualifié, lors de l'édition 2007 de son congrès, « d'insensé » et de « dangereux »⁴⁴. Cependant, les enseignements tirés des expérimentations ont permis une relative adhésion. Le RIM-P se substitue ainsi au PMSI-Psy, et à la FPP, incapable d'apporter une image sans double compte de la pratique d'un EPSM, et vient s'harmoniser avec la Statistiques Annuelle des Etablissements de santé (SAE)⁴⁵, trop axée sur les séjours et les rapports d'activité. Il supprime la lourdeur du PMSI-Psy en abandonnant certains items comme l'échelle globale de fonctionnement. Elaboré en collaboration avec la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), le RIM-P retient des indicateurs communs avec les autres recueils de données.

Il est possible de déplorer l'absence d'aide technique apportée aux établissements : La FPP et le PMSI-Psy avaient été déployés avec un logiciel associé. Généraliser un tel recueil ne suppose pas qu'un financement mais également un accompagnement, des formations et un délai acceptable. Les six mois laissés aux EPSM

⁴¹ Représentants du Ministère (DHOS, DGS), de la Cellule PMSI, de la CNAM, des fédérations hospitalières, de l'ADESM, des conférences (PCME psy, CHG).

⁴² Retraitements comptables obligatoires, annuels et réalisés après la publication du guide de l'année considérée. Ils fournissent un premier calcul analytique des coûts en répartissant les dépenses observées.

⁴³ **CIRCULAIRE N°DHOS/F1/2007/237 du 13 juin 2007** relative au financement par le fonds de modernisations des établissements de santé publics et privés des investissements relatifs à la généralisation du recueil d'information médicalisée en psychiatrie des établissements de santé publics et privés.

⁴⁴ Brève Hospimedia du 13/04/2007 : Un recueil qualifié de dangereux et d'insensé par l'USP

⁴⁵ Enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France

avant la première déclaration ont abouti à un taux de retour très faible. Pour la région Bretagne, il a fallu attendre pour la première fois en Avril 2009 pour que 100 % des EPSM aient déclaré un RIM-P.

1.4.2 Le RIM-P : une déclaration trimestrielle cumulée

Pour pouvoir mettre en place le RIM-P, il faut au préalable, nommer un médecin responsable de Département d'Information Médicale (DIM). Cette nomination est votée en Commission Médicale d'Etablissement (CME).

L'établissement doit également adhérer à la plateforme e-PMSI⁴⁶. Cette inscription se fait auprès de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH). L'établissement doit naturellement posséder un outil informatique de saisie des informations RIM-P. La télétransmission des données est réalisée via Internet. L'ATIH envoie aux établissements les logiciels de télétransmission, qui devront avant de mettre en place le RIM-P faire une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)⁴⁷. Une fois ces différentes étapes franchies, les fiches de renseignements sont transmises chaque trimestre et sont soumises par retour d'information statistique à une demande de validation. Une procédure indispensable pour que les données transmises par l'établissement soient visibles par l'ARH qui à son tour valide ces informations avant de les intégrer dans les bases nationales.

Le RIM-P assure le recueil pour toute nature de prise en charge qu'elle soit complète, partielle ou ambulatoire :

- Un Résumé Par Séquence (RPS) pour les prises en charge complètes ou partielles.
- Un Relevé Par Acte (RPA) pour l'ambulatoire: si le patient est identifiable par son identifiant permanent, le recueil est unitaire pour chaque acte, sinon le recueil est agrégé.

L'ensemble des données recueillies dans ces différents résumés est détaillé dans l'annexe 2. Ce recueil se fait au niveau de l'unité médicale, qui est un ensemble individualisé de moyens matériels et humains. Cette structure élémentaire ne concerne

⁴⁶ Site internet conçu pour moderniser la transmission de fichier PMSI des établissements de santé vers les organismes de tutelles.

⁴⁷ La Commission nationale de l'informatique et des libertés est une autorité administrative indépendante française chargée de veiller à la protection des données à caractère personnel et de la vie privée.

qu'une seule forme d'activité et le périmètre est défini par l'établissement. Chaque unité médicale est rattachée à un secteur de psychiatrie si l'offre de soins est sectorisée.

Chaque résumé débute et s'achève par un événement générateur. L'ATIH a retenu un certain nombre d'événement pour les résumés suivants :

- Séjour : Début et fin de prise en charge, changement de la nature de prise en charge (passage d'une hospitalisation complète à un hôpital de jour...), sortie du champ sanitaire de psychiatrie (transfert vers une structure médico-sociale par exemple).
- Séquence : Changement de trimestre civil, changement de forme d'activité, changement de mode légal d'hospitalisation, sorties d'essai et changement d'unité médicale.
- Acte ambulatoire : réalisation.

Pour illustrer, considérons un patient hospitalisé à la demande d'un tiers qui est transféré dans un Foyer d'Accueil Médicalisé⁴⁸ (FAM) en hospitalisation libre. Ce dernier met donc fin à une séquence de soins du fait d'un changement de mode légal d'hospitalisation, il y a donc création d'un résumé de séquence. Mais la sortie du champ de la psychiatrie impose également de clore le séjour⁴⁹. Pour s'adapter au fonctionnement de la psychiatrie de communauté, le RIM-P prend donc en compte les multiples changements survenant dans la trajectoire de soins d'un patient. Au-delà, il permet même d'en refléter les plus complexes spécificités à travers les séquences parallèles ou associées. Lorsqu'un patient pris en charge dans une forme d'activité bénéficie de la mise en œuvre d'une nouvelle forme d'activité en complément de la précédente, il y a changement de séquence. En cas de combinaisons de formes d'activité, il faut créer autant de séquences que de formes d'activité. Les séquences sont rattachées entre elles sur le **mode « parallèle »** s'il s'agit de temps complet et de temps partiel ou **« associé »** s'il s'agit de deux activités à temps partiels, par un indicateur de séquence.

En mettant en perspective ces règles de saisie avec l'activité d'un établissement de santé mentale tel qu'il est décrit dans le paragraphe 1.1, le RIM-P transmis en fin d'année par un EPSM peut s'avérer complexe à étudier.

⁴⁸ FAM : Etablissement d'accueil médico-social compris dans le champ de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

⁴⁹ Pour plus de détails sur les événements générateurs, se reporter à l'annexe 2.

1.4.3 Face aux premières difficultés, des évolutions sont d'ores et déjà souhaitées

En 2006, un groupe de responsables de DIM faisait état, dans la revue « Pluriels », de sept difficultés à traiter « *pour en finir avec le malaise en santé mentale face à l'information médico économique* »⁵⁰. Cette feuille de route voulait absoudre les « sept péchés capitaux » du PMSI-Psy.

Parmi ces obstacles, le RIM-P apporte un début de réponse pour trois d'entre eux : Le diagnostic, L'hospitalo-centrisme latent et la fiabilité incertaine des chiffres. Comme démontré dans les paragraphes précédents, ce nouvel outil de traçabilité de l'activité devrait permettre de sensibles améliorations. A l'inverse, le doute est maintenu pour d'autres problèmes : aucune visibilité sur les répercussions budgétaires n'est encore possible, la formation à l'utilisation du recueil d'activité reste largement insuffisante et l'évaluation de la gravité des troubles reste délicate⁵¹. Ces premiers constats laissent penser à un début d'appropriation du nouvel outil par les psychiatres. Dans son article, le Professeur WAGENAAR, en plus des difficultés recensées, effectue un certain nombre de propositions pour améliorer le RIM-P. L'écho offert à ce type de dialogue entre praticiens et contrôleur de gestion permettra d'apercevoir l'avenir offert à ce nouveau dispositif.

La dernière difficulté, au centre de ce mémoire, est l'inadaptation des moyens techniques actuels⁵². Face à la rapidité de mise en place du RIM-P, peu d'établissements ont été en position de réaliser une déclaration en 2007, voire même en 2008. Une récente évaluation de l'ARH Bretagne constate que 2009 est la première année où tous les établissements ont transmis un recueil d'activité. Parmi les établissements précurseurs, dont fait partie le CHGR, le retour réalisé par l'ATIH montre un certain nombre d'erreurs qui rendent l'exploitation des chiffres impossible pour le moment. Nationalement, l'analyse de la conformité des données transmises en 2009⁵³, montre des erreurs de saisie (par

⁵⁰ WAGENAAR T., CHOMETTE E. cf. bibliographie.

⁵¹ L'échelle Activité de la Vie Quotidienne (AVQ) couramment utilisée est critiquée pour son orientation vers la dépendance. Pour de nombreux psychiatres, le caractère non prédictif du diagnostic psychique impose que soient simultanément considérés l'état de la personne (AVQ) et ses relations avec l'entourage (non évalué dans le RIM-P).

⁵² Il faut distinguer l'inadaptation des moyens techniques à épouser rapidement les règles de fonctionnement du RIM-P des performances pures du système d'information qui, comme précisé dans le paragraphe 1.3.2., ne sont pas sources de préoccupations dans les EPSM.

⁵³ Disponible sur <http://stats.atih.sante.fr/psy/mahos/nat/2009/tab1b.html>.

exemple, 12,1% des scores AVQ habillage⁵⁴ ne sont pas renseignés) mais aussi des erreurs de déclaration (12,8% de clé de chaînage absente⁵⁵).

De nombreux établissements sont conscients de ce manque de fiabilité des données mais peinent à adapter rapidement leur système d'information aux exigences importantes du RIM-P. Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier a pris la décision de mener en interne une analyse de la situation pour rendre les chiffres du RIM-P exploitables dans un dialogue de gestion.

⁵⁴ Autonomie du patient pour l'habillage.

⁵⁵ Il est impossible de faire le lien entre deux prises en charge, sensées faire partie du même séjour.

2 Bien que le CHGR dispose d'atouts importants pour assurer un suivi de l'activité, l'analyse de la déclaration RIM-P confirme un manque de fiabilité des données

Le CHGR n'est pas épargné par les difficultés propres à tout établissement psychiatrique mais dispose d'atouts facilitant la mise en place d'un outil de traçabilité de l'activité. Ces derniers doivent être mobilisés pour améliorer la fidélité des chiffres du RIM-Psy.

2.1 Le système d'information et l'organisation mise en place pour suivre l'activité sont des facteurs favorables pour fiabiliser le RIM-P

Les multiples réflexions transversales menées lors de l'élaboration des différents schémas directeurs ont permis d'aboutir à un système d'information performant. Complétées par une organisation éprouvée, le CHGR dispose de tous les moyens techniques et humains pour assurer sa mission de traçabilité de l'activité.

2.1.1 Un système d'information qui s'affranchit des contraintes de la psychiatrie

Avant toute réflexion sur le déploiement d'un dialogue de gestion en psychiatrie, tout acteur doit prendre connaissance des contraintes liées à la discipline :

- *Multiplicité des structures d'accueil de patients* : Dans la première partie, nous avons développé les nombreuses prises en charge possibles. Sur le terrain, elles se traduisent par des structures multiples comme le CMP, le CATTP. Ces dernières représentent autant de coûts à évaluer et à suivre, autant d'ateliers à piloter dans la chaîne de production.
- *Dispersion géographique* : La plus grande partie de l'activité se fait déjà en dehors de l'hôpital. Le responsable de pôle ne croise donc pas régulièrement ses collaborateurs, la communication et le pilotage s'en ressentent.

Le système d'information du CHGR a largement su s'affranchir de ces contraintes pour atteindre un haut niveau de couverture et d'intégration. Depuis 1986, date de création du service informatique, le CHGR a développé son équipement informatique (matériels et logiciels). A l'époque, le suivi de la paie constituait le seul traitement

automatisé mais il était réalisé par un prestataire extérieur. En 2009, toutes les structures disposent des équipements nécessaires et ont accès à un système d'information efficace.

Ce dernier s'est développé en deux temps, évoluant au rythme des contraintes qu'ont imposé les différents dispositifs de traçabilité de l'activité évoquée. Tout d'abord en 1996, le CHGR investit lors de la mise sur le marché de la première version du noyau REFERENCE conçu par les hospitaliers et développé par CAP GEMINI. En fixant les composants de base du système d'information, la nouvelle architecture va modifier assez profondément les organisations en place. Une nouvelle architecture technique se met progressivement en place (serveurs UNIX) et de nouvelles applications sont mises sur le marché, accessibles à travers des postes de travail sous système d'exploitation WINDOWS. Le CHGR est alors site pilote pour plusieurs d'entre elles : GAM⁵⁶, particulièrement va permettre d'assurer de façon homogène la gestion administrative de toutes les natures de prise en charge, de l'admission du patient jusqu'à la facturation⁵⁷ et au contentieux. Cette première évolution implique une forte croissance du parc informatique tant au niveau des postes de travail que des imprimantes. Fin 2004, le parc de micros s'établit autour de 800 machines.

Depuis 2005, dans le prolongement de la prescription des médicaments déjà présente dans les unités de soins⁵⁸, le CHGR s'adapte à nouveau par une volonté d'informatiser le dossier du patient. Pour ce faire, en 2004, le logiciel CIMAISE de la société INTELLITEC est retenu. Fin 2007, le dossier médical informatisé du patient est généralisé à l'ensemble des services adultes et enfants.

La traçabilité de l'activité du CHGR est aujourd'hui assurée par ces deux logiciels (GAM et CIMAISE) dont l'intégration est assurée par une interface de courtage de l'information appelée « TOULINE ». ⁵⁹ Le fichier structure en place est conforme aux recommandations de l'ATIH (7 formes d'activités pour le temps complet, 3 pour le temps partiel). Le système d'information du CHGR est donc à priori en mesure de permettre la production d'un RIM-P fiable. L'organisation mise en place autour de cet outil renforce ce sentiment.

2.1.2 Description du dispositif de suivi de l'activité au Centre Hospitalier Guillaume Régnier

⁵⁶ « Gestion Administrative du Malade », distribué par la société Mac Kesson.
<https://www.mckesson.fr/nos-produits/solutions-cliniques/evoluance-gam.html>

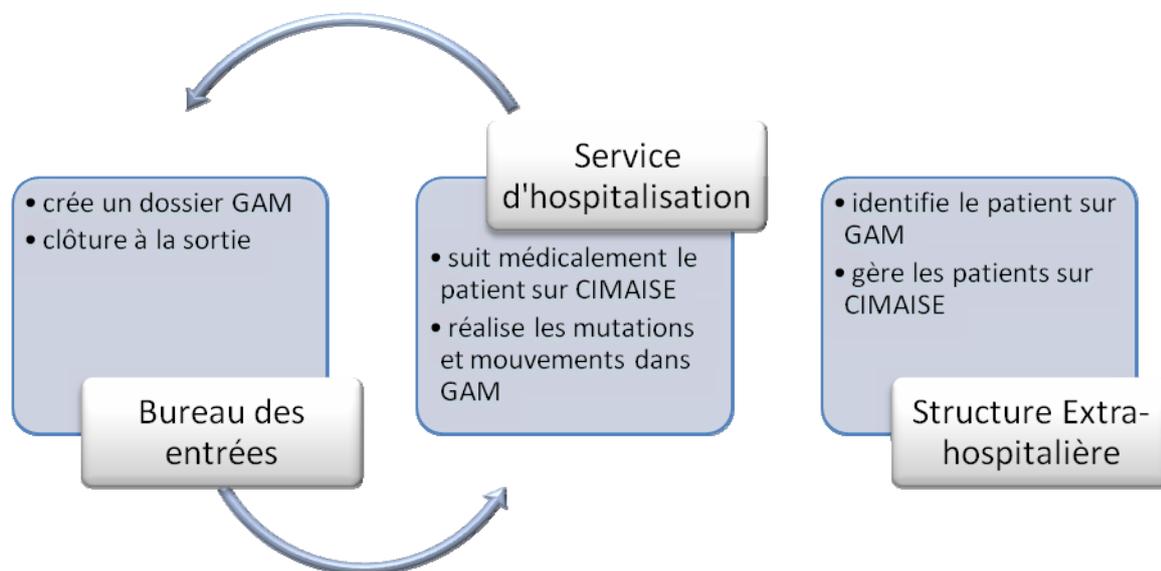
⁵⁷ Facturation à l'assurance maladie principalement.

⁵⁸ Logiciel GENOIS (<http://www.sib.fr/fr/maj-e/c1a2i8398/les-progiciels/genois-cycle-du-medicament/genois-la-gestion-du-circuit-du-medicament.htm>).

⁵⁹ Cf. Annexe 4 : schéma du système d'information.

GAM et CIMAISE sont la traduction de la dichotomie entre d'une part, le suivi administratif du patient et d'autre part, son suivi médical. En conséquence, deux acteurs majeurs interviennent dans la saisie de l'activité : Le bureau des entrées pour la partie administrative et les pôles médicaux. A ce premier découpage, se superpose la séparation entre l'intra et l'extra-hospitalier.

Le bureau des entrées assure la saisie des données administratives dans GAM lors de l'admission du patient pour toute l'activité intra-hospitalière. Facturée à l'Assurance Maladie, cette activité est dite facturable. Elle fait l'objet d'un contrôle à différents niveaux. TOULINE crée en parallèle un dossier dans CIMAISE. Sans admission au bureau des entrées, aucun suivi médical ne peut donc se faire dans le dossier patient informatisé. L'activité médicale est donc saisie dans le logiciel CIMAISE quels que soient les unités d'hospitalisation (à l'exception de quelques zones non encore équipées⁶⁰) ou le mode d'entrée. Pour pouvoir prendre en charge un patient dans une unité donnée, il est nécessaire que le patient soit affecté sur la même unité dans GAM. De nombreuses mutations (dits « mouvements ») sont donc nécessaires pour suivre le parcours du patient à travers différentes unités au cours de son séjour. En pratique, l'information administrative est recopiée dans le dossier médical informatisé, ce double stockage va nous permettre de contrôler la cohérence des données.



Suivi du séjour des patients

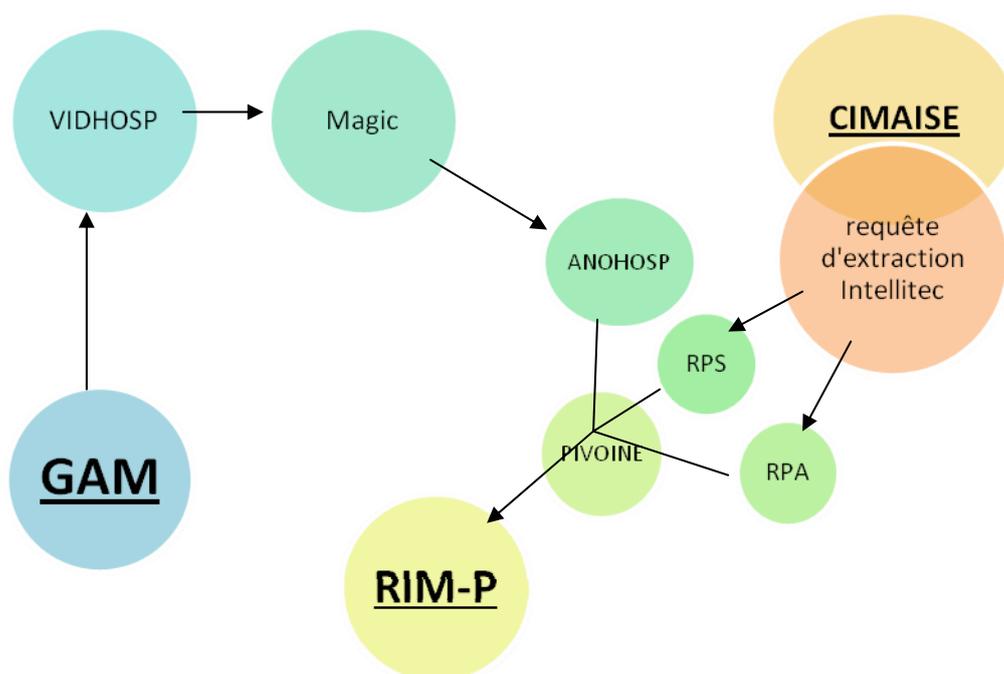
La sortie du patient est prononcée par le bureau des entrées, seul délivreur des documents nécessaires à la continuité des soins.

⁶⁰ Ces zones correspondent à des activités médico-sociales donc exclues du champ d'application de la déclaration du RIM-P.

En extra-hospitalier, étant donnée l'arrivée spontanée de patients et l'éloignement géographique du bureau des entrées, la situation est différente. De ce fait, la création des dossiers n'est pas centralisée mais elle se fait au sein de chaque unité ambulatoire. Un module spécifique de GAM, appelé Gestion de l'Identification du Patient (GIP) permet d'assurer l'admission.

2.1.3 Une déclaration RIM-P réalisée à partir du dossier patient

Les données du RIM-Psy proviennent de la base production de CIMAISE, l'extraction est faite par le service informatique et le DIM valide les données avant envoi sur la plateforme nationale « e-PMSI ». L'extraction du fichier RIM-Psy se fait selon le schéma suivant :



VIDHOSP est un logiciel de gestion interne des données, il permet un formatage de ces dernières pour les logiciels de transfert de données standardisées, fournies par l'ATIH (« Magic » et « Pivoine »). Le fichier RIM-Psy est donc issu de GAM pour certaines données administratives et de CIMAISE pour le reste. Il est donc primordial d'assurer une cohérence des données entre elles.

2.1.4 Une méfiance partagée envers le système de recueil de l'activité

L'ensemble des acteurs qui exploitent quotidiennement les données issues du système d'information ont repéré des erreurs et des incohérences. Cette situation ne permet pas d'exploiter les chiffres pour piloter la structure, et posera un problème délicat lorsque l'activité sera valorisée dans le budget de l'établissement. L'absence d'analyse globale a entretenu différents points de vue sur les sources d'erreurs possibles :

- Bureau des entrées : ce secteur pointe un manque de tenue du dossier patient de la part des pôles médicaux. Cet aspect difficilement quantifiable sera relaté dans le paragraphe 2.2.2.A.
- Service informatique : la confiance dans le système d'information exprimée par les techniciens est modérée. L'interface, composée en partie de Touline, gérant les relations entre CIMAISE et GAM pourrait être à l'origine d'erreurs.
- Direction des affaires financières : Orientée vers l'activité de facturation, cette dernière utilise les données GAM, qu'elle estime être plus fiables que celles issues de CIMAISE.
- Département de l'information médicale : Au centre du processus de production de données standardisées, ce service dispose d'un point d'observation idéal et partage les points de vue des trois précédents acteurs. Le quotidien de ce service est en partie absorbé par les nombreuses corrections à apporter aux différents systèmes.

La synthèse des différents entretiens menés avec ces acteurs permet d'isoler deux problèmes différents :

- ✚ **Obstacles organisationnels et techniques**, qui font du RIM-P un reflet imparfait de la réalité : Certains résumés de séquences respectent les règles du format RIM-P mais ne sont pas conformes à l'activité connue.
- ✚ **Erreurs repérées dans le fichier de déclaration** : les différents contrôles opérés sur le fichier final de la première production du RIM-P, ont permis de localiser des anomalies. **Ces dernières aboutissent à des différences non négligeables, en matière d'activité, entre les données issues de GAM et de CIMAISE.**

Ce second aspect pose la question de la production de données d'activité en interne. La Direction des Affaires Financières et du Système d'Information (DAFSI) travaille exclusivement sur les données GAM, utilisées pour la facturation de l'activité. A l'inverse, le DIM exploite le logiciel CIMAISE. Chaque service diffuse ses propres

données auprès des pôles médicaux qui ont constaté des écarts de valeur, d'où un manque de cohérence qui complexifie l'élaboration de tableaux de bord. Cette partie vise donc à diagnostiquer l'ensemble des difficultés rencontrées.

2.2 La déclaration du RIM-Psy peine à rendre compte fidèlement de l'activité du CHGR

L'analyse du fichier RIM-P confirme les craintes des différents acteurs : les données recueillies et transmises ne sont que partiellement correctes. Les conclusions de l'étude menée formalisent les difficultés éprouvées par les acteurs pour fiabiliser les chiffres.

2.2.1 Une fiabilité relative des chiffres extraits du dossier patient

Pour vérifier l'exhaustivité et la justesse des données, la DAFSI a réalisé une comparaison entre les données CIMAISE et GAM par mise en lien des IPP présents. Le traitement donne une liste de 7 200 IPP uniques, et 12 641 Identifiants Externes du Patient⁶¹ différents (IEP). Certains identifiants sont communs aux deux bases et d'autres ne sont présents que dans l'une ou l'autre. Au total, 33 558 dossiers⁶² ont été fusionnés. Il est à noter que l'activité du Service Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation (SPAO) a été exclue de ce traitement lorsqu'aucune hospitalisation n'a été décidée⁶³.

Sur l'ensemble de ces données, 111 IPP concernent des patients présentant un grand nombre de dossiers CIMAISE et GAM confondus (supérieur à 5), c'est à dire que leur séjour est composé d'un grand nombre de mouvements (plus d'une centaine pour certains). Seuls les autres patients ont fait l'objet d'une analyse approfondie, soit 6 901 IPP ou 11 929 IEP. A l'évidence, l'ensemble des items n'ont pu être pris en compte. L'étude ne s'est ainsi pas attachée à vérifier la présence de diagnostics ou autres informations médicales. Elle s'est focalisée sur les informations partagées par les acteurs, celles là même qui entretiennent un climat de méfiance : nombre de patients, nombre de séjours, durée de séjour, mode de prise en charge, date d'entrée et de sortie, nombre de mouvements.

⁶¹ Il s'agit de l'identification de la venue pour l'année 2008, un IEP correspond à un séjour. Un patient en hospitalisation temps plein sans mouvement en 2008 se traduit donc par 2 dossiers si les données sont correctes : un dossier GAM et un dossier CIMAISE présentant le même IEP.

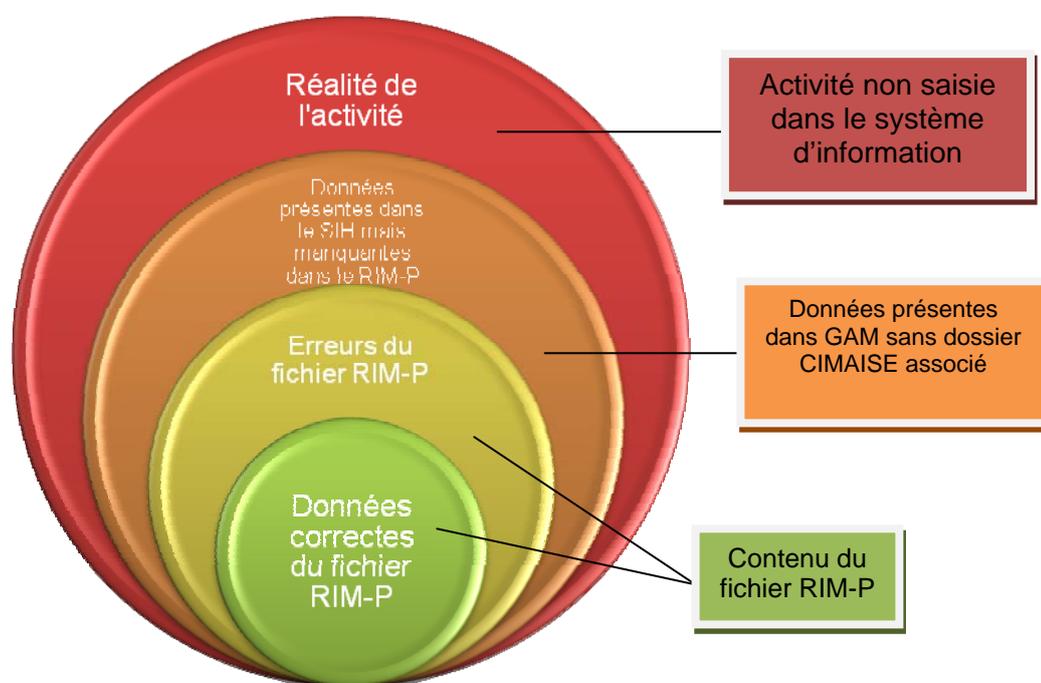
⁶² un dossier s'entend par un mouvement du patient sur GAM et/ou sur CIMAISE.

⁶³ Par analogie, cette prise en charge correspondrait à un passage aux urgences sans hospitalisation. Le RIM-P exclut les consultations externes de son champ d'application.

La méthode utilisée⁶⁴ pour établir un diagnostic est la suivante :

- Tous les services apparaissent, y compris ceux qui ne sont pas concernés par le RIM-P, donc un premier tri a été réalisé pour ne pas prendre en compte les données exclues du champ de la déclaration (unité de soins longue durée, Maison d'Accueil Spécialisé (MAS), Centre de soins pour Toxicomane « l'Envol »);
- Ensuite un contrôle automatique réalisé sur Excel a permis de repérer et de codifier les erreur-types ;
- Enfin, un travail avec le service informatique a isolé les causes probables de ces dysfonctionnements.

Avant toute quantification, il est important de discerner **les différentes erreurs susceptibles d'être rencontrées** :



Dans ce paragraphe, seules les données présentes dans GAM (cadre orange) et le contenu du fichier RIM-P (cadre vert) seront analysées. La réalité de l'activité, non saisie dans le Système d'Information Hospitalier⁶⁵ (SIH) donc non quantifiable, sera traitée dans le paragraphe 2.2.2.

⁶⁴ Un exemple de traitement de l'information tel qu'il a été réalisé est développé dans l'annexe 5.

⁶⁵ Cf. paragraphe 3.1.1

A) Fiabilité mesurée du fichier RIM-P

Les résultats pour 11 929 IEP sont les suivants :

- Données correctes présentes dans le fichier RIM-P : 9 190
- Données incorrectes présentes dans le fichier RIM-P : 2 022
- Données présentes dans GAM sans dossier CIMAISE : 717

Conclusion : **Le fichier RIM-P présente 82 % de dossiers corrects. Si l'on inclut les dossiers patients manquants (717 IEP), ce pourcentage n'est plus que de 77%.** Pour le CHGR, les conséquences sont doubles : D'une part, les erreurs rencontrées sont à l'origine de résumés de séquences incorrects et d'autre part, l'établissement est en **situation de sous-déclaration d'activité.**

Les dossiers présentent des erreurs variées :

Libellé de l'erreur	Nombre
Plusieurs dossiers identiques dans CIMAISE	1190
Plusieurs mouvements dans GAM, pas dans CIMAISE	595
Plusieurs mouvements dans GAM sans dossier CIMAISE	655
Reprise de données antérieures provenant de CIMAISE sans dossier GAM	63
Dossier clôturé dans GAM, pas dans CIMAISE	54
Dossier temps partiel dans cimaise, pas dans GAM	41
Accueil temps partiel dans GAM, pas de dossier CIMAISE	33
Deux dossiers CIMAISE, Un dossier GAM	39
Incohérence du mode de prise en charge entre GAM et CIMAISE	41
Pas de dossier CIMAISE	15
Vieux dossier non clôturé dans GAM	4
Pas de dossier GAM	3
Pas de mode de prise en charge dans CIMAISE	3
Séjour thérapeutique non clôturé	1
Deux dossiers cimaise sans dossier GAM	1
TOTAL	2739

Ce second tableau est à analyser avec précaution. Les regroupements opérés ont été réalisés de manière synthétique. Un libellé correspond de fait à un ensemble d'erreurs-type observées. En conséquence, deux dossiers présentant le même libellé peuvent découler de deux dysfonctionnements très différents. Les chiffres proposés ne peuvent donc pas être recoupés avec ceux du paragraphe suivant (2.2.1.B).

B) Origine des erreurs constatées

Origine du dysfonctionnement	Nombre
Problème d'interface GML ⁶⁶	1404
Deux causes : mouvements très rapides (entrée et sortie le même jour) ou problème informatique (extraction ou interface GML)	469
Pas de cause identifiée	637
Erreur due à des régularisations faites au bureau des entrées	137
Manque d'informations dans le dossier (jour de présence par exemple)	46
Problème d'utilisation : création de dossier hôpital de jour dans des structures ambulatoires	41
Mode d'entrée incorrect	3
Problème d'extraction	1
TOTAL	2738

La méthode utilisée, si elle a permis une analyse rapide et réaliste, n'en contient pas moins un biais important. Compte tenu du volume de données, une analyse exhaustive est impossible. De ce fait, après avoir codifié les erreurs-types, quelques dossiers ont été sélectionnés pour chacune d'entre elles. Une recherche précise des causes de dysfonctionnement a donc été réalisée pour ces derniers et les conclusions ont été généralisées à l'ensemble de l'erreur-type. Le choix de cette hypothèse de départ a été indispensable.

Une approche générale permet de préciser que **le principal dysfonctionnement tient dans la gestion des mouvements**. Comme indiqué sur le schéma général, le module GML est le lieu de saisie des mutations ; ce dernier est interfacé pour répercuter toute action dans le dossier patient. Or, il s'avère que cette fonctionnalité est défectueuse pour les raisons suivantes :

- *Régularisation* : les soignants saisissent parfois les mouvements en retard ou omettent de le faire. Lorsque qu'ils s'en aperçoivent, ils effectuent une rectification par l'intermédiaire du bureau des entrées. L'annulation ou la modification d'un mouvement force l'interface à recalculer l'ensemble du parcours du patient. Ce faisant, elle perd ou modifie certaines informations. Le même constat est fait lorsque le bureau des entrées repère une anomalie et la corrige. Dans la plupart des cas, cela se traduit par des mouvements absents ou des séjours non clôturés dans le dossier patient.

⁶⁶ « Gestion des Mouvements et des Lits », fonction intégrée à GAM permettant d'affecter les patients aux différentes unités de l'établissement.

- *Création des jours de présence* : Dans une moindre mesure, l'interface répercute des mouvements mais sans créer de journées de présence⁶⁷. Le dossier CIMAISE existe bien mais l'extraction RIM-P ne récupère aucun jour d'activité.
- *Date d'entrée* : Certaines modifications successives sur un même dossier, au bureau des entrées, se traduit par une date de fin de mouvement supérieure à la date de fin de séjour. Le système d'extraction exclut ces enregistrements.

Un dernier dysfonctionnement secondaire correspond aux prises en charge temps partiel en ambulatoire. Les structures extérieures peuvent créer des dossiers pour une hospitalisation à temps partiel. Cette liberté découle de la possibilité d'accueillir un patient en CATTP. Or la gestion des droits du logiciel CIMAISE ne sait pas différencier entre les différentes catégories d'hospitalisation à temps partiel. Ainsi, les utilisateurs peuvent créer des dossiers pour d'autres prises en charge (hôpital de jour notamment). Certains dossiers « hôpital de jour » apparaissent donc dans CIMAISE sans dossier GAM associé.

C) Une sur-déclaration du nombre de journées

Si qualitativement, le fichier RIM-P atteste d'une sous-déclaration (dossiers manquants dans CIMAISE), l'impact est compensé par une situation de sur-déclaration du nombre de journées (dossier non clôturé). En effet, un certain nombre de séjours ne sont pas clôturés au moment de la sortie par les services de soins et continuent à comptabiliser des journées de présence.

Un croisement des deux bases de données réalisées par les services informatiques permet de révéler l'activité des unités d'hospitalisation complète générant des hospitalisations à plein temps (PT), des séjours thérapeutiques (ST), et du placement familial (PF).

⁶⁷ Journées de présence : caractéristique propre du dossier patient en psychiatrie, un malade peut être hospitalisé mais absent pour permission (délivrée par le médecin). Les journées de présence permettent donc de suivre ces sorties ponctuelles.

Les résultats sont les suivants :

UF	Activité issue de GAM	Déclaration du RIM-P	ECART	ECART En valeur absolue
50	262 607	267 113	4 506	25 590
			1,72%	9,58%

L'analyse permet de mettre en évidence un faible écart entre le fichier RIM-P et les données présentes dans GAM. La compensation est significative. Cependant, en valeur absolue, l'écart s'accroît et dénote une variation importante d'une unité fonctionnelle à l'autre.

UF	Activité issue de GAM	Déclaration du RIM-P	ECART	ECART En valeur absolue
3621	8 914	10 387	1 473	1 473
3121	9 254	7 906	-1 348	1 348

Le Fichier RIM-P présente donc un volume d'activité global s'approchant du chiffre réel. Si cette situation est rassurante pour le dialogue budgétaire avec les autorités de tutelles, **le RIM-P n'en reste pas moins qualitativement peu fiable** : Les arbitrages entre les différentes unités sont impossibles. Dans l'état actuel d'utilisation, les données d'activité fournies ne sont pas exploitables pour un pilotage interne avec les pôles médicaux du CHGR.

D) Autres dysfonctionnements repérés

Dans de rares cas, une dizaine au total, un IEP unique est utilisé pour deux IPP différents. Cette anomalie a été rapportée au DIM qui, après vérification, n'a pas retrouvé l'erreur dans le système d'information. Le service informatique a confirmé l'impossibilité d'une telle erreur dans GAM. Ce cas de figure n'est pas unique : des erreurs d'extractions ont été repérées dans le document final.

2.2.2 Le dossier patient informatisé : un reflet imparfait de la réalité de l'activité

L'expérience de différents acteurs dans le suivi de l'activité au CHGR a permis de mettre en évidence certaines pratiques d'utilisation, cause de non exhaustivité du RIM-P.

Sans point de comparaison, les éléments décrits ne sont ni vérifiables ni quantifiables en tant que tels⁶⁸.

A) Un dossier mal renseigné

Pour être exploitable dans le cadre du RIM-P, le dossier patient doit être correctement renseigné, ce n'est pas le cas pour les items suivants : IPP et diagnostic.

L'identification du patient en intra-hospitalier ne pose pas de problèmes particuliers : la centralisation de la saisie au bureau des entrées implique une cohérence d'ensemble des dossiers. Sauf erreur assez rare, aucun doublon d'IPP n'existe. A l'inverse, en extra-hospitalier, le patient peut se présenter spontanément dans un CMP/CATTP et être pris en charge. Dans ce cas, l'admission du patient se fait dans les secrétariats de ces structures donc en de multiples points. Le département d'information médicale a mis en évidence des différences d'IPP pour un seul et même patient. Principalement extra-hospitalier, ce problème d'IPP est plutôt bien géré par le DIM qui dispose d'une fonction dans GAM pour repérer les homonymies. Cependant, le contrôle est chronophage alors même que des solutions permettraient de verrouiller le système. Ces dernières impliquent des évolutions du logiciel utilisé qui seront développées dans la troisième partie de ce mémoire.

La déclaration d'un fichier RIM-Psy à partir des données CIMAISE implique que chaque patient se soit vu apposer un diagnostic. Or, ce dernier est parfois manquant. Ce contrôle relève de la responsabilité du médecin DIM mais il s'avère difficile. Certains secteurs refusent pour des raisons éthiques de fournir une information médicale exhaustive (notamment la pédopsychiatrie⁶⁹). En conséquence, certains dossiers manquent dans le RIM-P. La mise à disposition de diagnostic non stigmatisant, du type « examen général » ou « aide », a offert une solution alternative pour les psychiatres mais le problème persiste.

La file active est donc inexacte au regard de ces éléments. Le contrôle réalisé tout au long de l'année par le DIM ne permet pas d'évaluer cet écart, mais il semble a priori modéré.

⁶⁸ Ils ne se traduisent pas par des anomalies dans le fichier RIM-P.

⁶⁹ De nombreux enfants ne sont vus qu'une seule fois en consultation. Les praticiens se refusent, avec si peu d'informations, à poser un diagnostic qui stigmatisera le patient toute sa vie s'il est amené à requérir régulièrement à l'offre de soins.

B) Mouvements des patients : Un manque de rigueur

Il s'agit ici d'un point majeur de dysfonctionnement selon le bureau des entrées, observateur et acteur principal de cette fonctionnalité. De la même manière, ce phénomène est difficile à quantifier. Il est une conséquence de l'historique du système d'information dans l'institution.

En 1997, le logiciel GAM est installé au CHGR pour faciliter la collecte des fiches par patients (FPP)⁷⁰. L'accompagnement autour de ce nouvel outil est assuré à travers une formation initiale réussie de l'ensemble des acteurs concernés. Depuis cette date, la connaissance des fonctionnalités de GAM se transmet par autoformation au fil des changements de personnel. Apparemment, cette dernière ne serait pas réalisée de façon optimale : la rigueur dans l'utilisation de l'outil s'est dégradée. Cependant, jusque l'arrivée de CIMAISE, les services ne disposaient que de GAM pour suivre les mouvements d'un patient donc cette dérive temporelle de la vigilance du personnel restait limitée.

En 2006, le dossier patient informatisé est déployé dans l'ensemble des unités intra et extra-hospitalières. CIMAISE présente toutes les fonctionnalités nécessaires pour un suivi complet du patient (médical et hôtelier). A mesure que les professionnels se sont investis dans le nouveau logiciel, la traçabilité des mouvements dans GAM s'est détériorée. Cependant, comme il existe un lien entre GAM et CIMAISE, les effets sont moindres : Comme précisé auparavant, il est impossible de visualiser le dossier d'un patient dans CIMAISE s'il n'est pas affecté dans la même unité sur GAM. En conséquence, **le manque de rigueur dans la tenue des mouvements concerne principalement les changements de mode de prise en charge sans changement d'unité⁷¹.**

Plus précisément, il s'agit de :

- Hôpital de jour/nuit : le changement vers ces modes d'hospitalisation (hôpital temps plein vers hôpital de jour) n'est pas toujours saisi s'il n'y a pas de changement d'unité⁷² ;
- Séjour thérapeutique : si le départ en séjour thérapeutique est en général effectué, il arrive que ce dernier ne soit pas clôturé au retour du patient ;

⁷⁰ Voir paragraphe 2.1.1

⁷¹ En effet, pour la gestion du patient médical et hôtelier, ces mouvements ne sont pas indispensables.

⁷² Certains secteurs effectuent une prise en charge en hôpital de jour dans les locaux dédiés à l'hospitalisation complète, faute de structure ou par volonté de ne pas perturber le patient.

- Permission : manque de rigueur dans la gestion globale des permissions.

Par extension, ce manque de suivi met également en doute la déclaration du nombre de demi-venues (séjour inférieur à 4 heures). Si le suivi des mouvements est parfois régularisé avec une ou deux journées de retard, il est légitime de mettre en doute les heures de sorties indiquées. La présence de potentielles erreurs n'a pas été vérifiée mais elle est probable. S'il est impossible de quantifier ces erreurs, il n'en demeure pas moins qu'elles faussent les résumés de séquences et le nombre de journées déclarées (sur-déclaration ou sous-déclaration selon les cas). Le bureau des entrées effectue un nombre important de corrections tout au long de l'année. Ces modifications, si elles permettent d'améliorer la fiabilité des données, entraînent par ailleurs des pertes d'informations sur le parcours patient. Ce second aspect, lié à l'interface, a été développé dans le paragraphe 2.3.

C) Limites inhérentes au système d'information

Les possibilités de saisie de l'activité présentent des limites inhérentes aux logiciels équipant le CHGR. Il en existe principalement trois :

- La première concerne les **modes d'entrée/sortie**. Le guide méthodologique du RIM-P précise une certaine codification des modes d'entrée qui diffère du codage effectué par le noyau « Référence ». Ce dernier utilise une seule variable pour identifier le mode d'entrée ou de sortie, alors que le RIM-P impose l'utilisation de deux variables (Provenance et type d'entrée : mutation, transfert ou domicile). Les services informatiques ont créé des tables de correspondance apportant une solution. Selon le DIM, la situation s'est nettement améliorée sur 2008 mais des difficultés mineures persistent en intra hospitalier. A l'inverse, un compte rendu de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) du 02/04/09 fait état de 41,52% des dossiers extra-hospitaliers qui seraient en anomalie sur le mode d'entrée. Ce taux d'erreur a deux origines :
 - Les patients hospitalisés antérieurement à octobre 2007 (date de mise en place des tables de correspondance) et toujours présents, n'ont pas fait l'objet d'une mise à jour rétroactive.
 - Les patients accueillis en CATTP, (admission non centralisée, cf. paragraphe 2.1) n'ont pas de mode d'entrée associé.

- La seconde concerne les **séquences parallèles**, par exemple, un malade hospitalisé à temps complet qui fait la journée des essais de prise en charge en CATTP. Pour refléter ces pratiques, le fichier RIM-P laisse la possibilité d'avoir recours à deux modes de prise en charge simultanément (cf. paragraphe 1.4.2). Cependant, GAM n'en accepte qu'un seul. Ces séquences, dites « parallèles » ou « associées » sont donc théoriquement impossibles⁷³. La solution proposée est donc de clôturer chaque dossier avant d'en ouvrir un second comme si les prises en charge s'enchaînaient.

Plus troublant, malgré cette impossibilité technique, le RIM-P fait état de séquences parallèles. Le fait que deux dossiers concomitants ont pu être relevés dans CIMAISE laisse supposer que l'extraction les interprète comme des séquences parallèles.

- La troisième limite, la plus importante et la plus pénalisante, concerne le **chaînage des séjours en CATTP**. Le retour de l'ATIH sur la déclaration RIM-P du CHGR relève 30% d'erreurs liées à ce problème. Le guide méthodologique précise que les séquences constitutives d'un séjour sont reliées entre elles et que les séjours relatifs à un même patient sont chaînés entre eux.

Comme précisé précédemment, aucune difficulté n'existe pour l'hôpital de jour et de nuit. L'activité de CATTP, non facturable à l'heure actuelle, est saisie directement dans CIMAISE sans admission dans GAM. Ces dossiers sont donc dépourvus de numéro de séjour, alors même que la procédure de chaînage et d'anonymisation est basée sur cette variable. Il est donc impossible de chaîner cette activité avec le reste de la prise en charge d'un patient.

Il est important de noter que ces deux dernières limites sont communes à la plupart des établissements psychiatriques. Le contrôle de conformité des données du RIM-P, réalisé par l'ATIH, et joint en annexe 7, en atteste.

2.2.3 Un contrôle difficile à réaliser

L'extrême technicité de la production d'un fichier RIM-P implique un contrôle régulier de la saisie de l'activité. Or, ce dernier reste difficile à réaliser, du fait d'obstacles techniques et organisationnels.

⁷³ Le CATTP est la seule exception (création de dossier possible dans CIMAISE cf. paragraphe 2.2.1.B) mais dans ce cas, le chaînage est impossible (voir point suivant).

Obstacles techniques : Les données CIMAISE sont sauvegardées toutes les nuits. Cette sauvegarde de la base de données n'est pas attaquant par un logiciel de requête type Business Object. En conséquence, le service informatique tient à jour un infocentre dont les tables sont organisées pour permettre des requêtes. A l'heure actuelle, cette mise à jour se fait une fois par mois. Cette fréquence assez longue est due au fait que la société INTELLITEC, fournisseur de CIMAISE, n'offre pas la possibilité de mettre à jour un infocentre au fil de l'eau. Ce dernier est actualisé par copie intégrale de tous les dossiers, le temps requis pour cette opération empêche toute réduction des délais (mise à jour quotidienne et nocturne impossible).

Le DIM utilise régulièrement l'infocentre pour vérifier la fidélité des données. Le manque de réactivité induit ne permet pas la mise en place d'un contrôle fiable. De plus, des dysfonctionnements récurrents sur l'univers « BO » exploité, ralentissent considérablement les opérations de contrôle.

Obstacles organisationnels : La nature des données d'un fichier RIM-P est triple : financière, administrative et médicale. En conséquence, le DIM, la DAFSI et le bureau des entrées sont impliqués dans la tenue des données. Ces trois acteurs effectuent un contrôle partiel sur certaines données mais peu de concertation existait jusqu'à aujourd'hui. Pour preuve, les récentes réunions communes DIM/DAFSI ont permis de découvrir des chevauchements dans les zones de contrôles des deux services.

Les statistiques, antérieurement tenues et diffusées par le bureau des entrées, permettaient un début de contrôle croisé. Ce n'est plus le cas. Actuellement, le repérage d'anomalies est surtout le fruit du hasard : une demande de données est faite, et au vu du résultat, des erreurs apparaissent d'elles-mêmes. Organiser le contrôle permettrait de fiabiliser le fichier RIM-P mais également les informations qui sortent de l'interface « Touline ».

2.2.4 Une diffusion de l'information hétérogène

Le manque de fiabilité réelle des chiffres est accentué par leur diffusion désordonnée. La DAFSI exploite les données de GAM pour son activité facturable. Ces données sont utilisées dans la production de tableaux de bord. Le DIM, orienté vers l'exhaustivité de l'information médicale, exploite les informations de CIMAISE et les diffuse également. Enfin, des demandes de données proviennent directement au service informatique.

Ainsi, trois sources différentes de données existent au CHGR présentant des incohérences entre elles.

3 Fiabiliser les données déclarées au travers du RIM-P, un préalable indispensable à tout contrôle de gestion

Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier souhaite assurer un suivi efficace de son système de production pour respecter l'impératif réglementaire de déclaration annuelle du RIM-P. Au-delà, une réflexion d'ampleur doit être menée pour s'appropriier l'outil à des fins de pilotage interne.

3.1 Propositions d'amélioration du dispositif de traçabilité de l'activité au Centre Hospitalier Guillaume Régnier

En liant traçabilité de l'activité et dossier patient informatisé, le CHGR a fait un choix ambitieux qui modernise son système d'information. Pour prouver l'opportunité de ce choix, l'établissement doit apporter des solutions aux difficultés techniques et organisationnelles qu'il rencontre.

3.1.1 De l'intérêt d'extraire les données d'activité à partir du « dossier patient informatisé »

Avant d'élaborer une liste d'actions à mener pour fiabiliser la production du RIM-Psy, et plus largement la traçabilité de l'activité du CHGR, il est important de souligner que le choix de réaliser une déclaration d'activité à partir des données du dossier patient, est pertinent.

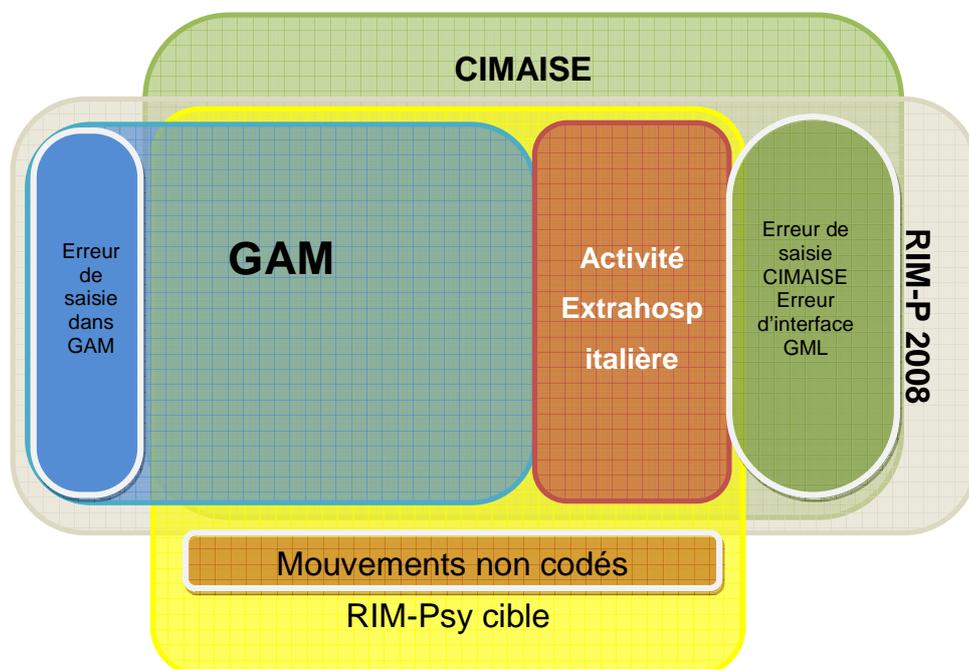
Le **SIH est le sous-système sociotechnique⁷⁴ de l'hôpital** qui comprend tous les traitements de l'information, ainsi que les acteurs humains et techniques associés. Les premiers SIH sont développés « en étoile »⁷⁵ : l'information est saisie une fois, stockée en un point unique de la base et accessible à tous. Si ces systèmes « clé en main » étaient faciles à mettre en service et à maintenir, ils se sont surtout focalisés sur les tâches administratives qui accompagnent le séjour du patient à l'hôpital.

⁷⁴ Relation entre les systèmes techniques et l'ensemble de ce qui est généralement entendu sous le vocable d'environnement qui comprend donc l'organisation sociale.

⁷⁵ C'est le cas du noyau REFERENCE présenté dans le paragraphe 2.1.1.

Les SIH se dirigent aujourd'hui vers une informatisation du processus de soins. C'est-à-dire qu'ils sont analysés selon une suite d'activités, enchaînées les unes avec les autres. C'est le seul découpage permettant d'informatiser à partir du patient (organisation « centrée patient »). Cette évolution a donc vu l'arrivée de logiciels « métier », orientés vers une activité précise mais dans toutes ses dimensions : administratives, techniques⁷⁶... Ces derniers sont venus se greffer sur l'architecture en place sans avoir la même logique. Ceci n'a pu être possible qu'au prix du développement d'interfaces dont l'inconvénient majeur a été développé⁷⁷.

Au CHGR, l'ensemble des acteurs semble faire spontanément confiance aux données du logiciel GAM et à mettre en doute celles du dossier patient (CIMAISE). Cette impression qui n'est pas sans fondement, ne correspond pas complètement à la réalité comme le montre le schéma suivant :



La zone jaune présente la cible à atteindre, à savoir un fichier RIM-P fiable. Le RIM-P 2008 est représenté de couleur grise, il inclut les données administratives de GAM (IPP, IEP, mouvements corrects et incorrects), l'activité extra-hospitalière ainsi que les données médicales de CIMAISE. Si, à la lecture de l'analyse exposée, l'inexactitude de ces dernières est avérée, il n'en demeure pas moins qu'elles couvrent un champ plus important que celles issues de GAM. L'exhaustivité est un premier argument justifiant le choix du CHGR.

⁷⁶ C'est le cas de CIMAISE qui prend en charge l'activité médicale dans toutes ses dimensions.

⁷⁷ L'interface TOULINE est à l'origine de nombre d'erreurs (Cf. paragraphe 2.2.1.B).

Si CIMAISE est l'outil de travail de tout le personnel soignant, il sera de fait tenu à jour avec plus de rigueur qu'un logiciel à vocation administrative. Les expériences des établissements ayant choisi d'extraire l'information du logiciel administratif ou d'implanter un troisième logiciel de saisie de l'activité ne sont pas complètement concluantes. Les procédures mises en place sont complexes, alternant semi-automatisation et saisie manuelle, pour un résultat dont la fiabilité n'est pas non plus prouvée. Le choix du CHGR permet de rendre la déclaration RIM-P neutre pour les utilisateurs en les affranchissant d'une saisie supplémentaire.

De plus, comme cela a été démontré, les erreurs proviennent surtout de l'interface entre les deux composantes. Donc si la déclaration RIM-P contient des données administratives et médicales, le choix de se reporter sur GAM n'exonérera pas l'établissement d'une interface pour récupérer les informations de diagnostic, d'AVQ... Pour pérenniser ce système de déclaration, le RIM-P cible implique donc de corriger les erreurs de saisie de GAM et de CIMAISE, de solutionner les erreurs d'interface et de prendre en compte les mouvements qui ne sont pas codés à l'heure actuelle.

3.1.2 L'organisation mise en place doit garantir une saisie correcte des données et un contrôle efficace

A) Améliorer la saisie de l'activité

Comme suggéré au paragraphe 2.2.2, plus la saisie de l'information sera de qualité, moins d'erreurs d'interface seront présentes dans le fichier final. Cela suppose de mettre en place une politique de communication autour de la traçabilité de l'activité. Cet objectif est probablement le plus difficile à atteindre tant le personnel médical et soignant est la cible de messages d'informations diverses. Il est vrai que le monde sanitaire a été réformé en totalité en une dizaine d'années : L'assimilation encore partielle de ces mesures par les professionnels implique une répétition fréquente qui complexifie les actions de sensibilisation. Certaines ont été retenues et mises en place :

- *Rappel des enjeux du RIM-P* : constaté par le bureau des entrées, traduit dans les chiffres de l'enquête, il est noté le manque de rigueur dans le suivi administratif du patient. Il est nécessaire de rappeler à tous les enjeux relatifs au RIM-P à savoir qu'une fois la période d'expérimentation passée, ce dernier servira de base pour une répartition des enveloppes budgétaires entre les établissements. Les conséquences pour l'institution sont donc importantes. L'ARH Bretagne a déjà fait

le choix de moduler l'actualisation des budgets en fonction des résultats du RIM-P⁷⁸. Les soubresauts dans l'évolution de l'information médico-économique font que peu de soignants croient vraiment à l'imminence d'une T2A psychiatrique. L'échec partiel du PMSI-Psy a renforcé ce sentiment. Il apparaît bon de rappeler les échéances du calendrier de déploiement de la VAP et de son articulation avec le RIM-P. Ce rappel sera fait dans un premier temps auprès de toutes les instances de l'hôpital.

- *Formation des utilisateurs* : Cette question sera inévitablement abordée si une campagne de sensibilisation est décidée. A l'évidence le principe de l'autoformation sur la gestion GAM/GML n'est pas suffisant. Le personnel soignant présente des lacunes dans sa maîtrise du processus existant. Des sessions de formations pourraient s'organiser de manière à rafraîchir les connaissances d'au moins un agent par service. Le CHGR a donc inclus dans son plan de formation, une session « GAM/GML » obligatoire pour un agent par service et par an.

- *Guide* : Plusieurs documents de ce type existent dans l'institution, que ce soit le guide de codage du DIM, le manuel utilisateur de CIMAISE ou divers protocoles. Si ces derniers contiennent des informations, il manque un document unique qui indique, par des fiches synthétiques, la marche à suivre dans le parcours d'un patient au CHGR. Avec un regard extérieur, le système de suivi de l'activité au CHGR n'est pas aisé à appréhender. Les procédures indiqueraient le logiciel adéquat quelle que soit la situation. Il est cependant important de se limiter à quelques tâches simples pour ne pas diluer l'information. La rédaction et la diffusion de ce document seront confiées à la cellule de contrôle⁷⁹.

- *Favoriser le retour d'information* : La saisie de l'information médicale au CHGR n'est suivie que de peu de retours. Si les services de soins n'expriment pas une demande particulière sur leur secteur, aucun dispositif de diffusion des données RIM-P n'existe institutionnellement. Favoriser une production normée des activités de chaque secteur encouragerait une prise de conscience autour de la bonne tenue du dossier patient. Par exemple, déclarer un nombre de journées de séjour thérapeutique hors de proportion pour un service inciterait ce dernier à clôturer à temps le mouvement à l'avenir. Cette technique « *Name, Blame, Shame* » peut

⁷⁸ Le calcul du taux d'évolution du budget prend en compte l'activité déclarée.

⁷⁹ Cf. paragraphe 3.1.2.B.

s'avérer efficace si ce retour d'information propre au secteur est accompagné d'une référence, la moyenne d'établissement par exemple. Cependant, cet outil doit être manié avec prudence, diffuser des chiffres que l'on sait erronés, sans pédagogie adaptée, peut décrédibiliser la source d'information. La création et la diffusion de ces tableaux de bord sont également confiées à la cellule de contrôle.

Toutes ces mesures correspondent à des demandes du personnel utilisateur qui peine à s'approprier un outil encore balbutiant. Cependant, la complexité est telle, les exceptions si nombreuses, qu'il sera impossible d'aboutir à un recueil parfait de l'activité. Des erreurs seront toujours présentes dans la déclaration, ces dernières imposent un contrôle régulier.

B) Améliorer le contrôle des données

L'ensemble des données de suivi du patient nécessite un contrôle croisé de l'ensemble des professionnels concernés. Chaque anomalie repérée doit pouvoir faire l'objet d'une vérification. Le contrôle du fichier RIM-P en fin d'année est utopique vu le volume de données et la complexité des prises en charge. La majorité des erreurs doivent être corrigées au fur et à mesure.

En conséquence, la DAFSI, le DIM et le bureau des entrées doivent organiser des réunions périodiques et programmées d'une cellule de contrôle. Les supports de travail de cette commission de contrôle pourront être :

- **Des données médicales** : Tableau de bord issu de CIMAISE par une requête « Business Object »⁸⁰ : cette synthèse réalisée par le DIM présentera l'activité par secteur. Ce sera un premier point de contrôle.
- **Des données de l'activité facturable** : Tableau de bord de l'activité facturable, issu de GAM et réalisé par la DAFSI, transmis au bureau des entrées pour validation des mouvements présents.
- La DAFSI réalisera un **croisement de ces deux bases** pour valider la cohérence d'ensemble sur le même modèle que l'analyse réalisée dans ce mémoire.
- Eventuellement un **fichier RIM-P mensuel** au lieu de trimestriel : il allégera la durée du contrôle en étalant la charge de travail dans le temps.

⁸⁰ Logiciel d'informatique décisionnelle (ou *business intelligence*) principalement connu pour son outil de construction de requêtes et de rapports d'analyse ou tableaux de bord.

Cette procédure risque d'être fastidieuse au départ car les bases de données contiennent des erreurs anciennes. Néanmoins, le tri effectué lors des premiers contrôles simplifiera les suivants. Enfin, ces rencontres régulières supposent la mise à disposition d'une salle équipée d'un PC avec les droits d'accès aux deux logiciels pour pouvoir contrôler chaque information. De plus, un règlement intérieur de la cellule de contrôle devra être élaboré pour préserver la confidentialité des données évoquées dans ce cadre et pour préciser son champ d'action au regard de celui couvert par la future cellule d'identitovigilance⁸¹.

Cependant, le contrôle ne peut être entièrement réalisé par des personnes extérieures aux services de soins. L'action de sensibilisation proposée au paragraphe précédent vise justement à ce que les soignants s'approprient le processus RIM-P. Un premier contrôle dans les unités de soins serait plus efficace que tout autre.

Pour ce faire, les cadres de santé des unités pourraient faire l'objet d'un envoi, dont la fréquence reste à déterminer, d'un tableau récapitulatif des patients présents de la dernière date de mouvement et du mode de prise en charge pour validation. Ce système pose toutefois la difficulté des premières productions d'un tableau juste : la solution optimale serait que les réunions mensuelles de contrôle aboutissent à des données corrigées (principalement dépouillées de toute erreur liée à l'interface de mouvement).

Enfin, il est à noter que les récentes comparaisons du CHGR avec la base d'Angers⁸² interrogent sur les moyens affectés au Département d'Information Médicale. Il s'avère que ce service est particulièrement sous doté alors même que la croissance des demandes d'analyse et de production de données médicales progresse fortement.

3.1.3 Le système d'information doit s'affirmer comme l'outil privilégié de pilotage de l'activité du CHGR

En complément des réorganisations proposées dans le processus de suivi de l'activité, les acteurs sont demandeurs de nombreuses modifications du système d'information. Les difficultés rencontrées résultent de l'historique déjà évoqué des SIH. En déployant des solutions orientées vers l'administratif, vers les équipes de prise en charge, la structure informatique peine à s'adapter à des logiques centrées sur le patient. Les obstacles sont de trois natures : Amélioration des logiciels de saisie de l'activité, amélioration de l'extraction des données RIM-P, amélioration des outils de contrôles

⁸¹ Le CHGR a finalement opté pour la fusion de ces deux organes, la cellule d'identitovigilance se réunira de manière restreinte pour assurer les fonctions de la cellule de contrôle.

⁸² Base de données nationales, centralisée par le Centre Hospitalier d'Angers, qui permet la comparaison des coûts de toutes les fonctions non soignantes (administratives et logistiques).

Amélioration des logiciels de saisie de l'activité : Principalement, sur le logiciel CIMAISE, certains verrouillages sont souhaités par le DIM. Par exemple, la saisie du diagnostic principal est nécessaire pour que le dossier soit extrait dans le RIM-P. Or, une case doit être impérativement cochée pour valider ce diagnostic. Le DIM souhaite inverser la logique : la case sera cochée par défaut et il faudra la décocher pour spécifier un diagnostic secondaire ou associé. Les oublis ne pénaliseront plus la déclaration d'activité. Sur GAM, un problème similaire est signalé. Lors de la saisie d'un nouveau patient, aucune boîte de dialogue ne précise si ce dernier n'est pas déjà enregistré (doublon d'IPP). Cependant, ces logiciels étant largement distribués dans les établissements de santé, il sera difficile de les faire évoluer. Toute modification doit passer par un « club utilisateur » national et, si le CHGR est le seul à demander une évolution, il a peu de chances d'obtenir gain de cause. Il sera probablement plus aisé de faire évoluer CIMAISE (Intellitec), l'éditeur étant plus souple car moins implanté, que GAM (Mac Kesson). En conséquence, le problème des doublons d'IPP sera traité en interne par une collaboration entre le DIM, le bureau des entrées et la future cellule d'identitovigilance.

Néanmoins, le DIM et la DAFSI doivent mettre en place rapidement une solution au **problème de chaînage des séjours en CATTP**. Les évaluations de la déclaration RIM-P faites à l'extérieur de l'établissement (retour de l'ATIH, évaluation régionale..) sont mauvaises, principalement de ce fait. Des propositions ont déjà été faites sur ce point, à savoir l'extension du rôle du bureau des entrées qui centraliserait les admissions en CATTP. Les craintes par rapport aux effets secondaires sur le système d'information (notamment le logiciel de dispensation des médicaments) ont jusqu'ici ralenti toute modification⁸³. De plus, l'organisation actuelle risque d'être modifiée par cette extension. Si les structures ambulatoires doivent faire admettre leur patient au bureau des entrées (c'est actuellement le cas pour l'hôpital de jour), une communication particulière entre ces acteurs est indispensable. Antérieurement, ce mode de fonctionnement existait mais fut stoppé en 2001. Le bureau des entrées accrédite ce scénario s'il fait l'objet de suffisamment d'anticipation et de réflexion sur les moyens à mettre en œuvre.

A l'inverse, la solution proposée pour remédier à la **saisie des séquences parallèles ou associées** semble moins adaptée, à savoir d'arrêter la saisie des mouvements et de clôturer systématiquement le séjour à chaque changement de prise en

⁸³ Le CHGR est doté d'une pharmacie à usage intérieur qui dispense des médicaments uniquement aux patients hospitalisés. Toucher au fichier structure présente le risque d'étendre les possibilités de prescription aux simples consultations, ces dernières devant s'adresser aux officines de ville.

charge. Même si le RIM-P impose cette contrainte⁸⁴, il est délicat de décider tout changement sans mesurer les conséquences pour l'institution. La proposition des services informatiques impose d'une part une lourde tâche au bureau des entrées mais risque de dégrader la traçabilité, déjà fragile, de l'activité au CHGR. En effet, alors que les mouvements sont directement saisis dans les unités de soins, ce système demande de repasser systématiquement par le bureau des entrées. Il apparaît peu probable, à la lecture de l'analyse du RIM-P faite, que cette règle soit respectée. Il apparaît plus judicieux de différer toute mesure sur ce point, le temps d'éclaircir les potentiels scénarios.

Dernière amélioration, le service informatique se propose de mettre au point une prestation de correction rétroactive de tous les modes d'entrée erronnés encore présents dans le système d'information. Enfin, une solution doit être trouvée pour résoudre les **dysfonctionnements liés à l'interface entre GAM et CIMAISE** pour la gestion des mouvements.

Amélioration de l'extraction des données pour la déclaration du RIM-P : Des anomalies sont spécifiquement dues à l'extraction des données. Le fichier final contient des doublons d'IEP, des erreurs de comptabilisation des journées de présence (par exemple, il est possible que 33 jours soient déclarés pour un seul patient en un mois), des doubles comptes. Un travail doit être mené en concertation avec l'éditeur de CIMAISE (Intellitec) pour améliorer le système.

Amélioration des outils de contrôle : Pour effectuer un contrôle efficace, le DIM et la DAFSI devraient disposer d'outils harmonisés. En ce sens, il serait envisageable de donner un accès CIMAISE limité et encadré à la DAFSI et au bureau des entrées (sur les données suivantes : IPP, IEP, date de début de séjour, date de fin de séjour, mode de prise en charge, liste des mouvements) . Parallèlement, le DIM souhaiterait un alignement de ses droits d'accès aux univers « BO » sur ceux de la DAFSI. Cet accès de tous aux informations de base accélèrera le processus de contrôle : les questions que les acteurs se posent, trouveront réponse autrement que par prise de contact téléphonique. Dans la même optique, le DIM souhaiterait se voir équiper du logiciel « Vision »⁸⁵ pour permettre une production plus rapide des tableaux de bord. Pouvoir extraire les données d'activité et les comparer avec celles issues de GAM, simplifierait la tâche de chacun.

⁸⁴ Tout passage d'une hospitalisation à temps complet vers une hospitalisation à temps partiel doit faire l'objet d'une fermeture de séjour et d'une admission.

⁸⁵ Logiciel de requêtes similaire à « Business Object » mais interfaçable plus aisément avec les outils bureautique de Microsoft OFFICE.

3.1.4 La diffusion de données d'activité : la finalité du dispositif de traçabilité d'activité

La diffusion des données doit être formalisée, l'idéal serait de ne plus avoir qu'une seule source de données. Cependant, cela implique, pour chaque demande, des validations par le DIM, la DAFSI et le bureau des entrées. Un compromis doit être trouvé entre exactitude des chiffres et lourdeur de la procédure.

Dans tous les cas, le CHGR ne peut faire l'économie de la mise en place d'un processus standardisé de production de données d'activité, pour réactiver la dynamique de diffusion de tableaux de bord aux différents pôles.

3.2 S'approprier le recueil d'activité pour développer un véritable dialogue de gestion

Le retard enregistré par la majorité des établissements spécialisés en psychiatrie en matière de contrôle de gestion peut, à l'analyse, constituer un avantage si ces derniers tirent les enseignements du champ MCO, tout en conservant leurs spécificités. Face aux réformes qui s'annoncent, le RIM-P, s'il reste l'outil de traçabilité de l'activité psychiatrique le plus abouti, ne peut suffire au pilotage d'une institution.

3.2.1 Les spécificités du pilotage interne en psychiatrie

Le déploiement du RIM-P est un facteur favorable au déploiement d'un contrôle de gestion fiable pour assurer le pilotage interne des EPSM. Cependant, en psychiatrie plus qu'ailleurs, la possibilité d'un pilotage médico-économique n'est pas acquise à ce jour. L'observation de la gestion des hôpitaux des domaines MCO, tant publics que privés, où ce pilotage est très avancé, démontre qu' « *il s'agit moins de tracer les coûts des actes dispensés que l'ensemble des actions de l'équipe soignante autour de chaque pathologie soignée* ». C'est donc la logique de filière de soin qui prévaut, c'est-à-dire la mesure de la prise en charge d'un patient par une équipe pluri-professionnelle. Or, en psychiatrie, les incertitudes sont nombreuses sur le lien à établir entre profil de patient et consommation de ressources. Les possibilités d'utilisation du recueil d'activités pour un pilotage interne dépendent entièrement de la définition de ce lien. Comment peut-on ajuster la répartition des ressources sans clarifier ce lien ? Le risque est de voir le contrôle de gestion en psychiatrie se limiter à des comparaisons entre secteurs, sur la base d'un recueil

normalisé, sources de questionnements sans réponses, de contestations des acteurs sans possibilité d'action.

Pourtant, il semble possible d'attester de certaines corrélations dans les données transmises par le RIM-P. Une étude réalisée en juin 2007⁸⁶ atteste qu'il est possible de concevoir une typologie de patients. Les résultats d'analyse d'une cohorte⁸⁷ de patients, répartie sur 5 années, pris en charge par une psychiatrie sectorisée, permettent de nombreuses conclusions. Par exemple, les soins quotidiens sont systématiquement plus lourds lorsque le patient est suivi sur plusieurs années ou, la charge en soins est particulièrement marquée pour les schizophrènes et les troubles de l'humeur et de la personnalité. L'auteur aboutit à une classification de patients en quatre catégories : légers, âgés, lourds nécessitant des soins somatiques, très lourds. Il semble donc que ce soit les caractéristiques sociodémographiques des patients qui conditionnent en partie la lourdeur des soins. Le PMSI psy a tenté de définir sans succès des variables discriminantes. Son échec au niveau national, par manque de représentativité des données, est à l'origine de la création d'un compartiment dit « géo-populationnel » pour ajuster le budget. Rien n'indique qu'à l'échelle des établissements, il ne soit pas possible d'aboutir à un consensus.

Le pilotage médico-économique des EPSM semble donc possible, si un recueil d'activité est établi et validé au plan national pour mettre en relation un profil de patient et une lourdeur de prise en charge. Il semble en effet indispensable sur le terrain de compléter le RIM-P par des données qualitatives pour en faire un réel outil de négociation avec la communauté et les pôles médicaux afin d'objectiver leurs chiffres et données d'activité.

3.2.2 Le RIM-P, bien qu'incomplet, pose les bases d'un benchmarking⁸⁸ entre les secteurs de psychiatrie

Le RIM-P devrait donc s'appréhender au travers de la VAP car il ne représente qu'un seul compartiment de cette dernière, et donc certaines limites que les établissements doivent dépasser pour leur pilotage interne. Selon un article du professeur

⁸⁶ ROBERT D. *Evaluer l'activité en psychiatrie, un essai de typologie des parcours de soins* SANTE PUBLIQUE, Mai – juin 2007

⁸⁷ Ensemble d'individus ayant vécu un même événement au cours d'une même période

⁸⁸ Le benchmarking est un outil puissant qui aide les entités à s'améliorer dans tous les domaines. C'est une technique marketing qui consiste à trouver, parmi certains acteurs, celui ou ceux qui réalisent de la manière la plus performante un processus ou une tâche, aller les étudier et adapter ensuite ce processus à sa propre institution.

WAGENAAR⁸⁹, il présente même certaines régressions par rapport à ses prédécesseurs. Par exemple, à l'inverse du PMSI-Psy, il ne comptabilise plus **les actes non rapportables à des personnes physiques**. Or, l'absence de valorisation de cette psychiatrie dite « de communauté » constitue une des principales réticences des psychiatres vis-à-vis du contrôle de gestion. Cette activité est comprise dans le compartiment « Mission d'Intérêt Général ». Dans la même optique, il ne tient pas compte des **entretiens avec la famille**, avec les proches ou avec les deux. Le RIM-P résulte en effet de débats nationaux qui n'ont pu trouver d'issues totalement satisfaisantes. Ces derniers sont donc à l'origine de l'idée d'un modèle pluraliste de financement, renvoyant les aspects les plus polémiques au dialogue entre établissements et tutelle sur les dotations forfaitaires (géo-populationnel et mission d'intérêt général).

Abandonnant une logique par pathologie – **excessivement difficile** en psychiatrie - le PMSI-Psy s'était tenté à qualifier la prise en charge par des variables discriminantes. Force est de constater que le RIM-P abandonne cette voie et choisit une autre hypothèse : la trajectoire de soins. En ce sens, il dévoile sa nature d'outil de « macro-régulation », développée par les organismes de tutelle pour un dialogue à l'échelle de l'établissement. La description de l'activité vise donc à grouper les séjours par ensemble homogènes. Un EPSM disposera donc d'un outil de comparaison de l'activité entre différents secteurs. Or, à l'échelle de la « micro-régulation » entre les pôles médicaux d'un centre hospitalier, les besoins sont tout autres : un « benchmarking » pertinent ne peut se faire qu'à périmètre équivalent, dont la définition reste problématique. La proximité et l'échelle statistique amèneront les organes de direction des établissements à se pencher sur les spécificités des différents secteurs. Quelle utilisation pourra faire un EPSM du recueil de l'activité, s'il ne peut justifier des ressources mises en place au regard précisément de facteurs relevant bien plus du compartiment géo-populationnel ? En l'état, le RIM-P, même s'il apporte un certain nombre d'améliorations déjà évoquées, ne peut servir d'outil de pilotage interne.

Néanmoins le contrôle de gestion ne pourra asseoir un échange que sur ce recueil pour deux raisons. D'une part, les problèmes rencontrés à l'échelle nationale pour tracer l'activité sont également ceux rencontrés au niveau d'un établissement. Le RIM-P se présente comme la règle la plus aboutie : en instaurant une approche centrée sur le patient, il abandonne la logique de prise en charge par unité. Il peut fournir les données chiffrées, matières brutes du dialogue. D'autre part, comme dans le champ MCO, il sera

⁸⁹ WAGENAAR G., *RIM-P, Que peut-on attendre de ce recueil standard en 2009 ?*, FINANCES HOSPITALIERES, Février 2009

nécessaire de dialoguer avec les pôles médicaux sur la même base qu'avec les tutelles. Il est donc important de faire du RIM-P un outil de dialogue de gestion. Développer un pilotage interne requiert de développer un support unique de négociation et non de raisonner de manière parcellaire par compartiments de financements. Pour ce faire, les EPSM doivent compléter le RIM-P (?) en se l'appropriant. Il serait tentant d'attendre que les règles de calcul des autres compartiments de la VAP soient édictées mais le manque de visibilité du calendrier national ne permet pas aux EPSM d'attendre. Les besoins de traçabilité dans le cadre de la mise en place d'une nouvelle gouvernance sont urgents.

3.2.3 Du contrôle au dialogue de gestion

Le RIM-P s'affirme comme l'outil préalable à l'implantation du contrôle de gestion en psychiatrie. Pour en assurer l'avenir, tout établissement doit créer l'environnement propice au développement du dialogue de gestion. Dans ce cadre, Les EPSM doivent garder comme précepte qu'imposer une norme extérieure à l'établissement comme principe interne structurant est délétère. Ce que souhaite recueillir l'ATIH n'est pas ce que doivent recueillir les établissements. Une fois les données du RIM-P fiabilisées selon le plan d'action proposé, l'institution doit engager un débat institutionnel autour de l'utilisation de ces chiffres. Mais avant de les exploiter, il est impératif de les corriger selon deux axes : qualité de la prise en charge et organisation du secteur.

Si le regroupement des patients par lourdeur de prise en charge semble très difficile à réaliser, les EPSM devraient se choisir des indicateurs de gestion interne pour permettre d'objectiver la qualité de prise en charge de patients. La CRAM de Bretagne a communiqué au CHGR une synthèse des données régionales RIM-P 2008⁹⁰ qui renforce cette idée. En effet les tableaux joints⁹¹ en annexe 8 permettent d'observer la corrélation entre score AVQ et durée moyenne de séjour⁹². Cet exemple laisse penser que la traçabilité de l'activité en psychiatrie ne peut faire l'économie de ce débat. Sans imposer tel ou tel indicateur, tout EPSM doit pouvoir faire correspondre données d'activités et qualité de prise en charge. Le processus est d'autant plus complexe qu'il suppose un

⁹⁰ Cette synthèse est celle qui précise les nombreux défauts de chaînage des séjours dans le recueil 2008 (cf. paragraphe 2.2.2.C)

⁹¹ L'enquête CRAM n'a fourni que les chiffres bruts, les ratios n'en font pas partie et ont été calculés pour ce mémoire

⁹² Cette dernière variable est très controversée en psychiatrie et moins significative qu'en MCO de par les taux de ré-hospitalisations importants. Cependant, la corrélation entre ces deux variables est manifeste.

accord au sein d'une communauté médicale parfois divisée et aborde les aspects les plus fragiles de la psychiatrie⁹³.

Dans un second temps, il faut corriger les chiffres en fonction de l'organisation du secteur, certains disposent par exemple de structures extrahospitalières plus nombreuses que d'autres. Dans le même tableau (annexe 8), l'analyse du ratio activité en hospitalisation à temps complet par rapport à celle à temps partiel, éclaire ce point. Les centres hospitaliers qui présentent un score AVQ très élevé (donc des patients lourds) associé à une faible activité extra-hospitalière, sont ceux qui affichent une durée moyenne de séjour (DMS) très élevée. Inversement, un centre hospitalier qui prend en charge des patients avec le même score, présente une DMS moins élevée lorsqu'il dispose d'une organisation extra-hospitalière performante⁹⁴. Transposée à l'échelle nationale à partir des chiffres RIM-P de l'ATIH, la région Rhône-Alpes illustre parfaitement ce propos. Il est donc difficile de comparer en l'état les secteurs de psychiatrie sans correction des chiffres d'activité en fonction des structures existantes.

Ces débats illustrent partiellement le processus dans lequel doit s'engager tout EPSM pour ne pas limiter le RIM-P à une déclaration aux tutelles pour tarification. Si tel était le cas, la mauvaise image dont il souffrirait ne favoriserait pas l'application des professionnels de santé dans les tâches de codage et de suivi. Utiliser le RIM-P pour le pilotage interne pourrait être une garantie de son succès.

⁹³ Ce point est développé en partie dans le paragraphe 1.2.3

⁹⁴ En pilotage interne, cette conclusion ne pourra être établie qu'au regard des structures physiques existantes et de la répartition des moyens humains. Limiter l'activité extra-hospitalière peut également être un choix de prise en charge par rapport à une population donnée. Un RIM-P qui tiendrait compte de ces éléments permettrait une grande liberté d'action aux pôles.

Conclusion

L'objectif de ce mémoire était d'analyser l'ensemble des actions qui aboutissent, au Centre Hospitalier Guillaume Rénier, à une déclaration annuelle du Relevé d'Information Médicale en Psychiatrie. Les enjeux nationaux liés à l'arrivée prochaine de la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie mais aussi au recours de plus en plus courant de la population à l'offre de soins psychiatriques, sont fondamentaux et d'une importance cruciale en terme de qualité de soins. L'exploitation qui sera faite de ces données conditionnera les ressources d'un établissement et l'image qu'il aura vis-à-vis de l'opinion publique. La psychiatrie dispose d'un répit pour anticiper les restructurations nécessaires et éviter ainsi un déploiement « brutal », comme celui de la tarification à l'activité en MCO. Le Centre Hospitalier Guillaume Rénier, de part sa taille et sa position de référence régionale, se doit de réussir une intégration parfaite de ces réformes.

La maîtrise complète de la traçabilité de l'activité doit aujourd'hui faire partie des priorités des établissements à tous les niveaux : priorité médicale pour le codage de l'activité, priorité des soignants pour le suivi du patient, priorité financière pour valoriser les ressources et priorité du système d'information pour assurer un outil pérenne. La complexité de ce processus qui associe toutes les facettes des institutions hospitalières nécessite une implication de tous et un suivi rigoureux de la future cellule de contrôle du CHGR. Cette étude a permis de dégager les grands axes de réflexion et de proposer des actions envisageables. L'aspect technique du système d'information est certes une composante importante de la problématique mais le défi sera principalement managérial. Tous les acteurs devront s'approprier l'outil RIM-P et contribuer à sa fiabilisation. Pour cela, l'institution se voit confier la lourde tâche d'engager une réflexion autour de l'exploitation à faire de cette traçabilité. Epineuse question à plusieurs titres : D'une part, sur cette question, la psychiatrie reste encore hésitante et peine à concilier son éthique avec une gestion médico-économique pourtant indispensable, d'autre part, depuis vingt ans, toutes les tentatives de mise en place d'un dispositif national ont partiellement échoué.

Se voir confier pour un élève directeur d'hôpital un dossier aussi complexe et stratégique pour l'institution m'aura permis de prendre conscience des capacités managériales et techniques qui caractérisent les personnes impliquées dans ce métier.

Bibliographie

Circulaires

- Circulaire DGS 90.07 du 11 avril 1990
- Circulaire DHOS/E3/2001/n°625 du 19 décembre 2001 relative à la mise en œuvre du PMSI-Psy à titre expérimental
- CIRCULAIRE N°DHOS/F1/2007/237 du 13 juin 2007 relative au financement par le fonds de modernisations des établissements de santé publics et privés des investissements relatifs à la généralisation du recueil d'information médicalisée en psychiatrie des établissements de santé publics et privés.

Rapports et Etudes

- FAUSSER H. Mise en œuvre du RIM – P et impact sur le système d'information, l'exemple du CH Montperrin, 2008
- DULUC N. L'évaluation de l'activité ambulatoire en psychiatrie : Système d'information et indicateurs pour le centre hospitalier Charles Perrens, 1994
- DUBO M. Analyse, expérimentation et perspectives à travers l'exemple du Centre Hospitalier de Niort, 2004
- DESSEIGNE C. « Le savoir c'est le pouvoir » l'expérimentation du PMSI-Psychiatrie au CHS de la Savoie, 2003

Articles et périodiques

- WAGENAAR T., CHOMETTE E. *Pour en finir avec le malaise en santé mentale face à l'information médico-économique* PLURIELS, lettre de la Mission Nationale d'appui en Santé Mentale.
- ROBERT D. *Evaluer l'activité en psychiatrie, un essai de typologie des parcours de soins* SANTE PUBLIQUE, Mai – juin 2007.
- BRUN ROUSSEAU H. *PMSI, VAP, RIMP et T2A : à quelle sauce les budgets de psychiatrie seront-ils accommodés ?* , L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE, septembre 2006, Volume 82 n° :7

- REPONSE MINISTERIELLE n°2120, JOANQ 5 février 2008, p. 1034. *L'expérimentation de la tarification à l'activité en psychiatrie et soins de suite ou de réadaptation est en cours* FINANCES HOSPITALIERES, Mensuel n°13, Avril 2008.
- VIGNERON E., *La T2A est-elle soluble dans la psychiatrie, ou l'inverse ?*, GESTION HOSPITALIERES Janvier 2009
- DUFEUTREL L., CARPENTIER V., PORTEAUX C. Aide pour le PMSI en psychiatrie, GESTION HOSPITALIERES, Juin-Juillet 2003
- MARESCAUX C., *l'évaluation des besoins : qui les évalue et comment les évalue-t-on en psychiatrie ?*, PLURIELS, lettre de la Mission Nationale d'appui en Santé Mentale, Décembre 2004, Janvier 2005
- WAGENAAR G., *RIM-P, Que peut-on attendre de ce recueil standard en 2009 ?*, FINANCES HOSPITALIERES, Février 2009
- BOURRACHOT V., *Bilan de l'expérimentation du PMSI en psychiatrie, entre continuité et rupture*
- ROELANDT J.L., THEVENON GIGNAC C., LAJUGIE G., DEBROCK M., VERPEAUX M., *PLUTON : une étude évaluative dans le nord*
- DUFEUTREL L., CARPENTIER C., POITEAUX C., *Aide pour le PMSI en psychiatrie*, GESTION HOSPITALIERE, Juin-Juillet 2003
- MOLINS E., GERARDOT-MULOT Y, *Centre Hospitalier Spécialisé Résultats de l'enquête ADESM*, REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, Septembre/Octobre 2006
- LE FUR P., LORAND S., LUCAS-GABRIELLI V., MOUSQUES J. *Evolution entre 1993 et 2003 des caractéristiques des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale.*, LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTE MENTALE, Collection Etudes et Statistiques, Paris : la Documentation française, 2007/11, 173-181.
- D.BOURGEOIS, *La redistribution des pouvoirs institutionnels en milieu psychiatrique induite par la nouvelle gouvernance hospitalière*, GESTION HOSPITALIERE, mars 2005
- DE BEAUREPAIRE R. *De la psychiatrie aux neurosciences : Une aventure américaine : La psychiatrie nord-américaine*, INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 2002, vol. 78, n°7, pp. 676-681
- TREMINE Th. *La perméabilité française aux idées nord-américaines en psychiatrie* INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 2002, vol. 78, n°7, pp. 694-696

Ouvrages

- ROELANDT JL., PLUTON : Une tentative d'évaluation médico-économique en psychiatrie, 2005
- ESCAFFRE JP., Le contrôle de gestion des unités de soins hospitaliers, ECONOMICA « Connaissance de la gestion » 2007

Autres

- Guide méthodologique du RIM-P élaboré par l'ATIH, Version de juin 2008
- Les Indicateurs en psychiatrie, Analyse de l'activité, mesure de l'efficience, guide MEAH – Novembre 2008
- Interview du Docteur Yvan Halimi, président de la conférence des présidents de CME des CHS publié le 28/10/2006 à l'adresse http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles_id=142

Liste des annexes

- ANNEXE 1 Données contenues dans le RPS et le RPA
- ANNEXE 2 Codification des événements générateurs de résumé
- ANNEXE 3 Indicateur de séquence
- ANNEXE 4 Schéma du système d'information
- ANNEXE 5 Détail des traitements réalisés
- ANNEXE 6 Détail des données considérées comme correctes
- ANNEXE 7 RIM-P : contrôle de conformité des données et recherche des sources d'erreur
- ANNEXE 8 Corrélation entre organisation de la prise en charge et durée su séjour
- ANNEXE 9 Présentation de la structure

ANNEXE 1

Données contenues dans le RPS et le RPA

Source : ATIH

Résumé par séquence : temps complet ou partiel

Informations constantes	<ul style="list-style-type: none">- Numéros FINESS- Numéro IPP- Date de naissance du patient- Sexe du patient- Code postal de résidence- Nature de prise en charge- Numéro de séjour- Date d'entrée de séjour- Date de sortie de séjour- Mode d'entrée et provenance- Mode de sortie et destination
Informations propres à chaque séquence	<ul style="list-style-type: none">- Numéro d'unité médicale- Numéro de secteur ou de dispositif intersectoriel- Mode légal d'hospitalisation- Indicateur de sortie d'essai- Date de début de séquence- Date de fin de séquence- Nombre de jours de présence- Nombre de demi-journées de présence- Diagnostic principal ou motif de prise en charge principal- Diagnostics et facteurs associés- Dépendance- Jours d'isolement thérapeutique- Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire

Relevé par acte ambulatoire

- Numéros FINESS
- Numéro de secteur ou de dispositif intersectoriel
- Numéro d'unité médicale
- Nature de prise en charge
- Numéro IPP
- Date de naissance du patient
- Sexe du patient
- Code postal de résidence
- Diagnostic principal ou motif de prise en charge principal
- Diagnostics et facteurs associés
- Date de l'acte
- Lieu de l'acte
- Nature de l'acte (EDGAR)
- Catégorie professionnelle de l'intervenant (MIPARESXY)
- Nombre d'intervenants
- Indicateur d'activité libérale

ANNEXE 2

Codification des événements générateurs de résumé

Source : ATIH

Formes d'activité

prises en charge à temps complet	–	hospitalisation à temps plein code 01
	–	séjour thérapeutique code 02
	–	hospitalisation à domicile code 03
	–	placement familial thérapeutique code 04
	–	centre de post- cure psychiatrique code 06
	–	centre de crise (incluant les centres d'accueil permanents et centres d'accueil de crise) code 07
	prises en charge à temps partiel	–
–		hospitalisation à temps partiel de nuit code 21
–		CATTP et atelier thérapeutique code 22
prises en charge ambulatoires	–	accueil et soins en CMP code 30
	–	autres consultations et soins notamment en psychiatrie de liaison code 31

Le séjour

Séjour

- Début : le premier jour de la prise en charge à temps complet ou à temps partiel par une équipe soignante;

- Le séjour se termine le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante de psychiatrie ou :
 - lorsque la nature de prise en charge se termine ou quand le patient quitte l'établissement,
 - le jour de la sortie du champ de la psychiatrie par mutation vers un autre service (MCO, SSR...) du même établissement.
- + Les sorties temporaires (supérieure au délai légal de permission) sont assimilées à des sorties au domicile.

La séquence

- Début : le premier jour de la prise en charge par une équipe soignante , ou le dernier jour de la séquence précédente ;
- La séquence se termine le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante de psychiatrie ou :
 - lorsque le patient change de mode légal de séjour (temps plein exclusivement),
 - lorsqu'il y a changement de trimestre civil,
 - lorsqu'il y a changement de forme d'activité
 - lorsqu'il y a sortie d'essai d'une durée supérieure à 48 heures (départ et retour),
 - lorsqu'il y a changement d'unité médicale (facultatif).

<p style="text-align: center;">ANNEXE 3 Indicateur de séquence Source : ATIH</p>

Paramètre créé pour rendre compte de spécificités du parcours de soins

- Pour une séquence en sortie d'**essai** : **E**
- Pour des séquences **parallèles** : quand le patient débute un TP alors qu'il est toujours en TC : **P**
- Pour des séquences **associées** : quand 2 formes d'activité de TP sont réalisées sur une même période : **A**

Pour une prise en charge par une équipe d'hospitalisation à temps partiel (TP) alors que le patient est hospitalisé à temps complet (TC)

- la première séquence en TC se termine le premier jour de la prise en charge parallèle
- on commence une deuxième séquence TC avec indicateur P
- le même jour, on commence une troisième séquence (en TP) avec le même numéro de séjour (TC), et l'indicateur P

à la fin de la prise en charge combinée

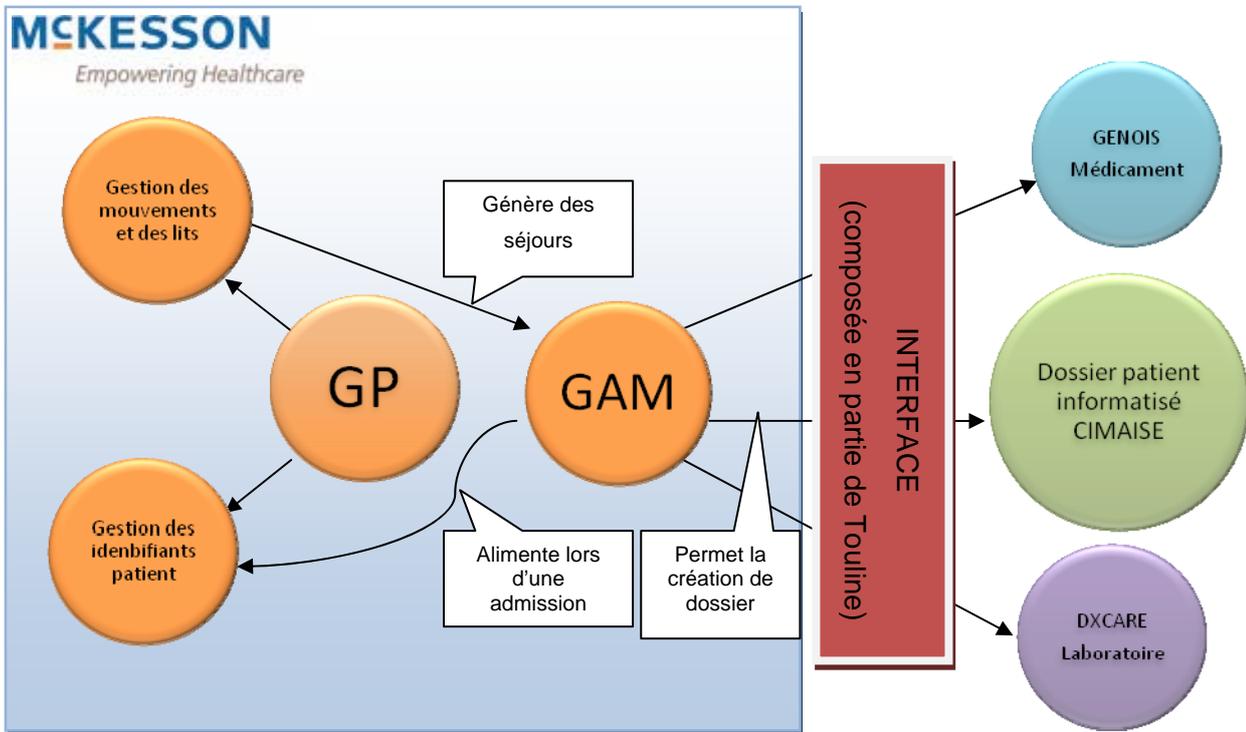
- le patient reste en TC : quatrième séquence du séjour (en TC)
- le patient passe en TP exclusif : nouveau séjour en TP

Prises en charge par 2 équipes à temps partiel sur une même période du séjour = deux séquences associées avec indicateur de séquence

- une première séquence en TP se termine le premier jour de la prise en charge associée
- on commence une deuxième séquence TP avec indicateur A
- le même jour, on commence pour la deuxième forme d'activité une autre séquence TP avec le même numéro de séjour, et l'indicateur A

ANNEXE 4

Schéma du système d'information



Architecture du système d'information pour la traçabilité de l'activité

ANNEXE 5

Détail des traitements réalisés

Etape 1 : Fusion des dossiers GAM et CIMAISE

patient IPP	patient IEP	Prise en charge patient GAM	Prise en charge patient RPS	Début du séjour	Début de l'entrée	Secteur de prise en charge CR GAM	Secteur de prise en charge secteur RPS	Mouvement séjours MVT ENTREE	Mouvement séjours MVT SORTIE	Journées transmises plateforme E-PMSI nbre jours RPS	Journées transmises plateforme E-PMSI nbre 1/2 jées RPS	Journées transmises plateforme E-PMSI nbre jours isolement
5657	460366		1	28/12/2007	11/02/2008	35G07	35G07			42	0	0
5657	460366	PT				7	7	04/02/2008	11/02/2008			
5657	460366	PT				7	7	28/12/2007	04/02/2008			
5657	463755		1	20/05/2008	26/05/2008	35G07	35G07			6	0	0
5657	463755	PT				7	7	20/05/2008	26/05/2008			
5991	462046		1	7/03/2008	7/05/2008	35G03	35G03			61	0	0
5991	462046	PT				3	3	07/03/2008	07/05/2008			
5991	463640		1	16/05/2008	6/06/2008	35G03	35G03			21	0	0
5991	463640	PT				3	3	16/05/2008	06/06/2008			
5991	849342		22	5/05/2008	16/05/2008	35G03	35G03			1	1	0
6182	462947		1	12/04/2008	21/04/2008	35G06	35G06			4	0	0
6182	462947		1	12/04/2008	21/04/2008	35G06	35G06			5	0	0

Etape 2 : Recherche d'erreurs types

patient IPP	patient IEP	Prise en charge patient GAM	Prise en charge patient RPS	Début du séjour	Début de l'entrée	Mouvement séjours MVT ENTREE	Mouvement séjours MVT SORTIE	Type d'erreur
5466	465233		1	22/07/2008	13/08/2008			deux mouvements dans GAM, un seul dans cimaise
5466	465233	PT				22/07/2008	04/08/2008	
5466	465233	PT				04/08/2008	13/08/2008	
5602	468229		1	24/11/2008	02/12/2008			mouvement normal
5602	468229	AO				24/11/2008	24/11/2008	
5602	468229	PT				24/11/2008	02/12/2008	

Exemple de formules utilisées :

=SI(ET(B2=B3;E2=K3;F2=L3;G2=G3;H2=H3);"Mouvement normal";SI(ET(B2=B3;E2=K3;F2=L3;G2<>G3);"UF GAM <> UF CIMAISE";SI(ET(B2=B3;L2=K3;C2="AO";C3="PT");"Pas de dossier CIMAISE";SI(ET(C2<>"";C3<>"";C2<>"AO";B2=B3);"deux dossiers GAM sans dossier cimaise";SI(ET(D2=D3;B2=B3;D2<>"");"deux dossiers cimaise sans dossier GAM";SI(ET(B2=B3;E2<>K3;E2<>"");"incohérence de date dossier cimaise et GAM";SI(ET(B2=B3;E2=K3;G2=G3;H2=H3);"mouvement normal";""))))))))

Etape 3 : comptabilisation des erreurs

ANNEXE 6

Détail des données considérées comme correctes

Le détail de cette étude est le suivant :

Type de dossier	Nombre
Psychiatrie	5731
Activité extrahospitalière	2252
Données 2009	762
USLD	268
MAS	177
TOTAL	9190

L'item « Données 2009 » est particulier : Il concerne des dossiers GAM dont l'IEP correspond à des séquences qui sont chaînées sur l'année 2008. Par exemple, une hospitalisation de jour chaînée à une hospitalisation complète ayant débuté en 2008. La fusion des deux sources de données (GAM et CIMAISE) les a donc extraits. Aucune déclaration de journée n'a été faite pour ces dossiers et ils n'apparaissent pas dans le fichier RIM-P : Ils ne présentent donc pas d'anomalies. De même, les données MAS et USLD ne sont pas concernées par le RIM-P.

ANNEXE 7

RIM-P : contrôle de conformité des données et recherche des sources d'erreur

Source ATIH

<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0002F00065FF>

Le RIM-P étant dans son année de montée en charge les contrôles de conformité des données ne font pas l'objet d'un blocage, pour autant les établissements peuvent faire l'effort de se mettre en conformité sur les 4 points suivants affichés dans le tableau 01B de MA PSY :

- 1 l'absence de clé de chaînage
- 2 la conformité des modes d'entrée et provenance, des modes de sortie et destination
- 3 les codes géographiques
- 4 les codes des diagnostics et des motifs de prises en charge

Pour mémoire, dans le cadre d'une future valorisation à l'activité, toutes les éléments seraient bloquées et non valorisables.

1 -l'absence de clé de chaînage

la clé de chaînage est générée à partir du fichier VIDHOSP qui doit comporter 4 informations :

- numéro de sécurité sociale de l'assuré
- date de naissance du patient
- sexe du patient
- numéro de séjour : attribué au début du séjour (lors de la prise en charge à temps complet ou temps partiel) et qui change à chaque séjour.

Nous attirons votre attention sur le fait que le contenu est différent de celui produit lors de l'expérimentation en psychiatrie (RIS).

La partie obligatoire de VIDHOSP en psychiatrie, ne comporte que 4 informations c'est-à-dire moins que dans les autres champs. Elle est décrite dans le manuel de MAGIC 3.1.0 sous le terme « ancien format ».

Ce fichier est produit à partir des données de l'informatique administrative, avec des difficultés quand les informations administratives ne répondent pas aux règles du RIM-P.

Classiquement des difficultés existent pour :

- les CATTP et ateliers thérapeutiques où ces informations n'étaient pas systématiquement requises du fait d'une non facturation,
- le numéro de séjour. La notion de séjour obéit à des règles particulières dans le RIM-P, (Guide méthodologique de production du RIM-P page 6). Le numéro de séjour dans VIDHOSP doit correspondre à ces consignes ce qui peut nécessiter des ajustements par rapport aux pratiques administratives antérieures.
 - Au mieux le numéro de séjour administratif et le numéro de séjour RIM-P sont identiques et correspondent aux règles, dans ce cas VIDHOSP ne pose pas de problèmes
 - Dans les cas où le numéro de séjour du RIM-P n'est pas le numéro administratif, il est nécessaire de faire un fichier de correspondance (appelé HOSP-PMSI dont le format est dans le manuel de PIVOINE).

NB : pour le temps complet, le numéro de séjour du RIM-P doit être changé à chaque séjour et un seul numéro ne peut être réutilisé pour des prises en charge discontinues.

2 – Conformité des modes d'entrée, de sortie, de provenance et destination :

La nomenclature pour coder ces informations est détaillée sur le site, elle est commune au RIM-P et autres champs PMSI (MCO, SSR, HAD) il est fortement recommandé que les logiciels administratifs des bureaux des admissions intègrent cette nomenclature.

Ces informations concernent le SEJOUR, et doivent figurer dans l'enregistrement de chaque ligne de SEQUENCE du fichier à traiter par PIVOINE.

Pour les séjours non terminés à la fin du trimestre, la date de sortie est absente (séjours prolongés en temps complet et prises en charge discontinues en temps partiel) : pour ces séjours-là, le message «date de sortie non-conforme » est attendu et normal.

Rappel : en cas de mode d'entrée/sortie « 8 » (domicile), le code provenance/destination « 8 » n'est pas autorisé (valeur spécifique du PMSIHAD).

ANNEXE 8

Corrélation entre organisation de la prise en charge et durée de séjour

Source : Synthèse CRAM Bretagne appliquée au RIM-P du CHGR

Présentation de l'activité 2008 des établissements publics

	Hospitalisation complète			Score AVQ	Hospitalisation partielle		Ambulatoire Nombre de R3A	Ratio		
	Nombre de RPSA	Nombre de journées	DMS		Nombre de RPSA	Nombre de journée		Partiel/complet	DMS/AVQ	Corrélation organisation PEC / lourdeur patient
CH Redon	436	8 540	46,87	8,32	1 543	1 504	12 713	0,18	5,63	31,99
CH St Malo	1 448	36 167	57,2	7,57	321	9 113		0,25	7,56	29,99
CHS Plouguernevel	3 061	74 868	47,88	8,97	1 081	15 804	62 289	0,21	5,34	25,29
CH Quimperlé	1 115	21 738	33,28	9,24	590	6 881	20 491	0,32	3,60	11,38
CHS Le Bon Sauveur	3 535	66 408	24,62	6	2 025	27 317	89 267	0,41	4,10	9,98
CHS St Jean de Dieu	4 911	66 303	22,83	9,94	2 123	17 128	80 221	0,26	2,30	8,89
CHS Guillaume Régnier	14 811	281 138	52,02	10,64	12 728	114385	238000	0,41	3,55	8,73
C.H.U. Hôpital de Bohars	6 916	90 017	21,82	11,48	5 574	23 991	49 989	0,27	1,90	7,13
EPSM Morbihan	7 762	123 257	41,73	9,26	11 801	77 954	133674	0,63	4,51	7,13
CHS Etienne Gourmelen	7 515	84 336	32,43	9,07	11 261	52 935	68 416	0,63	3,58	5,70
CHS Charcot	5 072	71 683	21,94	8,53	5 425	37 497	80 793	0,52	2,57	4,92
CH des Pays de Morlaix	9 330	84 840	14,55	9,07	4 268	49 829	46 577	0,59	1,60	2,73
Etablissement Penn Ker	779	14 866	51,36	7,42					6,92	0,00
		1 089 884	33,72	10		438 065		0,40	3,37	8,39

Présentation de l'activité psychiatrique 2008 des Régions Françaises

	Hospitalisation complète			Hospitalisation partielle			Ambulatoire	Ratio		
	Nombre de RPSA	Nombre de journées	DMS	Score AVQ	Nombre de RPSA	Nombre de journée		Nombre de R3A	Partiel/complet	DMS/AVQ
Alsace	29 332	442 218	31	10,22	21 375	211 494	362 840	0,48	3,03	6,34
Limousin	15 050	322 468	36,2	10,55	8 832	156 660	198 486	0,49	3,43	7,06
Basse-Normandie	21 559	350 100	30,8	9,32	25 134	157 470	446 575	0,45	3,30	7,35
Aquitaine	66 981	1 303 288	41,7	10,64	46 958	543 153	869 784	0,42	3,92	9,40
Ile-de-France	151 376	2 437 430	35,9	9,02	89 615	1 017 288	2 639 222	0,42	3,98	9,54
Bretagne	79 951	1 353 443	32,4	9,3	60 573	469 489	894 870	0,35	3,48	10,04
Pays-de-la-Loire	50 271	811 029	31,3	9,95	38 351	243 578	633 082	0,30	3,15	10,47
Champagne-Ardenne	15 233	329 492	38,6	10,87	12 971	110 906	464 500	0,34	3,55	10,55
Réunion	7 161	133 330	30,3	9,23	3 467	39 959	151 983	0,30	3,28	10,95
Nord-Pas-de-Calais	50 239	958 871	31,5	9,08	42 346	283 391	920 994	0,30	3,47	11,74
Bourgogne	24 037	427 942	28,5	9,17	16 220	102 224	295 629	0,24	3,11	13,01
Haute-Normandie	22 601	396 153	41	10,22	8 569	119 867	348 693	0,30	4,01	13,26
Midi-Pyrénées	59 906	1 138 911	36,5	10,06	28 320	275 953	649 816	0,24	3,63	14,97
Languedoc-Roussillon	47 516	1 025 991	40,1	10,36	85 898	248 374	461 911	0,24	3,87	15,99
Auvergne	27 706	659 097	43,1	10,35	12 884	170 647	385 082	0,26	4,16	16,08
Franche-Comté	20 649	414 205	39,5	11,04	14 732	90 777	258 211	0,22	3,58	16,33
PACA	89 339	1 953 578	48,1	9,28	115 682	516 678	1 055 736	0,26	5,18	19,60
Lorraine	42 875	776 868	55	10,04	58 145	202 453	720 853	0,26	5,48	21,02
Picardie	29 965	609 737	60,2	9,82	23 544	144 910	574 796	0,24	6,13	25,79
Centre	34 986	841 937	55,2	8,73	17 054	193 627	448 319	0,23	6,32	27,49
Corse	4 879	124 471	55,1	11,48	2 853	20 072	60 876	0,16	4,80	29,76
Martinique	1 241	43 516	132,7	11,02	24 308	16 323	75 055	0,38	12,04	32,10
Rhône-Alpes	101 094	1 778 615	90,5	9,25	59 004	385 360	1 435 238	0,22	9,78	45,16
Poitou-Charentes	21 043	343 129	115,2	8,72	22 864	78 975	271 550	0,23	13,21	57,40
Total	1 014 990	18 975 816	44,7	9,69	839 699	5 799 622	14 624 101	0,31	4,61	15,09

ANNEXE 9

Présentation de la structure

Le Centre hospitalier Guillaume Rénier est un établissement spécialisé en psychiatrie qui présente à ce titre plusieurs spécificités. Les modalités de prise en charge du patient sont diverses pour s'adapter au mieux à l'état et aux besoins de ce dernier. Il en résulte l'existence de nombreuses structures dispersées géographiquement :

- Unité de soins Longue durée : Accueil et soins de personnes âgées sur trois sites (Rennes, Châteaugiron, Bruz)
- Maison d'accueil spécialisé « Le Placis Vert » à Thorigné Fouillard
- un département des Conduites addictives qui regroupe : - le Centre Spécialisé des Soins pour Toxicomanes et Pharmaco Dépendants (CSST) - le Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) - L'unité d'Alcoologie "Les Iris" et un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)
- un Service d'accueil et de soins pour adolescents et jeunes adultes
- Plusieurs sites Centre médicopsychologique/ Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- Un hôpital de jour « Gaston Ramon »

De plus, le Centre Hospitalier Guillaume Rénier intervient :

- dans le Service d'Accueil Urgences du CHU de Rennes ainsi que dans les services d'urgences des Centres Hospitaliers de Vitré et de Fougères.
- auprès des plus démunis.
- auprès des étudiants fragilisés.

	Psychiatrie capacités en lits			Psychiatrie capacités en place				Autres	
	Adulte	Infanto-Juvenile	Medico social	Hôpital de jour	Accueil Fam. Th.	Appart. Réinsert .thérap.	CMP/ CATTP	USLD	
Nombre de lits ou places	775	56	170	406	122	57	285	200	TOT.
TOTAL	1001			870				200	2071