



**ENSP**  
ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur d'hôpital**

**Promotion 2002 - 2004**

---

**« Le savoir c'est le pouvoir »\***  
**L'expérimentation du PMSI psychiatrie**  
**au CHS de la Savoie**

---

**Céline DESSEIGNE**

*\*T. HOBBS (1588/1679), philosophe anglais*

---

# Remerciements

---

J'adresse mes plus vifs remerciements pour la qualité de l'accueil qui m'a été réservé tout au long de mon stage professionnel, à Mr Jean Maurice LASSERRE, Directeur du Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie ainsi qu'à l'équipe de Direction : Mr Patrick DESOMBRE, Directeur des soins, Mr Georges DUBOIS, Directeur des services économiques, Mme Sylvia GOTTELAND, Directrice des affaires médicales et générales, Mr Marc VALLEZ, Directeur des finances, Mr Noël VANDERSTOCK, Directeur des ressources humaines.

Dans le cadre de ce travail, j'ai eu la chance de réaliser des entretiens riches d'enseignements avec Mr le Docteur BOLTON, Responsable du DIM, Mme le Docteur RAIMOND, Présidente de la CME, Mme Christine BRONNEC, Responsable de la mission PMSI psychiatrie que je remercie pour leur disponibilité et les témoignages qu'ils ont bien voulu me livrer pour progresser dans mon travail.

Je tiens aussi à remercier tout spécialement Mme Sylvia GOTTELAND, ma maître de stage, pour le temps qu'elle a bien voulu me consacrer pour l'ensemble de mon stage professionnel.

Enfin ces remerciements seraient incomplets si j'oubliais d'évoquer le rôle décisif qu'à jouer Mme le Docteur PIEGAY, Responsable du DIM au Centre Hospitalier du Vinatier, qui a su guider la progression de ma réflexion et m'apporter conseils et corrections dans le cadre de ce mémoire.

---

# Sommaire

---

Liste des sigles utilisés

<b>INTRODUCTION</b>	<b>p 1</b>
METHODOLOGIE	p 4
<b><u>PARTIE 1</u> : EMERGENCE D'UN OUTIL MEDICO ECONOMIQUE POUR LA SANTE MENTALE</b>	<b>p 6</b>
<b>1. ENVIRONNEMENT REGLEMENTAIRE DE LA PSYCHIATRIE</b>	<b>p 7</b>
<b>1.1 La sectorisation psychiatrique</b>	<b>p 7</b>
1.1.1 Les fondements de la sectorisation psychiatrique	
1.1.2 Les conséquences de la sectorisation sur l'organisation d'un établissement psychiatrique	
<b>1.2 Le financement des hôpitaux psychiatriques</b>	<b>p 8</b>
1.2.1 Le budget global	
1.2.2 L'évolution actuelle des modes de financement	
<b>1.3 Indicateurs de pilotage utilisés</b>	<b>p 10</b>
1.3.1 Les indicateurs classiques	
1.3.2 La fiche par patient	
1.3.3 Les limites intrinsèques de la psychiatrie à la création d'un système d'information médicalisé	
<b>2. TRAVAUX DE LA MISSION PMSI</b>	<b>p 13</b>
<b>2.1 Point de départ : le PMSI MCO ou vers une justification médico-économique de     l'utilisation des deniers publics</b>	<b>p 13</b>
2.1.1 Construction et présentation de l'outil PMSI	
2.1.2 Coût et échelle de pondération	

2.1.3 Utilisation de données médicales nominatives pour une maîtrise des dépenses de santé

2.1.4 Le PMSI SSR

**2.2 La mission PMSI psychiatrie** p 18

2.2.1 La construction de l'outil

2.2.2 Présentation de l'outil PMSI psychiatrie

2.2.3 Des questions restent posées

**2.3 Etat des lieux de l'expérimentation** p 27

**3 . MISE EN CAUSE DE L'OUTIL PMSI PAR LES PROFESSIONNELS** p 28

3.1 L'utilité même d'un tel outil est contestée p 28

3.2 Un outil dont les modalités sont remises en cause  
au regard de la pratique p 29

**PARTIE 2 : L'INFORMATION MEDICALE : ENJEU MAJEUR A L'HOPITAL** p 31

**1. RESISTANCES FACE A UNE APPROPRIATION MULTIPLE ET EXTERNE DE  
L'INFORMATION MEDICALE** p 32

1.1 Un changement « prescrit » et non un changement « construit » p 32

1.1.1 Une démarche perçue comme administrative et « descendante »

1.1.2 La résistance au changement

1.2 La problématique de l'information médicale p 34

1.2.1 L'information médicale : qu'est-ce que c'est ?

1.2.2 Le partage de l'information médicale à l'hôpital : une acculturation laborieuse

1.2.3 Le DIM : responsable de l'organisation du recueil et du traitement de  
l'information médicale

1.3 L'outil informatique : le mythe « Big Brother » p 39

<b>2. UN SYSTEME D'INFORMATION GLOBAL ET COHERENT</b>	<b>p 41</b>
2.1 Extension du réseau	p 41
2.2 La sécurité du réseau	p 43
<b>3. LA MISE EN ŒUVRE DU PMSI OU PHASE DE « DERACINEMENT »</b>	<b>p 46</b>
3.1 Le logiciel de saisie du PMSI	p 46
3.2 La mise en œuvre effective de l'expérimentation	p 47
3.2.1 Définition d'un calendrier de mise en œuvre	
3.2.2 Le plan de formation	
3.3 Des difficultés pérennes	p 50
3.3.1 La fragilité du DIM	
3.3.2 Le manque d'implication des professionnels	
<b><u>PARTIE 3</u> : LES PERSPECTIVES A MOYEN ET LONG TERME</b>	<b>p 53</b>
<b>1. DES FACTEURS DE SUCCES A CONSTRUIRE</b>	<b>p 54</b>
1.1 La communication	p 54
1.2 Une nouvelle organisation des soins	p 55
1.3 Réflexion à mener sur l'organisation d'un « service d'information médicale »	p 57
<b>2. UN OUTIL DE PILOTAGE EXTERNE...</b>	<b>p 59</b>
2.1 Avenir du PMSI au niveau national	p 59
2.2 L'allocation budgétaire	p 60

2.3 La tarification à l'activité	p 62
<b>3. ... QUI A VOCATION A DEVENIR UN OUTIL DE PILOTAGE INTERNE</b>	<b>p 63</b>
3.1 Un outil stratégique	p 63
3.2 Un outil d'aide à la décision	p 65
3.3 Vers une gestion financière performante	p 66
<b>CONCLUSION</b>	<b>p 69</b>
Liste des termes techniques	p 72
Liste des annexes	

---

## Liste des sigles utilisés

---

*Par ordre alphabétique :*

ADL	Activities of Daily Living
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ATIH	Agence Technique d'Information Hospitalière
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CH	Centre Hospitalier
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM 10	Classification Internationale des Maladies 10 <sup>ème</sup> révision
CMA	Complications et Morbidités Associées
CMD	Catégorie Majeure de Diagnostic
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMP	Centre Médico Psychologique
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM	Département d'Information Médicale
DP	Diagnostic principal
DRG	Diagnostic Related Group
EGF	Echelle Globale de Fonctionnement
FPP	Fiche Par Patient
GHA	Groupe Homogène d'Actes
GHJ	Groupe Homogène de Journée
GHM	Group Homogène de Malades
HJ	Hôpital de Jour
ISA	Indice Synthétique d'Activité
MCO	Médecine – Chirurgie – Obstétrique
PIB	Produit Intérieur Brut
PMSI	Programme de Médicalisation du Système d'Information
RHS	Résumé Hebdomadaire Standardisé
RIS-E	Résumé d'Information Standard Externe
RIS-C	Résumé d'Intervention Standard dans la Communauté
RIS-HC	Résumé d'Intervention Standard en Hospitalisation Complète
RIS-HP	Résumé d'Intervention Standard en Hospitalisation Partielle
RUM	Résumé d'Unité Médicale
RSA	Résumé de Sortie Anonymisé
RSS	Résumé de Sortie Standardisé

## **INTRODUCTION**

La réforme du budget global en 1983, qui a tenté de décélérer la croissance des dépenses de santé n'a pas été suffisante pour une allocation « juste » des budgets. Cet échec a été analysé comme un manque d'informations chronique relatif à l'activité effective des établissements de santé. Le budget n'avait aucune justification, si ce n'est le niveau de dépenses de l'année précédente. Ainsi, il est peu à peu envisagé d'asseoir la dotation budgétaire sur une prise en compte de l'activité, mesurée selon des indicateurs qui feraient référence à des données médicales, et non plus seulement à des indicateurs que l'on pourrait qualifier d'hôtelières (nombre de séjours, nombre de journées..). Cette perspective devenait d'autant plus impérative à mesure que les dépenses de santé, notamment hospitalières, croissaient de manière exponentielle. Le Programme de Médicalisation du Système d'Information, inspiré des travaux du Professeur FETTER aux Etats Unis, a été mis en place en France à partir de 1996 pour les hôpitaux qui dispensent des soins de courte durée (Médecine, Chirurgie et Obstétrique). Ensuite des travaux ont été effectués en France pour étendre l'utilisation de cet outil aux Soins de Suite et de Réadaptation et à la Psychiatrie. Ce dernier domaine a posé un certain nombre de difficultés, étant donné que les travaux américains avaient échoué sur ce sujet et que d'autres pays n'avaient pas abouti à des résultats concluants.

Ces recherches ont consisté à construire un instrument qui permettrait de recueillir une information médicalisée susceptible de déterminer le niveau de consommation de soins des patients, c'est à dire le niveau de budget dont a besoin un établissement de santé pour soigner les patients qu'il accueille. En 1996, une étude a lieu en Australie pour mettre en relation les informations relatives au patient et les ressources consommées au titre de sa prise en charge. Les résultats d'un relevé exhaustif d'activité (25% des services psychiatriques du pays, soit 4500 agents concernés) ont montré qu'il existe une logique statistique entre les soins dispensés et les données cliniques. Mais l'effet structure lié à la configuration du producteur de soins est tel, que les résultats n'ont pas pu être exploités. Au cours de cette même période, la Belgique a rendu obligatoire un recueil de données en psychiatrie, dit « résumé psychiatrique minimum » pour répondre à des besoins de gestion et à des préoccupations de planification et d'évaluation des soins en santé mentale.

Ces expériences étrangères n'ont pas inspiré le modèle français qui a été construit par un groupe d'experts au regard des pratiques en psychiatrie dans les établissements de santé au niveau national. Différentes expérimentations ont eu lieu pour élaborer et tester le

recueil d'activité. La dernière expérimentation, initiée en juillet 2002 concerne un plus grand nombre d'établissements et propose le recueil et le traitement des données du PMSI « en routine ».

La région Rhône Alpes s'est proposée au Ministère de la Santé « région pilote » pour l'expérimentation du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI)<sup>1</sup> en Santé Mentale. Ainsi, il a été demandé au CHS de la Savoie de s'engager dans cette démarche.

Le CHS de la Savoie est un établissement public de santé dont la mission est de dispenser des soins en santé mentale à la population du département de la Savoie, soit 400 000 habitants environ. Le département de la Savoie, depuis la loi de sectorisation<sup>2</sup> est découpé en fonction de la population en 6 secteurs de psychiatrie générale. Il existe également 3 services de psychiatrie infanto-juvénile. Une équipe médico-sociale pluridisciplinaire est chargée d'assurer la couverture des besoins en soins de ces aires géographiques.

Le Projet d'Etablissement (2000 / 2004) et le Contrat d'Objectifs et de Moyens définissent quelques grands axes prioritaires :

- L'amélioration de la qualité des soins (développement du dispositif qualité, amélioration des conditions d'accueil et d'hébergement en hospitalisation complète) ;
- La diversification des modes de prise en charge ;
- Le partenariat et l'articulation avec les services de soins généraux ;
- L'amélioration des prises en charge spécifiques (personnes âgées, adolescents, malades présentant des pathologies à évolution longue,..) et la prise en charge somatique des patients hospitalisés.

En parallèle de ces axes prioritaires, des actions ont été menées pour améliorer la qualité au CHS de la Savoie et satisfaire aux exigences de l'accréditation. Cette politique a permis à l'établissement d'être accrédité pour 5 ans à compter de novembre 2002. Ainsi le CHS de la Savoie s'affiche comme un établissement qui connaît une véritable dynamique institutionnelle. L'engagement dans l'expérimentation du PMSI a été signé le 28 juin 2002.

---

<sup>1</sup> Circulaire DHOS n°265 du 19 décembre 2001 relative à la mise en œuvre du PMSI à titre expérimental.

<sup>2</sup> Circulaire du 15 mars 1960 organise la sectorisation et les grands principes qui la régissent.

Le CHS est désormais tenu d'expérimenter le PMSI tel qu'il a été défini par le Ministère et de fournir périodiquement des données issues du recueil PMSI. Mais en matière de PMSI, on rencontre beaucoup plus de sceptiques que de convaincus, notamment au niveau des soignants et du personnel médical. Nombreux sont ceux qui considèrent que la psychiatrie ne pourra jamais rentrer dans ce carcan, ce codage trop réducteur pour une activité qui concerne et qui dépend de l'interaction de deux individualités (le soignant et le patient).

L'objectif de ce mémoire professionnel est d'analyser toutes les facettes de la mise en œuvre de l'expérimentation du PMSI afin de saisir les enjeux et les conséquences d'une telle expérimentation sur le terrain. Certaines limites inhérentes à l'expérimentation seront mises en exergue mais il ne s'agit pas pour autant de faire le procès du PMSI en psychiatrie. Il s'agit également de dégager des pistes d'évolution quant à l'application de ce nouvel outil.

L'expérimentation du PMSI se joue sur deux volets :

- un volet « technique » : la mise en œuvre du PMSI demande un système d'information performant et global, des formations adéquates pour chaque corps de métier en fonction de son implication dans le PMSI, des équipements informatiques...
- un volet « acceptabilité sociale » : l'expérimentation demande un certain investissement de la part de l'ensemble du personnel, ne serait ce que parce que l'introduction d'un tel outil de relevé d'activité modifie quelque peu l'organisation des services de soins.

Ces deux volets présentent des difficultés. Le volet « technique » est maîtrisable dans la mesure où les moyens et les compétences sont disponibles. Mais le volet « acceptabilité sociale » est beaucoup plus sensible : il s'agit de convaincre et de mobiliser autour d'un projet.

L'émergence d'un outil de mesure médico-économique (Partie 1) soulève de nombreuses questions en psychiatrie. De plus, cet outil de description de l'activité hospitalière implique un partage d'information entre les professionnels qui reste un enjeu essentiel à l'hôpital (Partie 2). Dans le cadre de cette expérimentation, une réponse technique a été apportée

pour rendre possible un partage effectif de l'information : un système d'information global et cohérent. Les perspectives à moyen et long terme sont nombreuses (Partie 3) et présentent un intérêt certain pour le CHS de la Savoie dans la mesure où celui-ci aura réussi à faire accepter au collectif des professionnels cette nouvelle culture médico-économique.

## **METHODOLOGIE**

La première étape dans l'élaboration de ce mémoire a consisté à recueillir des informations écrites sur les origines et l'actualité du PMSI en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en psychiatrie. Le choix d'étendre mes recherches au PMSI en MCO était essentiel, notamment au début de ce travail, dans la mesure où le PMSI psychiatrie est en partie la résultante de ce qui a été mis en place en MCO. Le PMSI SSR était également incontournable dans la mesure où, les adaptations que connaît le PMSI psychiatrie par rapport à celui du MCO, ont été testées et appliquées en SSR auparavant. Ces recherches théoriques m'ont permis de connaître l'environnement dans lequel s'inscrit le PMSI et le PMSI lui-même d'un point de vue technique. Ces recherches étaient essentielles avant toute confrontation sur le terrain.

Ces documents ont été enrichis, dans un deuxième temps, par des documents du CHS de la Savoie : Projet d'Etablissement, Contrat d'Objectifs et de Moyens, comptes rendus du Conseil d'Administration, des réunions de Direction, de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et du Collège du Département d'Information Médicale et le contrat d'engagement dans l'expérimentation conclu entre l'ARH et le CHS.

Dans un troisième temps, des entretiens semi-directifs ont été organisés au sein du CHS avec les personnes intéressées à la question du PMSI : Directeur des affaires financières chargé du dossier PMSI, les Responsables successifs du DIM depuis 3 ans, le Responsable du système d'information, et la Présidente de la CME. De plus des entretiens, parfois téléphoniques, ont été effectués auprès de chaque Responsable du DIM des établissements expérimentateurs de la région Rhône Alpes. Ces entretiens m'ont apporté de nombreux éléments mais ils soulevaient également beaucoup de questions et de critiques de la part de mes interlocuteurs.

Un entretien à l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) avec C. BRONNEC, chargée de mission pour le PMSI psychiatrie, a été un moment privilégié pour prendre du recul par rapport à l'expérimentation et pour avoir une vision plus nationale.

Avant d'entreprendre la rédaction du mémoire proprement dit, une synthèse des entretiens et un récapitulatif des éléments réglementaires ayant trait au PMSI ont été effectués. De plus des contacts avec ma tutrice de mémoire, Docteur C. PIEGAY responsable du DIM au CH du Vinatier, m'ont permis d'avoir une approche plus technique et plus « santé publique ».

## **PARTIE 1 :**

# **EMERGENCE D'UN OUTIL DE MESURE MEDICO ECONOMIQUE POUR LA SANTE MENTALE**

# **1. ENVIRONNEMENT REGLEMENTAIRE DE LA PSYCHIATRIE**

## 1.1 La sectorisation psychiatrique

### 1.1.1 Les fondements de la sectorisation psychiatrique

La circulaire du 15 mars 1960<sup>3</sup> définit la politique de secteur en psychiatrie. Deux principes sont mis en exergue :

- Le principe de continuité des soins, de la prévention à la post cure ;
- Le principe d'unité des soins par l'intervention d'une même équipe pluridisciplinaire sur une aire géographique identique.

La sectorisation a été initiée pour permettre à chaque personne atteinte de troubles mentaux d'avoir accès aux soins psychiatriques par le biais du secteur. Le secteur rapproche le patient de son lieu de prise en charge et évite l'exclusion et la marginalisation de ces patients qui ont dès lors un accès facilité et anonyme aux soins psychiatriques.

Désormais la sectorisation psychiatrique a une assise juridique. Pour autant, son effectivité à l'époque est très limitée dans la mesure où le système de financement ne favorise pas une telle prise en charge de secteur. En effet, le budget hospitalier tel qu'il était organisé (l'intra hospitalier financé par la sécurité sociale par l'intermédiaire du prix de journée, l'extra hospitalier financé par le département remboursé par l'Etat à hauteur de 83%), contribue à renforcer l'intra hospitalier aux dépens de l'extra hospitalier.

La loi du 25 juillet 1985<sup>4</sup> donne un fondement législatif à la sectorisation psychiatrique et transfère à la charge de la sécurité sociale toutes les dépenses de santé mentale. De plus la gestion des secteurs de santé mentale est confiée aux hôpitaux psychiatriques. Le décret du 14 mars 1986<sup>5</sup> précise l'organisation psychiatrique extra hospitalière qui peut désormais prendre corps au sein des établissements.

---

<sup>3</sup> Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

<sup>4</sup> Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

<sup>5</sup> Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique

### 1.1.2 Les conséquences de la sectorisation sur l'organisation d'un établissement psychiatrique

Un secteur psychiatrique recouvre en moyenne 70 000 habitants pour les adultes et 210 000 pour les enfants (principe d'intersectorialité soit 3 secteurs adultes). Ce découpage doit permettre à une équipe pluridisciplinaire de prendre en charge une population au plus près de son domicile. Cette mission recouvre tout aussi bien les actions de prévention que les soins curatifs. C'est le Centre médico-psychologique (CMP) qui est le pivot du dispositif du secteur : c'est la structure de proximité, la porte d'entrée pour une prise en charge psychiatrique. L'hôpital psychiatrique en tant que tel (intra hospitalier) est également une structure de référence au niveau de la prise en charge de la santé mentale pour l'hospitalisation à temps complet. Ce découpage géographique et l'organisation mise en place ont permis une montée en charge importante du secteur et le développement des alternatives à l'hospitalisation.

Cette organisation est spécifique au regard de la prise en charge MCO qui ne connaît pas encore une véritable démultiplication des modes et lieux de prise en charge<sup>6</sup>. L'hôpital reste le seul lieu de référence. En effet, les soins externes en MCO sont assurés quasi-exclusivement par la médecine libérale. A contrario pour la psychiatrie, les prises en charge sur l'ensemble d'un département sont organisées et assurées par l'établissement de santé dans la mesure où la place de la psychiatrie libérale reste limitée, notamment en milieu rural. Or, cette spécificité implique pour l'hôpital psychiatrique de multiplier ces structures, de déployer le personnel, de faire un choix quant au mode de prise en charge à développer et de penser le lien entre l'intra et l'extra hospitalier. L'activité psychiatrique est de fait complexe compte tenu de ses caractéristiques premières : diversité et dispersion.

## 1.2 Financement des hôpitaux psychiatriques

### 1.2.1 Le budget global

La part importante des dépenses de santé dans le Produit Intérieur Brut (PIB) et la pérennité de ce phénomène dans un contexte de faible croissance économique ont

---

<sup>6</sup> Néanmoins, il est nécessaire de souligner que des modes dits alternatifs, comme l'hospitalisation à domicile ou l'ambulatoire, se développent de plus en plus en MCO.

conduit à une réforme du financement des établissements de santé. Le système de financement au prix de journée est beaucoup trop inflationniste au niveau de l'enveloppe des dépenses liées à l'hospitalisation dans la mesure où ce système incite les établissements à augmenter leur durée moyenne de séjour de manière artificielle. Ce mode de financement a été remplacé par le budget global en 1984<sup>7</sup>. Le budget global a permis une maîtrise partielle des dépenses relatives au secteur hospitalier public : reconduction des budgets hospitaliers publics d'une année sur l'autre moyennant une augmentation définie par un taux directeur national.

L'instauration du budget global s'applique à l'ensemble des établissements hospitaliers publics. L'hôpital psychiatrique peut désormais, sans mettre en péril son équilibre financier, répartir librement ses moyens financiers et humains entre l'hospitalisation et les activités du secteur.

### 1.2.2 L'évolution actuelle des modes de financement

Les modalités de financement ont depuis peu évolué (enveloppe régionale en 1996, système de péréquation entre régions..) et de nombreux biais, liés au budget global, ont été décriés par les acteurs du monde hospitalier :

- Frein ou obstacle pour les établissements dynamiques (budget statique) ;
- Rente de situation pour certains établissements historiquement bien dotés ;
- Pérennisation des inégalités inter régionales et inter établissements.

L'inconvénient majeur du budget global réside dans le fait que le financement est déconnecté de l'activité médicale. Or l'hôpital ne dispose pas d'outils de description fiables de l'activité médicale et adaptés à chaque type d'activité. Le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) a été mis en place en MCO pour pallier le manque de justification qui entache les budgets alloués aux établissements de santé et pour réduire les inégalités d'allocation budgétaire entre les établissements. Ce dernier objectif n'est pas nouveau. Depuis des années, le Ministère tente de réduire ces inégalités, notamment en récupérant une partie des sur dotations allouées à certains établissements pour les redistribuer aux établissements sous dotés. Mais ces tentatives

---

<sup>7</sup> Loi du 22 juillet 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat

n'ont permis une redistribution qu'à la marge, sans grand bouleversement pour les établissements.

Les établissements psychiatriques, situés dans le même espace budgétaire que les hôpitaux généraux (une enveloppe unique au niveau régional), sont dans une position délicate depuis la généralisation du PMSI en MCO puisque les hôpitaux généraux ont un outil de négociation budgétaire reconnu par la tutelle ; outil que les hôpitaux psychiatriques ne peuvent faire valoir. Les dotations régionales sont arrêtées au niveau de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) en tenant compte de l'activité et des coûts de l'établissement<sup>8</sup>. Or ces données, si elles sont en partie disponibles au sein des établissements de santé mentale ne sont pas fiables et donc inutilisables. C'est le « rapport annuel de secteur », qui fournit ce type de données. Mais il s'agit d'une simple tendance non suffisante pour déterminer une « juste » allocation budgétaire.

Cette exigence d'un outil de mesure de l'activité est confirmée par une des circulaires budgétaires relatives à la campagne budgétaire 2003<sup>9</sup> qui énonce « *dans l'attente de la tarification à l'activité dont la mise en œuvre sera engagée dès 2004, la réduction des inégalités d'accès aux soins repose désormais sur le seul critère d'efficience économique que constitue la valeur régionale du point ISA. Ceci a naturellement pour conséquence de limiter l'exercice de réduction des inégalités aux seules dépenses afférentes aux disciplines de MCO* ».

### 1.3 Indicateurs de pilotage utilisés (exemples de manque d'indicateurs)

#### 1.3.1 Les indicateurs classiques

Les outils utilisés par les établissements psychiatriques ne sont ni homogènes ni suffisants pour décrire l'activité d'un établissement.

Les indicateurs d'activité et de moyens utilisés par le CHS de la Savoie, notamment dans le cadre de l'élaboration du rapport d'activité annuel sont les suivants :

- L'évolution des lits, places et journées par secteur et modalités de prise en charge (hospitalisation complète, de jour, à temps partiel..) ;

---

<sup>8</sup> Article 174-1-1 du Code de la Sécurité Sociale

<sup>9</sup> Circulaire DHOS n°609/2002 du 19 décembre 2002 relative à la campagne budgétaire 2003 des établissements sanitaires financés par dotation globale

- Le rapport population de secteur / professionnels de santé du secteur.
- La durée moyenne de séjour des patients par secteur et modalités de prise en charge ;
- Le taux d'occupation des lits par secteur ;
- La file active (nombre de patients vus au moins une fois), totale, par secteur ou par modalités de prise en charge ;

Toutes ces informations sont recueillies par le biais du rapport annuel de secteur qui permet un relevé d'activité a minima. Ces indicateurs sont peu ou prou les mêmes d'un établissement à l'autre, mais il doit être souligné que chaque établissement a une interprétation qui lui est propre quant à ce que recouvrent exactement ces indicateurs, comme la file active par exemple.

A titre individuel et pour le pilotage interne, certains établissements se dotent d'outils de relevé d'activité plus précis et propres à leur organisation. Il s'agit en règle générale de connaître l'hôpital de manière globale ou au regard de son environnement :

- Nombre de lits et places d'alternatives à l'hospitalisation /nombre de lits et places total en hospitalisation complète et alternative ;
- Nombre de psychiatres libéraux exclusifs pour 100 000 habitants ...

### 1.3.2 La fiche par patient

Au-delà de ces initiatives individuelles, la psychiatrie est dotée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1988 pour les secteurs adultes, et au 1<sup>er</sup> janvier 1991 pour les secteurs enfants, d'une fiche par patient (FPP) permettant le recueil des caractéristiques socio-démographiques du patient, sa morbidité et sa prise en charge. Les objectifs de cette fiche étaient de relever de manière exhaustive les modalités de prise en charge et de montrer ainsi à la Tutelle, l'importance des prises en charge en extra hospitalier et du développement des alternatives à l'hospitalisation, et de négocier l'allocation budgétaire à partir d'autres critères que la journée d'hospitalisation.

Cette fiche présente

- Au recto : des informations administratives et socio-démographiques du patient et un code diagnostic à partir de la Classification Internationale des Maladies 10<sup>ème</sup> révision (CIM 10) ;

- Au verso : un relevé au jour le jour du mode de prise en charge.

Mais la FPP, si elle est utilisée de manière quotidienne à ce jour au CHS de la Savoie, n'atteint pas pour autant ces objectifs. En effet ce relevé d'activité ne permet pas :

- de rendre compte des activités qui ne sont pas directement liées au patient (accueil des familles, démarches administratives au bénéfice du patient..) ;
- de relever l'ensemble des prises en charge en ambulatoire : un seul mode de prise en charge peut être inscrit alors même que les soins ambulatoires se caractérisent par leur diversité et leur complémentarité ;
- de mesurer la qualité de l'activité relevée.

Cet outil ne convient pas non plus pour savoir s'il y a adéquation du patient à la structure qui l'accueille. Pourtant, cette donnée intéresse les Pouvoirs Publics qui doivent trancher entre différents projets sociaux et médico sociaux pour prendre en charge ces personnes. Ainsi le Ministère a sollicité les établissements psychiatriques pour connaître le pourcentage de personnes « inadaptées » (c'est à dire qui devraient relever d'une autre institution) en hospitalisation complète en psychiatrie<sup>10</sup>. Ce type d'enquêtes se multiplie dans les établissements de psychiatrie qui ne peuvent pas présenter, faute d'outil, de données précises et régulières au Ministère.

La FPP est donc encore à ce jour, un recueil de données épidémiologiques et un indicateur incomplet de consommation de ressources thérapeutiques, rien de plus. Or conformément à l'article L 710-6 du Code de la Santé Publique « *les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité (...) Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins* ».

### 1.3.3 Les limites intrinsèques de la psychiatrie à la création d'un système d'information médicalisé

Il est nécessaire de souligner, après le constat d'un manque d'informations chronique à l'hôpital psychiatrique, que beaucoup d'éléments viennent a priori contredire la

---

<sup>10</sup> Enquête ARH de mai 2003 : 10% des patients au CHS de la Savoie sont jugés inadéquats, c'est à dire qu'ils devraient relever d'un autre type de structure et de prise en charge.

construction d'un outil médico-économique. En effet, plusieurs facteurs complexifient le système d'information :

- Absence de consensus quant au diagnostic et au traitement qui en découle ;
- Importance de l'aspect relationnel dans la prise en charge ;
- Diversité des théories et des modes d'approche thérapeutiques ;
- Absence d'évaluation des résultats ;
- Longue durée des maladies ou séjours à répétition ;
- Latence des effets thérapeutiques ;
- Importance de l'activité de prévention ;
- Pluralité des intervenants ;
- Imprécision des limites du champ de la psychiatrie.

Ces facteurs ne favorisent pas la mise en place d'un outil médico-économique en psychiatrie. Pour autant, il paraît nécessaire aujourd'hui de développer un tel outil pour piloter de manière adéquate l'hôpital psychiatrique qui souffre de ce manque de références au regard, par exemple des hôpitaux généraux qui peuvent négocier l'allocation de leur budget avec le Ministère sur des éléments tangibles et précis.

Un tel outil serait également bénéfique au pilotage interne de l'établissement. La Direction, pour répartir les moyens humains et financiers de manière cohérente, a intérêt au développement d'outils médico économiques, qui, par ailleurs, pourraient être utilisés par les services pour justifier leurs demandes de moyens dans un contexte de contractualisation interne.

## **2. TRAVAUX DE LA MISSION PMSI**

### **2.1 Point de départ : le PMSI MCO ou vers une justification médico-économique de l'utilisation des deniers publics**

#### **2.1.1 Construction et présentation de l'outil PMSI**

Il paraît important d'étudier dans un premier temps le PMSI en MCO, car celui-ci a orienté les choix qui ont été faits ensuite pour le PMSI en psychiatrie. De plus, la genèse du PMSI psychiatrie, si souvent décriée compte tenu des spécificités de la psychiatrie, est le PMSI MCO. Dans un deuxième temps, il sera également nécessaire de se pencher sur les

travaux qui ont eu lieu pour l'élaboration du PMSI en SSR, qui présente de grandes similitudes avec le PMSI psychiatrie.

Le PMSI a d'abord été étudié pour la Médecine, la Chirurgie et l'Obstétrique des hôpitaux publics ou participant au service public hospitalier. Sur une base constituée par quelques établissements volontaires et sous la responsabilité du Directeur des hôpitaux J. DE KERVASDOUE<sup>11</sup>, a été francisée en 1982 une technique de description mise au point aux Etats Unis par le Professeur Robert FETTER<sup>12</sup>. Cette technique est celle conduisant à la constitution de Diagnostic Related Group, c'est à dire aux Groupes Homogènes de Malades.

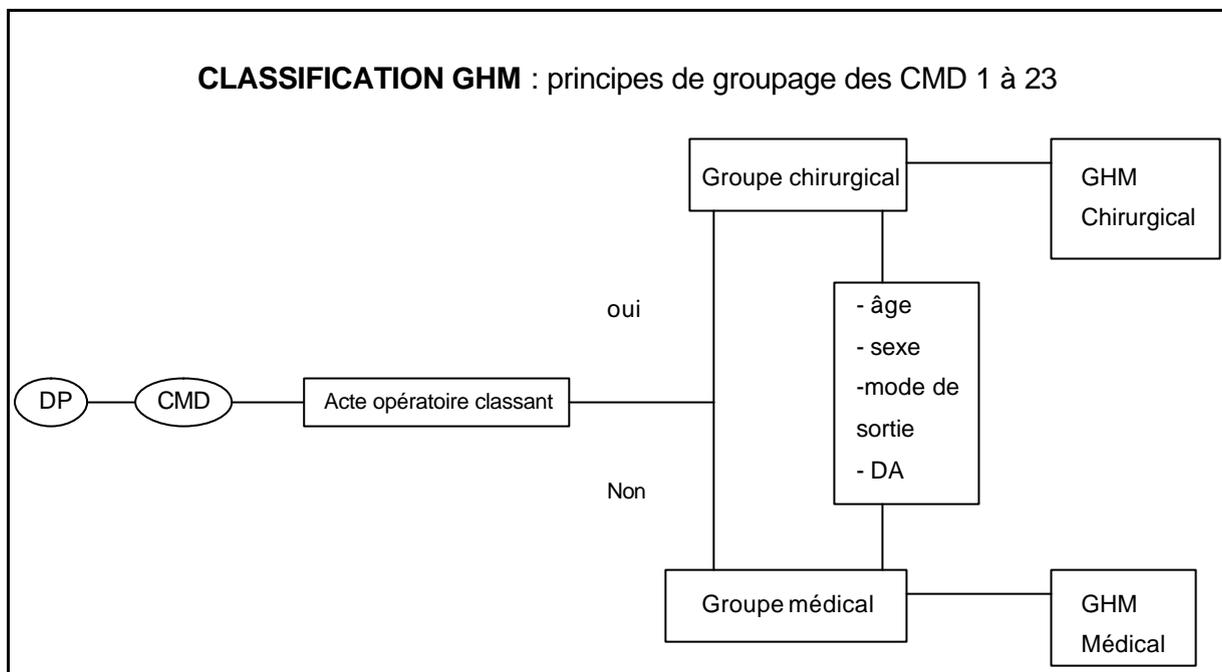
Les données sont recueillies au niveau des services à l'aide des Résumés d'Unité Médicale (RUM). Le RUM ou la synthèse des RUM constitue un Résumé de Sortie Standardisé (RSS), qui sera anonymisé au niveau du Département d'Information Médicale pour être ensuite transmis aux tutelles de l'établissement. Des RSA et de leur traitement en relation avec des données économiques de l'établissement est issu un Indice Synthétique d'Activité.

La classification par GHM est rendue possible par une fonction groupage qui permet à partir du Diagnostic Principal (DP), dont découle la Catégorie Majeur de Diagnostic (CMD), des variables discriminantes (acte opératoire, âge.. ) de déterminer un GHM unique. Chaque GHM, sur le plan clinique, se voit affecter un certain nombre de points en fonction de la lourdeur, en terme de moyens mis à disposition, par rapport au GHM de référence : l'accouchement par voie basse sans complication (GHM 540 : 1000 points). Les variables discriminantes ont été déterminées à partir de relevés d'activité dans les établissements expérimentateurs qui ont montré que statistiquement certaines variables étaient discriminantes quant à la lourdeur (en terme de moyens et de temps, ou d'aggravation du diagnostic principal) de certains groupes de malades.

---

<sup>11</sup> Directeur des Hôpitaux au Ministère de la santé de 1981 à 1986 et expert reconnu en économie de la santé, il a publié de nombreux écrits relatifs au système de santé français « La santé rationnée, la fin du mirage », 1981. Il est aujourd'hui Professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé du CNAM.

<sup>12</sup> Robert FETTER, Professeur à l'université de Yale, est chargé en 1974 par l'Etat du Connecticut de construire un outil de planification hospitalière et d'analyse des coûts et de la qualité des soins. Il va reprendre les principes de P. FELDSTEIN (1965, groupes de malades) pour aboutir à une approche statistique permettant les comparaisons, mais ne livrant aucun renseignement sur la qualité de l'objet mesuré.



### 2.1.2 Coûts et échelle de pondération

Le PMSI permet d'évaluer la production des établissements. Le calcul du point ISA repose sur deux variables :

- Le nombre de chaque GHM produit c'est à dire le CASEMIX ;
- Le poids économique relatif de chaque GHM.

#### **L'échelle des coûts relatifs**

Le calcul du poids économique de chaque GHM se fait à partir d'une étude pluriannuelle de comptabilité analytique sur un panel national d'établissements, qui compte aujourd'hui plus de 100 établissements. Il est réactualisé chaque année. Le modèle de comptabilité analytique est imposé pour les établissements qui participent aux études nationales. Il prend en compte :

- Le coût de structure : frais financiers, amortissements immobiliers et maintenance ;
- Le coût logistique : blanchisserie, restauration, autres ;
- Le coût médical : consommations médicales, personnel soignant, amortissement et maintenance des équipements médicaux, actes médico techniques.

Cette comptabilité analytique, croisée avec les informations du PMSI, permet de construire une échelle nationale des coûts des GHM. Le GHM de référence, dont le poids économique relatif est 1000, correspond aux accouchements sans complication.

### **Calcul du point ISA**

Le nombre de points ISA d'un établissement est la somme des GHM produits dans l'établissement, multipliée par leur poids économique relatif (issu de l'échelle nationale des coûts).

### **Le coût du point ISA**

L'objectif de tarification des établissements hospitaliers par le PMSI est d'allouer un budget différencié à chaque établissement en fonction de l'activité produite, mesurée en points ISA, par chacun d'entre eux. La variable de comparaison des établissements est le coût du point ISA.

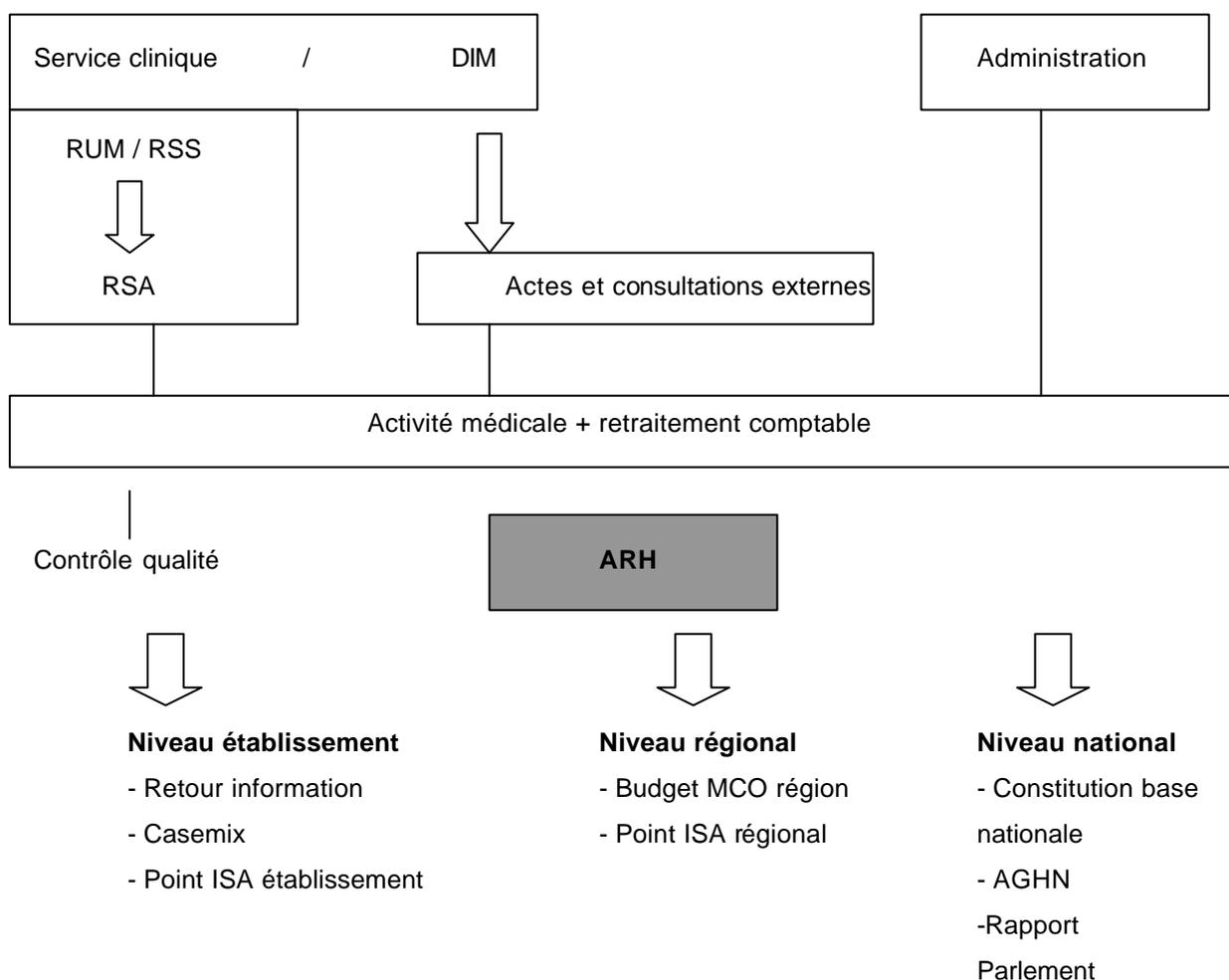
#### 2.1.2 Utilisation de données médicales nominatives pour une maîtrise des dépenses de santé

Il a été recherché une cohérence médicale et économique. En effet, le PMSI MCO est désormais utilisé par le Ministère pour moduler, en particulier, les budgets des établissements.

Il peut être calculé le nombre de points ISA « produits » par l'établissement ou, la valeur moyenne du point ISA, c'est à dire le coût d'une unité produite pour l'établissement. Il ne s'agit pas de donner du sens à cette valeur moyenne, mais de comparer les écarts qu'il peut exister entre les établissements. Ces différentes comparaisons permettent au Ministère de réduire les inégalités entre les établissements. En effet, à structure identique (spécialités médicales, nombre de lits, activité..), les établissements doivent recevoir un budget identique qui leurs permette d'assurer leur mission de service public.

Ce nouvel outil de comparaison ne permettrait plus les rentes de situation dont certains établissements bénéficiaient compte tenu de l'historicité de leur budget. Mais ces comparaisons ont été possibles grâce à quelques ajustements préalables liés à la place des établissements : Hôpital Local, Centre Hospitalier ou Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Les missions de ces établissements sont différentes et c'est pourquoi une bonification en point ISA, a été accordée à certains établissements, notamment les CHU pour l'enseignement et la recherche.

Le PMSI a donné lieu à une nouvelle organisation notamment au niveau du partage de l'information entre les différents acteurs de la santé.



Le PMSI MCO, après plusieurs expérimentations, est opérationnel dans les hôpitaux généraux. Ce système a été étendu aux Soins de Suite et de Réadaptation et à la Psychiatrie. Il s'agissait de construire un modèle identique (même logique d'analyse statistique) en tenant compte des spécificités de ces spécialités.

#### 2.1.4 Le PMSI SSR

Le PMSI SSR a été mis en œuvre en juillet 1998 pour les établissements sous dotation globale de financement. Le PMSI SSR est une création élaborée avec des experts et des professionnels de terrain français. Aucun modèle étranger n'a été « copié » pour cet outil contrairement au PMSI MCO. Il est intéressant de se pencher sur le PMSI SSR dans la mesure où ce dernier a largement inspiré le PMSI psychiatrie. Le PMSI SSR repose aujourd'hui sur deux outils :

- L'outil de recueil, qui, sur le modèle du RSS du PMSI court séjour, est le Résumé Hebdomadaire standardisé ;
- L'échelle de classification de l'activité qui est celle des Groupes Homogènes de Journées.

Le PMSI SSR ne retient pas la durée de séjour comme pour le court séjour mais le nombre de journées de soins au cours d'une semaine donnée. Ce principe sera repris dans le PMSI psychiatrie.

Pour construire ces outils, un certain nombre d'éléments ont été pris en compte :

- La grande variabilité de la durée de séjour pour une pathologie donnée : ce critère ne pouvait donc être retenu pour une classification valorisée à la durée moyenne de séjour, la solution adoptée a été celle de la classification à la journée pondérée.
- La variation fréquente dans les pathologies associées, le niveau de dépendance et surtout dans la prise en charge d'un patient au cours de son séjour : c'est la raison du recueil hebdomadaire.
- L'importance de la dépendance comme facteur de consommation de ressources (en particulier de temps de soins) : la dépendance a été retenue pour le recueil et comme variable classante dans l'algorithme en GHJ.

Ces caractéristiques seront également observées en psychiatrie et c'est pourquoi les mêmes principes seront retenus par la mission PMSI psychiatrie. L'avancée des travaux en SSR a permis à la Mission PMSI psychiatrie de reprendre des outils déjà construits et de se concentrer sur la détermination des variables classantes et de la classification.

## 2.2 La Mission PMSI psychiatrie

### 2.2.1 La construction de l'outil

Les travaux sur le PMSI en Santé Mentale ont débuté en 1989 par une circulaire de la Direction Générale de la Santé<sup>13</sup> faisant appel à candidature de sites volontaires pour promouvoir la création d'un DIM. Ce sont 13 établissements qui ont été désignés, « le groupe des 13 », pour préparer la gestion de l'information médicale dans les établissements ou services psychiatriques. Mais faute de résultat, la commande a été modifiée : il s'agit désormais de construire un outil d'évaluation médico économique en santé mentale. C'est le rapport d'avril 1994 qui viendra entériner le début des travaux. Plusieurs hypothèses sont posées et les spécificités de la psychiatrie sont sans cesse rappelées.

*« 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 de soins probable (...) exige la constitution préalable d'une importante base de données sur les caractéristiques des patients traités et les soins prodigués dans les secteurs psychiatriques en France »*<sup>14</sup>. Ce rapport a donné lieu à la scission du Groupe des 13 en deux groupes techniques :

- Groupe technique n° 1: Mise en œuvre des moyens de collecte de données normalisées pour constituer une base d'étude pour la recherche :
  - o d'indicateurs prédictifs,
  - o des poids respectifs des journées selon les caractéristiques des situations de soins rencontrées,
  - o de la description des activités ambulatoires,
  
- Groupe technique n° 2 : Etude des trajectoires de soins

---

<sup>13</sup> 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 ».

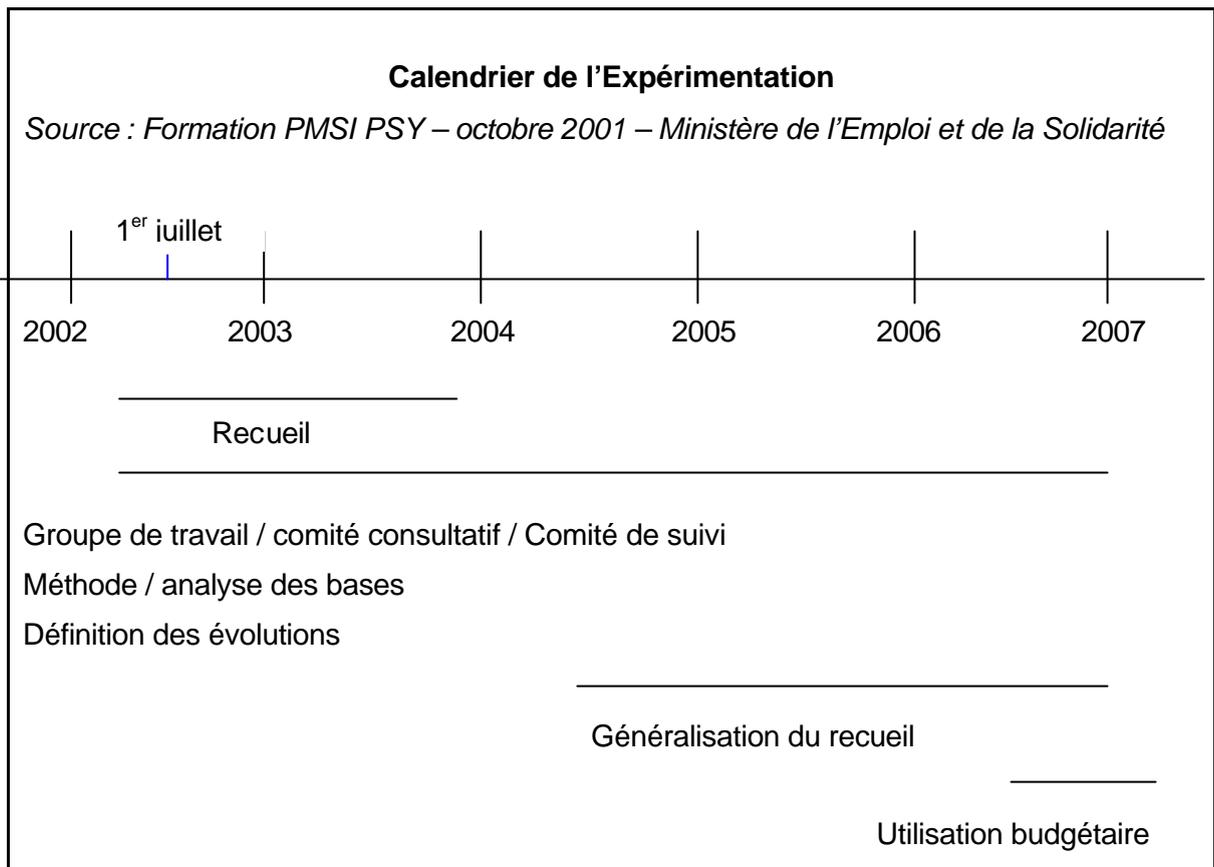
<sup>14</sup> Rapport du Groupe des 13, avril 1994

En 1996, puis en décembre et janvier 1997/98 ont été organisées des recueils de données dans des établissements volontaires pour constituer une base de données nationale. Selon les résultats extraits de ces premières collectes, une sélection d'items pertinents pour un PMSI en Santé Mentale a pu voir le jour. Le groupe technique a alors élaboré un recueil standardisé d'informations contenant des variables classantes, des variables utiles au travail sur les trajectoires et des variables pertinentes issues de la FPP.

La généralisation du recueil au premier semestre 2002 a été abandonnée en accord avec les organisations syndicales, la performance de l'outil étant jugée par beaucoup insuffisante. Pour améliorer l'outil, il a été décidé de mettre en place une nouvelle expérimentation dans quelques régions (Rhône Alpes, Aquitaine, Lorraine, Ile de la Réunion, et certains établissements volontaires) débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2002, pour une période de 18 mois<sup>15</sup>. Les objectifs de cette expérimentation sont d'étudier plus précisément le rôle discriminant des variables classantes, voire de mettre en évidence d'autres variables qui auraient un pouvoir explicatif du coût et de tester la classification. L'analyse des trajectoires des patients sera également réitérée. Cette période d'expérimentation doit être aussi mise à profit pour établir les modalités de contrôle de qualité des données et préparer l'échelle de pondération (valorisation des différentes prises en charge).

---

<sup>15</sup> Circulaire DHOS n°625 du 19 décembre 2001 relative à la mise en œuvre du PMSI psychiatrie à titre expérimental



Ainsi cet outil ne se limite pas à une analyse médico-économique. Le recueil comprend des données :

- directement utiles aux objectifs médico-économiques (données classantes) ;
- utiles au travail sur les trajectoires de soins (évolutivité de l'outil) ;
- à finalité épidémiologique (continuité par rapport à la FPP).

### 2.2.2 Présentation de l'outil PMSI psychiatrie

Si l'objectif du PMSI en Santé Mentale reste identique à celui mis en place en MCO, les modalités de recueil de l'activité sont différentes et reposent 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 externe ;

- L'action pour les activités de prévention, d'information ou de soutien d'équipes effectuées au bénéfice d'une institution ou d'une population particulière et non au bénéfice d'un patient. Ces activités sont appelées actions pour la communauté.

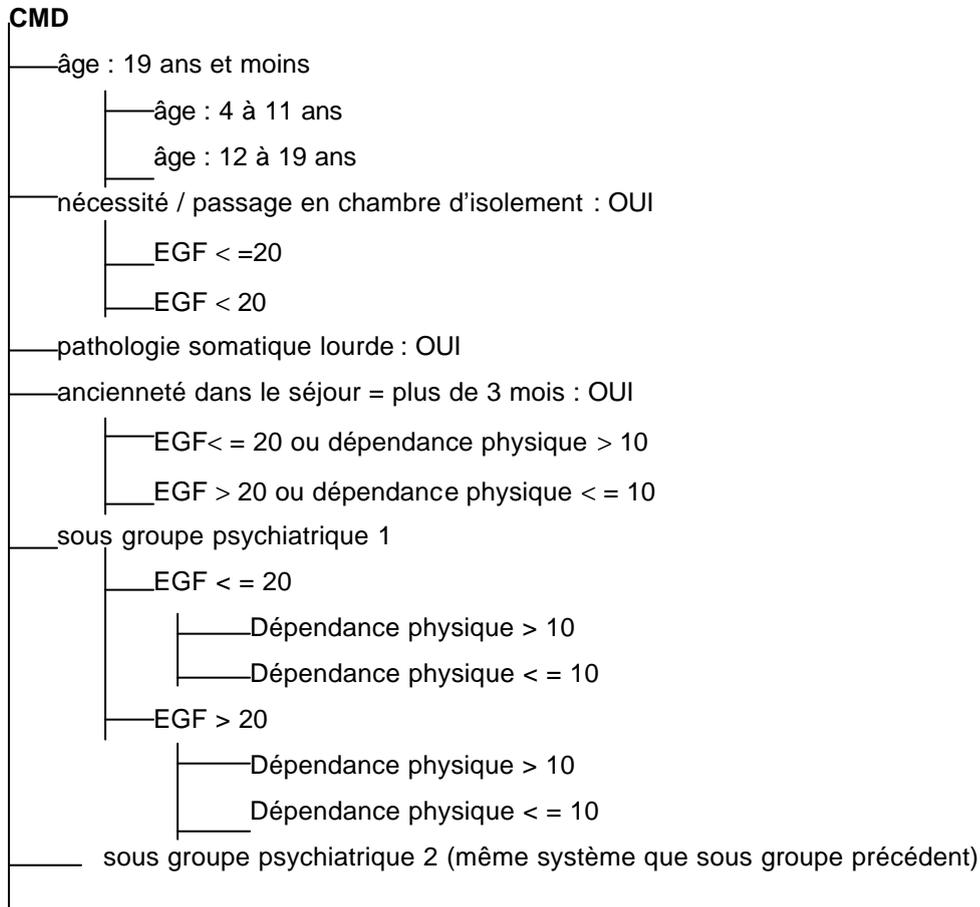
L'un des objectifs du PMSI est le calcul d'un coût de référence pour un certain nombre de prises en charge classées en Groupes Homogènes de Journées (GHJ) pour ce qui concerne l'hospitalisation à temps plein ou à temps partiel, et en actes pour tout ce qui concerne les prises en charge en ambulatoire. Il résulte de cette distinction trois types de recueil :

- Un recueil pour l'hospitalisation à temps complet : classement des journées en GHJ ;
- Un recueil pour l'hospitalisation à temps partiel : classement des journées en GHJ ;
- Un recueil pour les actes ponctuels : classement en Groupes Homogènes d'Actes (GHA)

### **Pour l'hospitalisation temps plein**

La combinaison des critères repérés comme les plus explicatifs constitue l'arbre de décision à l'origine des différents GHJ. Il est nécessaire de préciser que ces critères ne sont pas les plus explicatifs pour tous les GHJ puisque la mission PMSI a fait le choix de privilégier la lisibilité et la compréhension de la classification plutôt que la justesse de l'ordre des critères en fonction de leur caractère explicatif.

**Arbre de décision :  
hospitalisation temps plein CMD F0 à F7 et à la CMD F1 + (F3 ;F6)**



Pour une meilleure lisibilité, le premier niveau de la classification est la catégorie majeure de diagnostic (nomenclature CIM 10) même si ce n'est pas la variable la plus discriminante. A celle-ci sont ajoutées des variables dites « classantes » comme l'âge ou l'isolement thérapeutique. On affine aussi la classification à l'aide des sous-groupes de diagnostics psychiatriques (de 2 à 6 selon les CMD).

Le recueil des données se fait chaque semaine calendaire de manière rétrospective. Ce choix conduit à produire autant de Résumé Hebdomadaire Standardisé qu'il y a de semaines dans le séjour du patient. Ainsi au CHS de la Savoie, la durée moyenne de séjour étant de 47 jours en hospitalisation complète pour les adultes en 2002, il sera nécessaire de produire en moyenne 6 ou 7 RHS pour le séjour d'un patient.

### Le Résumé Hebdomadaire Standardisé

- Données utilitaires : repérer le dispositif institutionnel fournissant les soins à la personne soignée
  - o N° FINESS
  - o N° d'unité médicale
  - o N° d'identification permanent du patient (IPP)
  - o N° de séjour
  - o Type d'activité (nomenclature SAE)
- Données documentaires sur le patient : données de la fiche patient
  - o Sexe
  - o Date de naissance
  - o Code postal de résidence
  - o Patient SDF : oui ou non
  - o Situation familiale
  - o Mode de vie
  - o Activité professionnelle
  - o Allocation (AAH, RMI..)
  - o Mesure de protection (curatelle, tutelle)
  - o Année de 1<sup>ère</sup> prise en charge dans le service
  - o Ancienneté de séjour (classant)
  - o Mode de scolarisation
- Données sur le séjour :
  - o date et mode d'entrée
  - o date et mode de sortie
  - o nombre de journées de présence
  - o structure d'accueil (hospitalisation de jour ou CATTP)
  - o recours à l'isolement (classant)
  - o échelle d'évaluation globale de fonctionnement psychologique
  - o EGF (classant)
  - o Echelle de dépendance (classant)
  - o Diagnostic principal (classant)
  - o Diagnostic psychiatrique associé significatif (classant)
  - o Diagnostic somatique significatif (classant)
  - o Diagnostic psychiatrique longitudinal
  - o Facteurs environnementaux
  - o Cause externe de morbidité et de mortalité

### Hospitalisation et accueil de jour

Les principes de la classification sont les mêmes que pour l'hospitalisation à temps complet. Les structures de prise en charge sont essentiellement les hôpitaux de jour et les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). Les variables classantes sont : mode de venue (journée, demi-journée, nuit), âge (4/11 ans, 12/19 ans, plus de 19 ans, plus de 70 ans), mode de scolarisation des patients de moins de 19 ans, dépendance relationnelle, échelle d'évaluation globale du fonctionnement psychologique, sous-groupe psychiatrique dans la CMD F8. L'arbre de décision repose, comme pour

l'hospitalisation complète, sur les variables classantes précédemment citées. Le recueil des données est hebdomadaire.

### **Description des actes ponctuels**

Les personnes suivies dans un CMP peuvent être vues une fois par l'équipe pluridisciplinaire ou de nombreuses fois, de manière régulière. Cette particularité implique un autre mode de relevé d'activité que la semaine. L'activité sera saisie contact par contact, sous forme d'un Recueil d'Information Standardisé Externe (RIS-E). Le recueil se décompose en 3 volets :

- Un volet identifiant patient commun au RHS, qui reprend les données socio-démographiques et de morbidité ;
- Un volet RIS-E spécifique : il s'agit de décrire pour chaque patient et selon 7 axes, les actes réalisés, que ces actes aient été effectués par un ou plusieurs intervenants, pour le patient individuellement ou pour le patient dans un acte de groupe ;

Les actions réalisées pour la communauté concernent essentiellement la prévention. Un Résumé d'Information Standardisé des Actions pour la Communauté (RISC) est prévu à cet effet.

### **2.2.3 Des questions restent posées**

Deux volets essentiels dans la construction de l'outil PMSI restent à approfondir : la réflexion sur les trajectoires des patients et la pondération économique de cet outil.

### **Les trajectoires de soins**

Les deux groupes techniques n'ont pas à ce jour complètement finalisé leurs travaux. En effet, le travail sur les trajectoires de soins n'a pas abouti compte tenu, en particulier, du manque de données sur une période significative. Les trajectoires relient le patient ( défini par ses caractéristiques propres et éventuellement par celle de son lieu d'accueil) à ses différents contacts avec le système de soins, ces derniers étant définis par leur nature et leur poids économique. L'hypothèse de départ est : le poids économique d'une prise en charge thérapeutique considérée dans sa globalité sur un an, voire sur plusieurs années est « prédictible » par les caractéristiques sociales, médicales du patient (y compris les

consommations de soins antérieures) et par les caractéristiques des structures qui l'accueillent.

Les travaux<sup>16</sup> menés ont validé la notion de trajectoire qui peut être démultipliée en fonction de l'intensité de la prise en charge en 12 trajectoires types qui sont « ponctuelles », « intermédiaires » ou « permanentes ». Il a été démontré que l'on peut associer un profil de patient donné à des parcours de consommation de soins privilégiés. Mais il reste néanmoins difficile de rendre opérationnel ces travaux dans une perspective budgétaire puisque :

- La base de donnée utilisée (FPP) n'est pas adéquate : manque d'éléments dans l'optique d'une approche longitudinale ;
- La non-fiabilité des données ;
- Le champ de la psychiatrie est peu normalisé ;
- L'inexistence de donnée sur les coûts des différentes prises en charge ;
- Les outils propres à une véritable analyse des trajectoires sont encore insuffisamment développés.
- Seules des données des établissements publics sectorisés sont disponibles mais aucune donnée du secteur privé ;

Cette analyse longitudinale de la consommation se poursuit et bénéficiera d'une base de données plus adéquate après l'expérimentation PMSI.

### **La pondération économique**

Un élément clef du dispositif n'est pas encore construit : l'échelle de pondération afin de valoriser économiquement les groupes et les actes et de mettre en œuvre un mécanisme de correction des bases budgétaires pour réduire les inégalités. En effet le PMSI, dans son application budgétaire, est fondé sur une analyse du volume d'activité des établissements, exprimés en points ISA. Cette démarche implique que la classification soit pondérée en fonction de leur poids économique relatif. Pour l'instant seule la classification telle qu'elle est présentée ci dessus est élaborée et les recueils définis.

Plusieurs travaux fournissent des systèmes de pondération relatifs entre 3 types de prise en charge. Un travail mené à la Direction financière de la DHOS<sup>17</sup> analyse, sur la base

---

<sup>16</sup> BAUER D. Trajectoires de soins, DHOS, 2001

<sup>17</sup> SUEUR C. Recherche d'indicateurs d'activité en psychiatrie, Rapport de stage au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DHOS, Sous direction des affaires financières, juillet 1999.

d'un échantillon d'établissements, le rapport existant entre les coûts directs totalisés avec les coûts indirects, comparés avec l'activité mesurée en nombre de journées, venues ou actes. Ce travail établit que le coût moyen d'une journée en hôpital temps plein est de l'ordre de 230 euros, celui d'une venue à temps partiel est légèrement supérieur à 130 euros, enfin un soin ambulatoire atteindrait 80 euros. Ce qui en terme d'échelle de pondération aboutit à un coefficient de 1 pour le temps complet, à un coefficient de 0,58 pour le temps partiel et de 0,35 pour les soins ambulatoires en psychiatrie adulte. Ce type d'analyse a été renouvelé par différents groupes de travail ou d'experts qui n'ont pas abouti au même rapport, les écarts entre les deux modes d'hospitalisation à temps partiel et le temps complet sont plus élevés. La pondération économique du PMSI est encore aujourd'hui à construire, tant au niveau de l'échelle de pondération qu'au niveau d'un indice synthétique de consommation.

De plus, différents travaux ont été effectués pour l'intégration du « coût soignant », c'est à dire connaître ce que représente pour chaque GHJ la part de soins effectuée par l'équipe soignante pour le patient. Ces études sont d'autant plus intéressantes pour la psychiatrie que les dépenses en personnel représentent plus de 80% du budget. Plusieurs méthodes ont été développées :

- Indices de Pondération de Soins Infirmiers qui attribuent un temps standard de soins en fonction de la pathologie ;
- Le Programme de Recherche en Nursing : liste d'actes de soins répertoriés et minutés pour chaque unité de soins;
- Les Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée : 3 types de soins sont répertoriés (soins de base, soins techniques et soins relationnels) cotés chaque jour par l'équipe soignante selon la « lourdeur » de la prise en charge.

Ces différentes méthodes sont intéressantes mais ne satisfont pas aux règles et au cadre du PMSI, tel qu'il est proposé aujourd'hui. Il s'agit ici de mesurer la charge de travail alors que le PMSI n'a vocation qu'à relever une activité.

L'utilisation budgétaire du PMSI pour les établissements psychiatriques, ne pourra se faire, au plus tôt, que pour le budget 2007, c'est à dire quand le groupe ministériel pourra étudier des années pleines de recueil et des données, dont la qualité et l'exhaustivité seront plus satisfaisantes.

### 2.3 L'expérimentation : état des lieux

L'expérimentation du PMSI concerne 208 établissements : 103 établissements des 4 régions pilotes (Rhône Alpes, Aquitaine, Lorraine, Ile de la Réunion) et 105 établissements volontaires (dont 30 en Ile de France, 20 établissements en PACA qui ont essentiellement un statut privé et 8 dans le Nord Pas de Calais). Ces établissements s'engageaient à partir du 2<sup>ème</sup> semestre 2002 à fournir les RIS-HC, les RIS-HP, les RIS-E, les RIS-C. En contrepartie, des crédits pérennes pour renforcer les moyens humains ou techniques dédiés à l'Information Médicale leur ont été attribués.

En août 2003, après 14 mois d'expérimentation, 125 établissements ont démarré le recueil en 2002 ; le retour des bases de données s'est fait lentement et la plupart des établissements ont envoyé leurs données à l'ATIH en septembre 2003. 60 établissements ont démarré le recueil en 2003 ou démarreront en 2004. 20 établissements sont sortis de l'expérimentation. Ainsi, les établissements expérimentateurs malgré les réticences multiples et la lourdeur que représente une telle expérimentation du point de vue organisationnel, ont répondu à la commande du Ministère qui dispose aujourd'hui d'une base de données satisfaisante en terme de quantité. Une étude de cette base de données, notamment au regard de l'exhaustivité et de la qualité des réponses, sera présentée par l'ATIH à tous les établissements concernés.

Il est d'ores et déjà possible de souligner que le temps imparti pour une telle expérimentation était insuffisant. En effet, les établissements ont consacré en moyenne 9 mois à la mise en place pratique de l'expérimentation : achat du logiciel, formation des agents, organisation du DIM... De plus, il a été constaté que les établissements ont souffert de leurs systèmes d'information non performants. Seuls 30% des hôpitaux disposent d'un système d'information hospitalier. R. BEUSCART a présenté dans son rapport de 1998<sup>18</sup> un état des lieux catastrophique. Les Systèmes d'Information Hospitalier sont aujourd'hui inadaptés aux besoins : non centrés sur le patient, essentiellement administratifs, ils font une place insuffisante à l'informatisation des processus de soins. Souvent vieillissants et peu évolutifs, ils sont faiblement sécurisés,

---

<sup>18</sup> BEUSCART R. Rapport au Premier Ministre sur les enjeux de la société de l'information dans le domaine de la santé 1998.

cloisonnés, basés sur des applications verticales, peu communicantes. Au-delà de ce problème technique, nombreux sont les établissements qui ont eu des difficultés à s'approprier l'outil, les règles de codage ou de groupage. Ces difficultés ont conduit la mission PMSI à reconduire l'expérimentation au-delà de décembre 2003, pour une année supplémentaire.

L'objectif principal de cette expérimentation reste de construire un outil qui permette une meilleure planification et une plus juste allocation budgétaire. Mais les réticences, si elles n'ont pas bloqué la montée en charge de l'expérimentation, ont fait émerger de nombreuses critiques à l'encontre du PMSI.

### **3. LA MISE EN CAUSE DE L'OUTIL PMSI PAR LES PROFESSIONNELS**

Depuis le début des réflexions qui ont été menées sur la construction d'un outil de mesure médico économique en psychiatrie, il existe au sein des professionnels de santé plus de sceptiques que de convaincus.

#### **3.1 L'utilité même d'un tel outil est contestée**

Le PMSI a connu une histoire chaotique notamment depuis que son application, sous une forme nouvelle, a été étendue à la psychiatrie.

La Direction des hôpitaux a étendu l'outil à la psychiatrie au regard de ce qui avait déjà été mis en place en MCO et en SSR, compte tenu du fait que les modes de financement sont identiques et doivent donc suivre les mêmes règles. Mais la mesure de l'activité ne fait pas partie de la culture psychiatrique, qui rejette tout système de classification, de normalisation. En effet, les professionnels se sont interrogés sur la pertinence d'un outil qui risque de briser la relation interindividuelle patient / soignant au profit de groupes homogènes d'iso consommateurs. De plus, l'histoire de la psychiatrie était basée sur les principes de gratuité et d'anonymat. Or ces principes n'ont plus aucune substance à l'heure du PMSI qui mesure l'activité, traite l'information médicale et peut permettre au final une allocation budgétaire plus « juste ».

La psychiatrie est également inquiète de l'introduction d'un tel outil au regard de la charge de travail que celui-ci pourrait représenter. En effet, dans un contexte où les 35 heures ont très largement remis en cause le temps de présence des équipes soignantes, un nouveau relevé d'activité, plus consommateur de temps notamment médical (codage des diagnostics), est accueilli avec beaucoup de réticences. De plus, le PMSI n'a pas une utilité directe pour le médecin ou l'équipe soignante. Il ne s'agit pas d'un outil d'aide au diagnostic ou à la décision thérapeutique ; il s'agit d'une approche statistique définissant des profils types. Cette démarche apparaît donc aux yeux des professionnels comme un travail purement administratif qui n'apporte aucune valeur ajoutée aux soins. Il s'agit ici de la confrontation entre une préoccupation de santé publique et un souhait de soins individualisés.

Le PMSI mesure l'activité d'un point de vue quantitatif uniquement. La qualité des soins n'est pas prise en compte. Il s'agit, pour les professionnels, d'un outil de mesure économique, qui semble ne répondre qu'aux intérêts administratifs.

### 3.2 Un outil dont les modalités sont remises en cause au regard de la pratique

Le PMSI, tel qu'il a été présenté précédemment, pose de nombreuses questions aux professionnels de santé. Le diagnostic en psychiatrie ne préjuge pas du mode de prise en charge. En effet, il existe un panel de prise en charge très large pour chaque diagnostic en fonction de l'école de psychiatrie, du projet médical de l'établissement ou des pratiques courantes. Ainsi, la prédictivité du diagnostic en terme de consommations de soins, de durée moyenne de séjour est nulle. L'état des patients peut être en effet très différent même si ceux-ci ont un diagnostic identique. Faute de consensus sur les modalités de prise en charge, le PMSI qui est construit pour déterminer des groupes homogènes de journée (en terme de consommation de soins) risque d'agglomérer des données très disparates.

En outre, l'effet structure renforce le manque d'homogénéité. D'un établissement à l'autre, les structures en intra ou en extra hospitalier sont plus ou moins développées. Pour le patient, cela signifie qu'il sera pris en charge différemment et que la durée moyenne de séjour pourra être également différente. Or la structure détermine en partie le coût d'une prise en charge, plus élevé pour une hospitalisation à temps complet que pour une prise

en charge à temps partiel. La composition du secteur va également bouleverser quelque peu l'activité de l'établissement. Une étude de la DHOS<sup>19</sup> montre que les secteurs ne sont plus découpés de manière homogène au niveau quantitatif<sup>20</sup> et que leurs populations sont très hétérogènes du point de vue du sexe, de l'âge et de la prévalence de certaines maladies mentales. Tous ces éléments montrent combien il est difficile de comparer les établissements psychiatriques et les patients, même présentant une pathologie similaire.

Le fait de ne valoriser que les actes de soins directs ne concourt pas non plus à un état exhaustif de l'activité produite conforme à la réalité. Les actes médicaux directs ne représentent qu'une part faible par rapport aux actes indirects ou aux actes dits « relationnels ». Ainsi, le PMSI ne donne qu'une explication partielle du coût de la prise en charge.

Les professionnels ne reconnaissent pas la pertinence des variables classantes. Le PMSI cherche un compromis entre une homogénéité économique et une homogénéité clinique des groupes. Plus on renforce l'homogénéité économique, plus on risque d'affaiblir l'homogénéité clinique. En effet une faible variance intra-groupe et une variance élevée inter-groupe est nécessaire mais difficile à atteindre. L'outil PMSI est certes basé sur des règles statistiques, mais il doit conserver un sens pour les soignants. De plus, ces variables classantes valorisent certains actes, jugés « intensifs » en terme de soins, qui ne doivent pas pour autant être standardisés sous prétexte qu'ils seraient plus « rémunérateurs » : la mise en chambre d'isolement par exemple.

Les critiques sont nombreuses, et les sceptiques plus encore. Lors des derniers Etats Généraux de la Psychiatrie du 5 et 7 juin 2003 à Montpellier, l'Assemblée Générale a déposé un certain nombre de motions, à destination du Ministre de la santé, dont le retrait pur et simple du PMSI. Cette motion ne tient pas compte du fait que l'expérimentation du PMSI, telle qu'elle est organisée, a prévu de faire évoluer l'outil dans le sens d'une plus grande adéquation avec la réalité psychiatrique. C'est la suppression de l'outil qui est demandée, sans aucune proposition d'un autre outil, d'une autre organisation.

Il est nécessaire, même si les résultats de l'expérimentation paraissent satisfaisants, d'associer de nouveau les psychiatres, les sociétés savantes et les syndicats de

---

<sup>19</sup> BAUER D. Trajectoire des patients en psychiatrie, DHOS, janvier 2001

<sup>20</sup> Les secteur peuvent aller du simple au double par rapport au niveau initialement déterminé de 70000 habitants

psychiatres aux réflexions sur les évolutions de l'outil et sur ses modalités d'application. Une adhésion de l'ensemble des professionnels est essentielle pour la généralisation du PMSI, et le manque d'intérêt et les résistances même passives des professionnels sont des facteurs de blocage qui ne doivent pas être négligés.

## **PARTIE 2 :**

### **L'INFORMATION MEDICALE : ENJEU MAJEUR A L'HOPITAL**

# **1. RESISTANCES FACE A UNE APPROPRIATION MULTIPLE ET EXTERNE DE L'INFORMATION MEDICALE**

## 1.1 Un changement « prescrit » et non un changement « construit »

### 1.1.1 Une démarche perçue comme administrative et « descendante »

L'expérimentation du PMSI en psychiatrie a été vécue par les professionnels de la santé des régions pilotes comme une charge de travail supplémentaire que le Ministère leur imposait et qui ne représentait pas un intérêt direct pour le soin. Cette démarche a été prescrite mais en aucune façon construite par les établissements<sup>21</sup>. En effet le PMSI est issu de travaux d'experts, « le groupe des 13 », qui ont peu communiqué en amont sur ce projet.

Ce manque de communication a jeté le discrédit sur cette démarche qui n'a pas intéressé les professionnels a priori. Les établissements n'étaient pas préparés à l'expérimentation qui demandait pourtant un investissement important des professionnels et un investissement financier non moins important en terme d'équipements informatiques notamment. Les systèmes d'information hospitaliers cloisonnés et essentiellement administratifs n'étaient pas prêts à répondre à une telle commande. La mise en œuvre du PMSI a été de ce fait beaucoup plus longue que ce qui avait été prévu par le ministère : de 9 à 12 mois en moyenne.

Le PMSI modifie :

- **L'organisation interne des services** : la FPP était remplie par les secrétaires médicales essentiellement, et ne relevaient que les données administratives du patient, ses modes de prise en charge et un diagnostic<sup>22</sup>. Les exigences du PMSI sont toutes autres puisque les items relatifs au diagnostic, aux différentes échelles de dépendance ne peuvent être remplis que par le médecin d'une part et les

---

<sup>21</sup> Concepts de changements organisationnels : le changement prescrit est une dynamique qui repose sur les dirigeants qui imposent une nouvelle organisation ; le changement construit fait émerger une nouvelle organisation grâce à la force de proposition des différents acteurs de l'organisation.

<sup>22</sup> Le diagnostic n'est pas défini : les professionnels ont interprété différemment cet item en choisissant le diagnostic principal, le diagnostic associé ou encore le diagnostic longitudinal.

soignants d'autres part. Il s'agit d'un partage du relevé d'activité contraignant pour les équipes et qui bouleverse les méthodes de travail. De plus ce relevé doit être effectué périodiquement, alors que la FPP était remplie en fin de mois généralement, et parfois même en fin d'année.

- **La « culture » du secret médical** dans la mesure où, désormais, il est demandé à chaque professionnel de transmettre des données médicales au DIM. De plus, ces données, après anonymisation, sont aussi transmises à des non soignants comme la Direction de l'établissement et aux tutelles.
- **La place de l'informatique** qui doit devenir un outil quotidien du médecin et des équipes soignantes alors même que l'informatique était jusqu'alors « réservé » aux administratifs.

### 1.1.2 La résistance au changement

Ces nombreux changements prescrits ont immédiatement engendré une résistance de la part des professionnels du CHS de la Savoie. F. KOURILSKI analyse cette réaction au sein des organisations : *« le fait de décréter un changement déclenche généralement un peu plus d'immobilisme dans les organisations »*<sup>23</sup>. Il s'ensuit en général une phase de résistance : *« un professionnel peut opposer à tout changement dont il ne verrait pas la nécessité, une force d'inertie pratiquement incontournable »*<sup>24</sup>.

De plus, cette résistance a été forte au sein du CHS dans la mesure où certains professionnels se sont sentis en danger face à un risque de perte de pouvoir, de zone d'influence. CROZIER et FRIEDBERG<sup>25</sup> envisagent l'organisation comme un système politique résultant du jeu des acteurs qui ont un intérêt à défendre leurs acquis, leur zone d'influence. Ces acteurs utilisent l'information dont ils disposent, leur savoir-faire et le réseau qu'ils se sont forgés pour défendre cette zone. Ainsi cette résistance au changement est analysée comme tout à fait rationnelle au niveau de chaque acteur de l'organisation.

---

<sup>23</sup> KOURILSKI F. La communication, levier du changement à l'hôpital, Soins Formation Pédagogie Enseignement n°19, 3<sup>ème</sup> trimestre, 1996

<sup>24</sup> CREMADEZ M. Les clefs de l'évolution du mode hospitalier, Cahier de Gestion Hospitalière, n°266, mai 1987

<sup>25</sup> CROZIER et FRIEDBERG L'acteur et le système, Paris édition le Seuil, 1977

Et de ce fait, tout changement est accepté dès lors que l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose, et en tout cas, s'il sent qu'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences du changement<sup>26</sup>. Il ne sert à rien de décréter, de convaincre de changer mais il faut donner envie de changer. Or au niveau national et au niveau local, l'expérimentation a souffert d'un manque d'informations chronique quant aux bénéfices que l'établissement et les professionnels pouvaient retirer de cette démarche. De plus il doit être souligné ici que la culture française accepte difficilement les changements imposés par le « haut », les tutelles. La méfiance est toujours de mise quand un projet émane de l'administration centrale. L'immobilisme et la résistance passive ont été les réponses les plus courantes au CHS de la Savoie. Cette résistance de la part des professionnels peut certainement s'analyser comme une crainte de perdre une partie de leur pouvoir notamment au regard du partage de l'information médicale, qui reste un enjeu essentiel à l'hôpital.

## 1.2 La problématique de l'information médicale

### 1.2.1 L'information médicale : qu'est ce que c'est ?

Depuis toujours et partout l'information est un élément de communication précieux auquel il est conféré la caractéristique d'être un enjeu de pouvoir. L'information médicale n'échappe pas à cette règle.

Les informations médicales regroupent l'ensemble des données destinées aux actions diagnostiques, thérapeutiques ou de prévention. Il s'agit de données personnelles et nominatives, liées à l'intimité de la personne soignée. L'information médicale peut être écrite ; contenu du dossier médical par exemple ; ou oral : contenu d'une consultation.

Par données nominatives, on entend des données décrivant une personne parfaitement identifiée. Il peut s'agir aussi bien de données concernant la vie sociale, professionnelle ou l'état de santé d'un individu. La même donnée nominative, par exemple l'âge ou le sexe, peut être considérée comme une donnée administrative, médicale ou infirmière suivant l'usage qui en est fait. La protection des données revêt deux aspects, celui de l'intégrité et celui de la sécurité. L'intégrité signifie que les données doivent être valides et

---

<sup>26</sup> BERNOUX P. La sociologie des organisations, Paris édition le seuil, 1985

accessibles à tout moment. La sécurité signifie qu'elles doivent être protégées contre des accès non autorisés, intentionnels ou non, afin de respecter leur confidentialité.

En France, la protection des informations personnelles et la définition des droits des patients ont acquis une base légale solide depuis l'adoption par l'Assemblée nationale de la loi du 6 Janvier 1978, intitulé Informatique Fichiers et libertés. Cette loi qui contient des dispositions générales sur le développement, l'utilisation et la protection des fichiers informatiques doit être intégrée avec les articles existants du Code de déontologie médicale<sup>27</sup>, du Code pénal sur la violation du secret professionnel<sup>28</sup> et du Code de la santé publique<sup>29</sup>. La convention du Conseil de l'Europe de 1981<sup>30</sup> énonce que « *la connaissance de l'état de santé d'une personne constitue une information qui relève de l'intimité de sa vie privée et qui est protégée par le secret médical* ». De plus la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé a réaffirmé que « *le secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne prise en charge venue à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel des établissements ou organismes participant à la prévention et aux soins et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel intervenant dans le système de santé* »<sup>31</sup>.

Cette protection juridique forte montre combien l'information médicale est sensible tant au niveau de son intégrité que de sa confidentialité. Le corps médical est le garant historique de ces données et il est le plus souvent le seul à les posséder dans leur intégralité. Le Code de Déontologie Médicale prévoit un partage de cette information avec les médecins qui collaborent au diagnostic ou au traitement ou avec le médecin traitant du patient<sup>32</sup>. Mais ces données si elles sont transmises d'un médecin à l'autre pour des motifs thérapeutiques, ne sont pas partagées avec d'autres professionnels. La possession de ces données par le corps médical donne à ce dernier un pouvoir certain, qui ne peut être contesté par d'autres professionnels qui ne possèdent pas ces mêmes informations.

---

<sup>27</sup> Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de Déontologie Médicale

<sup>28</sup> Articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal qui pose le contenu et les limites du secret professionnel

<sup>29</sup> Articles L792 et L799 du Code de la Santé Publique

<sup>30</sup> Article 6 de la Convention du 28 janvier 1981 du Conseil de l'Europe

<sup>31</sup> Article 3 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé

<sup>32</sup> Articles 63 et 64 du Code Déontologie Médicale

## 1.2.2 Le partage de l'information à l'hôpital : une acculturation laborieuse

Les informations médicales, longtemps fief sans partage du corps médical, sont de plus en plus diffusées, de manière dérogatoire par rapport à la loi, à des tiers. Cette diffusion a été largement étendue avec la loi du 4 mars 2002 précédemment citée. Cette loi énumère les droits des patients, au regard de l'information médicale qui les concerne :

- L'obligation d'information préalable à l'acte médical : Tout acte médical est subordonné au consentement librement exprimé par son bénéficiaire. Il n'est juridiquement possible que si le patient a été pleinement informé de ses risques et conséquences afin qu'il ne manifeste son indispensable accord ou refus. Le principe du devoir d'information, dont la valeur est désormais légale, est précisé à l'article 1111-2, alinéa 1 du Code de la Santé Publique en ces termes : « *toute personne a droit d'être informée sur son état de santé* ».
- Le secret partagé : « *Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe* »<sup>33</sup>.
- Le droit d'accès au dossier médical par le patient: il s'agit d'un droit d'accès aux informations formalisées (dans le dossier du patient)<sup>34</sup> de manière directe ou par l'intermédiaire d'un médecin. De plus il est reconnu un droit d'accès au dossier médical d'une personne décédée par ses ayants droits dans certaines conditions spécifiées par la loi<sup>35</sup>.
- La désignation d'une personne de confiance par le patient<sup>36</sup> : cette personne nommément désignée par écrit par le patient est chargée d'accompagner le patient dans ses démarches et d'assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. De plus celle ci peut être « *consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin* ».

Ces dispositions ne sont pas révolutionnaires dans la mesure où l'obligation d'information qui pèse sur le médecin était déjà reconnue. Mais les modalités de diffusion de ces informations remettent quelque peu en cause des habitudes :

---

<sup>33</sup> Article L1110-4 du Code de la Santé Publique

<sup>34</sup> Article L 1111-7 du Code de la Santé Publique

<sup>35</sup> Article L 1110-4 du Code de la Santé Publique

<sup>36</sup> Article 1111-6 du Code de la Santé Publique

- Le dossier médical est peu à peu apuré de tout document qui ne serait pas strictement stipulé dans la loi ;
- Le dossier médical n'est plus « propriété »<sup>37</sup> exclusive du corps médical mais il s'agit d'une « propriété » partagée entre le médecin et son patient ;
- Un tiers peut intervenir dans la relation patient /médecin : la personne de confiance.

Cette diffusion, si elle est justifiée au regard des droits des patients, est quelque peu bouleversante pour le médecin qui est, désormais, le garant de l'intégrité, de la sécurité des informations médicales mais aussi de sa diffusion auprès des patients.

En parallèle, la place prise par le traitement automatisé de l'information au sein des établissements de santé ne cesse de croître, notamment depuis l'introduction du PMSI. Cette nouvelle démarche diffuse l'information médicale à des tiers que sont la Direction des établissements de santé et l'ARH. Cette diffusion d'information médicale est différente de celle faite auprès du patient puisqu'il s'agit d'informations anonymisées, qui n'ont plus le caractère de données personnelles et qui, à ce titre, ne sont plus protégées par le secret médical. Pour autant, ceci est vécu par le corps médical comme une dépossession et une atteinte à la sécurité des données.

### 1.2.3 Le DIM : responsable de l'organisation du recueil et du traitement de l'information médicale

Le Département d'Information Médicale a été défini par la circulaire n°303 du 4 juillet 1989. Le rôle du DIM est d'organiser le recueil de l'information médicale et d'assurer la qualité et la sécurité de cette information. De plus le DIM a un rôle de conseils et d'expertises dans les recherches d'évaluation de la qualité des soins, dans la mise en place de protocoles thérapeutiques, de recherches épidémiologiques.

La transmission d'information a posé d'emblée le problème du secret médical partagé avec le DIM, qui est praticien hospitalier mais n'intervenant pas directement dans la prise en charge du patient. Mais la modification de l'article R710-5-1 du Code la santé publique

---

<sup>37</sup> Cette notion de propriété peut paraître impropre puisque le dossier médical, physiquement, appartient à l'établissement de santé, c'est à dire au Directeur. Mais il s'agit ici de souligner l'appropriation du dossier médical par le corps médical.

va préciser que « *les praticiens exerçant dans les établissements de santé publique et privée transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement dans les conditions déterminées par voie réglementaire après consultation de l'Ordre National des Médecins* ». Ainsi, il est nécessaire que le médecin du DIM soit considéré comme un prestataire de service, servant le plus souvent d'interface entre la Direction et les services médicaux, et devant avoir la confiance de ses pairs qui vont lui remettre de l'information à traiter.

Le DIM travaille en étroite collaboration avec la Direction. En effet le Directeur a un rôle à jouer : il arrête après avis de la CME la nature des traitements de données et les retours d'information dont seront destinataires les praticiens, il est membre de droit du Collège du DIM, et il est responsable de la confidentialité des données au même titre que le Médecin du DIM, notamment au regard de son rôle dans la définition du système d'information<sup>38</sup>. De plus le directeur est responsable des archives administratives et médicales. Il existe donc une intrication forte entre la Direction et le DIM :

- Accompagnement logistique et managerial pour le Directeur ;
- Expertise et légitimité du Médecin DIM.

Mais le DIM reste un service médical et il évolue dans les faits dans le même sens que la mouvance médicale de l'établissement. Le CHS de la Savoie ne connaît pas depuis plusieurs années, et en particulier depuis la mise en place de l'expérimentation PMSI, un DIM « fort », c'est à dire un DIM qui joue pleinement son rôle, en terme de traitement et de diffusion de l'information médicale, et qui est soutenu par la Direction et par la CME.

En terme de moyens humains budgétés, le DIM est composé de :

- Un demi-équivalent temps plein de praticien hospitalier, responsable du DIM ;
- Une équipe technique à hauteur de un équivalent temps plein de secrétariat ;
- Un collègue du DIM ;

Cette structure a été complétée lors du contrat d'engagement pour l'expérimentation du PMSI par : 0,5 équivalent temps plein de praticien hospitalier, de 0,5 équivalent temps plein de secrétariat et d'un équivalent temps plein de technicien informatique chargé de la

---

<sup>38</sup> Arrêté du 20 septembre 1994 et circulaire n°16 du 18 novembre 1982

sécurité des réseaux. Seul 0,5 équivalent temps plein de praticien hospitalier reste vacant à ce jour. Le Praticien responsable du DIM travaille actuellement à hauteur de 40% de son temps de travail pour le DIM et le reste du temps dans un service de psychiatrie. Cette double appartenance, si elle est riche du point de vue de l'expertise clinique qu'un praticien en fonction peut apporter, ne facilite pas un positionnement clair vis à vis des autres services médicaux. Le Médecin DIM est d'autant plus « influencé » par ses pairs.

Les psychiatres du CHS sont réticents à l'expérimentation du PMSI et ne sont pas prêts à transmettre les données médicales au DIM. L'anonymisation à la source, c'est à dire dans chaque service en amont de la transmission au DIM, a été exigée par les praticiens au nom de la sécurité des données. Cette exigence ne peut pas être accordée d'un point de vue technique, la qualité des données ne serait plus assurée (risque de doublons par exemple pour l'identification des patients) et le contrôle de la qualité et de l'exhaustivité des données recueillies ne serait plus possible. De plus, cette exigence ne peut être accordée d'un point de vue déontologique puisqu'elle remet fortement en cause la place du DIM dans l'institution et sa légitimité vis à vis du partage du secret médical.

Or un DIM « fort » est essentiel à la démarche du PMSI. Il s'agit d'expliquer, de former les agents, de montrer en quoi un tel outil peut apporter des éléments aux praticiens. Le lien entre la Communauté médicale et le DIM doit être solide et régulier. Le CH du Vinatier (BRON, département 69) organise pour se faire un temps de parole lors des CME pour le DIM, qui présente l'état d'avancement du PMSI, demande un avis ou propose des études épidémiologiques. La CME du CH du Vinatier se sent impliquée dans les démarches de recueil et de traitement de l'information médicale. Mais le positionnement du DIM ne va pas de soi quel que soit l'établissement ; il est pris en étau entre l'administratif et le médical.

Les études sont de plus en plus performantes, la maîtrise des dépenses de santé de plus en plus cadrée et la technologie de plus en plus sophistiquée. Ces évolutions inéluctables demanderont un accompagnement juridique et déontologique, mais aussi une acculturation des professionnels au partage de l'information.

### 1.3 L'outil informatique : le mythe « Big Brother »

Le partage de l'information médicale au sein du CHS a été un des facteurs de blocage à la mise en œuvre de l'expérimentation. Mais ce facteur a été amplifié par la perception

qu'ont les professionnels de l'informatique, outil indispensable à tout recueil et traitement automatisé de l'information.

L'informatisation des hôpitaux est très en retard au regard du monde industriel et même administratif, mais aussi au sein du monde de la santé. L'informatisation de la médecine libérale s'élève à 85% contre 30% pour les hôpitaux. Il n'y a que très peu de systèmes d'information hospitaliers performants en France. Mais le PMSI a bousculé les hôpitaux qui ont été conduits à mener une réflexion sur un schéma directeur informatique et sur les moyens humains et financiers à affecter.

Le CHS de la Savoie, avant le lancement du PMSI psychiatrie, avait déjà un schéma directeur informatique (voir annexe) qui prévoyait entre autre :

- L'extension du réseau à l'ensemble des structures ;
- L'augmentation du parc informatique et de l'équipement bureautique ;
- La sécurité du système ;
- L'installation de nouvelles applications pour la gestion administrative des patients, la gestion des ressources humaines et la gestion économique et financière.

Ainsi le schéma directeur informatique, intégré au Projet d'Etablissement 2000/2004, prévoyait de consolider le système d'information de l'établissement. L'application du schéma directeur n'a été que partiellement réalisée compte tenu des incidences humaines, techniques et financières qu'un tel projet implique. Mais le système d'information, en place au moment du lancement de l'expérimentation du PMSI, offrait des garanties satisfaisantes à un recueil et un traitement de l'information tels qu'ils sont prévus par le PMSI.

Ce sont les équipes soignantes et le corps médical qui sont les plus réticents à mettre en réseau des informations nominatives, pour un traitement global et anonymisé. Le réseau est perçu comme une base de données commune à tous les professionnels, y compris des professionnels non soumis au secret médical, qui ne serait pas protégée et qui le serait d'autant moins dans le cas d'un réseau qui « sort » de l'Etablissement pour aller vers les structures extérieures. L'utilisation de l'informatique par le corps médical est marginale : le papier reste le support le plus répandu. Ce refus d'utiliser l'informatique est due avant tout à une méconnaissance de l'outil et de ses applications. De plus, le médecin est responsable de la sécurité et de l'intégrité des données médicales nominatives qui concernent ses patients.

Le corps médical est peu formé à l'informatique que ce soit en formation initiale ou continue ; ce qui explique en partie les propos quelque peu irrationnels qui sont tenus par rapport à la sécurité du réseau et le manque d'intérêt porté au développement d'un système d'information cohérent au CHS. Il s'agit d'un phénomène de «résistance au changement » comme nous l'avons vu précédemment : l'immobilisme est la réaction à tout changement dont les principaux intéressés ne perçoivent pas la valeur ajoutée immédiate dans le cadre de leurs fonctions.

Ces différentes réactions, refus de partager l'information médicale ou peur du développement de l'outil informatique, empêchent l'expérimentation du PMSI d'avancer. L'acceptabilité sociale est nulle. La Direction du CHS tente donc de développer le volet technique de l'expérimentation et n'essaye pas de convaincre à tout prix. Développer le volet technique d'un projet c'est rendre possible ce projet, mettre à disposition les moyens humains, financiers et techniques nécessaires. Le choix de développer le volet technique et non pas celui de l'acceptabilité sociale a permis de dessiner une première ébauche de la mise en œuvre de l'expérimentation, notamment au niveau informatique.

## **2. UN SYSTEME D'INFORMATION GLOBAL ET COHERENT**

### 2.1 Extension du réseau

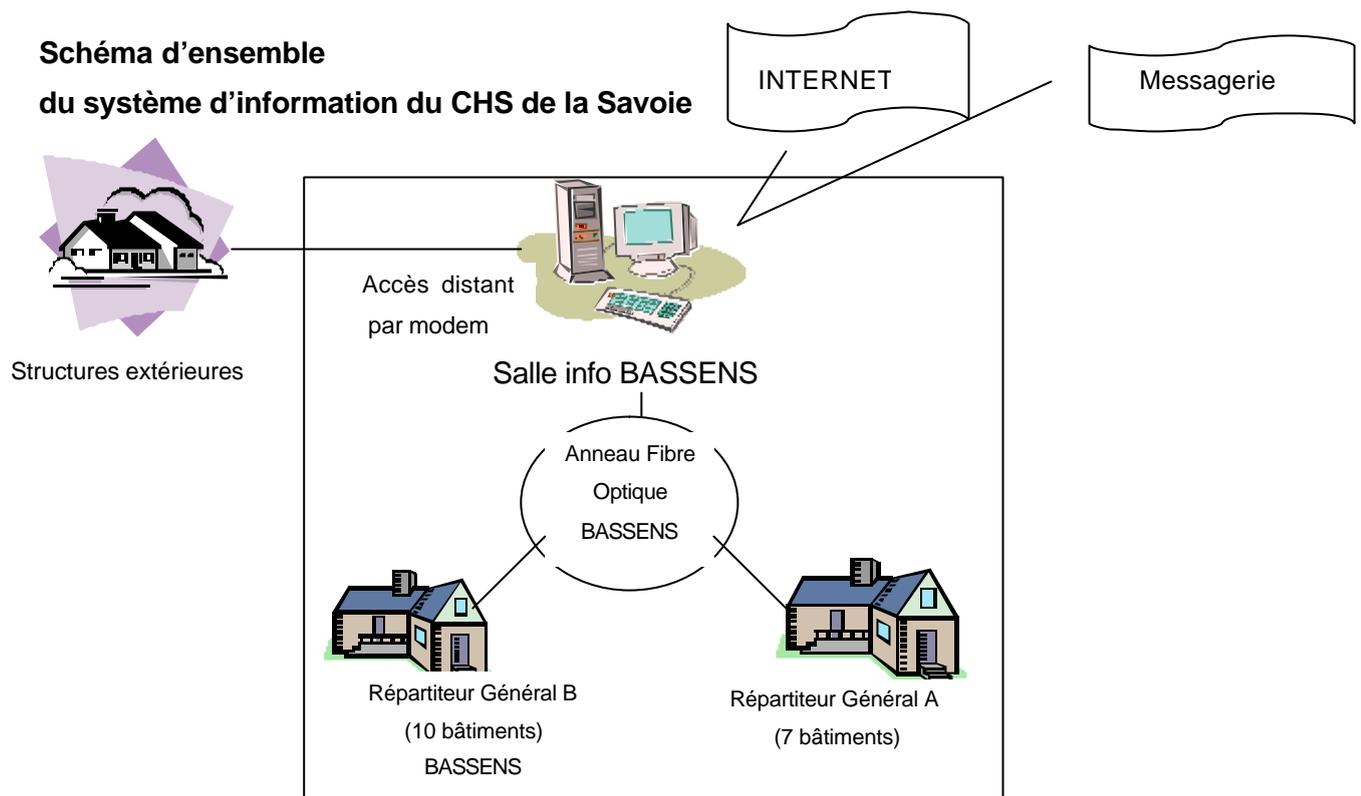
Le volet technique de l'expérimentation consistait à rendre possible le PMSI, en mettant à disposition du matériel et un système d'information accessible à l'ensemble des structures de l'hôpital. Le CHS de la Savoie a développé depuis une dizaine d'années les prises en charge dites extra-hospitalières. Chaque secteur est doté de CMP, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, Hôpital de jour qui accueillent des patients en ambulatoire pour des consultations, activités individuelles ou groupales. Cette prise en charge de secteur, au plus près de la population a multiplié le nombre de structures, qui s'élève au nombre de 45 aujourd'hui. Le CHS de la Savoie connaît donc une dispersion de ses structures sur l'ensemble du département et une accessibilité parfois difficile compte tenu des contraintes géographiques (montagnes, vallées, intempéries..). Cette particularité n'est pas sans conséquence sur la configuration du réseau informatique.

Le réseau informatique du CHS de la Savoie a d'abord été installé sur le site de Bassens, en intra. Les équipements informatiques sont tous reliés au réseau et bénéficient de ce fait de :

- Logiciels spécifiques à certaines directions fonctionnelles : gestion administrative des malades, économique et financière, de ressources humaines et logistiques ;
- Documents informatiques communs ;
- Protections anti-virus mises à jour ;
- Accès Internet, messagerie personnelle en intranet ;
- Sauvegardes régulières de toutes les informations qui transitent par le réseau.

Le réseau constitue pour une organisation aux multiples ramifications, qui ne peut fonctionner qu'en communiquant, une garantie de partage et de sécurité des informations.

L'extension du réseau aux structures extérieures par rapport au site de Bassens, demande des moyens techniques et financiers plus importants. Les accès distants entre les structures sont plus coûteux. L'extension du réseau a de ce fait pris du retard et n'a été rendue possible qu'à l'automne 2002. Le système d'information a été dès lors global, au sens où l'ensemble du CHS a accès aux mêmes informations, aux mêmes outils informatiques et au réseau.



Le système d'information du CHS de la Savoie est réalisé à ce jour au sens de l'interconnexion de l'ensemble des services et des structures. Il y a actuellement 220 postes fixes et 40 portables. Ces postes informatiques sont essentiellement répartis dans les services administratifs et pour les secrétariats des différents services médicaux. L'équipement informatique est peu à peu étendu à d'autres groupes professionnels :

- Equipe soignante : depuis l'installation d'un logiciel de gestion administrative des patients, l'équipe soignante doit tenir à jour les mouvements des patients ;
- Praticiens hospitaliers : ils sont encore peu nombreux à avoir présenté une demande auprès des services informatiques (Comptes rendus de consultation, bilans psychiatriques...).

Les services médicaux restent peu dotés compte tenu d'une utilisation quotidienne limitée. Ce sont les secrétaires médicales qui sont équipées et qui sont chargées, pour un certain nombre de professionnels du service, du maniement de l'outil informatique, pour remplir la FPP par exemple.

La difficulté qui s'est posée à la Direction au moment de l'extension du réseau a été la non-utilisation du réseau par les services médicaux sur le site de Bassens. En effet, beaucoup de praticiens hospitaliers, par manque de confiance quant à la sécurité des informations médicales, refusent toute utilisation de la prise réseau. Cette pratique n'a pas remis en cause l'extension du réseau aux structures extérieures mais a soulevé le problème de la confiance des professionnels. Un système d'information ne peut être global et cohérent qu'à la condition d'être utilisé de manière adéquate par tous. Or le manque de confiance, et parfois le manque de connaissance quant au fonctionnement d'un réseau informatique conduisent à une utilisation parcellaire et non optimum du système d'information, ou plutôt de l'outil informatique.

## 2.2 La sécurité du Réseau

Le manque de confiance des professionnels est dû en partie à la méconnaissance quant au fonctionnement et garanties d'un réseau. Les Responsables du Département d'Information Médicale et du service informatique ont tenté d'expliquer aux praticiens les garanties qu'offre un réseau pour la sécurité de tout type d'information, même les plus sensibles. Cet accompagnement « pédagogique » lors du lancement de l'expérimentation du PMSI n'a pas porté ses fruits : les sceptiques sont restés majoritaires.

Cette problématique devait trouver une solution adéquate pour permettre le démarrage de l'expérimentation. Il a tout d'abord été élaboré une charte informatique, dont doit être signataire chaque utilisateur de l'informatique qui s'engage de ce fait à utiliser l'outil informatique conformément aux règles de sécurité et de confidentialité réglementaires et celles établies par le CHS pour les règles d'utilisation plus spécifiques (voir annexe charte informatique). Dans un deuxième temps, un audit extérieur pour tester le réseau et la sécurité des données a paru le plus approprié pour convaincre les professionnels de santé.

L'audit « sécurité informatique » a été lancé en avril 2003 après consultation des cabinets d'audit spécialisés. Deux objectifs étaient fixés : tester techniquement la sécurité du réseau (audit du système informatique et des équipements) et auditer la sécurité du réseau au regard de la pratique.

La sécurité d'un système d'information demande d'assurer 3 fonctions principales :

- **La confidentialité du système**, qui requiert une protection physique avec implantation du système informatique dans une zone protégée et une sécurité logique avec une protection d'accès ;
- **L'intégrité du système** comporte non seulement un contrôle des accès en écriture avec ouverture des droits d'accès en fonction de l'identification et de l'authentification des personnes mais également la signature de toute modification d'une donnée pré-existante ou de tout apport supplémentaire d'informations ;
- **La disponibilité d'un système** est l'aptitude d'un système d'information à pouvoir être utilisé par les utilisateurs habilités dans les conditions d'accès et d'usage normalement prévues.

Le cabinet d'audit a commencé son analyse en mai 2003 et devrait rendre ses conclusions définitives en septembre. L'audit s'est déroulé selon plusieurs phases distinctes :

- Interviews des acteurs techniques du service informatique ;
- Analyse technique (intrusion dans le système d'information, test des modalités anti-virus, sécurité physique...);
- Interviews des acteurs fonctionnels : chaque groupe de professionnel a été entendu par le biais de quelques représentants pour connaître l'utilisation, la sécurité et la disponibilité du système d'information vécues et souhaitées.

L'audit de sécurité s'est déroulé de manière satisfaisante et les premiers résultats rendus par la société extérieure sont positifs. Ces premiers résultats, avant le bilan final en septembre, ont été présentés au collège du DIM pour information dans la mesure où cet audit faisait partie de ses exigences préalables au lancement de l'expérimentation du PMSI. Le premier bilan fait état de :

- Bonne prise en compte par les équipes informatiques des aspects sécuritaires ;
- Très bon dimensionnement et fonctionnement du réseau informatique ;
- Bon niveau de sécurité actuel sur les différentes composantes du système d'information.

Mais cette analyse a montré par ailleurs que, si le système d'information offrait des garanties de sécurité, de confidentialité et de disponibilité, l'utilisation du système d'information n'est pas toujours satisfaisante et met alors en danger la sécurité des données informatisées. En effet, il a été souligné que le développement de la messagerie personnelle, d'Internet, l'usage des disques locaux, la politique de gestion des comptes (changement des mots de passe) et la non-confidentialité des mots de passe pour l'accès au réseau entre professionnels détournent le système d'information et affaiblissent la sécurité informatique. De plus, le cabinet d'audit a noté un manque d'information et de formation pratique relatives à l'utilisation de l'informatique et du réseau. (voir annexe audit sécurité : commande et résultats).

La sécurité du réseau est garantie mais les pratiques sont remises en cause. L'audit n'a pas encore été présenté de manière officielle à l'ensemble des professionnels de l'établissement dans la mesure où le rapport final est attendu en septembre et que les recommandations pour améliorer la sécurité du système d'information ne sont pas connues à ce jour. Il est probable que cette démarche améliorera le rapport complexe qu'entretiennent les professionnels de santé avec l'outil informatique. La sécurité des données ne pourra plus être désormais mise en cause objectivement.

Le recours à l'audit sécurité a été utilisé par d'autres établissements. Le CH du VINATIER a signé un contrat avec un cabinet extérieur pour que celui-ci effectue chaque année les contrôles de sécurité nécessaires au bon fonctionnement du système d'information. Les résultats annuels sont communiqués à l'ensemble des professionnels de manière régulière. Cette démarche crée un climat de confiance au sein de l'établissement. Le CHS de la Savoie n'a pas prévu pour le moment un audit régulier du système d'information mais il devrait bénéficier en automne d'un regain de confiance, nécessaire à l'installation du logiciel choisi pour le traitement des données PMSI qui aura lieu en septembre.

### **3 . LA MISE EN ŒUVRE DU PMSI OU PHASE DE « DERACINEMENT »**

Cette phase correspond à la mise en œuvre et à la diffusion de l'information relative à l'expérimentation. Il s'agit pour les acteurs, les plus directement concernés, d'établir la

démarche de mise en œuvre et de déterminer le calendrier s'y référant. Cette phase n'a concerné qu'un nombre restreint de professionnels sur l'établissement : le Directeur des affaires financières, le responsable du service informatique, le Médecin responsable du DIM, le collège d'information médicale (auquel appartient un représentant de la CME) et le secrétariat du DIM.

### 3.1 Le logiciel de saisie du PMSI

La première étape de la mise en œuvre du PMSI a consisté à rechercher un logiciel adéquat pour le PMSI et adapté à la configuration du CHS de la Savoie. Cette étape a été tout d'abord l'occasion d'élaborer un cahier des charges détaillé du logiciel recherché. Ce cahier des charges a été construit par le Collège du DIM et le service informatique. Des visites sur site ont été organisées pour les membres du collège du DIM pour que ceux-ci jugent différents logiciels déjà installés en routine sur certains établissements. Ces visites ont permis aux membres du collège du DIM d'analyser l'ergonomie et la facilité d'utilisation des logiciels proposés sur le marché.

Ensuite c'est une étape plus administrative qui a eu lieu avec le lancement de la procédure d'appel d'offre, l'étude des offres et le choix fait par la Commission d'appel d'offre après avis du Collège du DIM. L'investissement financier est important et les risques de perte sont élevés dans la mesure où les sociétés prestataires de ces logiciels sont très souvent récentes et donc fragiles financièrement et les suites de l'expérimentation ne sont pas connues à l'heure actuelle (une évolution trop importante de l'outil PMSI, l'arrêt du PMSI pour la psychiatrie..).

Le logiciel qui a été choisi remplissait l'ensemble des critères jugés indispensables par le Collège du DIM :

- Bonne ergonomie du logiciel et facilité d'utilisation ;
- Les fonctionnalités du logiciel peuvent être étendues au dossier du patient ou circuit du médicament informatisé ;
- L'établissement de la région Rhône Alpes ayant choisi ce logiciel, était satisfait des résultats ;
- L'entreprise présentait un bilan financier plus solide par rapport aux autres entreprises.

L'acquisition de ce nouveau logiciel a marqué le point de départ de l'expérimentation PMSI dans la mesure où celui-ci permettait de réfléchir concrètement à la mise en œuvre du PMSI tant du point de vue technique qu'organisationnel.

### 3.2 La mise en œuvre effective de l'expérimentation

#### 3.2.1 Définition d'un calendrier de mise en œuvre

Le choix du logiciel étant fait, une mise au point définitive du projet a été effectuée en collaboration avec l'équipe technique de la société prestataire. La stratégie adoptée a été d'obtenir la généralisation de la saisie des données PMSI sur le nouveau logiciel en janvier 2004, par étapes, en établissant comme principe préalable une collaboration étroite et régulière entre les équipes techniques de la société et les personnes intéressées à la démarche sur le CHS, en particulier le DIM.

##### **Etape 1** (juillet /août 2003)

Préparations techniques : spécifier, réaliser, mettre au point et valider la reprise des données informatisées (FPP) ;

Préparation fonctionnelle : réaliser les paramétrages (configuration du CHS, droits d'accès, profils des intervenants) ;

Formation du Médecin responsable du DIM, du secrétariat du DIM et des référents du service informatique.

##### **Etape 2** (septembre /novembre 2003)

Démarrage de la saisie dans les secteurs pilotes volontaires ;

Démarrage de la saisie sur le nouveau logiciel des données d'activité classiques dans les autres secteurs ;

Réalisation des tests d'intégration ;

Mise en ordre de marche du système cible : mise en œuvre du PMSI psychiatrie et mise en œuvre des fonctions secrétariat (comptes rendus, certificats...) qui amorcent la mise en place future du dossier du patient.

##### **Etape 3** (décembre 2003 /janvier 2004)

Montée en charge : intégration de l'ensemble des services dans la démarche PMSI ;

Formation des formateurs-relais par service.

Cette démarche définie en accord avec la société prestataire et la direction du CHS de la Savoie devra avoir recours à différents moments aux instances de l'établissement. La CME sera en effet appelée à se prononcer sur les profils des intervenants, qui permettront de déterminer les droits d'accès de chacun, et plus généralement sur les règles de partage de l'information médicale qu'elle souhaite mettre en place. Ce recours aux instances permettra une implication des professionnels dans l'expérimentation avant la montée en charge prévue.

### 3.2.2 Le plan de formation

Un des points névralgiques de la mise en œuvre de l'expérimentation PMSI est la formation des professionnels au nouveau relevé d'activité, c'est à dire les outils du PMSI comme la cotation de l'EGF ou le codage diagnostique à l'aide de la CIM 10 des diagnostics, et à l'utilisation du nouveau logiciel.

Des formations sont prévues en automne à destination des futurs utilisateurs du logiciel PMSI. Plusieurs types de formation ont été organisés :

- Formation technique des informaticiens, qui a pour objectif de permettre à l'équipe informatique du CHS d'assurer une assistance de premier niveau auprès des utilisateurs, de pouvoir déployer le logiciel sur l'ensemble du site et de faire les mises à jour et les sauvegardes.
- Formation du groupe référents et formateurs, il s'agit de former aux fonctions du logiciel les personnes chargées d'effectuer les formations nécessaires au déploiement du logiciel. Ce sont le Responsable du DIM, le secrétariat et le technicien informatique qui seront chargés de diffuser cette formation.
- Formation en cascade des utilisateurs, former des référents dans chaque secteur qui devront à leur tour former un certain nombre de personnes. Ce type de formation permet une acculturation progressive des équipes et une connaissance du produit dans l'établissement continue, sans rupture entre les nouveaux professionnels et les anciens. Ce choix est discutable. En effet, dans un contexte de résistance passive il paraît difficile de compter sur les agents pour former leurs collègues de manière progressive et adéquate. Une formation directe des agents par les membres du DIM serait plus lourde et plus coûteuse, notamment en temps de travail, mais très certainement plus efficace au sens de la qualité de la formation et du nombre d'agents formés.

La formation au nouveau logiciel a donc été programmée de manière précise. Mais il est à craindre que l'appropriation du logiciel par les équipes et les médecins soit plus laborieuse que ne le laisse penser le programme défini précédemment. Le CHS de la Savoie a développé d'autres outils informatiques sur l'établissement, notamment le logiciel de gestion administrative des patients qui suit les mouvements des patients. Cependant l'utilisation de cette application n'est pas fiable aujourd'hui ; beaucoup d'erreurs sur les mouvements des patients sont constatées. Les équipes soignantes ont rencontré des difficultés pour la maîtrise du logiciel et de l'informatique (nombre d'erreurs important) et un « noyau dur » réfractaire à l'informatique est présent dans chaque service.

Ces difficultés d'acculturation peuvent s'expliquer par le fait que l'introduction du logiciel de gestion administrative des malades dans les services de soins était une première confrontation entre les équipes soignantes et médicales et l'informatique, au quotidien comme outil de travail. Ce choc des cultures est amplifié en psychiatrie car il est plus tardif et qu'il est contraire à l'esprit même de la psychiatrie : le dialogue entre des individualités.

L'introduction du PMSI n'est pas la seule application que les équipes devront gérer. Le Schéma Directeur Informatique prévoit l'informatisation du dossier médical, du circuit du médicament, de la commande des repas. De plus, l'accréditation et le développement du contrôle qualité dans les établissements vont très certainement renforcer l'informatique, à l'image de ce qui est déjà appliqué dans certaines industries réputées pour un contrôle et une assurance qualité de pointe. Cette informatisation inéluctable des services de soins va conduire peu à peu à une acculturation des soignants à l'outil et à une maîtrise de plus en plus satisfaisante de cet outil. Mais le logiciel PMSI ne bénéficiera pas de cette évolution. Et il sera donc nécessaire de prévoir des formations adéquates, selon les niveaux des agents et d'accompagner ces mêmes personnes dans l'usage quotidien de l'informatique.

La formation des utilisateurs devra également prévoir une formation au PMSI lui-même. En effet les items, les différents outils tel que l'EGF, l'échelle de dépendance devront être expliqués en amont pour que le recueil des données soit homogène et de qualité. Cette formation n'est pas encore prévue au CHS de la Savoie. Le PMSI n'a pas fait l'objet jusqu'à ce jour de véritables campagnes d'information. Or il s'agit d'un préalable essentiel pour que les équipes ne stigmatisent pas l'informatique qui serait perçue comme complexe alors qu'il ne s'agit que d'une application sur informatique d'un nouveau relevé d'activité.

### 3.3 Des difficultés pérennes...

#### 3.3.1 La fragilité du DIM

Le DIM a connu depuis le début de l'expérimentation du PMSI une histoire chaotique. En effet le praticien hospitalier en charge du DIM à raison de 50% a démissionné de ses fonctions en février 2002. Il a accepté d'assurer l'intérim jusqu'à la nomination en CME d'un nouveau praticien hospitalier. En juillet 2002 le CHS a obtenu, grâce à son engagement dans l'expérimentation du PMSI psychiatrie, la création d'1/2 poste de Praticien Hospitalier au titre du PMSI. La CME souhaitait que le poste de DIM soit occupé, en interne, par un ou deux praticiens hospitaliers gardant une activité clinique. La vacance du poste n'a pas intéressé de praticien hospitalier mais un praticien contractuel a accepté la responsabilité du DIM à hauteur de 40% de son temps de travail. Le poste a été publié au titre de la spécialité « Santé Publique, Epidémiologie » pour favoriser les candidats formés et sensibilisés au domaine de l'information médicale, tant au niveau du recueil que du traitement. Ce choix a été entériné par la CME, compte tenu du fait que le poste de responsable du DIM demande une formation spécifique en épidémiologie, statistique, informatique et information médicale.

A l'heure actuelle, le CHS de la Savoie est en attente d'une réponse de la part du Ministère quant à la candidature d'un praticien de l'établissement qui ne correspond pas au profil de poste proposé par la Direction mais qui est soutenu par la CME compte tenu de son expérience clinique au sein de l'établissement. Ainsi, le praticien contractuel en charge du DIM continue d'assurer ses fonctions à hauteur de 40%.

Il n'y a pas eu un véritable engagement dans le PMSI faute d'un médecin responsable du DIM à temps plein, d'une légitimité du DIM dans le partage de l'information médicale et faute d'un intérêt des praticiens hospitaliers à cette démarche. Le DIM pour être légitime aux yeux du corps médical doit être stable, attaché à l'établissement et reconnu et soutenu par la CME.

L'expérimentation a déjà connu deux responsables du DIM et pourrait bien en connaître un troisième à la rentrée, au moment du véritable lancement du PMSI sur deux services expérimentateurs. Si la fonction perdure, les personnes changent et les relations entre le DIM et les autres services médicaux sont de nouveau à construire. Cette difficulté humaine apparaît aujourd'hui comme un des facteurs les plus bloquants au niveau de

l'expérimentation du PMSI. La démarche est trop lourde pour se contenter d'un engagement à mi-temps de plusieurs personnes successives.

### 3.3.2 Le manque d'implication des professionnels

Comme nous l'avons vu précédemment, les professionnels ne se sont pas engagés dans la démarche du PMSI. Cette non-implication a été relayée par les syndicats de psychiatre qui mènent une campagne de « sabotage » du PMSI.

L'expérimentation du PMSI est « *une grande expérience humaine qui met en valeur les ressources de chaque individu confronté à un recueil chronophage, énergivore, qui conduit :*

- *A coter des items dont on vous a expliqué par ailleurs que nombre d'entre eux n'ont aucun intérêt en terme de prédictivité des coûts ;*
- *A traiter comme un « reste » une partie non négligeable de votre activité ;*
- *A demander à des gens venus se faire soigner l'état complet de leurs ressources (propres ou sociales !), leur niveau d'étude, leur capacité juridique, leur vie familiale...avant de leur coller un diagnostic d'entrée de jeu, dans une classification qui rend réticents ou perplexes de nombreux collègues ».*

Cet argumentaire développé par l'Union Syndicale des Psychiatres est entendu par de nombreux psychiatres en activité. De plus, les syndicats reprochent aux autorités de ne pas communiquer sur l'expérimentation de manière orale ou écrite. Le site Internet officiel du PMSI n'a pas été mis à jour depuis le début de l'expérimentation. Ce manque de communication renforce la résistance et l'incompréhension des professionnels. Lors des Etats Généraux de la Psychiatrie en mai 2003, le Docteur GEKIERE déclare « *il faut ici souligner l'importance du temps dans la formation d'une acceptation collective de la décision absurde. Avec le temps on oublie l'absence d'objectifs ou l'erreur initiale ; on s'habitue progressivement à la solution considérablement déconnectée ; on lui trouve un usage marginal ; on peut lui constituer une justification de façade ; de nouveaux entrants qui ne connaissent pas l'histoire pensent que cette solution absurde a de bonnes raisons d'exister et deviennent un soutien* ». Les professionnels sont désabusés et se refusent à accepter un outil qui ne correspond pas à la réalité de la psychiatrie et qui n'apporte rien à leur travail quotidien.

Le manque de communication entre l'ATIH et les professionnels, renforcé par l'inexistence d'une quelconque information au sein des établissements, a conduit à

une incompréhension de part et d'autre. Les établissements qui avaient des DIM constitués et reconnus ont pallié ce manque de communication en organisant des campagnes d'information locales. Mais pour les autres établissements, ce manque de communication n'a fait que renforcer la résistance passive des professionnels.

Le CHS de la Savoie prépare depuis quelques mois la mise en œuvre de l'expérimentation. Cette phase de « déracinement » ou de préparation a été le jeu de quelques initiés : le Département d'Information Médicale, le Directeur des affaires financières, le Service informatique et la société prestataire du logiciel. Peu de personnes sont impliquées. Néanmoins le dialogue est ouvert avec les deux services expérimentateurs qui devront faire figure de modèle aux yeux des autres services. La phase de préparation étant effectuée, le CHS de la Savoie va devoir s'armer pour passer à la phase « d'enracinement » du projet, c'est à dire impliquer l'ensemble des professionnels, ancrer le changement dans l'organisation.

## **PARTIE 3 :**

### **LES PERSPECTIVES A MOYEN ET LONG TERME**

# **1. DES FACTEURS DE SUCCES A CONSTRUIRE**

## 1.1 La communication

La Direction du CHS de la Savoie n'a pas développé une véritable campagne de communication à propos de la mise en place du PMSI. Ce manque de communication se ressent tant au niveau de l'outil PMSI, que de ses applications et de ses objectifs. En effet, aucune information écrite ou orale n'est diffusée au niveau de l'établissement à destination des professionnels.

Le CHS a à sa disposition le journal interne, bimensuel qui est attaché à chaque fiche de paie, un site Internet, les conseils de service ou autres réunions plénières, les notes administratives... pour transmettre une information à l'ensemble des professionnels. Les cadres de santé représentent également de bons vecteurs d'information pour les personnels soignants et médico-techniques. L'information des praticiens hospitaliers est possible par l'intermédiaire des chefs de service, qui ont des rencontres régulières avec la Direction et le bureau de la CME. Mais ceux-ci n'ont pas été sollicités et ne se sont pas appropriés l'information pour la diffuser en signe de résistance.

Les premiers résultats de l'expérimentation seront connus fin septembre à l'occasion de la rencontre annuelle des responsables des départements d'information médicale. Ces résultats devront être relayés dans l'établissement. Il est à craindre que le CHS de la Savoie fasse partie des «mauvais élèves » de l'expérimentation dans la mesure où aucun résultat n'a été transmis à l'ATIH. Cet échec, au regard des résultats des autres établissements qui expérimentent le PMSI en routine depuis quelques mois, doit être expliqué aux professionnels pour leur permettre de mesurer les conséquences de l'inertie du CHS à ce sujet. Le PMSI, ou une autre forme de relevé d'activité, est un outil avec lequel les professionnels devront certainement composer dans la mesure où, faute de moyens exponentiels, des justifications sont demandées pour chaque denier public dépensé. Cette nouvelle exigence s'imposera, de manière progressive, aux établissements psychiatriques et aux professionnels de santé qui devront s'approprier cet outil, quelle que soit sa forme.

La communication peut faciliter l'acculturation des professionnels. Mais il est à craindre que, à cause d'une communication défailante, les professionnels se voient imposer un

outil qu'ils ne maîtrisent pas et dont les tenants et aboutissants restent inconnus à leurs yeux.

Le CHS de la Savoie a jugé nécessaire d'expérimenter le PMSI de manière progressive au sein de l'Etablissement. En effet, seuls deux services sont concernés par le PMSI au cours du dernier trimestre 2003. Ce choix est l'occasion de diffuser l'information à tous. Les deux services pilotes, qui sont très différents d'un point de vue structurel, vont apporter une expérience de terrain à l'ensemble des professionnels qui pourront juger sur pièces et évaluer l'impact de l'introduction d'un tel outil en psychiatrie sur l'organisation des soins. La Direction et le DIM ne devront pas travailler en autarcie avec les deux services pilotes mais, au contraire, communiquer pour expliquer. Les erreurs ou les dysfonctionnements liés au PMSI ne devront pas être occultés, les professionnels doivent s'impliquer même dans le sens d'une réflexion sur l'évolution d'un tel instrument au regard de ses dysfonctionnements. Il est nécessaire de percevoir aujourd'hui l'importance de la diffusion de l'information lors de la mise en œuvre d'un projet, d'autant plus quand celui-ci est contesté a priori.

## 1.2 Une nouvelle organisation des soins

Les professionnels de santé dans un service de soins sont nombreux :

- Praticiens hospitaliers et internes ;
- Secrétaire médicale ;
- Psychologues, Aides éducateurs.. ;
- Assistantes sociales ;
- Cadres supérieurs de santé et cadres de santé ;
- Infirmiers diplômés d'état ;
- Aides soignants ;
- Agents des services hospitaliers.

L'ensemble de ces professionnels intervient auprès du malade dans un service de soins. Ces professionnels en fonction de leurs compétences propres sont plus ou moins tenus à effectuer des tâches dites « administratives ». La fiche par patient faisait partie de ces relevés administratifs obligatoires. Cette fiche était remplie de manière quasi-systématique par les secrétaires médicales, sous couvert de l'équipe soignante et du praticien responsable du patient. Cette pratique organisationnelle était satisfaisante pour l'ensemble des professionnels des services de soins dans la mesure où chacun restait dans son domaine de compétence : le secrétariat et l'informatique exclusivement dévolus

aux secrétaires médicales ; la prescription et le suivi médical au praticien, et les soins et nursing aux soignants.

Cette répartition des tâches ne convient pas au nouveau relevé d'activité. En effet, le PMSI demande une implication d'un certain nombre de professionnels en fonction des items qui doivent être relevés pour chaque semaine de prise en charge de chaque patient, en hospitalisation complète ; ou pour chaque acte, en ambulatoire :

- Les diagnostics (principal, associé, longitudinal..) relèvent de la responsabilité médicale et doivent donc être renseignés par le praticien responsable du patient.
- L'EGF évalue l'adaptation du patient dans sa vie familiale, sociale et professionnelle ou scolaire en fonction d'une grille prédéterminée. Cette cotation doit être effectuée par le médecin responsable du suivi médical du patient.
- L'ADL est un relevé du niveau de dépendance du patient : dépendance physique (habillage, mobilité, alimentation, continence) et dépendance relationnelle (comportement, communication). L'ADL relève donc de la responsabilité de l'équipe soignante.
- Les caractéristiques socio-démographiques du patient peuvent être renseignées par les secrétaires médicales du service, qui ont la possibilité de reprendre un certain nombre de données déjà présent sur le logiciel de Gestion administrative des patients.

Ainsi, les responsabilités sont partagées et de ce fait, les interventions pour un même relevé d'activité sont multiples. De plus, il s'agit d'un relevé régulier et quasi-journalier dans la mesure où les items renseignés sont nombreux et précis et qu'un relevé mensuel, par exemple, remettrait en cause l'exhaustivité et la qualité des données. Pour les résumés hebdomadaires (temps complet ou partiel), il est nécessaire de les renseigner chaque début de semaine pour la semaine précédente. Pour les résumés d'actes ou d'actions, le relevé doit se faire au fur et à mesure de leur réalisation. Cette nouvelle organisation « idéal type » est très exigeante pour les équipes des services de soins qui sont tenues à un relevé complet de leur activité pour chaque patient et de manière journalière. C'est le médecin chef de service qui est responsable de la qualité des données qu'il transmet.

Ce type d'organisation implique :

- **Une appropriation par chaque professionnel de l'outil informatique**, ce qui n'est pas sans poser un certain nombre de problèmes aux professionnels qui ne sont ni intéressés, ni formés à cet outil ;
- **Une définition claire des responsabilités de chacun** en terme d'informations médicales pour que les professionnels ne se dédouanent pas sur les secrétaires médicales ;
- **Une définition partagée de l'accès à l'information médicale**, nécessaire a priori pour définir les droits et les rôles de chacun dans le respect du secret médical.

Ces implications sont en réalité des préalables nécessaires à l'expérimentation du PMSI qui modifie l'organisation des services de soins des hôpitaux psychiatriques. Cette réflexion sur les organisations et sur le partage de l'information médicale n'est pas inintéressante pour la Direction de l'établissement qui peut ainsi tenter d'homogénéiser l'organisation des services de soins et préparer les équipes à d'autres projets d'établissement impliquant tous les professionnels et nécessitant une maîtrise de l'outil informatique. La démarche qualité fait partie de ces projets d'établissement qui implique le plus grand nombre de professionnels et toutes les organisations de l'établissement.

### 1.3 Réflexion à mener sur l'organisation d'un « service d'information médicale »

Le DIM a très souvent des problèmes de positionnement au sein des établissements publics de santé compte tenu de son rôle à la fois médical et administratif. En effet, les commandes passées au DIM sont le plus souvent issues de la Direction, des tutelles ou autres autorités administratives. Or ces commandes traitent d'informations médicales, c'est à dire d'informations détenues par les services de soins et sous la responsabilité des praticiens hospitaliers. Cette double « casquette » ne permet pas un véritable travail de partenariat entre les services de soins et le DIM, au travers duquel est toujours perçue une demande de « l'administration ». Ce constat montre que le DIM a peu à peu été détourné de son rôle initial : être un prestataire de service à disposition des autres services de soins « contrôlé » et encouragé par la CME.

Ainsi, il s'agit pour les services de soins d'une intrusion de l'administration dans le domaine médical. De plus ces commandes sont le plus souvent sources de travail supplémentaire pour les services, ce qui ne fait qu'accroître la réticence des soignants à

se plier à ces exigences. Le DIM n'est pas reconnu comme un service à part entière au CHS de la Savoie, même s'il s'agit d'un praticien hospitalier, ayant préservé une activité clinique, à la tête du service.

Le DIM du CHS de la Savoie connaît ces difficultés de positionnement, et le praticien hospitalier responsable du DIM suit le plus souvent la mouvance médicale de l'établissement, l'appartenance au corps médical l'emportant sur la chefferie d'un service d'informations et de statistiques. Le DIM souffre d'un manque de reconnaissance quant à son utilité auprès des services de soins. Il est pourtant nécessaire dans une expérimentation comme le PMSI, essentiellement pilotée par le DIM, que le médecin responsable du DIM ait une certaine légitimité auprès des services pour leur demander de transmettre des données médicales qu'il est chargé d'anonymiser a posteriori. Le rôle du Dim est reconnu légalement mais a du mal à être intégré dans les établissements de santé.

Cette non-reconnaissance vient du fait que ce service a une double vocation médico-administrative, mais aussi que celui-ci n'a pas su « se vendre » auprès des services de soins en tant que service prestataire, fournisseur de statistiques, d'études épidémiologiques et de toute autre information. Les services de soins ne perçoivent pas son utilité dans la mesure où il ne sert pas directement le soin. Le DIM doit être force de proposition, auprès des services de soins, pour acquérir une certaine légitimité au départ et pour devenir un véritable « service d'informations médicales ». Mais cette force de proposition, pour être efficace, doit être relayée et soutenue par la CME.

Le fait d'être un service d'information médicale à part entière aurait dégagé l'expérimentation du PMSI au CHS de la Savoie de toutes les querelles qui ont eu lieu autour du partage de l'information médicale avec le DIM. De plus, le praticien responsable du DIM aurait eu plus de facilité à conseiller les autres chefs de service sur l'organisation du travail autour du PMSI. Mais le DIM reste à part, pas tout à fait médical, pas tout à fait administratif. Dans l'expérimentation du PMSI, le DIM s'est appuyé sur l'administration plutôt que sur les autres praticiens, réticents ou indifférents. Or l'impulsion donnée par le PMSI, qui a mis sous les feux de projecteurs le DIM, doit être maintenue et le DIM doit profiter de ce moment pour communiquer sur ses activités et sur les prestations qu'il peut apporter aux services de soins. Le DIM du CHS de la Savoie devra durant les mois qui viennent devenir un « service d'informations médicales ».

## **2. UN OUTIL DE PILOTAGE EXTERNE...**

### 2.1 Avenir du PMSI au niveau national

Le PMSI a été expérimenté dans 216 établissements psychiatriques, dont un peu moins de la moitié était volontaire pour participer à cette expérimentation. Les autres établissements font partie des régions pilotes. Les résultats de l'expérimentation seront connus officiellement au mois de septembre mais il est d'ores et déjà possible de dire que l'expérimentation a bien fonctionné et a été effectivement mise en œuvre dans plusieurs établissements, en routine.

La justification médicale de l'utilisation des deniers publics est exigée par le Ministère qui souhaite distribuer la manne financière dévolue à la santé de manière plus juste entre les établissements. Cette volonté ne s'est pas relâchée au cours de l'expérimentation. Les détracteurs du PMSI ne donnaient pas 6 mois à l'expérimentation pour démontrer l'inapplicabilité de ce nouvel outil à la psychiatrie. Or il est désormais convenu que le PMSI, s'il n'est pas une réussite au sens d'un outil de mesure parfaitement adapté à l'objet psychiatrie, répond pour autant au besoin de connaître l'activité des hôpitaux. De plus les détracteurs du PMSI, présents dans les hôpitaux expérimentateurs, se sont pliés aux exigences de l'outil.

L'expérimentation, si elle ne donne pas un taux d'exhaustivité et une qualité satisfaisante des données, a quand même permis de démontrer que l'activité psychiatrique est mesurable, au moins en partie et que l'introduction d'un outil de mesure médico-économique dans le champ de la psychiatrie n'est pas une hérésie. Ainsi il est envisagé, sans grande surprise au regard des résultats de l'expérimentation, de poursuivre la démarche en modifiant quelque peu l'outil PMSI ou en utilisant un autre outil qui serait à construire de toute pièce, faute d'exemple étranger. La première perspective paraît la plus probable même si des aménagements importants sont nécessaires avant la généralisation du PMSI.

Les conséquences budgétaires, en terme d'allocation, ne seront mises en place qu'après la généralisation du relevé d'activité et de la mise en place d'un contrôle qualitatif des données recueillies. Mais cette perspective doit être envisagée par les établissements qui devront à leur tour s'approprier l'outil pour en faire un instrument d'échange et de négociation avec la tutelle. De plus, cet outil sera aussi l'occasion pour les Directions des établissements de connaître l'activité et de faire des choix stratégiques pour

l'établissement en fonction du type de population accueillie, des pathologies traitées ou des spécialités les plus pauvres en terme d'activité.

Il s'agit d'une nouvelle ère pour l'hôpital public qui doit justifier, quantifier et communiquer son activité aux autorités administratives concernées, à la Direction de l'établissement. Le PMSI, même en psychiatrie, a un avenir qui ira certainement vers un « PMSI plus » et non pas vers un sous produit, moins exigeant que le PMSI.

## 2.2 L'allocation Budgétaire

L'utilisation des critères de modulation des budgets en fonction du PMSI pour les hôpitaux généraux est clairement affichée. Pour la psychiatrie, le critère de référence indiqué est le ratio budget / population desservie. De plus il est effectué une séparation, arbitraire puisqu'il s'agit d'une technique de répartition de budget entre les frais liés aux établissements publics et les frais de l'hospitalisation privée voire de l'activité libérale ou du secteur médico-social, qui est forcément défavorable aux établissements qui se retrouvent seuls dans leur zone à faire l'ensemble des prestations psychiatriques à la population. Le mode de distribution budgétaire est donc injuste notamment pour les établissements qui ont une charge de travail conséquente compte tenu de la population desservie.

Or le PMSI, en complexifiant la description des activités quotidiennes en hospitalisation complète, partielle ou en ambulatoire par rapport aux indicateurs classiques, permet de valoriser plus justement l'activité réelle des établissements psychiatriques et de comparer les établissements entre eux au regard de leur zone d'attractivité, du type de population... Ce modèle d'allocation budgétaire est moins frustré que celui qui est en place actuellement puisqu'il tient compte de l'activité de l'hôpital et non pas d'un ratio par rapport à la population desservie qui n'a aucune justification épidémiologique étant entendu qu'aucun secteur ne se ressemble et que certaines zones sont plus sujettes à certaines pathologies ou sont composées de plus de femmes, de personnes seules<sup>39</sup>...

Le PMSI, avec une échelle nationale des coûts spécifique à la psychiatrie et les points dits ISA pour le MCO, permettra de comparer chaque année la dotation théorique qui aurait été allouée à chaque établissement au titre de l'année écoulée si son activité avait

été rémunérée sur la base de la valeur régionale du point ISA, avec le budget réel dont il bénéficiera effectivement. Les écarts entre budgets théoriques et budgets réels ne constitueront pas un système automatique de révision des bases budgétaires, mais un support objectif dans la négociation budgétaire. Le PMSI aura donc vocation à devenir un outil d'aide à la décision, un outil de positionnement budgétaire qui ne peut pas pour autant expliquer les écarts constatés.

Le PMSI qui aura mis des écarts en évidence devra être complété par d'autres outils dont l'approche sera plus économique d'inefficience ou de sous-optimisation dans la distribution des soins (audit, benchmarking, étude des coûts..). Ce sera sur la base d'un diagnostic partagé des facteurs conduisant à la sur dotation et des modalités de sa résorption que pourra se faire le débasage ou le rebasage d'un établissement. Ces perspectives de réduction des inégalités et d'allocation budgétaire fonction de l'activité devront, pour être efficaces, être complétées par d'autres outils : un système d'information global et cohérent, une comptabilité analytique performante, des tableaux de bord de suivi.. De plus, il doit être souligné que ces perspectives ne joueront qu'à la marge sur les budgets des hôpitaux psychiatriques au regard de ce qui se fait déjà pour le MCO :

- « le montant des crédits affectés à la réduction des inégalités ne représente que 0,28% de l'ensemble des dotations en 1998 »<sup>40</sup>

Le PMSI sera incontestablement une base de donnée générale qui ne se suffira pas à lui-même mais qui sera un élément essentiel pour l'allocation budgétaire, la planification de l'offre de soins, les études épidémiologiques.. . L'analyse comparée des performances dans les hôpitaux ainsi que celles des nouveaux modes organisationnels (réseaux..) de la distribution des soins rendra nécessaire l'utilisation de la base PMSI mais avec des outils plus adaptés impliquant notamment des chaînages de séjours et de traitements homogènes de coûts par épisode de soins.

Ces perspectives sont inspirées des travaux qui ont déjà eu lieu pour le MCO sur lequel il semblerait que soit en grande partie calquée les principes du PMSI en psychiatrie. En effet, le relevé d'activité est différent, comme nous l'avons vu précédemment, mais ce qui est recherché est une homogénéisation et une modernisation des modes de financement pour les établissements de santé publics et privés quelle que soit leur spécialité. Les outils sont différents mais les objectifs sont les mêmes.

---

<sup>39</sup> BAUER D. Trajectoire des patients en psychiatrie, DHOS, janvier 2001

<sup>40</sup> Rapport de la Cour des Comptes de 1998

La mise en œuvre du PMSI a conduit le gouvernement à enclencher une nouvelle étape dans la modernisation du financement des hôpitaux sous dotation globale : la tarification à l'activité.

### 2.3 La tarification à l'activité

L'objectif du dispositif de tarification à l'activité est de moderniser les règles de financement en créant un système d'allocation budgétaire centré sur l'activité, plus stimulant et plus équitable. Le champ d'application de la réforme couvre le MCO exclusivement, la psychiatrie étant écartée dans la mesure où la psychiatrie est toujours à un stade expérimental du PMSI. Les soins de suite et de réadaptation seront concernés par cette réforme à partir de 2005. Cette réforme prévoit deux types de financement :

- Un financement à l'activité mesurée sur la base du PMSI, par Groupe Homogène de Séjour ;
- Une dotation globale : enveloppe MIGAC (Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation).

De plus, ce dispositif prévoit un financement spécifique pour certaines activités :

- Les activités « non ou mal couvertes » par les GHM (urgences, réanimation, soins palliatifs..) ;
- Les actes et soins externes ;
- Les médicaments coûteux et dispositifs médicaux implantables.

Il n'existera, dès 2004, plus qu'une seule enveloppe de régulation MCO pour le public et le privé. La régulation nationale se fera par une négociation prix / volume, sans distinction des secteurs publics et privés. En revanche pour le calcul des tarifs, deux échelles tarifaires seront maintenues dans les années à venir: une pour le public et une pour le privé.

Les Etablissements publics entreront progressivement dans le nouveau système de financement à partir de 2004 avec une application limitée à 5 ou 10% de la dotation globale actuelle. La procédure budgétaire restera la même jusqu'en 2005. Pour les établissements privés, les tarifs se substitueront au prix de journée actuel dès 2004. Chaque établissement sera affecté d'un coefficient correcteur pour tenir compte des inégalités tarifaires existantes, et faire converger les tarifs dans des proportions acceptables pour les établissements.

Le champ de la psychiatrie n'est pas touché pour le moment par cette réforme, mais il est à prévoir que ces établissements seront intégrés dans ce mode de financement dès la généralisation du PMSI. Cette réforme réaffirme clairement la volonté des pouvoirs publics de financer les établissements publics sur la base d'une activité chiffrable qui justifierait les moyens utilisés. C'est une culture économique qui se répand peu à peu sur les établissements de santé ; mais qui se veut médico-économique pour préserver sa qualité première de service public.

### **3. ...QUI A VOCATION A DEVENIR UN OUTIL DE PILOTAGE INTERNE**

#### 3.1 Un outil stratégique

Le PMSI est un outil d'allocation budgétaire, utilisé par la tutelle. Mais le PMSI ne doit pas être limité à ce simple rôle. En effet, les informations issues du PMSI (CASEMIX, points ISA...) sont une source de données intéressantes pour chaque établissement si celui-ci sait tirer partie de ce nouvel outil. C'est l'occasion pour les Directions des établissements de santé de développer un terrain d'échange et de dialogue avec le corps médical.

Le PMSI, s'il est couplé avec d'autres outils type SAE, comptes d'exploitation et une connaissance suffisamment précise des autres établissements, peut devenir un outil à forte valeur ajoutée pour définir le positionnement stratégique de l'établissement. Pour ce faire, il est utile au préalable de retravailler l'outil PMSI pour avoir une meilleure lisibilité des résultats. Il s'agit de regrouper les GHM pour passer d'une vision macro (CASEMIX) à une vision micro. Ces méthodes de regroupement ont été développées par certaines ARH et quelques établissements :

- Méthode OAP, outil d'analyse du PMSI qui consiste à reconstituer des lignes de produits (Ile de France) ;
- Méthode G-GHM, groupe de GHM (PACA).

Ces deux méthodes cherchent à segmenter les niveaux d'analyse et hiérarchiser les données en pôles d'activité, lignes de produits, GHM. Ensuite il est plus pratique pour l'établissement d'utiliser les données et de les exploiter lors de l'élaboration du Projet d'Etablissement. Le PMSI permet, en effet, de définir le positionnement stratégique des activités médicales de l'établissement.

Le PMSI révèle à la fois l'établissement producteur de séjour et le code géographique de résidence du patient bénéficiaire de ce séjour. Disposant d'une base régionale des séjours produits par l'ensemble des établissements d'une région, complétés des séjours « consommés » hors région par l'ensemble des habitants de la région, il est possible de définir la zone d'influence de l'établissement par groupe de GHM ou de séjours ayant un sens en terme d'organisation médicale et de quantifier la répartition des parts d'activité des établissements de cette zone d'influence. Ces données peuvent permettre d'objectiver le discours avec le corps médical et la tutelle quant à la répartition de l'offre de soins et à la prise en charge des populations. Il doit être souligné ici que ces choix se feront en fonction de l'activité réelle qui ne correspond pas forcément aux besoins sanitaires de la population. En psychiatrie, cette méthode perdrait quelque peu de son intérêt dans la mesure où la prise en charge est organisée selon la provenance géographique des patients et que les hors-secteurs sont peu nombreux. Mais il peut être intéressant de connaître la répartition des GHJ en fonction des secteurs, la zone d'influence d'un établissement public par rapport à une offre privée, d'établissement ou en cabinet libéral.

Il sera possible pour les établissements psychiatriques, à condition que l'échelle nationale des coûts et que la valorisation des GHJ en points ISA ou autres soient construites, de construire de multiples indicateurs qui leur permettront de mesurer la performance des organisations médicales. Cette possibilité peut être illustrée par une analyse des écarts entre la durée moyenne de séjour constatée et la durée moyenne de séjour standardisée. La durée de séjour standardisé correspond au rapport entre le nombre de journées théoriques de l'établissement et le nombre de séjours réalisés. Le nombre de journées théoriques correspond au nombre de journées qu'aurait produit l'établissement si les durées moyennes de séjour avaient été égales aux durées moyennes de séjour nationales. L'écart entre la durée moyenne de séjour constatée dans le secteur sanitaire,

l'établissement, le secteur et la durée moyenne standardisée sur la pathologie est un bon indicateur de performance de l'organisation médicale.

En psychiatrie, cette comparaison entre les durées moyennes de séjour serait intéressante mais démontrerait une hétérogénéité importante entre les établissements et les secteurs. Or, cette hétérogénéité est due en partie au fait qu'il n'y a pas de consensus en psychiatrie quant au diagnostic et au traitement qui en découle et que les modes d'approche thérapeutiques sont divers d'un praticien à l'autre. Cette diversité est revendiquée par les praticiens hospitaliers en psychiatrie qui ne souhaitent pas comparer les prises en charge et qui ne reconnaissent aucune valeur à l'indicateur durée moyenne de séjour. Il sera donc nécessaire d'adapter ces indicateurs au principe fondateur de la psychiatrie - le respect de l'individualité – tout en acculturant les praticiens à une démarche médico-économique qui sera fondée sur des indicateurs de performance ou d'objectifs.

### 3.2 Un outil d'aide à la décision

Le PMSI peut être un outil interne d'aide à la décision en ce sens qu'il constitue une base de données, imparfaite à l'heure actuelle, mais unique. Plusieurs exemples peuvent être donnés quant à cette utilisation interne du PMSI<sup>41</sup> :

- **Les stratégies d'établissement.** Les comparaisons des durées moyennes de séjour, l'attractivité et la zone d'influence des GHM permettent de déterminer si une activité doit être renforcée, fermée ou être intégrée dans une autre activité ou une filière de soins. Ces indicateurs sont essentiels et permettront aux Directeurs d'entamer des négociations avec le corps médical et la tutelle plus objectives, qui s'appuieront sur des faits et non pas sur des conjectures.
- **Le Benchmarking.** Il s'agit de l'évaluation comparative des performances médico-économiques. Le principe de cette évaluation est d'identifier un indicateur, de choisir une valeur de référence pour cet indicateur, et de comparer sa position par rapport à sa position de référence. Il s'agit alors de comparer l'indicateur de l'établissement en question avec les indicateurs d'établissements comparables (en terme de taille et d'activité).

---

<sup>41</sup> De nombreux articles ont été publiés relatifs aux conséquences de la mise en place du PMSI notamment au regard d'un outil d'aide à la décision. Article de référence ici : P. LESTEVEN, L. TARDIF PMSI et Projet Médical, Revue Hospitalière de France, juillet –août 2001, n°481.

- **La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.** Le recrutement d'un praticien hospitalier associé à son profil de compétence est extrêmement important pour l'activité future d'un établissement. La question se pose lors des discussions qui ont lieu pour la création d'un poste, lors d'un départ en retraite ou d'une mutation. Cette démarche ne devrait pas se concevoir comme une simple continuité de l'activité existante mais comme une opportunité d'adapter des compétences médicales aux besoins de l'établissement. Il est nécessaire alors de rapprocher ces compétences avec celles présentes dans l'établissement, de voir les âges et la démographie médicale, de définir l'évolution potentielle de l'activité médicale pour choisir le praticien adéquat. Une modification sensible de l'activité, une fermeture prévue d'une activité compte tenu d'un taux de fuite important par exemple, peut être l'occasion de recruter un praticien formé à cette spécialité, pour assurer la fin de l'activité pendant quelques temps, mais pas seulement. Le choix d'un praticien spécialisé dans un domaine ou un autre sera alors déterminant pour l'évolution de l'activité de l'établissement.

Ces démarches internes sont possibles grâce au PMSI ; pas seulement puisqu'il doit être le plus souvent couplé avec d'autres données ou outils ; mais celui-ci a ouvert une voie aux établissements pour un pilotage plus précis et plus solide. Cette nouvelle voie a relancé un certain nombre de travaux et d'études notamment sur les tableaux de bord financiers et la comptabilité analytique.

### 3.3 Vers une gestion financière performante

Les établissements de santé ont longtemps souffert d'un manque d'outils de gestion financière. La comptabilité analytique connaît seulement des applications limitées dans quelques-uns des plus gros établissements. La gestion des hôpitaux est plus une gestion budgétaire et comptable, et non pas une gestion financière. Le PMSI permet et encourage le développement de la gestion financière en donnant les moyens aux établissements, à partir d'une base de données riche, de chercher de nouveaux outils et d'ouvrir le dialogue avec l'ensemble des professionnels. Le PMSI est un outil de communication et d'échange indéniable.

Le PMSI, pour devenir un véritable instrument de gestion financière, doit être restitué aux responsables médicaux et soignants sous la forme en particulier de tableaux de bord lisibles et intéressants les services. Les tableaux de bord permettent de croiser des

données médicales (PMSI, activité, qualité..) et des données économiques (comptabilité analytique, ratio, prix de revient, évolution des résultats financiers..) par service ou centres de responsabilité. Cette possibilité s'offre aux hôpitaux si ceux-ci travaillent au préalable sur le développement des outils économiques. Le PMSI ne se suffit pas à lui-même, c'est un constat d'activité qui doit être analysé avec d'autres outils pour être intelligible et utile en interne.

L'utilisation des tableaux de bord auprès des professionnels de santé permet d'acculturer ceux-ci à une démarche qui tend vers des objectifs, clairement affichés et que chacun doit s'efforcer d'atteindre. Il s'agit alors d'un management participatif qui attend des réponses et des résultats de la part des agents. La gestion financière n'est plus l'affaire de quelques-uns mais l'affaire de tous, à son niveau de compétence et d'intérêt. Cette perspective ne peut être envisagée qu'à long terme dans la mesure où tout reste à faire dans ce domaine :

- Construire les tableaux de bord, les outils d'analyse économique ;
- Communiquer sur le PMSI et ses résultats ;
- Acculturer les professionnels à la gestion financière.

Le PMSI n'est pas une révolution en soi, il s'agit d'un outil relativement simple de relevé d'activité, mais ses implications et conséquences sur la gestion des établissements de santé et sur la culture médico-économique qu'il induit sont importantes, révolutionnaires en ce sens qu'il bouscule nombre d'habitudes et de pensées.

## CONCLUSION

Le CHS de la Savoie n'est pas un « modèle » de réalisation du PMSI psychiatrie. Les difficultés techniques parfois, et les résistances humaines souvent ont bloqué la bonne marche de cette expérimentation. Pour autant il paraît intéressant de se pencher sur une telle expérimentation pour saisir les enjeux, les facteurs de blocage et les éléments facilitants qui permettent ou non à un projet de se réaliser.

Le CHS de la Savoie pourra recueillir les données PMSI dans quelques mois, au moins sur deux services expérimentateurs. La généralisation ne pourra être réalisée sur l'ensemble des services qu'en janvier 2004. Cette date devait marquer la fin de l'expérimentation mais la mission PMSI a déjà annoncé aux établissements expérimentateurs que ceux-ci bénéficieraient d'une prolongation de l'expérimentation, à hauteur d'une année supplémentaire. Cette prolongation permettra très certainement au CHS de la Savoie de participer pleinement à l'expérimentation et de recueillir en routine les données du PMSI.

Le volet « technique » de l'expérimentation, c'est-à-dire un système d'information global (étendu à l'ensemble des structures) et cohérent, l'équipement informatique des services, le paramétrage du logiciel du PMSI et les formations des utilisateurs, a posé au CHS un certain nombre de problèmes jusqu'à aujourd'hui. Les moyens financiers nécessaires au lancement du PMSI sont importants. Le CHS a été conduit, pour remplir cette mission, à anticiper en 2003 des investissements prévus par le Schéma Directeur Informatique sur les années à venir. Les formations des utilisateurs sont très consommatrices de temps de travail ; ce qui alourdit un peu plus la « facture » du PMSI. De plus, il reste encore des problèmes techniques à régler comme le basculement des données informatisées sur le nouveau logiciel, ou la définition des profils et des règles de partage de l'information médicale.

Mais ces différents aspects du volet « technique » sont plus ou moins finalisés et ne poseront pas, a priori, de difficultés particulières. L'autre volet de l'expérimentation c'est-à-dire « l'acceptabilité sociale » reste beaucoup plus fragile. Le CHS, pour ne pas cristalliser les mécontentements sur le PMSI, n'a pas fait le choix de construire « l'acceptabilité sociale ». Il a préféré rendre possible techniquement l'expérimentation. Ce choix stratégique apparaissait comme le plus judicieux dans la mesure où les résistances étaient si fortes au départ de l'expérimentation, que convaincre ne semblait pas possible.

L'adhésion des professionnels du CHS au projet PMSI n'est toujours pas à l'ordre du jour. Les résistances se sont transformées le plus souvent en indifférences. Ce changement permet à l'équipe du DIM de poursuivre ses travaux mais préjuge des difficultés futures en terme de formation des personnels. Le CHS doit maintenant, pour généraliser le PMSI dans de bonnes conditions, convaincre les professionnels et chercher des alliés. L'équipe du DIM et la Direction du CHS ne peuvent pas, seuls, porter le projet. La CME doit être associée à ces travaux et positionner le DIM dans l'institution. Un tel projet ne peut pas aboutir sans l'appui d'une partie au moins du corps médical.

Le responsable du DIM n'est pas, à ce jour, nommé. Celui-ci aura un travail immédiat de mise en route du PMSI à accomplir mais il sera surtout chargé de donner du sens au DIM et de renforcer le partenariat DIM / services de soins.

Le PMSI a permis au total de soulever un certain nombre de questions :

- Le partage de l'information médicale,
- La place du DIM dans l'institution et la définition de ses missions,
- La pertinence des indicateurs « classiques »,
- La disponibilité, l'accessibilité et la sécurité du système d'information.

Ces questions sont intéressantes pour le CHS au-delà de l'expérimentation du PMSI. En effet le partage de l'information médicale, par exemple, est un sujet qui n'a pas été évoqué jusqu'alors. Or ce partage de l'information doit être défini avant les projets d'informatisation du dossier patient, d'un protocole d'utilisation de la chambre d'isolement, ... Cette question est essentielle dans bien des domaines notamment en terme d'organisation des soins. La loi du 4 mars 2002 a, en partie, répondu à cette interrogation en stipulant que le secret médical « s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé »<sup>42</sup> et que l'information médicale, dans un établissement de santé, est réputée être confiée à l'ensemble de l'équipe qui prend en charge le patient.

Le PMSI bouleverse la culture et le système de valeurs des professionnels de santé puisque le PMSI se traduit par l'introduction à l'hôpital d'outils de gestion dont la logique de base est une logique industrielle, qui met en relation des mesures d'activité et des niveaux de ressources utilisés. Les effets vertueux attendus du PMSI sont une

---

<sup>42</sup> Article L1110-4 du code de la Santé Publique

connaissance de l'activité pour une action rationnelle, une aide à la décision, une diffusion de l'information à tous les niveaux de la hiérarchie. Mas il semble nécessaire de rappeler que cette évolution ne doit pas omettre la qualité au profit de la quantité.

Le développement de ces nouveaux outils de gestion implique un partage de l'information médicale, réservé jusqu'alors au corps médical. Cette exigence déstabilise les professionnels qui ont adopté une position de résistance. Le CHS de la Savoie devra battre en brèche le repli des professionnels de santé et profiter du PMSI pour développer un nouveau terrain d'échange et de dialogue avec ces professionnels. Le PMSI rapproche les données médicales de celles à caractère économique, et de la même façon il permet de créer un nouveau lien entre la Direction et le corps médical. Ce lien sera renforcé par le fait que le PMSI permettra une véritable contractualisation et une négociation avec les tutelles à partir d'éléments concrets et reconnus par les professionnels de santé. C'est une nouvelle dynamique institutionnelle qui s'ouvre avec le PMSI, plus participative et plus favorable à l'échange entre les différentes composantes du système hospitalier.

---

## LISTE DES TERMES TECHNIQUES

---

### **Acte classant**

Acte repéré dans la CdAM (Catalogue des actes médicaux) par la lettre Y. Il est classant car marqueur d'une différenciation statistique de consommation de ressources. Sa mention sur le RUM (ou le RHS) est indispensable car elle influe sur l'affectation du séjour dans le GHM (ou le GHJ) adéquat au moment du groupage.

### **Activities of Daily Living**

Echelle de dépendance de Katz, évaluant la capacité des personnes à se prendre en charge au niveau des activités de la vie quotidienne.

### **Algorithme, Arbre de décision**

Ensemble des tests successifs réalisés par le logiciel groupeur sur les informations contenues dans le RSS et conduisant au classement de chaque séjour dans un groupe et un seul. L'ensemble de ces arbres de décision constitue l'algorithme de la classification.

### **CASEMIX**

Anglicisme désignant l'éventail des cas traités. A l'hôpital, il est obtenu par le classement en GHM des séjours réalisés dans les unités de soins de courte durée. Valorisé au moyen de l'échelle nationale des coûts relatifs par GHM, il permet d'évaluer en points ISA le volume réel de l'activité de soins de courte durée produite par l'hôpital.

### **CIM10**

Classification Internationale des maladies 10<sup>ème</sup> révision, publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé.

### **Catégorie Majeure de Diagnostic**

Au nombre de 23, premier niveau de classement du PMSI court séjour, en fonction du diagnostic principal de séjour.

### **Diagnostic Principal**

Diagnostic de la pathologie qui a mobilisé l'essentiel de l'effort soignant.

**Echelle Globale de Fonctionnement**

Outil de description de l'ensemble des symptômes du patient, à partir d'une grille prédéterminée.

**Effet structure**

Conséquences induites par la structure d'une organisation c'est-à-dire la taille, l'organisation ou les activités de celle-ci. Pour les établissements hospitaliers l'effet structure est souvent confondu avec la taille de la structure.

**Système d'Information Hospitalier**

Ensemble des informations créées ou utilisées dans un établissement hospitalier. Le SIH comprend le SIA (information administrative) et le SIM (information médicale).

---

## Bibliographie

---

### Revues :

Dossier PMSI. Revue hospitalière de France, juillet – août 2001, n° 481, pp.5-30

Dossier PMSI : analyse médico-économique de l'activité hospitalière La lettre d'Informations Hospitalières, mai 1996, n° spécial

ALLAERT F.A. et DUSSERRE L. L'utilisation des données médicales nominatives pour la maîtrise des dépenses de santé ou la fin justifie-t-elle les moyens ? La Revue du Praticien, 1998, n°48, pp. 1861-1863

COURAY- TARGE S., JAISSON – HOT I., COLIN C. Les données du PMSI à visée stratégique : méthodes de segmentation. Journal d'économie médicale, 2001, vol. 19 n°7-8, pp. 463-471

FIESCHI M., BOTTI G., GIORGI R., VOLOT F. Peut-on aujourd'hui classer les hôpitaux à partir des données PMSI ? Journal d'économie médicale, 2001, vol. 19 n°7-8, pp. 473-480

GODET P.F. PMSI en psychiatrie : enjeu et difficultés. ARH info, octobre 2002, pp.9-11

GUIDONI D. Vers la tarification à la pathologie. Journal d'économie médicale, 2001, vol. 19 n°7-8, pp. 487-489

ODIER B. La drôle de guerre des systèmes d'information en psychiatrie. L'information psychiatrique, 2001, n°77, pp.339-352

PENAUD M., BIRON N., BERETZ L. , ROESLIN N., L'utilisation du PMSI dans le cadre de la répartition des dépenses médicales et pharmaceutiques, Gestion Hospitalière, juin-juillet 1998, pp. 414-416

PENAUD M., NISAND G., SCHOTT L. L'utilisation du PMSI dans l'optique de la mise en place du budget de service. Gestions hospitalières, juin – juillet 1998, pp.408- 413

QUANTIN C., ALLAERT F-A., CORNET B., BINQUET C., PATISSINA R., RODRIGUES J-M., GOUYON J-B, Comment assurer le chaînage des informations médicales en respectant l'anonymat des patients : application à l'étude des pratiques médicales. Journal d'économie médicale, 2001, vol. 19 n°7-8, pp. 451-462

RINEAU M. Premiers résultats du PMSI en psychiatrie. La lettre d'information hospitalière, janvier 2000, n° 36, pp. 10-14

TALGORN L. FERRANDI J. MORESCHINI D., BARBA N., CURE F. PMSI psychiatrie, bilan d'un service expérimentateur : pour une médecine sous influence. Annales médico psychologiques, mai 2000, vol.158 n°5, pp. 408-412

### **Mémoires / Rapports :**

BACHONGY K. Dynamique d'anticipation sur le PMSI en psychiatrie à l'établissement public de santé Alsace nord : évaluation et axes de développement. Formation d'élève directeur : ENSP, 1999

BAUER D. Trajectoire des soins, DHOS, 2001

BEUSCART R. Rapport au Premier Ministre sur les enjeux de la société de l'information dans le domaine de la santé, 1998

COTTERLAZ- RENNAZ C. le système d'information nécessaire à l'expérimentation du PMSI en psychiatrie au Centre Hospitalier de Niort : analyse et propositions d'évolution. Formation d'élève directeur : ENSP, 1993

Rapport du « Groupe des 13 », DHOS, 1994

SUEUR C. Recherche d'indicateurs d'activité en psychiatrie, Rapport de stage au Ministère de l'emploi et de la solidarité, DHOS, Sous Direction des affaires financières, juillet 1999

### **Ouvrages :**

BERNOUX P. La sociologie des organisations, Paris édition le seuil, 1985

CREMADEZ M. Les clefs de l'évolution du mode hospitalier, Cahier de Gestion Hospitalière, n°266, mai 1987

CROZIER et FRIEDBERG L'acteur et le système, Paris édition le Seuil, 1977

KOURILSKI F. La communication, levier du changement à l'hôpital, Soins Formation Pédagogie Enseignement n°19, 3<sup>ème</sup> trimestre, 1996

### **Congrès**

Les systèmes d'information des établissements de santé en France. Hôpital Expo. Mai 2002 Paris. : présentation du GMSIH

### **Sites Internet :**

<http://www.pmsi.fr>

<http://www.gmsih.fr>

<http://www.medcost.fr>

<http://www-ch-charcot56.fr>

<http://www.caducee.net>

<http://www.med.univ-tours.fr>

---

## Liste des annexes

---

1. Liste des professionnels interrogés
2. Grilles d'entretien
3. Indicateurs « classiques » utilisés par le CHS de la Savoie
4. Schéma Directeur Informatique
5. Audit sécurité

## Annexe 1

### Liste des professionnels interrogés

M. BOLTON – Responsable du DIM – CHS de la Savoie

C. BRONNEC – Chef de la Mission PMSI psychiatrie – Ministère de la santé

J.M. LASSERRE – Directeur – CHS de la Savoie

E. PARIS – Responsable du système informatique et de l'organisation – CHS de la Savoie

C. PIEGAY – Responsable du DIM – CHS du Vinatier (Bron)

S. RAIMOND – Présidente de la CME – CHS de la Savoie

A.H. RANC – Praticien hospitalier (ancien responsable DIM) – CHS de la Savoie

M. VALLEZ – Directeur des affaires financières – CHS de la Savoie

J. VERNET – Praticien hospitalier (ancien responsable DIM) – CHS de la Savoie

De plus, Responsables DIM des différents établissements de la Région Rhône Alpes

## Annexe 2

### Grilles d'entretien

Grille d'entretien n°1 : auprès de chaque professionnel interrogé

Grille d'entretien n°2 : C. BRONNEC, Responsable de la Mission PMSI psychiatrie

---

---

**GRILLE D'ENTRETIEN N°1**

---

---

**1. Pouvez-vous me faire un état des lieux de l'expérimentation du PMSI psychiatrie au sein de l'établissement dont vous faites partie. Historique et perspectives à moyens termes.**

**2. Quel regard portez-vous sur l'expérimentation du PMSI psychiatrie**

- a. De manière générale ?**
- b. De manière plus spécifique, dans votre établissement ?**

**3. Quels sont, pour vous, les facteurs de blocage et les facteurs facilitants que vous avez rencontré lors de l'expérimentation ?**

- a. Stratégie mise en œuvre pour éviter les facteurs de blocage**
- b. Stratégie mise en œuvre pour renforcer les facteurs facilitants**

**4. L'outil PMSI vous paraît-il adapté au cadre de la psychiatrie ? Pourquoi ?**

---

**GRILLE D'ENTRETIEN N°2**

---

<p><b>1. Quels sont les résultats, à ce jour, de l'expérimentation ?</b></p>
<p><b>2. Pouvez-vous d'ores et déjà identifier les difficultés rencontrées et les facteurs facilitants ?</b></p>
<p><b>3. Le Ministère avait-il conscience des difficultés qu'une telle expérimentation pouvait engendrer dans les établissements psychiatriques ?</b></p>
<p><b>4. Quels sont les objectifs poursuivis aujourd'hui par rapport à l'expérimentation ? Perspectives pour les 12 mois à venir.</b></p>
<p><b>5. Les travaux sur la pondération économique sont-ils suffisamment avancés pour proposer une échelle de pondération lors de la généralisation du PMSI prévue en 2005 ?</b></p>
<p><b>6. La phase expérimentale est-elle satisfaisante pour valider le processus ? amendements possibles de l'outil.</b></p>
<p><b>7. Les travaux sur les trajectoires des soins sont-ils prometteurs pour l'évolution du PMSI ?</b></p>

## Annexe 3

Indicateurs « classiques » au CHS de la Savoie

### Service x - Total des Unités

		Journées 2003						
		hc	hj	hn	PFT	total	Année 2002	Ecart 2003/2002
	janv-2003	1 657	514	4	233	2 408	2 432	-24
	févr-2003	1 420	453	1	201	2 075	2 267	-192
	mars-2003	1 539	437	1	228	2 205	2 577	-372
	avr-2003	1 592	387	3	170	2 152	2 333	-181
	mai-2003	1 579	356	8	186	2 129	2 419	-290
	juin-2003	1 664	385	5	201	2 255	2 350	-95
	juil-2003	1 672	385		204	2 261	2 287	-26
	août-2003	1 449	320		185	1 954	2 123	-169
	sept-2003							
	oct-2003							
	nov-2003							
	déc-2003							
		12 572	3 237	22	1 608	17 439	18 788	-1 349
<i>Nb de journées prévisionnelles pour la période</i>		12 393	4 010	73	1 701	18 176		
Ecart en équivalent journées		179	-773	-51	-93	-737		

	243 jours	243 jours	243 jours	243 jours	243 jours
<b>Moyenne Réelle</b>	<b>51,74</b>	<b>13,32</b>	<b>0,09</b>	<b>6,62</b>	<b>71,765</b>
<i>Moyenne prévue 2003</i>	<i>51,00</i>	<i>16,50</i>	<i>0,30</i>	<i>7,00</i>	<i>74,800</i>
Ecart sur la moyenne	0,74	-3,18	-0,21	-0,38	-3,035

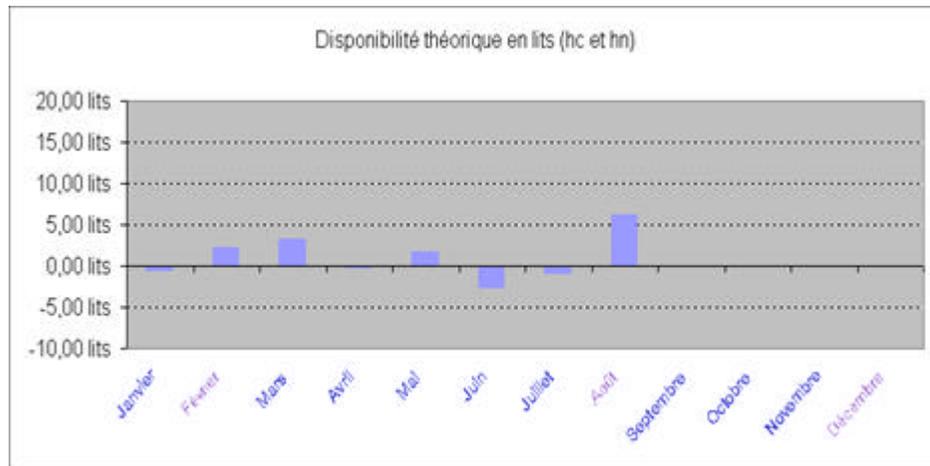
Moyenne de 2002	52,41	16,85	0,83	6,49	76,58
Moyenne de 2001	51,80	16,52	0,16	5,45	73,93
Moyenne de 2000	50,20	15,01	0,22	7,02	72,46
Moyenne de 1999	48,61	17,02	0,16	7,38	73,22

<b>Capacité 2003</b>	<b>51</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>89</b>
Capacité 2002	51	24	2	12	89
Capacité 2001	52	24	2	12	90
Capacité 2000	52	24	2	12	90
Capacité 1999	55	24	2	12	93

					DMS total	DMS hors PFT
<b>D.M.S. glissante par patient 2003</b>	<b>44,89 j</b>	<b>40,66 j</b>	<b>27,00 j</b>	<b>208,42 j</b>	<b>47,25 j</b>	<b>43,74 j</b>
D.M.S. par patient 2002	43,77 j	41,01 j	23,31 j	197,50 j	45,67 j	42,64 j
D.M.S. par patient 2001	49,49 j	46,38 j	8,29 j	221,22 j	51,11 j	48,16 j
D.M.S. par patient 2000	46,40 j	43,96 j	8,89 j	257,10 j	49,11 j	45,19 j
D.M.S. par patient 1999	48,74 j	49,82 j	6,67 j	336,88 j	52,81 j	48,25 j

					TO Total	TO hors PFT
<b>Taux d'occupation 2003</b>	<b>101,44%</b>	<b>55,50%</b>	<b>4,53%</b>	<b>55,14%</b>	<b>80,64%</b>	<b>84,61%</b>
Taux d'occupation 2002	102,76%	70,23%	41,51%	54,11%	86,05%	91,03%
Taux d'occupation 2001	99,62%	68,84%	7,95%	45,46%	82,15%	87,79%
Taux d'occupation 2000	96,55%	62,56%	10,93%	58,54%	80,51%	83,89%
Taux d'occupation 1999	88,37%	71,10%	8,22%	61,53%	78,73%	81,28%

					TO Total	TO hors PFT	Disponibilité théorique en lits (hc et hn)
<b>Taux d'occupation à fin de mois 2003</b>	<b>101,44%</b>	<b>55,50%</b>	<b>4,53%</b>	<b>55,14%</b>	<b>80,64%</b>	<b>84,61%</b>	<b>1,17 lits</b>
	<b>hc</b>	<b>hj</b>	<b>hn</b>	<b>PFT</b>	<b>TO Total</b>	<b>TO hors PFT</b>	Disponibilité théorique en lits (hc et hn)
Janvier	104,81%	69,09%	6,45%	62,63%	87,28%	91,12%	-0,58 lits
Février	99,44%	67,41%	1,79%	59,82%	83,27%	86,92%	2,25 lits
Mars	97,34%	58,74%	1,61%	61,29%	79,92%	82,82%	3,32 lits
Avril	104,05%	53,75%	5,00%	47,22%	80,60%	85,80%	-0,17 lits
Mai	99,87%	47,85%	12,90%	50,00%	77,17%	81,40%	1,81 lits
Juin	108,76%	53,47%	8,33%	55,83%	84,46%	88,92%	-2,63 lits
Juillet	105,76%	51,75%		54,84%	81,95%	86,18%	-0,94 lits
Août	91,65%	43,01%		49,73%	70,82%	74,11%	6,26 lits
Septembre							
Octobre							
Novembre							
Décembre							



**File active de patients en hospitalisation**

File active glissante	FA_hc	FA_hj	FA_hn	FA_PFT	FA_total
janv-2003	440	149	12	12	<b>613</b>
févr-2003	439	149	9	12	<b>609</b>
mars-2003	426	143	8	11	<b>588</b>
avr-2003	416	143	9	11	<b>579</b>
mai-2003	408	137	8	12	<b>565</b>
juin-2003	415	131	8	12	<b>566</b>
juil-2003	409	131	6	12	<b>558</b>
août-2003	418	128	5	12	<b>563</b>
sept-2003					
oct-2003					
nov-2003					
déc-2003					
File active de patients	<b>418</b>	<b>128</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>563</b>

<b>File active</b>	FA_hc	FA_hj	FA_hn	FA_PFT	FA_total
janv-2003	123	70	2	9	<b>204</b>
févr-2003	149	75	2	9	<b>235</b>
mars-2003	178	79	2	10	<b>269</b>
avr-2003	195	84	3	10	<b>292</b>
mai-2003	218	90	3	11	<b>322</b>
juin-2003	124	62	2	8	<b>196</b>
juil-2003	283	104	4	11	<b>402</b>
août-2003	320	106	4	11	<b>441</b>
sept-2003					
oct-2003					
nov-2003					
déc-2003					
File active de patients	<b>320</b>	<b>106</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>441</b>

<b>Journées glissantes</b>	FA_hc	FA_hj	FA_hn	FA_PFT	FA_total
janv-2003	19 074	6 176	267	2 412	<b>27 929</b>
févr-2003	18 907	6 178	225	2 427	<b>27 737</b>
mars-2003	18 706	6 009	192	2 458	<b>27 365</b>
avr-2003	18 720	5 833	165	2 466	<b>27 184</b>
mai-2003	18 610	5 658	152	2 474	<b>26 894</b>
juin-2003	18 688	5 481	140	2 490	<b>26 799</b>
juil-2003	18 790	5 336	135	2 512	<b>26 773</b>
août-2003	18 764	5 204	135	2 501	<b>26 604</b>
sept-2003	17 224	4 683	110	2 293	<b>24 310</b>
oct-2003	15 640	4 164	79	2 063	<b>21 946</b>
nov-2003	14 148	3 688	49	1 840	<b>19 725</b>
déc-2003	12 572	3 237	22	1 608	<b>17 439</b>
TOTAL	<b>18 764</b>	<b>5 204</b>	<b>135</b>	<b>2 501</b>	<b>26 604</b>

**Lexique :**

HC : hospitalisation complète

HN : hospitalisation de nuit

HJ : hospitalisation de jour

PFT : placement familial thérapeutique

DMS : Durée moyenne de séjour

Taux d'occupation : nombre de lits et places occupés / capacité de l'établissement en lits et places

File active : nombre de patients vus au moins une fois, ou hospitalisés au moins une fois quand il s'agit de l'hospitalisation uniquement.

DMS glissante : DMS observée de mois en mois, d'août 2002 à août 2003 et ainsi de suite. Donc la DMS glissante c'est le nombre de journées glissant / file active glissante.

## Annexe 4

### Schéma Directeur Informatique

## **Le Schéma Directeur Informatique (synthèse et actualisation)**

En 1998, l'Etablissement a engagé sa réflexion sur le SDI, étape qui a permis de finaliser un document en septembre 1998 appelé « Schéma Directeur des Systèmes d'Information et de Communication – 1998-2003 ».

A l'occasion de la démarche, il a été rappelé :

Le SDI, un des volets du Projet d'Etablissement, doit conduire à l'élaboration d'un Système d'Information cohérent pour l'établissement.

L'élaboration du SDI a mobilisé l'ensemble des acteurs de l'établissement et crée une dynamique interprofessionnelle.

Deux préoccupations majeures ont guidé les réflexions :

- La nécessité d'obtenir un système informatique adapté et actualisé en fonction de l'évolution de l'établissement ;
- Le service rendu au patient au travers d'un outil de communication performant, sécurisant et fédérateur.

De façon à tenir compte des évolutions futures, il est prévu de réunir le groupe projet une fois par an pour :

- Vérifier l'avancement du SDI ;
- Cerner et valider les éventuels dépassements de planning ;
- Intégrer les imprévus ;
- Mettre en évidence les implications organisationnelles ou financières qui pourraient résulter des modifications.

A ce titre il est nécessaire d'étendre la durée du SDI à 2004 en conformité avec le projet d'établissement. L'année 2004 doit donc être considérée comme une année de consolidation des éléments déjà opérationnels, et permettre d'intégrer les éventuels retards d'exécution, notamment liés à la programmation financière.

Les pré requis, équipement, réseau et sécurité, doivent être intégrés tout au long de la démarche.

L'ensemble du schéma directeur informatique représente un budget d'environ  
**14 Millions de Francs**, réparti sur **5 ans ( de 1,4 à 4,35 M.F. / an)**.

**1<sup>ère</sup> année: 1998:**

Etude et Installation de la **Gestion économique et financière**

Achat des serveurs

Etude sauvegarde, sécurité et administration

**2<sup>ème</sup> année: 1999:**

Etude et Installation 1er Phase **Gestion Logistique**

Etude de la **Gestion Administrative des Patients**

Mise en oeuvre **Gestion économique et financière**

Mise en place des systèmes de sauvegardes, de gestion des accès

Equipement du réseau interne et réseau externe: Phase 1

Outils d'administration et messagerie (internet etc...)

**3<sup>ème</sup> année: 2000:**

Etude et Installation 2ème Phase **Gestion Logistique**

Installation de la **Gestion Administrative des Patients**

Etude de la **Gestion des Ressources Humaines**

Etude Phase 1- **Dossier Patient**

**4<sup>ème</sup> année: 2001:**

Equipement du réseau interne et réseau externe, Interconnexion: Phase 2

Mise en oeuvre Extension de la **Gestion économique et financière**

Mise en oeuvre Extension de la **Gestion Administrative des Patients**

Installation de la **Gestion des Ressources Humaines**

Etude **Circuit du médicament**

Etude Phase 2- **Dossier Patient**

Etude et Installation 3ème Phase **Gestion Logistique**

**5<sup>ème</sup> année: 2002:**

Etude et Installation 4ème Phase **Gestion Logistique**

Mise en oeuvre Extension de la **Gestion des Ressources Humaines**

Installation **Circuit du médicament**

Installation **Dossier Patient**

**6<sup>ème</sup> année: 2003:**

déploiement **Circuit du médicament**

déploiement **Dossier Patient**

**7<sup>ème</sup> année : 2004 :**

Année de consolidation et d'évaluation

## Annexe 5

### Audit Sécurité

# CHS de la Savoie

## DIAGNOSTIC SECURITE DU SYSTEME D'INFORMATION

### Présentation de l'approche

#### Objectifs :

- Evaluer le niveau de sécurité du Système d'Information / Diagnostic sécurité au CHS de la Savoie
- Evaluer la performance du réseau / campagne de métrologie
- Accompagner le CHS de la Savoie dans la sécurisation de son système d'information

#### Diagnostic sécurité :

- Interviews fonctionnels, interviews techniques, test d'intrusion
- Analyse

#### Fonctionnement du réseau : métrologie

- Campagne de mesure des flux réseaux
- Analyse

#### Planning

- 16 jours d'étude répartis sur le deuxième trimestre 2003

### Besoins et enjeux de sécurité

#### Besoins :

- Accès et partage sécurisé de l'information administrative et médicale

#### Enjeux de sécurité au CHS de la Savoie :

- Confidentialité : secret médical, données personnelles des agents
- Disponibilité : continuité de fonctionnement des moyens informatiques
- Intégrité : cohérence des données patients et des données administratives
- Traçabilité : accès aux données patients et administratives

## **Aspects opérationnels et métier**

### Points forts

- Dès la création du système d'information, mise en place de solutions évolutives et en adéquation avec le besoin des utilisateurs (solidité des fondements du système d'information)
- Prise de conscience et sensibilisation sur la sécurité à tous les niveaux : Direction de l'établissement, équipe informatique, services administratifs et services de soins
- Effort important de l'équipe informatique pour la prise en compte, l'application et le suivi de la sécurité physique et sécurité logique
- Les projets d'évolution du système d'information intègrent les aspects sécurité dès leur conception

### Points faibles

- Forte réticence du personnel de soin à l'informatisation des données médicales
- Communication insuffisante entre utilisateurs et service informatique entraînant :
  - o Des mauvaises utilisations de l'informatique débouchant sur une augmentation des risques (gestion des espaces disques, messagerie, mot de passe)
  - o Une prise en compte incomplète des besoins des utilisateurs notamment des chefs de service et des cadres hospitaliers par le service informatique (messagerie, sauvegarde des données locales)

### Recommandations

- Améliorer les canaux de communication et d'échange entre les utilisateurs et le service informatique
- Améliorer la formation des utilisateurs pour une meilleure utilisation de leur poste de travail (mot de passe, sauvegarde, protection des données)
- En collaboration avec le DIM, formaliser des règles de partage de l'information médicale pour préparer la mise en place du dossier patient
- Formaliser un contrat de service en terme de disponibilité, et à terme sur les autres critères de sécurité.

## Aspects techniques

### Points forts

- Stratégie de compte : bonne sécurisation des comptes privilégiés
- Architecture réseau : lien principal redondant
- Architecture système : redondante et fiable
- Architecture des postes de travail : sécurisation du 1<sup>er</sup> niveau
- Accès externes : bon niveau de sécurisation par rapport aux besoins actuels (internet, messagerie, télémaintenance)
- Sécurisation anti-virale : complète et à jour
- Procédures de sauvegarde et d'archivage : procédures opérationnelles et actives
- Plan de continuité technique : existe mais non formalisé
- Sécurité physique : bonne d'un point de vue global

### Points faibles

- Stratégie de compte : absence de politique généralisée de changement de mots de passe des utilisateurs, utilisateurs non sensibilisés à la criticité de leur compte (échange de compte, de mot de passe)
- Architecture des postes de travail : système d'exploitation de type Windows 98 de Microsoft de faible niveau de sécurité
- Architecture réseau : adoption provisoire et limitée de sans fil avec un risque très faible d'intrusion
- Absence de plan de reprise en cas d'incident ou de sinistre : impact sur la disponibilité du système d'information, risque devenant majeure avec l'arrivée de l'information médicale
- Documentation : absence de référentiel technique sur la sécurité
- Sécurité physique : risque potentiel d'inondation et absence de contre mesures, faiblesse voire absence de contrôle à l'accueil

### Recommandations

- Stratégie de compte : sensibiliser fortement et former les utilisateurs à l'utilisation des comptes et renforcer la politique des mots de passe
- Architecture de poste de travail : généraliser les systèmes d'exploitation sécurisés
- Architecture réseau : adopter les équipements d'interconnexion utilisant les nouvelles normes de sécurité pour la sécurisation des réseaux sans fil

- Plan de reprise : renforcer la disponibilité des composants réseau et définir un plan de reprise d'activité
- Architecture d'accès à internet : renforcer l'architecture pour se préparer à l'évolution des besoins métier
- Protocole : définir des règles organisationnelles pour la messagerie, les accès Internet, les accès distants, les disques réseaux
- Enrichir la base documentaire pour les aspects référentiel de sécurité
- Sécurité physique : renforcer les mesures de détection et de contrôle

## **Conclusion générale**

Réseau informatique sécurisé et performant

Mesures organisationnelles, opérationnelles et techniques couvrent bien les aspects confidentialité et disponibilité de l'information

Le CHS de la Savoie se positionne bien et parfois en avance par rapport aux autres CHS

Le CHS de la Savoie doit être vigilant à la prise en compte des besoins des utilisateurs au niveau de son système d'information.