



EHESP

Elève directeur d'hôpital

Promotion : **2007 - 2009**

Date du Jury : *octobre 2008*

Mise en œuvre du RIM-P et impact sur le système d'information

L'exemple du CH Montperrin

Hélène Fausser

Remerciements

Je les adresse à tous mes « maîtres de stage », ceux de la première heure, de remplacement ou de substitution :

Monsieur François, mon maître de stage et Directeur du Centre Hospitalier Montpellier

Madame Stéphanie Luquet, Directrice des Affaires Financières et du Système d'Information et de l'Organisation, pour son aide et sa disponibilité au début de mon stage,

Son successeur, Monsieur Franck Pouilly, Directeur des Affaires Financières et du Système d'Information et de l'Organisation, pour ses conseils et ses avis éclairés,

Madame Marielle Dijon, Adjoint des Cadres Hospitaliers à la Direction des Affaires Financières, pour m'avoir fait part de son expérience et de ses compétences au quotidien.

Je remercie également tout particulièrement M. Intartaglia, Responsable du Système d'Information et de l'Organisation, M. Fornari, Praticien Hospitalier Responsable de l'Information Médicale et l'ensemble de l'équipe de la SM-TEIM pour leur soutien technique, voire pédagogique !

Un grand merci enfin à l'ensemble de l'équipe de la Direction des Affaires Financières pour sa gentillesse et sa bonne humeur.

Sommaire

<i>Introduction</i>	6
1 Le système d'information face au défi du RIM-P : une adaptation nécessaire au préalable	11
1.1 Contexte et modalités de mise en œuvre du RIM-P	11
1.1.1 Les enjeux et difficultés liés à la mise en œuvre d'un recueil d'information médicalisé en psychiatrie	11
A) Une compréhension unanime des enjeux liés à la mise en œuvre d'un outil médico-économique en psychiatrie	11
a) Développer un outil de connaissance médico-économique de l'activité psychiatrique	11
b) Mettre en place un outil de régulation médico-économique	16
B) Une démarche lente et difficile marquée par des oppositions fortes	18
a) Historique de la démarche	18
b) Echec de l'expérimentation du PMSI PSY	19
1.1.2 Modalités de mise en œuvre du RIM-P	21
A) Le RIM-P dans le cadre de la VAP, un modèle pluraliste de financement	21
a) Présentation de la réforme	21
b) Des perspectives de financement aux contours incertains	22
B) Le RIM-P au cœur de la VAP	23
a) Principes de mise en œuvre du RIM-P	23
b) Modalités d'application du RIM-P	24
1.2 Modernisation et sécurisation du système d'information	28
1.2.1 Des efforts d'investissement conséquents pour une mise à niveau de l'établissement sur le plan de l'informatisation	28
A) Un retard important de l'investissement hospitalier en matière d'informatisation	28
a) Etat des lieux au niveau national	28
b) Constat au niveau du CH Montperrin	30
B) Une montée en charge rapide des investissements du CHM pour le développement de son système d'information	30
a) Une orientation stratégique appuyée par les autorités de tutelle	30
b) Modernisation du système informatique, support du système d'information	30
1.2.2 La mise en œuvre des exigences de protection des données de santé	32

A) L'obligation de déclaration des fichiers électroniques comportant des données à caractère personnel à la CNIL _____	32
B) Les obligations liées au respect de la confidentialité des données de santé _	32
a) La sécurisation de l'accès, de la conservation et des échanges de données	33
b) Le positionnement précurseur de l'établissement en matière de confidentialité des données de santé _____	34

2 Le système d'information à l'heure du RIM-P : un levier de performance

36

2.1 Exploitation du RIM-P intégré dans le système d'information au profit du pilotage de l'établissement _____ 36

2.1.1 Le système d'information au cœur des unités de soins _____	36
A) Une architecture applicative centrée autour du patient _____	36
a) Synopsis de l'architecture applicative _____	36
b) Intérêt de cette architecture : une gestion unique du patient _____	36
B) Un recueil d'information médicalisé implanté dans les unités de soins _____	37
a) Enjeux et conditions de mise en œuvre _____	37
b) Modalité d'intégration du logiciel dans le SI _____	40
2.1.2 Le système d'information, support du pilotage interne de l'établissement ____	42
A) Intégration du RIM-P dans le fichier structure de l'établissement et impact sur la comptabilité analytique _____	42
a) Adaptation du fichier structure de l'établissement _____	42
b) Vers une connaissance des coûts et dépenses _____	44
B) Perspective d'utilisation des données du RIM-P dans le cadre du contrôle de gestion _____	45
a) Production de tableaux de bord dans le cadre du contrôle de gestion ____	45
b) Apports liés à l'exploitation des données RIM-P _____	46

2.2 Nécessaire accompagnement pour une culture partagée de l'information

48

2.2.1 Les mesures définies au niveau national en vue d'accompagner la mise en œuvre du RIM-P _____	48
A) Un accompagnement technique _____	48
a) Au niveau national _____	48
b) Au niveau régional _____	49
B) Un soutien financier _____	51
2.2.2 L'accompagnement du projet RIM-P au niveau de l'établissement _____	52
A) La conduite du projet RIM-P _____	52
B) Le cadrage du projet RIM-P _____	53

a) Calendrier de mise en œuvre du RIM-P au niveau du CHM	53
b) Organisation de la saisie du RIM-P	54
c) Communication autour du RIM-P	58
Conclusion	61
Bibliographie	63
Liste des annexes	67

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CCA : Comité Consultatif Associé
CHM : Centre Hospitalier Montperrin
CIM-10 : Classification Internationale des maladies – 10^{ème} révision
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COPIL : COmité de PILotage
CPS : Carte Professionnel de Santé
DAF : Direction des Affaires Financières
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM : Département d'Information Médicale
DREES : Direction de la Recherche, de l'Etude, de l'Evaluation et des Statistiques
DSIO : Direction du Système d'Information et d'Organisation
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
ENC : Echelle Nationale des Coûts
EPRD : Equilibre Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
GIP-CPS : Groupement d'Intérêt Public-Carte Professionnel de Santé
IPP : Identifiant Permanent Patient
MIG : Mission d'Intérêt Général
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
PMSI-PSY : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
R3A : Résumé d'Activité Ambulatoire Anonyme
RAA : Résumé d'Activité Ambulatoire
RAS : Rapport Annuel de Secteur
RIM-P : Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RPS : Résumé Par Séquence
RPSA : Résumé Par Séquence Anonyme
RSIO : Responsable du Système d'Information et d'Organisation
RTC : Retraitement Comptable
SAE : Statistique Annuelle des Etablissements
SIH : Système d'Information Hospitalier
T2A : Tarification à l'Activité
VAP : Valorisation de l'Activité en Psychiatrie

Introduction

L'hôpital est fortement consommateur de ressources, humaines notamment, et produit des actes d'une haute technicité. Son fonctionnement a un coût qui impacte les comptes sociaux. En 2008, ce sont 67,7 milliards d'euros qui sont consacrés au financement des établissements de santé, soit près de 45% des dépenses dédiées au financement de l'assurance maladie. Ce constat n'est pas récent. Dès la fin des années 1970, la volonté de maîtriser les dépenses hospitalières a conduit à l'adoption de réformes successives au fil desquelles l'information médicalisée a pris une importance décisive.

DU PMSI au RIM-P

Jusqu'au milieu des années 1980, l'activité de l'hôpital était mesurée au moyen d'indicateurs non médicalisés (durée moyenne de séjour, nombre de journées, taux d'occupation des lits, nombre de lettre-clés, nombre de repas produits...). A partir de 1982, s'engage, à titre expérimental, un Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI)¹. Ce programme, appliqué dans le champ du court séjour Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), consiste à classer les séjours hospitaliers dans des Groupes Homogènes de Malades (GHM) en fonction d'une double homogénéité, médicale d'une part, à partir du type de pathologie pris en charge, et économique d'autre part, en se fondant sur l'importance des moyens consommés (journées, actes médico-techniques...). Il introduit ainsi une mesure médicalisée de la production de l'activité hospitalière censée accompagner alors la réforme dite du « *budget global* »².

D'un outil épidémiologique conçu pour pallier les lacunes du nouveau mode de financement des hôpitaux, le PMSI est progressivement généralisé et rendu obligatoire, comme « *support pour nourrir un dialogue constructif entre les hôpitaux, les tutelles et l'ensemble des partenaires du système hospitalier* »³. A partir de 1996, il devient un instrument d'allocation budgétaire dans la cadre de la réforme de l'hospitalisation introduite par les ordonnances du 24 avril 1996⁴. Pour mener à bien cette mission, les Agences Régionales de l'hospitalisation (ARH), qui se voient attribuer une compétence

¹ Le PMSI est directement inspiré du Système des « *Diagnosis Related Groups* » (DRG), élaboré à la fin des années 1970 par l'équipe du Professeur Fetter, Economiste à l'Université de Yale, aux Etats-Unis. Cf. Circulaire n°16 du 18 novembre 1982 relative à l'informatisation des hôpitaux publics.

² Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale. Le budget global constitue une modalité d'allocation des ressources qui se substitue au prix de journée à partir de 1984 et qui encadre les établissements participant au service public hospitalier dans une enveloppe budgétaire annuelle définie a priori. Destinée à freiner la progression des dépenses hospitalières, la dotation globale présente l'inconvénient majeur de déconnecter le niveau d'activité du financement des établissements. Il était donc indispensable de se doter, via le PMSI, d'indicateurs d'activité médicale reconnus.

³ Circulaire DH/PMSI n°303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics.

⁴ Ordonnance 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

générale en matière d'allocation des ressources affectées aux charges sanitaires, s'appuient sur la valorisation des GHM issus du PMSI, grâce au point d'Indice Synthétique d'activité (ISA), au sein d'une Echelle Nationale de Coûts (ENC). Le principe d'ajustement du financement à l'activité réellement constatée n'est pas remis en cause mais rapidement, et compte-tenu de la dégradation persistante des dépenses hospitalières, l'utilisation du PMSI comme outil de modulation des budgets s'avère insuffisante. De plus, elle ne permet pas d'envisager une réduction des écarts de ressources entre régions et établissements sur le court ou moyen terme.

Le financement des établissements de santé prend un tournant décisif avec le passage progressif à la Tarification A l'Activité (T2A)⁵. « *L'argent suit le patient* » ou autrement dit, les hôpitaux ne bénéficient plus d'une enveloppe globale de crédits à dépenser mais doivent ajuster leurs charges à leurs recettes réelles pour assurer leur équilibre financier. Ceci implique des efforts de gestion de la part des établissements pour réduire leurs coûts de production et éviter de dépenser au-delà des recettes liées à leur activité. Dans le cadre de cette réforme, le paiement au séjour fait évoluer le PMSI d'un mode descriptif à un mode « *tarifant* » : les séjours sont classés en Groupe Homogène de Séjour (GHS) et à chaque GHS correspond un tarif « *tout-compris* » destiné à couvrir l'ensemble des coûts associés au séjour (soins, médicaments, dépenses de personnel, dépenses logistiques et hôtelières...). La dénomination, proche de celle utilisée dans le cadre du PMSI, n'est pas fortuite. Les GHS sont directement issus des 598 GHM existants. La T2A s'appuie par conséquent sur les acquis du PMSI pour facturer l'activité des établissements à l'assurance maladie.

L'utilisation du PMSI a donc évolué au fur et à mesure des réformes du financement des hôpitaux. Cet outil de gestion médico-économique a fait l'objet d'expérimentations dans d'autres secteurs d'activité à partir des années 1990, dont la plupart ont été consolidées (Soins de suite et de Réadaptation (SSR), hospitalisation à domicile (HAD) et psychiatrie)⁶. Ces nouvelles classifications médico-économiques exigent de mettre en place un recueil adapté, obéissant à une double cohérence médicale et économique et faisant appel à des algorithmes de groupage définis sur la base de variables explicatives propres à chacune de ces différentes activités. L'extension du PMSI à ces nouveaux secteurs devait d'abord contribuer à en améliorer la connaissance médico-économique. Elle s'inscrit désormais dans une logique de valorisation de ces activités.

⁵ Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2004 du 18 décembre 2003.

⁶ Circulaire DH/PMSI/98 n° 153 du 9 mars 1998 relative à la généralisation dans les établissements de santé sous dotation globale et ayant une activité de soins de suite ou de réadaptation d'un recueil de résumés hebdomadaires standardisés (RHS) et arrêté du 31 décembre 2004 relatif au recueil et au traitement des données d'activités médicales des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement.

C'est notamment le cas pour la psychiatrie. L'arrêté du 29 juin 2006 rend obligatoire la mise en œuvre d'un Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie (RIM-P) à compter du 1^{er} janvier 2007 dans tous les établissements de santé, publics ou privés, ayant une activité en psychiatrie⁷. Ce recueil, qui donne une description des séjours et des actes réalisés par les services de psychiatrie, est transmis aux ARH chaque trimestre. Il s'inscrit dans le cadre « *d'un financement rénové de la psychiatrie, la VAP, un modèle pluraliste à plusieurs compartiments (activité de soin, mise en œuvre de Missions d'Intérêt Général (MIG), tarification à l'activité, prise en compte de critères géographiques et populationnels)* »⁸. Le RIM-P constitue ainsi une première avancée destinée à fournir les éléments objectifs permettant d'asseoir le financement du compartiment relatif à l'activité d'hospitalisation et ambulatoire.

Cette première étape est l'aboutissement de près de 20 ans de travaux et d'expérimentations ayant suscité un certain nombre de réactions et de réticences parmi les acteurs de santé. L'accélération du processus d'information médicalisée en psychiatrie, consacrée par l'annonce de la généralisation du RIM-P dès 2006, interroge sur le relatif consensus trouvé autour cet outil jusque là fortement décrié. Tout d'abord, l'objectif poursuivi de simplification du recueil a permis d'en garantir l'acceptation par les professionnels de santé. Par ailleurs, l'évaluation médico-économique de l'activité en psychiatrie est devenue impérative dans un contexte budgétaire restreint. Faute de données fiables et exhaustives, la psychiatrie ne pouvait jusqu'à présent justifier son activité que de façon partielle, sur la base d'indicateurs non médicalisés. Sur-dotée selon les uns, en proie à une augmentation de la demande et à une diminution concomitante de ses moyens selon les autres, l'inquiétude est réelle parmi les professionnels de la psychiatrie de voir cette spécialité réduite à une variable d'ajustement face à l'évolution des dépenses MCO. Or, la psychiatrie a besoin de moyens financiers pour faire face aux défis et difficultés relevés dans le cadre du Plan Santé Mentale 2005-2008, à savoir :

- la réduction du nombre de lits d'hospitalisation au cours des 20 dernières années, non compensée par un développement suffisant de prises en charge alternatives et ambulatoires (80% des prises en charge)
- l'existence d'inégalités territoriales fortes en termes de structures et de moyens
- la diminution de 40% des effectifs médicaux à horizon 2020
- le nécessaire décloisonnement progressif des dispositifs de soins entre les acteurs sanitaires et les institutions sociales et médico-sociales.

⁷ Arrêté du 29 juin 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique

⁸ Extrait du Préambule du Guide méthodologique de production du recueil d'information médicalisée en psychiatrie. Bulletin Officiel fascicule spécial n°2006-5 bis. Révision février 2007, p.3.

Mise en œuvre du RIM-P et impact sur le système d'information

Dans le cadre de cette étude, nous ne nous interrogerons pas sur la pertinence du RIM-P, non plus que sur la justesse des réflexions, toujours en cours, ayant conduit à la définition d'un modèle de financement pluraliste pour la psychiatrie. En revanche, nous nous intéresserons à la double contrainte de réactivité et d'exhaustivité que le RIM-P fait peser sur le système d'information hospitalier (SIH) et ses utilisateurs, aujourd'hui et plus encore demain, dans la perspective de mise en œuvre effective de la VAP.

Le SIH peut être envisagé de façon statique, en considérant ses différentes composantes, ou de façon dynamique, en analysant les finalités qui lui sont assignées. Un SIH se définit comme un sous-système d'outils supports (les logiciels) générant des flux d'informations, définissant eux-mêmes un second sous-système de relations et d'interactions entre les utilisateurs des logiciels. En ce sens, le SIH ne se distingue pas fondamentalement d'un système d'entreprise dès lors qu'il « *particip[e] de la gestion, interag[*i*]t avec l'organisation interne, ainsi qu'avec le monde extérieur : partenaire, clients, fournisseur* »⁹. Par contre, les nombreuses finalités qui lui sont assignées suffisent à le caractériser : « *il s'agit, tout d'abord, de relier les différents acteurs du système de santé afin de pallier les limites de l'exercice isolé, d'assurer une prise en charge globale des patients et de garantir la continuité des soins. Il s'agit également, de maîtriser les coûts des systèmes de soins et d'en piloter le fonctionnement global en fonction de l'évolution des connaissances et des pratiques médicales* »¹⁰. L'introduction d'outils médico-économiques, comme le PMSI et le RIM-P, contribue à structurer les réseaux informatiques des établissements autour de la production de données d'activité médico-économiques à destination des autorités de tutelle. Au-delà de cette vocation de régulation externe, le RIM-P doit également donner lieu à une appropriation interne dans un souci de meilleure de gestion, ce qui implique une nouvelle configuration du SIH, du point de vue des supports informatiques ainsi que dans les processus d'information des différents acteurs hospitaliers. Dans la perspective de la VAP en effet, le SIH pourra être utilisé selon une finalité budgétaire ; on s'intéressera, du côté des recettes, à la production d'informations sur l'activité en psychiatrie, et du côté des dépenses, à la production d'informations sur les coûts hospitaliers induits par cette même activité (Cf. Annexe 1 : « *Montée en charge des apports du SIH avec la tarification à l'activité* »). Parce qu'il génère les flux d'informations nécessaires à l'équilibre de l'institution hospitalière, le SIH constitue l'un des éléments qui aidera les établissements psychiatriques à clarifier leurs besoins et leurs moyens dans le cadre de la VAP.

⁹ DEBENEDETTI L., LIVARTOWSKI A., juin 2003, «Le système d'information hospitalier est-il un système comme les autres ? », *Perspectives*, Lettre d'information des adhérents du MIPIH, n°10, p.2.

¹⁰ DEGOULET P., FIESCHI M., ATTALI C., « Les enjeux de l'interopérabilité sémantique dans les systèmes d'information de santé », *Informatique et Santé*, 1997, Vol. 9, pp. 202-212.

Jusqu'à présent peu concernés par les enjeux de la tarification à l'activité, les Établissements Publics de Santé Mentale (EPSM) ont été amenés à consentir des efforts importants afin de mettre en place un SIH standardisé et généralisé. Au Centre Hospitalier Montperrin (CHM), la première étape a consisté à matérialiser et à sécuriser le SIH avant de l'implanter dans les unités de soins. De taille moyenne, l'établissement emploie 1100 agents et dispose d'une capacité de 580 lits et places autorisés pour 6 secteurs de psychiatrie adultes et 3 secteurs de pédopsychiatrie. Son implantation sur une superficie de 20 hectares et le nombre important de ses structures extrahospitalières, près d'une quarantaine, l'ont conduit à mettre en place un plan conséquent d'extension de son réseau et d'informatisation de ses structures. De façon générale, la mise en œuvre du RIM-P nécessite une adaptation préalable du système d'information aux exigences liées à la production de données d'activité directement à partir des unités de soins (1). Le système d'information, ainsi structuré autour du patient et de l'activité, devient en quelque sorte le système nerveux de l'établissement. Il convient ensuite de mettre en place une organisation efficace autour de ce recueil et de son intégration dans le SIH au service d'un meilleur pilotage de l'établissement (2).

1 Le système d'information face au défi du RIM-P : une adaptation nécessaire au préalable

Il est proposé un rapide rappel du contexte et des modalités de mise en œuvre du RIM-P (1.1) avant d'exposer plus avant les adaptations préalables du système informatique, support du système d'information (2.1).

1.1 Contexte et modalités de mise en œuvre du RIM-P

Les vingt années de travaux et d'expérimentation qui ont précédé l'émergence d'un recueil d'information médicalisé en psychiatrie, dans un contexte de forte opposition des acteurs de santé, ont permis une réflexion approfondie sur les enjeux (1.1.1) et les modalités de mise en œuvre de cet outil (1.1.2).

1.1.1 Les enjeux et difficultés liés à la mise en œuvre d'un recueil d'information médicalisé en psychiatrie

Si les enjeux liés à la mise en œuvre d'un recueil d'information médicalisé sont globalement bien appréhendés par les différents acteurs de santé (A), en revanche, les conditions et modalités du recueil ont longtemps suscité un certain nombre de réticences, voire de vives oppositions (B).

- A) Une compréhension unanime des enjeux liés à la mise en œuvre d'un outil médico-économique en psychiatrie

Le développement d'un outil médico-économique en psychiatrie est devenu impératif dans un contexte budgétaire contraint. Il permet aux établissements et aux professionnels de santé d'avoir une vision plus précise de leur activité et constitue par ailleurs un moyen de régulation externe et interne.

- a) *Développer un outil de connaissance médico-économique de l'activité psychiatrique*

Une connaissance jusqu'à présent partielle et descriptive de l'activité en psychiatrie

Pour décrire l'activité, les professionnels disposaient jusqu'à présent d'informations essentiellement quantitatives, qui ne permettaient qu'une description des volumes d'activité¹¹.

Les indicateurs classiques utilisés en psychiatrie

Depuis 1985, les établissements, psychiatriques ou ayant une activité psychiatrique, produisent un rapport annuel d'activité sur la base d'indicateurs qui présentent l'inconvénient de ne traduire que très partiellement la réalité de l'activité.

- la file active qui recense pour une année l'ensemble des patients accueillis ou vus par un ou plusieurs membres des équipes soignantes, quelques soient le nombre et la durée des prises en charge
- l'évolution du nombre de lits, places et journées par secteur et par modalité de prise en charge (hospitalisation à temps complet, hospitalisation à temps partiel, activité ambulatoire)
- la Durée Moyenne de Séjour (DMS)
- le taux d'occupation des lits apporte un constat sur les perspectives d'augmentation de l'activité

S'ils permettent une connaissance en termes de volumes d'activité, en revanche, ces indicateurs n'offrent pas d'éclairage médicalisé, nécessaire à une analyse objective de l'activité de soins.

Les données de la Fiche Par Patient (FPP)

A partir de 1985, l'assurance maladie a cherché à développer, en collaboration avec le ministère de la santé, un outil offrant une meilleure visibilité sur l'activité des établissements et donc, sur la façon dont ils utilisent les moyens qui leur sont confiés. La FPP est mise en place pour les secteurs adultes au 1^{er} janvier 1988 et à partir du 1^{er} janvier 1991 pour les secteurs enfants. Elle permet de recueillir des informations sur le patient, à la fois administratives (identité, situation de famille, activité et catégorie socioprofessionnelle, protection juridique) et médicales (diagnostic principal codé sur la base de la Classification Internationale des Maladies Dixième Révision (CIM10)). Y sont également précisés les modes de prise en charge et les catégories d'intervenants.

Ce recueil d'information a pour objectif d'améliorer le contenu des rapports annuels de secteur, via une description plus précise des modalités de prise en charge et une valorisation de l'activité extrahospitalière. Au niveau interne, la FPP a permis aux équipes soignantes de mieux connaître la population prise en charge et aux gestionnaires, de disposer de nouvelles données sur l'activité des services. Elle devait également permettre

¹¹ WAGENAAR G, octobre 1999, « Le PMSI : à quoi ça sert ? », *Santé Mentale*, n°41, pp. 22-24.

d'apporter, en théorie, des arguments de négociation budgétaire plus pertinents que le simple critère « *journée d'hospitalisation* ». Dans la pratique toutefois, les potentialités de la FFP n'ont pas ou peu été exploitées pour enrichir les rapports annuels de secteur (diagnostics codés, données sociodémographiques) ou comme outil de négociation.

La Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE)

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) a été mise en place en 1994 et refondue en 2000. Enquête administrative exhaustive et obligatoire, la SAE est une des principales sources d'information sur les établissements de santé publics et privés. Les informations collectées concernent notamment les équipements, les activités de soins soumises à autorisation, les effectifs et équivalents temps plein des personnels médicaux et non médicaux, ainsi que les données financières (uniquement pour les établissements privés hors dotation globale). Elle permet de connaître globalement la structure de l'offre des soins hospitaliers, de fournir une aide pour la planification, l'organisation des soins et l'allocation de ressources, et enfin de fournir une synthèse d'activité de chaque établissement. Notons qu'elle constitue à l'heure actuelle la base à partir de laquelle les ARH fixent les tarifs pour les établissements sous Objectif Quantifié National (OQN) ayant une activité en psychiatrie.

La juxtaposition de ces différents recueils d'activité a permis d'identifier les besoins liés à l'adoption d'un outil médico-économique, à savoir la nécessaire prise en compte d'indicateurs médicalisés suffisamment discriminants, de même qu'une harmonisation des informations récoltées de façon à éviter les saisies multiples, sources de lassitude, d'erreurs et de confusion.

Une nécessaire prise en compte des spécificités de la psychiatrie

L'activité psychiatrique offre des particularités qu'il convenait de prendre en considération dans une perspective de mise en place du recueil d'information médicalisé.

Les spécificités de la psychiatrie...

Certaines de ces spécificités expliquent la structuration de l'offre de soins et les coûts de prise en charge. Il s'agit de les repérer et de les intégrer d'une façon ou d'une autre dans la classification médico-économique afin de restituer l'éventail des prises en charges et d'obtenir une description de l'activité en nature, en « lourdeur » et en volume.

- La psychiatrie est une activité de soins pluridisciplinaire, fondée sur la relation humaine, peu standardisée, n'utilisant pas ou très peu de plateau technique.

- La sectorisation¹², qui marque le passage de la psychiatrie à la notion de santé mentale, organise l'offre de soins autour de la notion de secteur. Les objectifs poursuivis sont la prise en charge du patient au plus près de son domicile, via un réseau de soins ambulatoires, et sa non-hospitalisation chaque fois que possible, dans une optique de prévention et de maintien du patient dans ses liens familiaux et sociaux. Initialement basés sur des bassins de population de 70000 personnes, certains secteurs ont connu de fortes évolutions démographiques, qui se sont traduit par des redécoupages pour certains¹³. Ils sont de plus ou moins étendus comme le révèle la carte du territoire de santé des Bouches-du-Rhône Nord (Cf. Annexe 2 : « *Carte des secteurs psychiatriques rattachés au CHM* »). La dispersion des lieux d'interventions entraîne des temps de déplacements importants et ne facilite pas de façon générale l'évaluation de l'activité. Enfin, il existe d'importantes disparités dans l'offre de soins : les moyens mis à disposition diffèrent d'un secteur à l'autre influant directement les modalités et les coûts de prise en charge des patients. Les écarts de capacité en lits et places varient de 1 à 9 selon les départements.
- Une autre particularité de la psychiatrie réside dans une offre de soins très diversifiée. Elle fait intervenir différents modes de prise en charge -hospitalisation à temps complet, hospitalisation à temps partiel, activité ambulatoire- qui peuvent prendre des formes diverses : hospitalisation en intra ou en extra, placement familial, séjour ou appartement thérapeutiques, accueil en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) ou en Centre Médico-Psychologique (CMP), etc...
- Les modes légaux de prise en charge constituent également une autre des spécificités de la psychiatrie ; sous certaines conditions, certains patients sont hospitalisés sans consentement, d'office (HO) ou sur demandes de tiers (HDT). Si les Hospitalisations Libres (HL) représentent la majeure partie des modes d'hospitalisation dans les unités intra hospitalières (60% des modes d'hospitalisations au CHM), les séjours sous contraintes sont en revanche souvent plus longs (la Durée Moyenne d'Hospitalisation sur l'Année (DMHA) est d'une

¹² Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social : le secteur constitue une aire géo-démographique recouvrant un bassin de population d'environ 70000 personnes. Au sein de chaque secteur, rattaché administrativement à un établissement pour l'ensemble des activités intra et extrahospitalières, s'exerce une triple mission de prévention, de diagnostic et de soins sous la responsabilité d'un chef de service et d'une équipe pluridisciplinaire ce qui favorise une prise en charge globale du patient et d'assurer le lien entre les secteurs sanitaire et social.

¹³ Arrêté du 12 janvier 2006 réformant l'arrêté du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Provence – Alpes – Côte d'Azur en date du 28 janvier 2005 fixant les limites des territoires de santé pour la région Provence – Alpes – Côte d'Azur : le redécoupage effectué tient compte de la forte croissance

40aine de jours contre 30 pour les HL) et impliquent une charge de travail plus importante pour le personnel. C'est notamment le cas lorsque les patients décompensés sont placés en Chambre d'Isolement Thérapeutique (CIT) ce qui induit des coûts de prise en charge importants liés à une surveillance 24h /24.

- On constate également une démocratisation du recours à l'offre de soins psychiatrique, le nombre de consultations psychiatriques dans le secteur public ayant augmenté de plus de 50% en plus de 10 ans.
- Autre constat, à la précarité mentale répond la précarité sociale. Du fait des conséquences de la maladie mentale sur la vie sociale et familiale des individus, les équipes de psychiatrie travaillent en lien étroit avec les institutions œuvrant dans le champ social et médico-social. Ce travail de lien institutionnel est difficilement mesurable ou quantifiable, en termes de temps de travail.
- L'évaluation de cette activité passe également par la capacité à appréhender la psychiatrie au travers des diagnostics et des actes effectués. Or, la diversité des approches de la maladie mentale favorise une grande hétérogénéité des diagnostics. De plus, ces diagnostics conditionnent rarement à eux seuls le traitement des patients, dépendant également du praticien, de l'équipe, des moyens en termes de structures de soins et d'accueil, ainsi que du contexte psycho-social du patient. A côté du diagnostic, insuffisant pour déterminer le volume de la prise en charge du patient, la dépendance « *physique* » du patient doit également être évaluée. De même, devront être pris en compte les nombreux actes effectués dans les prises en charge ambulatoires, non cotés dans la Classification Internationale des Maladies – Dixième Révision (CIM-10) au titre des maladies mentales.

...Rendent impérative la construction d'un modèle de classification médico-économique propre à cette spécialité

Les modalités de prise en charge en psychiatrie interdisent la transposition des PMSI MCO, SSR ou HAD à cette spécialité. En MCO, les prises en charge se distinguent par une technicité plus importante des actes effectués et par des durées de séjour moins longues. Les PMSI HAD et SSR sont plus proches de l'activité psychiatrique (en termes de durée de séjour ou d'utilisation de la dépendance comme variable discriminante) mais des différences majeures existent quant aux natures de prise en charge ou à l'importance accordée aux diagnostics. De plus, ces outils ne prennent pas en compte les consultations, ce qui les rend particulièrement peu adaptés à la psychiatrie.

démographique constatée sur la région PACA. Le territoire de santé des Bouches-du-Rhône Nord par exemple a connu une augmentation de sa population de 4,7%.

Au niveau des expériences étrangères, un certain nombre de pays ont pu apporter une contribution dans le développement d'un outil d'information médicalisé en psychiatrie (Etats-Unis, Pays-Bas, Belgique, Suède, Australie) mais le recul par rapport à tous ces travaux est insuffisant pour en tirer des conclusions, dégager ce qui pourraient être des enseignements ou reprendre un modèle finalisé de classification médico-économique adapté à la santé mentale.

b) *Mettre en place un outil de régulation médico-économique*

Un outil de régulation externe

A partir de 1984, le financement de la psychiatrie s'effectue sous la forme d'une dotation globale versée chaque mois¹⁴. L'année suivante, une réforme de l'organisation et du financement de la psychiatrie publique¹⁵ est intervenue qui a permis d'unifier les modalités d'allocation de ressources des activités. Elle offre aux établissements une marge de manœuvre nouvelle quant à l'utilisation de leurs ressources, leur permettant notamment de favoriser certains modes de prise en charge (l'ambulatoire au détriment de l'hospitalisation) et d'arbitrer les priorités liées à leurs missions de soins, de prévention et de réinsertion. Ce mode de financement présente toutefois des inconvénients majeurs :

- De 1984 à 2004, l'enveloppe globale destinée au financement de l'hospitalisation publique est déterminée en fonction de la dotation en n-1 à laquelle s'applique un taux directeur fixant l'évolution maximum des dépenses. Ce taux directeur est appliqué indifféremment aux activités MCO et psychiatriques alors que les dépenses dans ces domaines ne sont pas objectivement comparables (80% de dépenses de personnel en psychiatrie contre 70% en MCO et 2% de dépenses pharmaceutiques en psychiatrie contre 5% en MCO). A partir de 1996, les dotations régionales sont réparties « *en fonction des besoins de la population, des orientations des SROS et des priorités sanitaires en tenant compte de l'activité et des coûts des établissements* »¹⁶. Or, si les CH généraux disposent à cette date d'un outil de négociation budgétaire, le PMSI MCO, ce n'est pas le cas de la psychiatrie.
- En 2004, la T2A s'arrête à l'activité MCO. Les budgets des établissements psychiatriques sont reconduits sur une base historique, favorisant le maintien des inégalités de répartition des moyens entre les différents secteurs de psychiatrie.

¹⁴ Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale et décret du 11 août 1983 Décret n°83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier

¹⁵ Jusqu'à cette date, l'hospitalisation était prise en charge par la sécurité sociale, tandis que l'activité extrahospitalière était financée par les départements. La réforme organise une unification du financement de l'ensemble des activités des secteurs de psychiatrie, désormais uniquement assuré par l'assurance maladie.

¹⁶ Article L. 174-1 du Code de la sécurité sociale

L'absence d'outil de classification médico-économique de l'activité de psychiatrie et partant, l'impossibilité d'élaborer une ENC, ne permet pas d'envisager une allocation budgétaire mieux adaptée à l'activité produite. Enfin, une réelle inquiétude se fait jour quant à la répartition des moyens entre les activités financées par la T2A et celles sous dotation globale. A titre d'exemple, en 2008, le taux d'évolution de l'ONDAM est fixé à 3,1%. Le CHM a vu sa Dotation Annuelle de Financement (DAF) augmenter de seulement 1,77%, alors même que les mesures salariales (Protocole Jacob, prime intersectorielle, paiement des RTT..) se font d'autant plus ressentir que les dépenses de personnel sont importantes en psychiatrie (+3,75% en 2008).

La psychiatrie ne pouvait donc rester à l'écart du mouvement de mesure de l'activité, le risque étant de voir se développer deux médecines, l'une rationnelle qui rend compte de son activité et obtient des financements proportionnels et, l'autre non susceptible d'évaluation médico-économique dans l'incapacité de justifier ses besoins de financements.

Un outil de gestion interne

Orienter la stratégie interne de l'établissement

Dans une structure de production, le système d'information joue le rôle d'intermédiaire entre le système de pilotage, qui décide du comportement de l'organisation en fixant des objectifs et en définissant les moyens permettant de réaliser ses missions, et le système opérant, qui représente le siège de l'activité et transforme les flux entrants en flux sortants. Dans cette structure, le SI joue un rôle intermédiaire en tant que mémoire de l'organisation (Cf. Annexe 3 : « *Rôle du SIH dans une structure de selon F. KHOLER¹⁷* »). Si l'on considère l'hôpital comme une structure de production de soins, l'utilisation d'indicateurs médicalisés, à côté d'indicateurs non médicalisés (évolution de la file active, nombre de journées, DMS, DMHA, répartition selon le mode d'hospitalisation) est impérative pour une connaissance globale du système opérant. Le cœur de métier étant le soin, la définition d'une stratégie d'établissement et d'un projet médical (développer une activité de liaison, améliorer un type de prise en charge, restructurer un service) nécessitent une connaissance de l'activité médicale (parts de marché, coût de production, attractivité, flux de patient) afin de positionner l'hôpital par rapport à l'offre de soins d'un territoire de santé donné. Autrement dit, lorsqu'il élabore son projet médical, un établissement ne peut pas simplement décider quel positionnement stratégique suivre

¹⁷ KOHLER F., décembre 1992, « Le système d'information hospitalier : enjeux de pouvoirs et contraintes de développement », *Gestion Hospitalière*, n°321, pp.792-799.

sans regarder ce qu'il va lui coûter. En psychiatrie aujourd'hui, les décisions stratégiques se fondent sur l'environnement externe et sur les objectifs que se donne l'organisation, en s'appuyant sur une connaissance partielle des comportements passé et présent du système opérant. L'objectif poursuivi avec la mise en place d'un système d'information médicalisé est de disposer d'informations fiables pour le pilotage de l'établissement et la gouvernance par pôle, au travers d'une gestion médicalisée des moyens.

Sortir d'une gestion comptable des moyens

La maîtrise des dépenses de santé n'est pas seulement un objectif national : chaque établissement doit pouvoir améliorer ses coûts de production à partir d'informations sur l'activité de soins. Pour mettre en œuvre cette gestion médicalisée des moyens, l'hôpital doit parvenir à analyser ses dépenses afin à valoriser son activité. Pour ce faire, il peut, à partir des recueils d'information à sa disposition, exploiter certains procédés comme les retraitements comptables qui permettent d'isoler les dépenses d'exploitation correspondant aux activités décrites et mesurées par les SI. La mise en place d'une comptabilité analytique contribue aussi, via une analyse des charges par fonction ou destination, à structurer la gestion des établissements. Elle leur permet de connaître, avec un certain degré de précision, le processus de formation des coûts, de mesurer, par poste de dépense, leur coût de production, de comparer les budgets de pôles, de calculer des coûts par séjour. Elle constitue donc un élément structurant de la gestion des établissements, notamment lorsqu'elle leur permet, à partir d'une ENC, d'analyser leur productivité et leurs éventuels écarts de coûts par rapport à une moyenne nationale. La mise en place d'un recueil d'information médicalisé permettra à terme de transposer à la psychiatrie ce qui se fait actuellement en MCO : « *Parallèlement à la médicalisation du système d'information, la création d'une comptabilité analytique doit déboucher sur des coûts de revient complet par GHM. Le croisement des données issues de ces deux démarches permettra une meilleure connaissance de la production hospitalière, source d'optimisation des ressources* »¹⁸.

B) Une démarche lente et difficile marquée par des oppositions fortes

Un premier outil de recueil, le PMSI PSY, fruit des travaux entrepris depuis le début des années 1990, est expérimenté à partir de 2002 dans un contexte d'opposition généralisé.

a) *Historique de la démarche*

¹⁸ GROLIER J., PERARD Y., PEYRET P., 2002, « La comptabilité hospitalière médicalisée », *Editions ENSP*, 390 p.

Les travaux ont débuté en 1991, à partir d'une circulaire adoptée en avril 1990¹⁹. De la constitution d'une première commission dite «*groupe des 13*»²⁰ ayant conduit à la production d'un rapport d'orientation en 1994²¹, à la mise en place de groupes de travail à partir de 1995, les travaux ont conduit à la constitution d'une première base de données en 1998 suivie d'une expérimentation de l'outil PMSI PSY de 2002 à 2005²² dans quatre régions pilotes (Aquitaine, Rhône-Alpes, Lorraine, La Réunion), rejointes par de nombreux établissements volontaires. Il s'agissait de tester à la fois la faisabilité du recueil et la validité des classifications en Groupes Homogènes de Journée (GHJ) ou en Groupe Homogène d'Actes (GHA). (Cf. Annexe 4 : «*Construction des GHJ et des GHA dans le cadre du PMSI Psy*»)

b) *Echec de l'expérimentation du PMSI PSY*

Des oppositions fortes

De nombreuses critiques ont été formulées à l'encontre du projet PMSI PSY quant à la nature, la quantité ou la complexité des informations collectées. Le reproche assez constant porte sur l'incapacité de ces informations à refléter de façon satisfaisante, quantitativement et qualitativement, les pratiques en psychiatrie ainsi que sur le surcroît de travail qu'impliquait leur relevé.

- Un premier ordre de critiques est lié au diagnostic. Ne sont cotées que les maladies mentales, laissant de côté les autres motifs de recours au système de santé, nombreux dans le cadre des prises en charge ambulatoires. Par ailleurs, à lui seul, le diagnostic ne permet pas de rendre compte de la lourdeur de prise en charge d'un patient. Au cours de l'expérimentation, le recours à l'Activity of Daily Living (ADL) n'a pris en compte que la dépendance physique de la personne hospitalisée, tandis que l'Echelle Globale de Fonctionnement (EGF) n'a pas permis d'apporter un facteur prédictif de lourdeur psychique des troubles.
- Le PMSI PSY apparaît également comme principalement tourné sur la description de l'activité d'Hospitalisation, au détriment des activités de soins ambulatoires et alternatives développées dans de nombreux secteurs psychiatriques.

¹⁹ Circulaire DGS/DH n°90-07 du 11 avril 1990 relative à l'expérimentation de la gestion de l'information médicale en psychiatrie

²⁰ Le « groupe des 13 » est composé de médecins DIM, d'un directeur, d'un PCME, d'un MISP, de représentants de l'administration. Ce groupe s'étoffera au fil des mois et comprendra d'autres membres, avec un statut d'observateurs (directeurs d'établissement, psychiatres issus du secteur privé, autres MISP, une statisticienne).

²¹ LOTH A., BURNEL P., DUBOIS J., 1994, «Un mode rémunération adapté à la psychiatrie de secteur » *Rapport du groupe de travail des 13 DIM en Psychiatrie.*

²² Circulaire DHOS/E3/2001/N°625 du 19 décembre 2001 relative à la mise en œuvre du PMSI- psychiatrie, à titre expérimental

- La faisabilité en routine du recueil des données est souvent mise en cause. Sur un plan quantitatif et qualitatif, l'inquiétude des professionnels se cristallise sur les nouvelles contraintes administratives liées à la saisie des données.
- Certains auteurs, préoccupés par la qualité des données et la validité des concepts mis en œuvre, stigmatisent la liberté d'interprétation attachée au recueil des items et les conséquences qui en découlent en termes de fiabilité des données²³.
- On constate enfin, dans la plupart des EPSM, un manque de supports informatiques disponibles et ergonomiques ainsi qu'une carence en circuits d'informations suffisamment rodés.

Des résultats peu satisfaisants

Il ressort de l'expérimentation des GHJ et des GHA qu'il est difficile d'établir des liens forts entre les caractéristiques médicales des patients (profil clinique, à travers le diagnostic notamment), leur prise en charge psychiatrique et les coûts de journées ou d'actes.

Pour ce qui concerne les prises en charge à temps plein et à temps partiel, le pourcentage de variance de coût expliqué est de 20% environ du coût des actes directs effectués sur une journée pour un patient. Ceci est peu, d'autant que ces actes directs représentent eux-mêmes une faible part du coût de journée d'hospitalisation puisqu'ils étaient estimés en moyenne à 10% du coût moyen d'une journée d'hospitalisation (soit 22€ sur 300€). Le même constat selon lequel les caractéristiques des patients ne permettent pas d'établir des coûts de prise en charge ponctuelle est effectué concernant les activités externes et les actions de la communauté. D'autres facteurs interviennent dans la formation des coûts, à savoir :

- le statut de l'établissement (CHS, CH, CHU, clinique), sa mission éventuelle d'enseignement, son environnement géographique (rural, urbain) ;
- les caractéristiques de l'unité médicale qui prend en charge le patient (unité polyvalente ou unité spécialisée) ;
- les caractéristiques de la population prise en charge (caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques).

La faible performance médico-économique des GHA et des GHJ n'a donc pas permis de valider la classification mais les difficultés rencontrées ont conduit, avec l'aide des organisations professionnelles, à redéfinir des modalités simplifiées de recueil tout en conservant une richesse informative.

²³ JUND J., COURTOIX X., 2004, « Quelles leçons tirer de l'expérimentation du PMSI en Psychiatrie », *L'information Psychiatrique*, n°80, pp. 785-789.

1.1.2 Modalités de mise en œuvre du RIM-P

Une lettre du ministre de la santé est adressée le 5 octobre 2004 à l'ensemble des membres du comité de pilotage du PMSI en psychiatrie en vue d'une reconfiguration du dossier. Il s'agit de prendre acte des enseignements de l'expérimentation, des limites avérées de la classification en termes de performance médico-économique et de l'impossibilité d'asseoir sur cette base une « *T2A psychiatrique* ». Le RIM-P, recueil d'information simplifié par rapport au PMSY PSY, est rapidement élaboré. Contrairement au PMSI MCO, sa mise en œuvre s'inscrit dès le départ dans une perspective de valorisation de l'activité en psychiatrie qui s'appuie sur le postulat suivant : la psychiatrie ne peut être financée seulement à partir de l'activité d'où l'idée d'associer des « *compartiments* » de financement.

A) Le RIM-P dans le cadre de la VAP, un modèle pluraliste de financement

a) *Présentation de la réforme*

L'objectif poursuivi par la réforme du financement de la psychiatrie en cours de réflexion est de parvenir à une valorisation de cette activité, sur la base d'un mode de financement dont l'ossature permette d'intégrer les spécificités de la psychiatrie²⁴. (Cf. Annexe 5 : « *La VAP, un mode pluraliste de financement* »)

- Le compartiment géo-populationnel :
 - Attribution d'une enveloppe par habitant, avec modulation en fonction des caractéristiques socio-démographiques de la population : il s'agit de prendre en compte les spécificités régionales, territoriales, sectorielles en s'appuyant sur les facteurs géographiques, épidémiologiques et socio-démographiques (étendue géographique du secteur, degré d'urbanisation, précarité ou densité médicale) pour déterminer les paramètres de variations des coûts de la psychiatrie qui ne peuvent être financés ni par l'activité ni sous forme de MIG.
 - Tient compte de la dimension de « *politique santé publique* » intégrée de la psychiatrie et renvoie aux missions globales du secteur.
 - Limite l'effet induction de la demande par l'offre
 - Introduit une équité républicaine d'accès aux soins pour les populations
- Le compartiment « *coûts fixes des structures* » ou MIG
 - Le compartiment « *structures* » (équipements de base) introduit la planification dans le modèle ; quelle que soit la région, sa démographie et sa géographie, il est nécessaire d'offrir au public des services qui ont des

²⁴ Cf. Ci-dessus les spécificités de la psychiatrie, p.11.

coûts fixes de structure, notamment pour assurer la permanence des soins.

- ❖ Exemple pour la permanence des soins : coût de l'ouverture d'un CMP 24h sur 24
- Ce compartiment a également vocation à financer, à côté des MIG déjà répertoriées en MCO-SSR, des initiatives innovantes, ainsi que des activités de réseau formalisées :
 - ❖ Interventions hors établissement (équipes de liaisons présentes dans les structures somatiques, équipe mobiles addiction ou précarité)
 - ❖ Missions de prévention, de coordination et d'expertise (collaboration avec les partenaires institutionnels de la justice ou de l'éducation nationale)
 - ❖ prises en charge et structures spécifiques (Unité pour Malades Difficiles (UMD), unité d'hospitalisation des adolescents, structure de prise en charge des addictions, gérontopsychiatrie, hospitalisations sous contraintes, sismothérapies)
- Le compartiment « *Tarifification A l'Activité* »
 - Il vise une allocation de ressources sur la base du RIM-P
 - Poids compris entre 20 et 50% selon les approches
 - Le compartiment tarification à l'activité permettrait d'ajuster le financement « *au plus près* », à stimuler les établissements sans remettre en question les grands équilibres assurés par les deux premiers compartiments
- Le compartiment « *molécules onéreuses* »
 - Il s'agit d'anticiper la croissance très rapide de ces dépenses, de 10 à 20 % par an (anti-psychotiques de nouvelle génération, comorbidités somatiques) même si elles représentent actuellement une part peu importante du budget
 - Comme en MCO, il vaut mieux les financer au coût réel pour éviter les économies au profit d'autres dépenses

b) Des perspectives de financement aux contours incertains

Une réflexion sur les perspectives de financement de ces 4 compartiments est actuellement menée dans le cadre de groupes de travail techniques composés d'experts hospitaliers, sous l'égide du Comité de Pilotage de la VAP-RIM-P (COPIL) ²⁵ et en

²⁵ Représentants du Ministère (DHOS, DGS), de la Cellule PMSI, de la CNAM, des fédérations hospitalières, de l'ADESM, des conférences (PCME psy, CHG)

concertation avec le Comité Consultatif Associé (CCA) représentant les organisations syndicales des psychiatres.

Les groupes techniques s'appuient sur le retraitement comptable pour déterminer la capacité de repérer les coûts de l'activité psychiatrique pour ensuite proposer des modes de rémunération adaptés. (Cf. Annexe 6 « *Les travaux VAP en cours* »)

Le poids respectifs des compartiments reste à déterminer. On ne parle d'ailleurs que de « *visibilité* » au niveau du ministère quant à la définition des paramètres et des premiers tarifs : elle permet d'engager des travaux de simulation sans préjuger du caractère définitif du modèle.

Figure 1 : 3 grandes modalités de financement proposées par la DHOS, la MT2A et l'ATIH²⁶

Modèle Mode de financement	Financement à l'activité prépondérant	Financement par dotation prépondérant	Financement mixte
Activité intra	Financée à l'activité -Classification des prises en charge valide pour l'intra et l'extra - ENC valide	Dotation annuelle pondérée par l'activité -Nécessité de disposer d'indicateur de répartition d'enveloppe	Financée à l'activité -Classification des prises en charge valide pour l'intra et l'extra -ENC valide
Activité extra			Dotation annuelle pondérée par l'activité -Possibilité d'utiliser EDGAR pour l'extra
MIG	Dotation annuelle pondérée par l'activité -Généralisation de recueil d'information		

D'ores et déjà, des interrogations portent sur la part que représentera le compartiment tarification à l'activité et une inquiétude est exprimée quant au niveau de la dotation réservée aux MIG. La mise en œuvre de ce modèle de financement nécessite dès à présent que soit réalisé un recueil fiable et exhaustif de l'activité.

B) Le RIM-P au cœur de la VAP

a) *Principes de mise en œuvre du RIM-P*

S'il a fait naître quelques critiques parmi les médecins psychiatres²⁷, le RIM-P issu de l'arrêté du 29 juin 2006 n'a pas suscité d'oppositions particulièrement fortes. Les enjeux

²⁶ DHOS, MT2A, ATIH, Version du 19 septembre 2005, « *Projet de rapport d'étape pour les travaux sur la VAP* »

²⁷ Communiqué commun aux organisations syndicales de psychiatres du 7 septembre 2006 : le texte adopté en Conférence Plénière déplore l'adoption de l'arrêté « *dans un climat de précipitation* » et la mise en œuvre d'un recueil « *encore très imparfait* », « *non lié de façon claire au contexte plus général de la VAP* », qui « *fixe des délais impossibles à respecter* », et « *occult[e] la question des moyens nécessaires à son application dans les établissements* ».

liés à sa mise en œuvre et les enseignements tirés des expérimentations du PMSI PSY ont permis de recueillir une certaine adhésion autour de cet outil médico-économique.

Les expérimentations du PMSI PSY ont permis d'identifier des principes : une simplification du recueil et un effort d'harmonisation avec les différents types de recueil préexistants au RIM-P, à savoir notamment la SAE, la FPP et les rapports d'activité.

- La simplification du recueil se concrétise au regard du type d'informations collectées, avec la garantie pour les professionnels que l'ensemble de ces informations seront exploitées. Certains indicateurs médicalisés ne sont plus cotés dans le RIM-P, notamment l'EGF ainsi que les actions pour la communauté qui ont vocation à être intégrées dans le compartiment MIG.
- Certains items du RIM-P ont été établis en collaboration avec la DREES afin d'harmoniser les recueils prévus dans le cadre de la SAE et des rapports annuels de secteurs. L'expérimentation du PMSI PSY avait en effet permis de souligner l'absence de cohésion entre les différents recueils d'information, obligeant à ressaisir plusieurs fois les mêmes informations dans les différents recueils (SAE, RAS, PMSI PSY) sans toutefois que les indicateurs retenus (entrées, journées, venues, séances) ne soient comptabilisés de façon identique, avec le risque d'erreurs et de confusion induits. Le RIM-P organise une correspondance avec les autres systèmes d'information :
 - Les natures de prise en charge et les formes d'activité sont harmonisées avec la SAE
 - La section « *modalité de prise en charge des patients* » des rapports annuels de secteurs (fichier structure, IPP, prise en charge, données sociales conformes à la note DRESS de novembre 2006)²⁸ est intégrée dans le RIM-P.

L'harmonisation de ces données contribue à simplifier le travail des établissements et rend possible des comparaisons entre ces différentes données²⁹.

b) *Modalités d'application du RIM-P*

Champ d'application du recueil

Le RIM-P a vocation à s'appliquer dans l'ensemble des établissements, publics, privés et PSPH, exerçant une activité en psychiatrie. Sont exclues du champ du recueil les activités réalisées par les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les centres de cures ambulatoires d'alcoologie qui relèvent du champ médico-social.

²⁸ Note DRESS-OSAM n°06/35 du 3 novembre 2006 relative à la mise en place du RIM-P, données socio-démographiques complémentaires

²⁹ Cf. Tableau de correspondance en Annexe I du guide méthodologique du RIM-P

Contenu du recueil

La simplification du recueil ne doit pas en trahir la qualité informative : il s'agit de prendre en compte la diversité des modes de prise en charge et de traduire certaines hétérogénéités dans les coûts, pour un même mode de prise en charge, du fait de paramètres significatifs (âge, durée de prise en charge, autonomie, statut, prise en charge groupe ou individuelle, par un ou plusieurs professionnels). Pour les prises en charge à temps complet ou partiel, les informations sont enregistrées, par séjour, sous forme de résumé de séquences de soins qui correspondent à des formes d'activité homogènes. (Cf. Annexe 7 : « *Prises en charge et forme d'activité* »). Pour les prises en charge ambulatoires, les informations sont collectées sous forme d'un relevé d'actes. Chaque prise en charge donne lieu à l'enregistrement de données patient (nom, IPP..), de données venue (n° de séjour, mode d'entrée..) et de donnée événement soins (mouvements, diagnostics, actes) qui permettent de produire des Résumés Par Séquence (RPS) et des Résumés d'Activité Ambulatoire (RAA). (Cf. Annexe 8 : « *Groupage, chaînage, anonymisation et transmission des fichiers d'activité* »)

Transmission des fichiers RIM-P

Les fiches de renseignements sont transmises à l'ARH, dans le courant du mois suivant chaque fin de trimestre, sous forme de RPSA et de R3A, via la plate-forme e-pmsi mise à disposition par l'ATIH. L'agence contrôle la conformité des données transmises, par rapport aux prescriptions du Guide Méthodologique de production du RIM-P, avant de les intégrer dans les bases nationales.

Conditions de mise en œuvre

La mise en œuvre du RIM-P exige que soient respectées certaines conditions.

Identification du médecin responsable de l'information médicale

Il est nécessaire de pouvoir identifier, dans chaque établissement producteur de fichiers RIM-P, un médecin responsable de l'information médicale. La création de cette fonction date de 1989 et de la généralisation du PMSI MCO³⁰. A la tête du Département d'Information Médicale (DIM), il joue un rôle majeur et transversal dans le recueil et le traitement des données :

- il effectue le traitement des données médicales à caractère personnel nécessaires à l'analyse de l'activité.

³⁰ Circulaire DH/PMSI n° 303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics (BOMS n° 89/46).

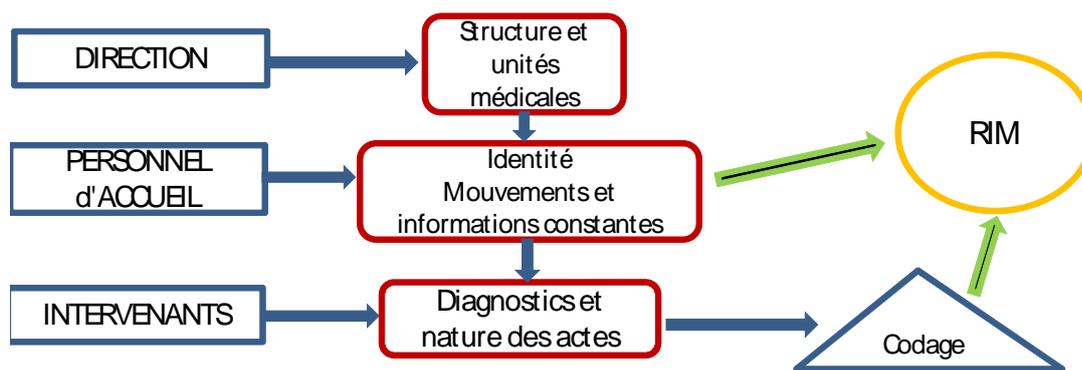
- il assure la diffusion des informations issues de ces traitements auprès de la direction de l'établissement de santé et du président de la commission médicale ainsi qu'aux praticiens ayant dispensé les soins, dans des conditions garantissant la confidentialité des données et l'anonymat des patients.
- il veille à la qualité des données qui lui sont transmises, qu'il confronte en tant que de besoin aux dossiers médicaux et fichiers administratifs, et conseille les structures médicales et médico-techniques pour leur production.
- il sauvegarde les fichiers de RPS et de RAA qui sont à la source respectivement des fichiers de RPSA et des fichiers de R3A ainsi que l'ensemble des fichiers créés par le programme informatique générateur de RPSA-R3A
- Il assure la conservation de la copie produite pendant une durée de cinq ans.

Au CHM, l'information médicale est assurée par la Structure Médico-Technique de l'Evaluation et de l'Informatique Médicales (SM-TEIM) placée sous la responsabilité d'un médecin DIM. Dans le cadre de sa mission, le médecin responsable de la SM-TEIM s'appuie sur les praticiens de l'établissement (en vertu des articles L.6113-7 et R.6613-4 du CSP) et collabore étroitement avec la Direction des Affaires Financière et du Système d'Information et d'Organisation (DAF-DSIO).

Mise en place d'un système d'information standardisé et généralisé

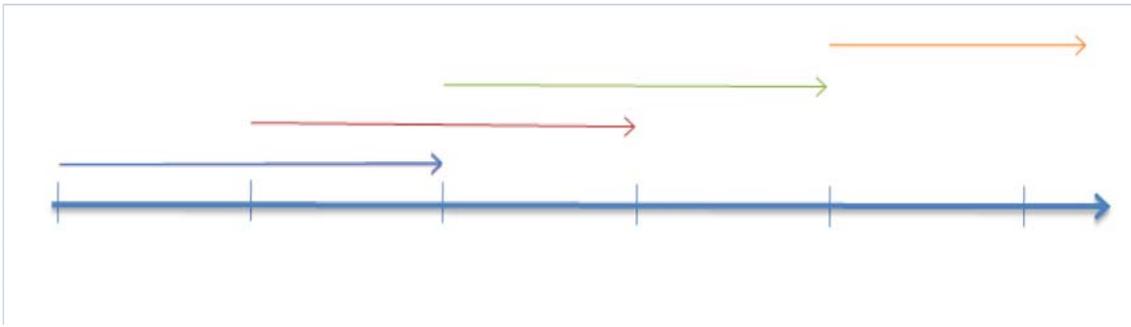
On distingue trois étapes dans le recueil d'information médicalisé : l'identification (étape génératrice de l'information), le codage (passage de l'information donnée en littéral à une forme codée), et la saisie (introduction de l'information dans le système informatique).

Figure 2 : Schéma indicatif du SIH



Dans ce processus, le support informatique a pour rôle d'archiver les données, les traiter, les présenter et les communiquer. La fiabilité du système d'information s'appuie donc d'abord sur l'outil informatique. Or, dans ce domaine, les établissements de santé, spécialisés en psychiatrie notamment, accusent un net retard répercuté sur le calendrier de mise en œuvre du RIM-P.

Figure 3 : Calendrier de mise en œuvre du RIM-P



Faute d'équipements informatiques suffisants, rares ont été les EPSM capables de leurs données d'activité sous forme de fichiers RIM-P à partir du 1^{er} janvier 2007. Le taux de transmission des fichiers établissements, publics et privés confondus, RIM-P est de 67% dans la région PACA en 2007. Le CH Montperrin fait partie des établissements n'ayant transmis aucun fichier RIM-P pour le 1^{er} semestre 2008. La fiabilisation du système informatique, axée notamment sur le déploiement et la sécurisation du réseau, l'informatisation des structures de soins et la mise en œuvre d'une politique avancée de sécurité des données confidentielles de santé, ont été posées comme préalable à la saisie du RIM-P.

1.2 Modernisation et sécurisation du système d'information

La mise en œuvre du RIM-P s'est accompagnée d'une fiabilisation du système informatique en termes de réseau, d'équipements et pour ce qui est de la conservation et l'échange des données confidentielles de santé. In fine, l'établissement aura su en l'espace de deux ans rattraper le retard accumulé en termes d'informatisation (1.2.1) et proposer des solutions avancées au niveau de la confidentialité des données (1.2.2).

1.2.1 Des efforts d'investissement conséquents pour une mise à niveau de l'établissement sur le plan de l'informatisation

La médicalisation des systèmes d'information implique une politique d'investissements pour une informatisation des unités de soins, lieux d'émission des actes, rendue d'autant plus impérieuse dans la perspective d'une tarification à l'activité.

A) Un retard important de l'investissement hospitalier en matière d'informatisation

Ce constat effectué au niveau national n'épargne pas le CHM dont le réseau et les équipements informatiques se limitaient pour une large part au monde administratif jusqu'en 2006, veille de la mise en œuvre du RIM-P.

a) *Etat des lieux au niveau national*

Du plan « Hôpital 2007 » au plan « Hôpital 2012 », l'objectif de déploiement de l'informatisation dans les établissements de santé et de mise à niveau de leur SIH constitue l'une des priorités définie au niveau national. L'informatisation du processus de soins constitue à la fois une garantie d'amélioration de la qualité des soins (dossier patient informatisé, informatisation du circuit du médicament). De plus, c'est devenu une nécessité avec le développement d'un système de financement basé sur l'activité des établissements. Or, la part du budget des établissements français destinée à l'informatisation étant de 1,6%, voire 1,7% dans les CHU, contre 2% dans les pays européens et de 3 à 4% dans les établissements nord-américains³¹. Notons également que les autres secteurs économiques consacrent près de 4 à 5% de leurs investissements à l'informatisation de leur système de production et de gestion³². Il est donc prévu d'augmenter le seuil d'investissements des hôpitaux à hauteur de 3% à horizon 2012 afin de rompre avec le constat suivant : « *les systèmes d'information hospitaliers sont aujourd'hui inadaptés aux besoins, non centrés sur le patient,*

³¹ HINE – DELOITTE, 2006, *Health Information Network Europe*.

³² Rencontre Régionale Strasbourg, juin/juillet 2008, « SIH, Management et Qualité », *Décision Santé*, Pages Spéciales n°246, p.12-13.

essentiellement administratifs, ils font une place insuffisante à l'informatisation et au processus de soins. Souvent vieillissants et peu évolutifs, ils sont faiblement sécurisés, cloisonnés, basés sur des applications verticales peu communicantes »³³.

Si la médicalisation des systèmes d'information et la réforme de la T2A a conduit les établissements MCO à moderniser et enrichir leur SIH, il n'en va pas de même pour les hôpitaux spécialisés pour lesquels la DHOS a décidé en 2000 de faire l'inventaire des moyens informatiques avant d'expérimenter l'outil PMSI PSY³⁴. Cette enquête a permis de révéler le niveau globalement insuffisant des établissements au regard de leur capacité à recueillir les informations relatives aux patients :

- 59% des établissements disposent d'un logiciel d'enregistrement des données médicales
- Les lieux d'hospitalisation à temps plein sont prioritairement informatisés, les structures extrahospitalières n'étant informatisées que dans 46% des cas sur les 59% d'établissements disposant d'un logiciel de saisie des données médicales (alors qu'elles suivent près de 80% de la file active)
- Une diversité importante des logiciels utilisés (plus de 25 logiciels déclarés pour le recueil des données médicales)
- Les Départements d'Information Médicale sont peu sollicités de façon générale
- Le secrétariat central du service est le lieu de saisie habituelle des informations (70% des cas)
- Un cloisonnement important existe entre les logiciels de données administratives et soignantes

Faute de moyens suffisants, il paraît difficile aux équipes d'assurer un relevé, aisé et en temps réels, de leurs actes. De plus, un effort important doit être réalisé en direction des structures extra souvent isolées informatiquement avec un réseau insuffisant, voire inexistant. Cette enquête a abouti sur la mise en œuvre nécessaire d'une aide à l'équipement informatique par des crédits d'investissement³⁵ et la mise à disposition d'un logiciel de saisie dans la perspective d'expérimentation du PMSI PSY.

On observe aujourd'hui une dichotomie entre les établissements expérimentateurs ou non, les uns ayant pu progressivement rattraper leur retard entre 2002 et 2005, les autres ayant dû accélérer leur informatisation pour assurer la saisie du RIM-P.

³³ FIESCHI M., 2003, « Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la santé », *Rapport remis au Ministère de la Santé*, <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/fieschi/sommaire.htm>

³⁴ Circulaire DH/00 n°238 du 13 mai 2000 relative à la réalisation d'une enquête, préalablement à la mise en place du PMSI en psychiatrie.

³⁵ Circulaire DSS/1 A/DHOS/F 2 n° 2002-228 du 16 avril 2002 relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements de santé financés par dotation globale et Circulaire DHOS/F3 n° 2002-421 du 25 juillet 2002 relative au fonds pour la modernisation des cliniques privées et aux conditions d'attribution des subventions pour les opérations visant le développement des systèmes d'information de santé

b) Constat au niveau du CH Montperrin

Jusqu'en 2006, le pourcentage de connexion au réseau des structures de soins du CHM et leur niveau d'informatisation soulignent la nécessité de procéder à des efforts d'investissement :

	PC intra	PC extra	réseau
2005	233	41	80%
2006	259	43	90%

- La connexion au réseau concerne 80% à 90% des postes en intra, majoritairement administratifs
- Les structures extra hospitalières ne sont pas connectées au réseau du CHM
- Les structures de soins sont sous-équipées, en extra notamment (en moyenne 1 poste par structure)
- Tous les postes installés sont des « clients lourds », dotés d'un disque dur, ce qui entraîne un coût, en termes de temps et de moyens, pour la maintenance du matériel et la mise à jour des logiciels.

B) Une montée en charge rapide des investissements du CHM pour le développement de son système d'information

Fort du constat précédemment évoqué, le CHM a mis en œuvre une politique de modernisation et de sécurisation de son système d'information encouragée par les organismes de tutelle.

a) Une orientation stratégique appuyée par les autorités de tutelle

Sur la base des orientations nationales, reprises dans le cadre du Plan Santé Mentale 2005-2008 et déclinées au niveau régional dans le cadre du SROS 3³⁶, le CHM s'engage dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) à développer son système d'information dans le sens notamment d'une adaptation de ses logiciels de comptabilité, d'une dématérialisation de ses échanges avec le Trésor Public et enfin d'une évolution de son logiciel d'activité avec le RIM-P. Le déploiement de ce dernier au cœur des unités de soins, conformément aux objectifs définis dans le cadre de son Schéma directeur, va conduire le CHM à consentir d'importants efforts d'investissements dans le sens d'une extension de son réseau et de l'informatisation des structures de soins.

b) Modernisation du système informatique, support du système d'information

³⁶ SROS 3 – Psychiatrie Générale 1-6 – Stratégie d'accompagnement

Parmi les objectifs stratégiques formulés dans le CPOM, figure « l'extension d'un réseau sécurisé pour un système d'information optimal » conçu comme une « aide au démarrage du RIM-P dans le cadre de la VAP » et au « renforcement de l'information médicale ».

Sécurisation du réseau

La sécurisation du réseau a donné lieu dès 2007 à :

- La nomination à temps plein d'un ingénieur « administrateur sécurité du réseau » responsable du système informatique
- L'adoption d'un plan de continuité du réseau afin sa haute disponibilité 24h/24 par la mise en place de dispositifs techniques :
 - Maillage optique et redondance du réseau
 - Supervision externalisée du réseau
 - Sécurisation physique des serveurs installés dans des locaux adaptés
 - Redondance des serveurs et des applicatifs dits sensibles
- La mise en place d'un système de sauvegarde centralisée
- Le renouvellement du parc informatique et le changement des postes de travail en «clients légers» qui permet d'alléger les installations, les mises à jour des applications et de diminuer les déplacements de maintenance.
- Mise en place d'une procédure de télémaintenance, à partir de l'intranet, permettant d'assurer un premier niveau d'assistance

Ce processus de gestion de la continuité de l'activité a été rendu indispensable dans la perspective de l'informatisation du processus de soins, avec la connexion simultanée de près de 1000 utilisateurs par jour, sur une durée de 10 à 14 heures.

Extension du réseau et informatisation de l'ensemble des structures de soins

Ceci s'est traduit par :

- La poursuite de la connexion au réseau de l'ensemble des structures de soins, soit 100% des structures intra et 95% des structures extra (près d'une quarantaine disséminée sur le territoire de santé des Bouches-du-Rhône Nord).
- Le renouvellement du parc informatique et le changement des postes de travail en «clients légers» qui permet d'alléger les installations, les mises à jour des applications et de diminuer les déplacements de maintenance. On compte actuellement 500 clients légers sur l'ensemble des structures intra et extrahospitalières soit près d'un poste pour 2 agents.

	CLIENTS LOURDS		CLIENTS LEGERS		RESEAU	
	intra	extra	intra	extra	intra	extra
2007	142	35	105	50	100%	20%
2008	85	15	303	205	100%	95%

Ces investissements ont un coût : le CHM a consacré 12% de ses dépenses d'investissement en 2008 au plan de modernisation de son SI. (Cf. Annexe 8 « *Evolution des dépenses du système d'information 2005-2008* »)

1.2.2 La mise en œuvre des exigences de protection des données de santé

Le développement de l'informatisation de la production de soins crée des contraintes très fortes en matière de confidentialité des données de santé. Des obligations réglementaires pèsent sur les établissements en termes de déclaration (A), de conservation et d'échanges (B) que le CHM a mises en œuvre, voire anticipées.

- A) L'obligation de déclaration des fichiers électroniques comportant des données à caractère personnel à la CNIL

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, la mise en œuvre du recueil est soumise à une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) dès lors qu'il conduit au traitement automatisé de données à caractère personnel. Cette déclaration est exhaustive. Doivent être renseignées les noms et coordonnées de l'établissement déclarant et ceux des services chargés de la mise en œuvre et de la gestion des droits d'accès au logiciel. Elle porte également sur le nom et la date de mise en route du logiciel, la population concernée (file active de l'hôpital), les fonctions de l'application ainsi que le détail des informations à caractère personnel enregistrées et leurs différentes catégories de destinataires. Sont aussi mentionnées les garanties de sécurité entourant l'accès au réseau, au logiciel et aux données elles-mêmes.

L'établissement est par ailleurs tenu de préciser les mesures qu'il a prises, sur la base des dispositions de la loi de 1978, afin d'informer et de rendre effectif le droit des patients à consulter leurs dossier médical.

- B) Les obligations liées au respect de la confidentialité des données de santé

Dans un contexte de développement de l'informatisation du processus de soins, le simple respect du secret médical ne permet pas de garantir la confidentialité des données de santé. Or, cette évolution ne s'est pas toujours traduit par la mise en place d'organisations et de moyens adéquats destinés à prévenir les risques pesant sur les système de traitement et de stockage de l'information, ainsi que sur les données elles-mêmes, notamment quand elles sont sensibles et concernent les patients. Une enquête de 2006 fait état de l'absence de politique de sécurité de l'information dans 3 hôpitaux sur 4 et d'un

déficit de sensibilisation et de communication vers les personnels³⁷. Ceci s'est traduit par la parution du décret dit « confidentialité » en mai 2007³⁸ qui impose un certain nombre d'obligations que le CHM se fait fort d'avoir su anticiper.

a) *La sécurisation de l'accès, de la conservation et des échanges de données*

Le décret « confidentialité » prévoit la définition de référentiels de sécurité, pour la conservation ou la transmission des informations médicales, qui porteront sur :

- les mesures de sécurisation physique des matériels et des locaux ainsi que les dispositions prises pour la sauvegarde des fichiers,
- les modalités d'accès aux traitements,
- les dispositifs de contrôle des identifications et habilitations et les procédures de traçabilité des accès aux informations médicales, ainsi que l'histoire des connexions
- les mesures mises en œuvre pour garantir la confidentialité des informations échangées, le cas échéant, par le recours à un chiffrement en tout ou partie de ces informations.

Le décret pose également l'obligation pour l'ensemble des établissements et professionnels de santé de détenir une Carte Professionnel de Santé (CPS) pour accéder aux données médicales du patient. Le système CPS, confié au Groupement d'Intérêt Public-CPS (GIP-CPS) créé en 1993, a pour objet de garantir la sécurité et la confiance dans les échanges et le partage des données de santé dématérialisées. A ce titre, il délivre des certificats électroniques qui permettent aux professionnels et aux structures de santé de s'identifier, de signer des documents et de chiffrer des messages. Un contrôle rigoureux de l'identité et de la qualité du professionnel de santé est effectué en amont. Aujourd'hui, cette procédure de vérification des données d'identification est en passe d'être simplifiée³⁹ à partir d'un référentiel unique, le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), permettant d'identifier chaque professionnel par un numéro unique et pérenne. Ces données certifiées ont vocation à être partagées par l'Etat, les ordres professionnels, l'assurance maladie et le service de santé des armées. La CPS contient les clés et les certificats électroniques délivrés par le GIP-CPS lui permettant d'assurer ses fonctions d'identification, d'authentification et de signature. Elle

³⁷ Rapport CLUSIF, 2006, « Politiques de sécurité des systèmes d'information et sinistralité en France – Bilan 2005 », www.clusif.asso.fr

³⁸ Décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique et modifiant le code de la santé publique

³⁹ Aujourd'hui, la procédure de création d'une nouvelle carte CPS au profit d'un professionnel de santé passe par une nécessaire mise à jour du Fichier National des Professionnels de Santé (FINPS) issu du rapprochement des fichiers de médecins tenu par chaque DDASS du lieu d'exercice, par la CNAMTS et par l'Ordre des médecins. La mise à jour du FINPS exigeait que toute nouvelle demande de carte émise par l'établissement (ou le professionnel de santé) soit transmise à la DDASS, puis à l'Ordre avant de parvenir au GIP-CPS qui procède à la modification du FINPS, puis à l'édition et à l'expédition de la nouvelle carte.

servira donc concrètement à authentifier le professionnel de santé qui souhaitera accéder aux données de santé du patient pour les lire ou les modifier. Il s'agit de prendre en compte les limites offertes par l'identification d'un utilisateur au moyen d'un simple identifiant/mot de passe qui n'apporte aucune garantie quant à l'intégrité et à la confidentialité des données transmises (le mot de passe pouvant être divulgué par ou à l'insu de son propriétaire). De plus, cette carte doit garantir à terme la sécurité des échanges extérieurs, dans la perspective d'une ouverture des réseaux des établissements (développement des communautés hospitalières, mutualisation des systèmes d'information, mise en place d'un dossier patient partagé).

b) Le positionnement précurseur de l'établissement en matière de confidentialité des données de santé

La mise en place d'une politique de sécurité des données de santé au CHM, comme préalable nécessaire au décloisonnement des réseaux médical et administratif⁴⁰, répond à une volonté forte exprimée par la communauté médicale de l'établissement. Cette politique a été formalisée dans le cadre du Schéma directeur et a fait l'objet d'une communication à destination du personnel via l'adoption d'une charte utilisateurs.

Depuis 2007, l'accès, la transmission et la conservation des données de santé sont protégés grâce à des supports carte à puce initialisés au sein de l'établissement, le CHM devenant ainsi sa propre autorité d'authentification et de certification. Il délivre ces cartes dotées d'un code PIN à quatre chiffres, sous la responsabilité de la SM-TEIM, aux médecins, secrétaires médicales et assistantes sociales, de façon nominative et individuelle. Des cartes multiutilisateurs sont également en circulation pour les infirmiers, par unité et par structure de soins extrahospitalière.

Le CHM va plus loin que les obligations réglementaires imposées par le décret « confidentialité ». Le support carte à puce permet en effet de protéger le contenu même des données. Il est équipé d'un cryptoprocasseur offrant une solution de chiffrement ou de cryptage des données stockées et transmises sur support informatique ou par voie électronique. Les médecins peuvent ainsi conserver, sur une zone de chiffrement créée dans leur part de NAS⁴¹, ou échanger entre eux des données patient sur un mode crypté via une messagerie sécurisée.

Compte-tenu de son positionnement avancé en matière de sécurisation des données de santé, le CHM fait aujourd'hui partie des établissements sélectionnés pour participer à l'expérimentation du projet CPS dans le cadre du décret « confidentialité » en partenariat

⁴⁰ Cf. Rapport d'accréditation de l'ANAES en 2002 qui stigmatise l'étanchéité de ces réseaux coexistant sans qu'aucune donnée ne puisse être partagée d'un poste administratif à un poste soignant

avec le GIP-CPS, le GMSIH et la DHOS. L'un des principaux intérêts liés à cette expérimentation consiste à étudier la possibilité d'importer les clés et certificats CPS sur la carte à puce de l'établissement, sous le contrôle et en partenariat avec le GIP-CPS. L'établissement perdrait donc sa qualité d'autorité de certification au profit du GIP, conformément aux dispositions du décret de 2007, mais pourrait conserver les solutions de chiffrement qu'il a développées, l'objectif étant de n'utiliser qu'une seule et même carte pour l'authentification (CPS) et le cryptage (CHM).

La fiabilisation du système d'information, à travers la sécurisation et l'extension du réseau dans des conditions de disponibilité optimales, la mise en place d'une procédure intégrée de confidentialité des données de santé, a certes contribué à retarder la saisie du RIM-P mais a néanmoins permis d'appréhender la mise en œuvre du recueil dans les meilleures conditions possibles.

⁴¹ Le Network Attached Storage (NAS) désigne un périphérique de stockage relié à un réseau dont la principale fonction est le stockage de données en un gros volume centralisé pour des clients-réseau hétérogènes

2 Le système d'information à l'heure du RIM-P : un levier de performance

L'organisation nouvelle induite par la perspective d'une saisie de l'activité médicale au cœur des unités de soins conduit désormais à une réflexion globale quant à l'intégration du logiciel de saisie de l'activité dans le système d'information préexistant, aux modalités possibles d'exploitation de ces données pour un pilotage performant de l'établissement (2.1). Par les changements qu'elle introduit, cette organisation nouvelle nécessite un accompagnement, au plus près des équipes de soins, afin de garantir l'adhésion et l'acceptation du nouvel outil de recueil d'information médicalisé (2.2).

2.1 Exploitation du RIM-P intégré dans le système d'information au profit du pilotage de l'établissement

La saisie du RIM-P implique nécessairement son intégration dans un système d'information fiable et généralisé implanté au plus près de la production de soins (A). Ce prérequis posé, il convient d'approfondir la réflexion de façon à ce que les potentialités offertes par le SI soient exploitées au profit du pilotage de l'établissement (B).

2.1.1 Le système d'information au cœur des unités de soins

La mise en œuvre du RIM-P induit un nécessaire rapprochement entre le SI et le cœur de métier d'un hôpital. D'ores et déjà centré sur la gestion du patient (A), le système d'information du CHM s'implante désormais au cœur des unités de soins, au plus près des lieux d'émission des informations médicalisées (B).

A) Une architecture applicative centrée autour du patient

Le CH Montperrin a opté pour une architecture applicative axée sur la gestion du patient.

a) *Synopsis de l'architecture applicative : une organisation cohérente du SIH autour de la prestation au patient*

(Cf. Annexe 10 « *Synopsis de l'architecture applicative du CHM: une organisation cohérente du SIH autour de la prestation au patient* »).

b) *Intérêt de cette architecture : une gestion unique du patient*

La logique d'organisation du système d'information repose sur l'intégration des applications informatiques de la filière administrative autour d'un serveur, dit « noyau », d'informations communes à plusieurs métiers :

- Le fichier commun de structure permet de définir et de gérer la structure du CHM. C'est le référentiel unique pour assurer la cohérence entre les différentes applications du SI. Il facilite, par son découpage en unités fonctionnelles (UF), l'intégration des logiciels de suivi budgétaire, de comptabilité analytique et, à terme, du logiciel d'activité RIM-P.
- Le service « *identité* » permet d'identifier le patient de manière unique au sein du SI. Chaque patient est identifié par un IPP unique pour le CHM et il est possible de retrouver le patient par cet IPP ou à l'aide de son état-civil selon plusieurs critères.
- Le service « *mouvements* » a pour vocation le suivi du patient en terme de localisation et de responsabilité. Il s'agit de répondre aux questions « *où se trouve le patient ?* » et « *qui suit le patient, sur le plan médical, infirmier, administratif ?* », cela indépendamment du type d'hospitalisation (soins et consultations externes, hospitalisations complètes, partielles, soins ambulatoires, ...). A partir de là, il est possible de donner des visions différentes d'une même venue dans la structure aux différents acteurs : tarifaire, médicale, géographique, soins, et répondre ainsi aux besoins de chacun.

Cette architecture vise à la fois l'intégration des différents applicatifs métiers (liens entre le logiciel de gestion du personnel et la paie des agents, échanges entre la comptabilité générale et la comptabilité analytique) et la gestion unique du patient grâce à la possibilité d'exploiter l'information pertinente sur l'ensemble de la chaîne de traitement des informations, dans le respect des règles de sécurité et de confidentialité applicables au partage des données.

B) Un recueil d'information médicalisé implanté dans les unités de soins

L'implantation du RIM-P dans les unités de soins a été décidée de façon concertée avec le corps médical. De façon générale, l'ensemble des aspects techniques liée à l'informatisation des unités de soins sont abordés a donné lieu à un débat ouvert en CIM.

a) *Enjeux et conditions de mise en œuvre*

Le choix d'une saisie décentralisée répond à une triple exigence : exhaustivité, qualité et rapidité

L'implantation du RIM-P dans les unités de soins répond au choix qui a été fait d'une saisie décentralisée, au détriment d'une semi-décentralisation au niveau des secrétariats mise en œuvre pour la saisie de la FPP. Ce choix, guidé par le postulat suivant : « *c'est celui qui fait qui note, il note quand il le fait* », obéit à l'objectif de fiabilisation du recueil à la source, par des intervenants responsabilisés. L'objectif étant, dans la perspective de la VAP, d'assurer une saisie de l'activité au fil de l'eau, directement par les producteurs des

actes, sans pertes de temps et de qualité. La décentralisation de la saisie doit garantir l'exhaustivité, la qualité et la rapidité des informations. Cette décentralisation implique un degré d'intégration élevé du logiciel d'activité, élément qui a été pris en considération au moment d'en choisir l'éditeur.

Figure 4 : Les cinq degrés d'intégration d'une application informatique médicale⁴²

5 degrés d'intégration

- Application locale ne concernant que quelques postes de travail, sous la responsabilité d'une même personne
- Application concernant une unité
- Application concernant plusieurs unités
- Application concernant tout l'établissement (c'est-à-dire les personnes autorisées dans l'établissement)
- Application concernant tous les membres d'un réseau de soins : le système informatique couvre un champ plus large que celui de l'établissement

Le choix du logiciel :

Paramétrage, ergonomie et adaptabilité aux évolutions réglementaires

Après plusieurs consultations, la solution logicielle retenue pour la saisie du RIM-P a été de poursuivre la collaboration avec le fournisseur du logiciel de saisie de la FPP.

Cette option présentait alors un certain nombre d'avantages :

- une économie non négligeable réalisée sur la mise à jour du logiciel par rapport au coût d'acquisition d'une telle application
- une bonne connaissance des fonctionnalités du produit par la SM-TEIM et les secrétariats médicaux considérées comme suffisamment ergonomes et simples d'utilisation
 - aide à la productivité (réduction des ressaisies, automatisation des tâches)
 - aide à la qualité (traçabilité des saisies)
 - aide à la saisie (ergonomie générale facilitant une saisie décentralisée, aide au codage)
 - adaptabilité aux nouvelles réformes (le logiciel d'activité RIM-P est d'abord conçu comme un logiciel de gestion du dossier patient)
- un logiciel entièrement paramétrable garantissant une certaine souplesse et une capacité d'adaptation aux besoins progressivement exprimés par les équipes au fur et à mesure de son utilisation
- Des fonctionnalités diverses contribuant à l'adhésion du personnel médical et soignant à la saisie du RIM-P liées à la gestion du dossier patient partagé (saisie

⁴² DE KERVASDOUE J. et PELLET R., 2006, « Carnet de Santé de la France 2006 », Paris, *Dunod*, p.251

des observations médicales et infirmières, gestion des rendez-vous médicaux, module d'édition des ordonnances...)

- Mot de passe à 8 chiffres
- Ouverture des dossiers patients limitée aux professionnels affectés ou intervenant sur l'Unité Médicale (UM) de prise en charge du patient
Exemple : un infirmier affecté à 100% sur une unité de soins intra n'a accès qu'aux seuls fichiers patient suivis sur la dite unité. Notons qu'un circuit en avant des droit d'accès a été défini : les médecins, cadre de santé, secrétaires (et les cadres de l'accueil soignant le week-end) vont, à l'arrivée d'un nouveau patient sur une unité, fermer les droits d'accès au logiciel pour les professionnels de l'unité ou structure de provenance et ouvrir les droits pour ceux de l'unité d'accueil. Il s'agit de limiter l'accès aux informations concernant le patient.
- Haute traçabilité des saisies grâce à un historique des accès aux dossiers permettant à tous les utilisateurs d'avoir une trace des différentes interventions effectuées par les intervenants dans le logiciel (nom du professionnel et type d'intervention - lecture, ajout, modification, soustraction de données, date et heure exactes par UM)

Limites du logiciel

Cette solution présente toutefois quelques limites principalement liées au fournisseur du logiciel :

- Un positionnement précaire de la société, au vu du montant de son chiffre d'affaire annuel (2M€) et de son action (moins d'1€), sur un marché de moins en moins concurrentiel
- Une maîtrise partielle du produit par l'éditeur⁴³ et un soutien technique insuffisant de la SM-TEIM pour le paramétrage intégral du logiciel (la reprise de la base de données du logiciel de Gestion Administrative du Patient (GAP) n'a pas été souhaitée afin de ne pas importer dans le logiciel RIM-P les erreurs de saisie et doublons d'identité constatées)
- Malgré une aide à la saisie, le logiciel ne permet pas de signaler les erreurs éventuelles. Un système d'alerte doit être mis en place, ne serait-ce que pour signaler les incohérences majeures.

Exemple : Il est possible de préciser qu'un mineur est « retraité » (situation professionnelle) ou « majeur » (protection juridique)

⁴³ L'éditeur du logiciel s'est séparé courant 2007 du produit logiciel en question !

b) *Modalité d'intégration du logiciel dans le SI*

Interopérabilité nécessaire du logiciel d'activité

L'interopérabilité désigne la capacité d'un ou plusieurs systèmes à échanger des données et des informations et à pouvoir utiliser l'information échangée. La logique d'intégration ou de « filière » mise en œuvre au CHM concerne principalement les applications métiers administratives et médico-techniques. Pour parvenir à une informatisation médicale intégrée, il est nécessaire de faire communiquer entre elles les filières administrative et médicale jusqu'à présent totalement indépendantes.

Il est nécessaire d'organiser une meilleure intégration du RIM-P dans le SIH de façon à garantir l'appariement⁴⁴ de données médicales et administratives en provenance de différents métiers (gestion administrative du patient, comptabilité analytique, circuit du médicament).

Interface logiciel d'activité et logiciel GAP

Pour l'heure, l'intégration du RIM-P avec le logiciel gestion administrative (GAP) constitue l'une des priorités dans la mesure où un certain nombre d'informations (identité et mouvements) doivent circuler, via le noyau, entre le logiciel d'activité et le logiciel GAP pour la facturation. L'absence de « lien » ou d' « interface » entre ces deux logiciels impose actuellement une double saisie :

- Les mouvements sont enregistrés dans le logiciel d'activité, par les intervenants dans les unités de soins, puis validés par le secrétariat qui édite une feuille des mouvements directement à partir du logiciel d'activité.
- Cette feuille est ensuite faxée à destination du Bureau Des Mouvements (BDM) qui entre ces informations dans le logiciel GAP.

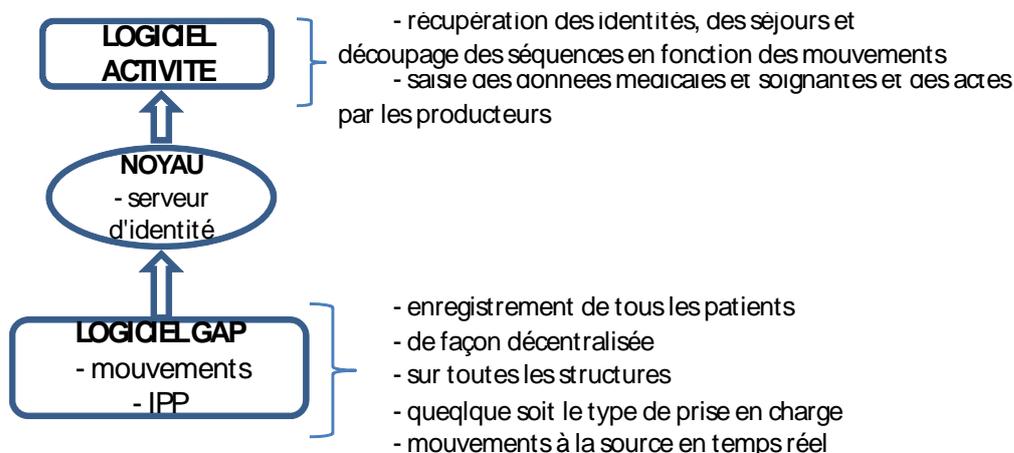
Cette solution offerte à titre provisoire n'est pas optimale dans le sens où l'on continue d'avoir des envois papier et des ressaisies de données. Toutefois, la possibilité offerte par le logiciel d'activité d'éditer directement une feuille des mouvements évite des ressaisies dans les unités de soins (saisie du RIM-P dans le logiciel et sur support papier faxé au BDM) préjudiciables à la bonne prise en charge des patients (les doubles saisies étant par nature source d'erreur et de lassitude pour le personnel).

Actuellement, il n'existe pas de consensus au sein de l'établissement quant au sens de l'interface. Si les deux éditeurs des logiciels d'activité et GAP sont à même de fournir une

⁴⁴ Appariement des données : désigne l'association des données saisies dans différentes unités en vue de constituer une prestation ou une donnée intermédiaire utile à des saisies complémentaires

prestation d'interface mono-directionnelle dans le sens GAP → RIM-P, la question reste à trancher au niveau de l'établissement.

Figure 5 : Interface monodirectionnelle du logiciel GAP vers le logiciel RIM-P



La majeure partie du corps médical est partisane d'une interface en sens contraire, du RIM-P → vers le GAP. L'argument avancé tient dans le respect du secret médical. Jusqu'à présent, le BDM en charge de la facturation n'avait connaissance, via les informations entrées dans le logiciel GAP, que de la seule file active des patients suivis en intra et dont la prise en charge donnait lieu à facturation. Avec la mise en place d'une interface GAP → RIM-P, les agents du BDM seraient en mesure de connaître également la file active des patients pris en charge en ambulatoire, ce à quoi les médecins de l'établissement sont formellement opposés.

Dans l'hypothèse d'une interface RIM-P → GAP, la saisie des mouvements et de l'IPP se ferait directement dans le logiciel d'activité et alimenterait la base de données GAP. Elle remet en cause la logique d'intégration du SIH, structuré autour d'un noyau et d'une application maître pour la gestion des patients, à savoir le logiciel GAP. Par ailleurs, une difficulté tient à l'obligation réglementaire d'un Identifiant Permanent Patient (IPP) unique pour chaque patient pris en charge, permettant de fiabiliser l'identification du patient et d'éviter les doublons d'identité. Cette obligation implique en amont une synchronisation des bases de données RIM-P et GAP ainsi que la création, dans le logiciel GAP, d'une plage d'IPP réservée aux patients primo-entrants dont l'admission est saisie dans le logiciel RIM-P.

En attendant une interface logicielle, les tableaux de sortie du logiciel RIM-P, comportant les éléments nécessaires à la facturation et à la gestion des mouvements, continuent d'être faxés au BDM.

2.1.2 Le système d'information, support du pilotage interne de l'établissement

La nécessité de recourir au SIH pour affiner le pilotage des établissements de santé n'est pas une idée neuve. La réforme du financement en psychiatrie et la décentralisation de la gestion rendent indispensables l'acquisition d'une culture partagée de l'information.

- A) Intégration du RIM-P dans le fichier structure de l'établissement et impact sur la comptabilité analytique

L'adaptation du fichier commun de structure au nouveau découpage des UM induit par le RIM-P permettra d'améliorer la connaissance des coûts et des dépenses.

- a) *Adaptation du fichier structure de l'établissement*

Une préconisation énoncée dans le cadre de la production du RIM-P

Parmi les préconisations énoncées dans le guide méthodologique de production du RIM-P figure l'adaptation du fichier structure des établissements. Cette mise à plat du fichier structure doit permettre de fiabiliser la comptabilité analytique dont les résultats sont exploités dans le cadre plus large du contrôle de gestion, rendu indispensable avec la mise en place d'une gestion décentralisée au niveau des pôles et, à horizon plus lointain, dans la perspective de la VAP.

Le fichier structure est un document de gestion qui permet de cartographier les différentes activités de l'hôpital. Il remplit les fonctions suivantes :

- Constituer le découpage unique, fidèle et approprié à la réalité pour l'organisation, les processus et les modes de décision,
- Faciliter la coordination, le recueil, l'exploitation et la synthèse des informations de toute nature : activité, recettes, dépenses, ressources, ...
- Permettre la répartition des charges sur des sections dites d'analyse,
- Constituer la référence unique pour le suivi des budgets et des activités.

Pour remplir ses objectifs, le fichier structure est composé d'unités dont la consolidation reflète l'intégralité de l'activité de l'établissement.

Au niveau du CHM, il existe un fichier structure unique, commun aux différentes applications métiers (gestion du personnel, gestion économique et financière, comptabilité analytique) basé dans le noyau du système d'information, ce qui permet de consolider les comptes et favorise la mise en place d'une comptabilité analytique fiable. L'adaptation du fichier structure, telle que recommandée par le guide méthodologique, concerne le découpage des UM. Il est précisé qu' « *afin de pouvoir développer une comptabilité analytique permettant de mesurer le coût d'unités d'œuvre homogènes, il est souhaitable*

que les unités médicales soient définies de telle sorte qu'à chacune ne corresponde qu'une seule forme d'activité »⁴⁵ telle que relevée dans le RIM-P.

Détermination des étapes

Cette refonte du fichier structure, qui ne concerne que les UM, nécessite de distinguer au préalable différentes étapes :

- Identifier les UF budgétaires de l'établissement sachant qu'une UF :
 - Constitue la plus petite entité de l'hôpital, à partir de laquelle la collecte des informations (activités médicales et/ou économiques) peut être réalisée et utilisée dans les fichiers informatiques.
 - désigne « un ensemble individualisé de moyens matériels et humains, repéré par un code spécifique dans une nomenclature déterminée par l'établissement ».
 - correspond à une seule forme d'activité, homogène et si possible mesurable
- Définir au préalable le seuil critique à partir duquel il est pertinent de recueillir l'activité sur une UM
 - Ce qui implique de limiter ou d'exclure les UF sans moyens identifiés
- Faire la liste de toutes les UF à supprimer ou fusionner en l'absence de données comptables (dépenses) ou d'activité
 - Les UF communes ont vocation à disparaître
- A l'inverse, faire la liste des UF manquantes du fait d'activités nouvellement créées ou de la nécessité de bien identifier une activité (cas des consultations externes)

Une fois cette clarification effectuée, la liste des UF pour chaque pôle est arrêtée.

Suivi

Une fois cette refonte accomplie, il convient de mettre en place une procédure de mise à jour du fichier structure :

- Nommer le « responsable » de l'intégrité du fichier (il s'agit au niveau du CHM du responsable de la Cellule analyse de gestion) ;
- Refaire le point annuellement avec la DRH et la DS sur les imputations de personnel
- Faire le point mensuellement sur le recueil des données d'activité avec la SM-TEIM

⁴⁵ Guide méthodologique de production du recueil d'information médicalisée en psychiatrie B.O. fascicule spécial n°2006-5 bis, p.5 et 6.

(Cf. Annexe 11 « Exemple d'une liste d'UF établie pour un pôle d'activité au CHM »)

b) Vers une connaissance des coûts et dépenses

L'adaptation du fichier structure vise à fiabiliser la comptabilité analytique de l'établissement sachant que : «*Le découpage en unités médicales est la base de l'organisation du recueil de l'information médicale dans l'hôpital. Le passage du malade dans une unité médicale donne lieu à la production d'un RUM. Le découpage en SA doit être cohérent avec le découpage en unités médicales pour rapprocher sans ambiguïté activité et moyens. La finesse du découpage analytique et du découpage en unités médicales peut être différente selon la précision du recueil qu'on souhaite réaliser dans l'un et l'autre domaine. Mais, pour rapprocher activité et dépenses, il faut être capable de superposer une section d'analyse (ou un regroupement de SA) avec une unité médicale (ou un regroupement d'unités médicale)*»⁴⁶

En résumé :

Organisation médicale	Fichier structure	Comptabilité analytique	ICARE (RTC)
Entité Juridique		Compte de résultat prévisionnel (CRP)	
Pôles	Pôles	Fonction	Section d'imputation
Secteur/Dispositif intersectoriel/	Centre de Responsabilité	Activité majeure	
Unité de soins/ Service	Centre d'Activité	Section d'Analyse	
Unité médicale	Unité Fonctionnelle	Unité Fonctionnelle	Unité Fonctionnelle

C'est la Cellule analyse de gestion (1,5 ETP) qui est chargée d'analyser la destination des charges recensées dans la comptabilité générale. L'objectif étant d'améliorer la connaissance des coûts et des dépenses liés aux différents types de prise en charge, ainsi que de retracer et d'isoler le coût des missions spécifiques en psychiatrie. Dans ce cadre, l'adaptation du fichier structure constitue un élément préalable à l'affectation des unités d'œuvre, par UM, afin de déterminer le coût des prises en charge et de calculer un prix de journée permettant de dégager des marges brutes et nettes de production.

Dans la perspective de la VAP, et plus précisément avec la mise en place d'un compartiment de tarification à l'activité, l'adaptation du fichier structure permet également de mesurer à terme l'adéquation UF/coût/tarif sur la base de l'activité recueillie dans le RIMP. L'échéance d'un nouveau mode d'allocation budgétaire, assis sur l'analyse de l'activité et l'efficacité des hôpitaux, oblige dès à présent à réfléchir sur les coûts de

⁴⁶ Guide Méthodologique du RIM-P

fonctionnement de l'établissement. La mise en place d'une ENC en psychiatrie devra permettre au CHM de se positionner de façon plus précise par rapport à l'offre de soins et de déterminer ses marges de manœuvre en comparant les coûts de production interne à un référentiel externe.

A terme, dans le cadre de la réforme du financement, le SIH doit permettre de⁴⁷ :

- réaliser une description exhaustive de l'activité, basée sur le RIM-P
- savoir analyser l'activité en volume et en nature (comparer les durées moyennes de séjour au niveau national, positionner l'activité des services...)
- pouvoir estimer les recettes (identifier les médicaments et les rattacher aux séjours par exemple)
- comprendre et prévoir les financements (analyser la production globale de l'établissement mais aussi au niveau spécifique pour éclairer les décisions stratégiques comme le maintien d'un service ou le recours à l'externalisation)
- connaître les coûts de production avec la comptabilité analytique l'ENC
- maîtriser les dépenses en agissant sur les pratiques

B) Perspective d'utilisation des données du RIM-P dans le cadre du contrôle de gestion

La nouvelle gouvernance et la gestion par pôle conduisent à mettre en œuvre un contrôle de gestion conforme à la conception de J. C. Einselter : « *fournir aux dirigeants et aux divers responsables les données chiffrées périodiques caractérisant la marche de l'entreprise ; leur comparaison avec des données passées ou prévues peut, le cas échéant, inciter les responsables à déclencher rapidement les mesures appropriées* ».

a) *Production de tableaux de bord dans le cadre du contrôle de gestion*

La notion de gouvernance, plus large que le concept de gestion, suppose l'existence d'une stratégie dont il doit être possible de suivre la réalisation à un rythme mensuel, voire quadrimestriel. C'est l'objet des tableaux de bord, dont la production nécessite un système de vase-communicant entre les différents logiciels de gestion économique et financières (coûts de structure), d'activité (création d'UM, affectation du personnel), de gestion du personnel (fiche d'identité, dépense de personnel) avec le logiciel de comptabilité analytique. L'intégration de ces outils informatiques permet de fournir des tableaux de bord qui ne se limitent pas aux seules données financières mais contribuent à mesurer et de suivre l'activité et la qualité des services de soins.

A l'heure actuelle, les tableaux de bord produits chaque mois au niveau du CHM se déclinent de la façon suivante :

- Tableau de bord « Dépenses de personnel »
 - Fiche d'identité du pôle (découpage en Centres de responsabilité, UF cliniques et UF budgétaires)
 - Tableau des effectifs théoriques
 - Récapitulatif des dépenses de personnel
 - Liste des agents affectés au pôle
- Tableau de bord « Dépenses à caractère médical et hôtelier »
 - Récapitulatif des dépenses avec comparaison entre les pôles
 - Détail par compte de certains postes de dépenses médicales
 - Détail par compte de certains postes de dépenses hôtelières
 - Détail des dépenses de téléphone de l'intra hospitalier
- Tableau de bord « Crédits délégués »
 - Dépenses sur les budgets socio-éducatifs
 - Dépenses concernant les colloques et la supervision
 - Dépenses en matière de formation médicale continue
 - Suivi des dépenses de personnel intérimaire
- Indicateurs d'activité :
 - Statistiques concernant les hospitalisations (complète, de jour, de nuit) pour chaque unité de soins
 - Nombre de repas distribués dans chaque unité de soins
 - Nombre d'examens de laboratoire effectués au profit de chaque unité de soins

Ces tableaux de bord sont transmis au responsable et au cadre supérieur de santé assistant du pôle, par voie électronique, à la fin de chaque mois. Les indicateurs font l'objet d'un suivi quadrimestriel. Des précisions ou éléments d'information complémentaires sont apportés, en tant que de besoin, par la Cellule Analyse de Gestion chargée du suivi et de l'assistance au quotidien de la gestion des pôles.

b) Apports liés à l'exploitation des données RIM-P

Les éléments fournis vont permettre dans le cadre du contrôle de gestion de fournir une aide au maintien d'une situation financière saine (corriger les erreurs, rationaliser les consommations, éviter les gaspillages) et au pilotage de l'établissement (suivre les objectifs d'activité et de qualité fixés, entretenir un dialogue permanent entre les différents acteurs des pôles).

L'exploitation des données du RIM-P et la production de TB à partir d'une intégration des logiciel d'activité et de comptabilité analytique, permettra d'améliorer l'efficacité en

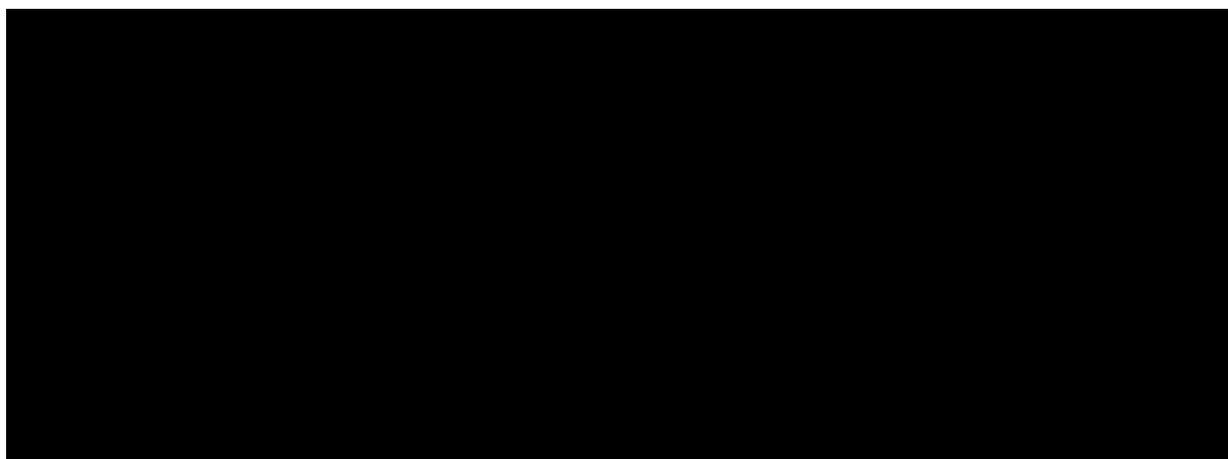
⁴⁷ Rencontre Régionale Strasbourg, juin/juillet 2008, « SIH, Management et Qualité », *Décision Santé*, Pages Spéciales n°246, p.12-13.

associant les indicateurs d'activité, y compris médicalisés, aux ressources financières et humaines.

Figure 6 : Exemple TB à partir du RIM-P⁴⁸

TABLEAU DE BORD DE PILOTAGE																
INDICATEURS D'ACTIVITE DU POLE							INDICATEURS RESSOURCES HUMAINES DU POLE									
	T1 2008	Cumul 2008	T1 2007	Cumul 2007	Var T %	Proj 2008	Réel 2007	Var T %				T1 2008	T1 2007	Var %	T1 2007	Var %
File active									Effectifs en ETP							
Tx d'occupation des lits									Effectifs en nbre de personnes							
Nbre de jrnées d'hospit.									Postes non pourvus en ETP							
Tx d'occupation en HDJ et HDN									Nbre de titulaires							
nbre de venues en HDJ									Nbre de contractuels							
Nbre de 1/2 venues en HDJ									Effectifs en formation longue durée							
Nbre d'entretiens médicaux									Absentéisme hors CLM CLD							
Nbre d'entretiens non-médicaux									Effectifs en CLM CLD							
Nbre d'actes Entretien									Ancienneté (indice moyen)							
Nbre d'actes Démarche									Nbre de jours de formation							
Nbre d'actes Groupe									nbre de jours de remplacement							
Nbre d'actes Accompagnement									Nbre de plages de garde par pôle							
Nbre d'actes Réunion																
INDICATEURS FINANCIERS DU POLE																
	Année 2008	Année 2007	Var %		T1 2008	T1 2007	Var %	Proj 2008	Réel 2007	Var %						
File active				en euros												
DMS				Personnel non médical												
DMH				Personnel médical												
Part des ETP affectée à l'HTTP				Dépenses médicales												
Nbre de nouveaux patients				Travaux d'entretien												
Tx de patients en psy de liaison				fournitures hôtelières												
				Téléphone												
				Energie												
				Nettoyage des locaux												

La production de TB doit permettre d'éclairer les éventuels écarts ou dysfonctionnements par rapport aux objectifs du pôle. Elle doit conduire ensuite à une réflexion sur la gestion décentralisée des pôles et les conditions de leur réorganisation le cas échéant.



L'utilisation des données du RIM-P au niveau du pilotage interne de l'établissement doit se mettre en place rapidement, sans attendre son exploitation en terme de régulation externe par les autorités de tutelle avec la mise en place d'un financement à l'activité. Son intégration dans le pilotage de l'établissement sera d'autant mieux réussie si elle s'accompagne d'un effort d'accompagnement.

⁴⁸ Travaux MEAH, 16 mai 2008, « Mise en œuvre d'outils de comptabilité analytique – Particularités des hôpitaux psychiatriques »

2.2 Nécessaire accompagnement pour une culture partagée de l'information

Le système d'information ne peut constituer un levier de performance au service du pilotage des établissements que s'il est au service des professionnels, au profit des usagers et dans la main des managers. Une des principales difficultés consiste à concilier la mise en place d'un système d'information standardisé et généralisé pour la mise en œuvre du RIM-P et le manque de ressources et de temps. Il est nécessaire dans ce contexte d'accompagner les efforts humains et financiers. Cet effort initié au niveau des pouvoirs publics (A) se prolonge au niveau de l'établissement (B).

2.2.1 Les mesures définies au niveau national en vue d'accompagner la mise en œuvre du RIM-P

Depuis le début des travaux sur le PMSI PSY, le ministère de la santé a, à plusieurs occasions, organisé des réunions d'information et des sessions inter-régionales de formation à destination des différents acteurs de santé. Ce sont notamment la DHOS, la Mission T2A et l'ATIH qui ont été chargées de présenter, à partir du mois de novembre 2006, le modèle de financement de la VAP. Un certain nombre de mesures, annoncées par une circulaire du 15 mars 2007⁴⁹, ont été mises en œuvre en vue d'accompagner les efforts des établissements de santé dans la mise en œuvre du RIM-P.

A) Un accompagnement technique

a) *Au niveau national*

Les pouvoirs publics ont défini un certain nombre de mesures destinées à soutenir les établissements, dont la plupart ont déjà été expérimentées dans le cadre de la généralisation du PMSI MCO.

Formations à la production du RIM-P

Des « formations de formateurs » (psychiatres, médecins DIM, cadres infirmiers) ont été organisées par la DHOS et l'ATIH, avec l'appui de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) fin 2006. Ces formateurs régionaux sont chargés de former des formateurs locaux, à charge ensuite pour ces derniers de former les utilisateurs finaux dans les établissements. Cette technique, qui vis à former des personnes référentes est une démarche très utilisée et qui a fait ses preuves avec néanmoins des limites. On

⁴⁹ Circulaire DHOS/F1 n°2007-104 du 15 mars 2007 relative à l'avancement de la VAP

s'aperçoit en effet que les formateurs régionaux n'ont pas nécessairement répondu aux questions soulevées et que ce type de formation laisse une large place à l'interprétation, par chaque établissement des modalités de saisie du RIM-P.

Mobilisation des éditeurs des logiciels

Des recommandations ont été adressées aux éditeurs de logiciel afin qu'ils accélèrent l'évolution de leurs produits dans des délais rapides. Ces recommandations s'adressent alors davantage aux éditeurs qui ont pour clients des hôpitaux mixtes, psychiatrie et MCO, afin de permettre aux établissements la saisie de leur activité sur un seul et même logiciel. On est en droit de se demander si cette précision n'est pas dommageable aux établissements spécialisés. Au CHM par exemple, la saisie de l'activité s'effectue sur la base d'un logiciel de dossier patient – module RIM-P, présenté comme un sous-produit par rapport au produit phare de la société, à savoir le dossier patient version MCO. De même, malgré une mise à jour de ce logiciel en 2007 afin de l'adapter à la saisie du RIM-P, une équipe projet chargée d'accompagner le paramétrage du logiciel et son déploiement n'a été désignée au sein de la société éditrice qu'à partir du mois de juillet 2008.

Mise à disposition des outils de télétransmission sécurisée et contrôle de la qualité des données par l'ATIH

L'ATIH a développé sur la plate-forme d'échanges « e-PMSI » la partie nécessaire pour la transmission facilitée et sécurisée par les établissements de leurs résultats pour l'activité psychiatrique. Les outils d'anonymisation des données du RIM-P ont ainsi été mis à disposition de des établissements conformément à ce qui avait été annoncé fin 2006. Cette Agence, créée en 2002, joue un rôle essentiel dans la mise en œuvre du RIM-P dans le cadre de son contrôle de la conformité des données transmises aux prescriptions définies dans le guide méthodologique de production du RIM-P :

Conformité des formats numériques des données recueillies (n° FINESS, IPP, dates, n° de séjour, d'unités médicales, des secteurs et des dispositifs intersectoriels)

Respect des règles du codage (mode d'entrée et mode de sortie respectivement combinés aux provenance et destination, mode légal de séjour, score de dépendance, indicateur d'accompagnement thérapeutique, diagnostics principaux et associés, nature et lieu de l'acte ambulatoire, catégorie professionnelle des intervenants)

Signalement des erreurs de séquençage (confusion dans les dates, mêmes n°d'IPP ou de séjour affecté à plusieurs patients)

b) Au niveau régional

Peu sollicitées au cours de l'expérimentation du PMSI PSY, les ARH sont chargées du suivi de la mise en œuvre du RIM-P :

- Elles s'assurent de l'existence des conditions préalables à la saisie du RIM-P (désignation d'un médecin DIM, existence d'outils informatiques nécessaires, réalisation de la déclaration CNIL, inscription sur la plate-forme e-PMSI, mise en œuvre de formations pour l'ensemble de sites)
- Elles fournissent une aide aux formateurs qui rencontreraient des difficultés et de recenser l'ensemble des difficultés informatiques et organisationnelles éventuelles, ainsi que de les relayer à l'échelon national.
- Elles procèdent à la désignation d'un correspondant VAP chargé d'organiser une commission régionale réunissant l'ensemble des acteurs locaux (directeurs, RSIO, les directeurs financiers, les présidents de CME, les contrôleurs de gestion, les DIM) en différents groupes de travail (recueil de l'information médicale, définition du fichier structure, retraitements comptables, utilisation des données du RIM-P). Il s'agit de favoriser la diffusion des informations et des expériences afin :
 - D'apporter une réponse mutualisée aux difficultés rencontrées sur le terrain en termes d'organisation du recueil, de relation avec les Sociétés de Services en Ingénierie Informatiques (SSII), et la circulation des solutions apportées par les acteurs locaux
 - D'encourager la diffusion de bonnes pratiques en matière de RIM-P et de retraitement comptable

C'est l'occasion pour les établissements de se s'apercevoir qu'ils sont confrontés aux mêmes difficultés pour la saisie du RIM-P :

- Exemple en matière d'HTP, l'une des préconisations énoncées au sein du groupe de travail RIM-P a été d'élaborer des seuils de durée pour le comptage des venues et demi-venues., au vu des pratiques disparates entre les établissements. Certains considèrent le seuil de 4h comme discriminant, d'autres considèrent la prise du repas comme facteur discriminant, et d'autres opèrent la distinction en fonction du lieu de prise en charge (HJ et CATTP), et non en fonction de la durée.
- Le manque de réactivité et de coordination de certains éditeurs pour prendre en compte la nécessaire interface à constituer entre le recueil de l'information médicale, le dossier médical et administratif du patient, le service de facturation a également donné lieu à une recommandation pour une intervention au niveau national auprès des éditeurs de logiciels afin de les sensibiliser au sujet.

Le lieu d'échange que constitue la VAP-RIM-P ne constitue pas une aide en soi mais la possibilité pour les établissements de faire remonter les éventuelles difficultés rencontrées, à charge ensuite pour la DHOS, l'ATIH et la Mission T2A de les prendre en considération et d'y apporter une réponse satisfaisante.

B) Un soutien financier

Ce soutien est de deux ordres.

Des crédits d'investissements

Ils sont versés dans le cadre du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)⁵⁰. Cette source de financement, qui s'applique aux établissements bénéficiant d'une autorisation d'activité de psychiatrie, vise la mise à jour des systèmes d'information, la formation aux outils et la liaison avec les sites périphériques. Le CHM a pu toucher des crédits à ce titre en 2007, transformés en crédits d'exploitation, à hauteur de 60 000€ pour le recrutement d'un informaticien sur un contrat à durée déterminée, reconduits en 2008 à hauteur de 40 000€.

Des crédits d'exploitation

Ces crédits sont alloués aux établissements sous dotation globale sous forme de Dotation Annuelle de Financière (DAF) pour chaque fiche valide transmise, au cours du mois suivant la fin de chaque trimestre, aux ARH via la plate-forme de télétransmission sécurisée e-PMSI. Les dotations régionales sont allouées aux établissements en fonction du nombre de RPSA transmis et d'un volume de RPSA théorique à envoyer. Aucun crédit n'a été versé au CHM à ce jour faute de fichiers RIM-P transmis. D'où l'importance d'accélérer le rythme de production au sein de l'établissement même si en la matière la pratique des ARH se révèle peu cohérente.

Figure 7 : Tableau de financement des résumés par les ARH⁵¹

Exercice 2007		Hospitalisation temps complet et partiel						Ambulatoire						
		Nbre de résumés de séquence transmis en hospit. complète et partielle						Nbre de résumés d'actes transmis en ambulatoire						
		5 €						5 €						
EPSM	ARH	Hosp. Complète	Hosp. Partielle	Transmis	Calcul à 5 €	Reçu	Différence entre reçu et calculé	Transmis	Calcul à 5 €	Reçu	Différence entre reçu et calculé	Total calculé	Total reçu	Total différence entre reçu et calculé
CH	Alsace	7 921	4 985	12 906	64 530 €	64 530,00 €	0,00 €	10 542	52 710 €	0 €	-52 710,00 €	117 240,00 €	64 530,00 €	-52 710,00
CH	Ile de France	0	0	0	0 €	33 465,00 €	33 465,00 €		0 €		0,00 €	0,00 €	33 465,00 €	33 465,00
CH	Aquitaine	11 401	3 642	15 043	75 215 €	79 000,00 €	3 785,00 €		0 €		0,00 €	75 215,00 €	79 000,00 €	3 785,00
CH	Paca	8 210	9 245	17 455	87 275 €	162 157,00 €	74 882,00 €	18 253	91 265 €	169 715,00 €	78 450,00 €	178 540,00 €	331 872,00 €	153 332,00
CH	Ile de France			0	0 €		0,00 €		0 €		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00
CH	Ile de France	5 404	978	6 382	31 910 €	31 588,79 €	-321,21 €	5 878	29 390 €	29 094 €	-295,66 €	61 300,00 €	60 683,12 €	-616,88
CH	Ile de France	2 856	1 154	4 010	20 050 €	28 634,34 €	8 584,34 €	7 019	35 095 €	50 116 €	15 020,66 €	55 145,00 €	78 750,00 €	23 605,00
				0	0 €		0,00 €		0 €		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00
				0	0 €		0,00 €		0 €		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00

⁵⁰ Circulaire DHOS/F1 n° 2007-237 du 13 juin 2007 relative au financement par le des investissements relatifs à la généralisation du recueil d'information médicalisée en psychiatrie des établissements de santé publics et privés

⁵¹ Document élaboré dans le cadre de l'Association Des Etablissements de Santé Mentale (ADESM) en septembre 2008

2.2.2 L'accompagnement du projet RIM-P au niveau de l'établissement

La démarche de mise en œuvre du RIM-P au niveau du CHM peut-être qualifiée de participative ou « construite » dans la mesure où une place importante est laissée à l'initiative des équipes, médicales notamment, en termes de propositions et d'organisation tout au long de la conduite (A) et du cadrage du projet (B). Elle constitue un atout pour la réalisation du projet mais ne garantit en rien une adhésion massive des équipes médicales et soignantes.

A) La conduite du projet RIM-P

La conduite du projet nécessite la mise en place d'un groupe de pilotage réunissant l'ensemble des personnes directement concernées par le projet et ses implications, en vue de faciliter son acceptation. Au niveau du CHM, la mise en œuvre du RIM-P a été l'occasion de clarifier et de renforcer les rôles et responsabilités de chacun en matière, la DAF-DSIO et la SM-TEIM étant chargées de collaborer pour la conduite du projet :

- La DAF/ DSIO, en collaboration avec le RSIO est chargé de procéder à :
 - o L'élaboration du schéma directeur du système d'information 2006-2011 permettant de tracer les grandes lignes de déploiement du RIM-P
 - o la mise en œuvre de la politique de sécurité des données confidentielles de sécurité
 - o la mise en œuvre du plan d'extension et de sécurisation du réseau
 - o l'évaluation des besoins en équipement informatique et le suivi du plan d'informatisation des structures de soins
 - o l'accompagnement de la SM-TEIM pour la mise en œuvre technique du RIM-P
- La SM-TEIM, sous la responsabilité du médecin DIM, est chargée de la mise en œuvre technique du RIM-P, sur les aspects techniques (paramétrage du logiciel conformément aux prescriptions du guide méthodologique) et réglementaires (respect des obligations liées à la confidentialité des données de santé). Le cadre de la SM-TEIM est par ailleurs chargé d'organiser les formations à destination des référents RIM-P.

Se tient de façon mensuelle, le Collège d'Information Médicale qui réunit l'équipe de direction (DAF/DSIO, Direction qualité, Direction des soins), l'équipe de la SM-TEIM ainsi que l'ensemble des Praticiens Hospitaliers – Responsable de l'Unité Fonctionnelle d'Information Médicale (PH-RUFIM). En CIM, sont évoqués l'état d'avancement et de déploiement du RIM-P dans l'établissement ainsi que les problèmes techniques rencontrés et les solutions à mettre en œuvre (liés au choix et au paramétrage du logiciel, à la mise en place d'une interface, à l'organisation de la saisie).

Des référents RIM-P (un médecin, un cadre supérieur ou cadre de santé, une secrétaire) ont été désignés dans chaque pôle et servent de relai privilégié entre les services de soins et la SM-TEIM.

Cette démarche de type participative a été déterminante dans l'acceptation du projet par les médecins, de même que la mise en œuvre de moyens adéquats pour la mise en œuvre du RIM-P, aussi bien du point de vue des équipements informatiques qu'en termes de temps humain avec la création en 2008 d'un poste de secrétaire médicale supplémentaire à la SM-TEIM.

B) Le cadrage du projet RIM-P

Le cadrage du projet est une phase importante car elle permet de définir le déroulement global du projet et son calendrier. Si la phase préalable à l'implantation du RIM-P a largement sollicité la DAF/DSIO, en revanche la mise en œuvre du RIM-P, dans ses aspects techniques et organisationnels, s'appuie principalement sur la SM-TEIM. A ce titre, il est utile de relever que l'investissement consenti par les professionnels de santé est très certainement lié au soutien apporté par le médecin DIM et son équipe.

a) *Calendrier de mise en œuvre du RIM-P au niveau du CHM*

Le préalable posé à la saisie du RIM-P -celui de la mise en place d'un réseau informatique sécurisé et pleinement opérationnel avec pour objectif une saisie de l'activité directement par les producteurs de cette activité (et non une saisie semi-centralisée par les secrétariats des pôles)- a occasionné un net retard de cette saisie sur le calendrier fixé au niveau national.

Le CIM a ensuite pris l'option d'une montée en charge progressive de la saisie du RIM-P au cours de l'année 2008 afin de parvenir à une exhaustivité et une qualité des données transmises au 1er janvier 2009. Ceci s'est traduit en 2008 :

- Par une saisie « exhaustive » selon la nomenclature FPP jusqu'au 31 décembre 2008
- Par une saisie « progressive » selon la nomenclature RIM-P avec la mise en place d'un double contrôle interne par les secrétariats et cadres de santé, au sein de chaque pôle, ainsi que par le DIM.

Cette démarche à contre courant de celle préconisée par la DHOS et l'ATIH (à savoir une transmission même si partiellement exhaustive du plus grand nombre de résumés) obéit à une volonté de responsabilisation des intervenants quant à la qualité et l'exhaustivité des données, d'autant plus nécessaire dans le cadre d'une saisie décentralisée. Au CH Montperrin, 3 pôles pilotes ont testé la saisie du RIM-P avant d'étendre progressivement la saisie à l'ensemble des pôles, selon un calendrier prévisionnel défini en CIM. (Cf. Annexe 11 : « Calendrier de saisie du RIM-P au CHM »)

b) Organisation de la saisie du RIM-P

A côté des missions qui lui sont imparties en tant que responsable de l'information médicale –effectuer le traitement des données, assurer la diffusion des informations issues de ce traitement au sein de l'établissement, veiller à la qualité des données recueillies, sauvegarder tous les fichiers informatiques (RPS, RAA, RPSA, R3A) et assurer la conservation de leur copie pendant 5 ans⁵²-, le médecin de la SM-TEIM s'est très largement investi dans la démarche projet, avec le soutien de son équipe, depuis le début de sa mise en œuvre.

Régulation de l'accès des utilisateurs au logiciel

Conformément aux dispositions du Décret confidentialité du 15 mai 2007, le médecin DIM « gère la liste nominative des professionnels habilités à accéder aux informations médicales relevant de ce traitement » via la mise en place d'une procédure de gestion des droits informatiques. Ainsi, il dispose pour chaque pôle de la liste du personnel habilité à intervenir dans le logiciel de saisie du RIM-P et pour lesquels les droits d'accès sont ouverts, en temps réel, en fonction de leurs UF d'intervention (à savoir les UF sur lesquelles le personnel est affecté ainsi que celles où il peut intervenir dans le cadre de ses astreintes). (Cf. Annexe 11 : « Procédure de gestion informatisée des droits d'accès au RIM-P).

Mission de contrôle, d'expertise et de conseil

L'établissement ayant opté pour une saisie décentralisée de l'activité, il convient d'encadrer les services afin de faciliter la mise en œuvre du RIM-P.

S'agissant de la procédure de contrôle définie par la SM-TEIM, celle-ci prévoit une double vérification effectuée au sein de chaque pôle par le secrétariat, avec supervision du cadre de santé, et au niveau de l'information médicale par les agents de la SM-TEIM. Il s'agit de contrôler la qualité et l'exhaustivité des données saisies. Un dernier contrôle au niveau intra hospitalier est assuré par le Bureau des Mouvements (BDM), qui porte à la fois sur l'identité, les mouvements du patient et le nombre de patients pris en charge dans les unités de chaque pôle afin de consolider les données nécessaires à la facturation des séjours. Ce schéma de validation des données saisies permet d'impliquer l'ensemble des acteurs concernés.

Cette mission de contrôle porte également sur le respect du suivi du calendrier de mise en œuvre du RIM-P. Il intervient auprès de la DAF/DSIO et sensibilise ses collègues praticiens dès lors que les conditions de mise en œuvre du RIM-P doivent être améliorées

⁵² Arrêté du 29 juin 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique

(réévaluation des besoins en équipement informatique, réadaptation des fichiers structures non conformes de certains pôles, signalement des difficultés rencontrées avec l'éditeur du logiciel...).

Par ailleurs, le médecin de la SM-TEIM, ainsi que l'ensemble de l'équipe de l'information médicale, met son expertise et ses conseils à la disposition des équipes en cas de difficultés rencontrées dans la saisie du RIM-P. Il les fait remonter, le cas échéant, dans le cadre du CIM et de la Commission régionale VAP.

Mission de formation et d'information

De même que le principe d'une saisie décentralisée nécessite un niveau de contrôle élevé, il implique également une formation importante auprès du personnel producteur des données du RIM-P. Le recueil à la source et au fil de l'eau ne peut conduire à une mobilisation des intervenants sans une formation adaptée à leurs besoins. A cette fin, il est envisagé deux types de formation dans le cadre du déploiement du RIM-P :

Formation à l'outil informatique

Informatiser veut dire former. Pour des raisons de formation, d'âge, un certain nombre d'agents ne savent pas se servir d'un clavier et d'une souris. Les médecins et les personnels soignants ne sont pas des « *informationnels* », « *leur métier premier n'est pas de travailler sur l'information, même s'ils ont besoin de pouvoir y accéder ou d'en donner*⁵³ ». Un questionnaire élaboré par la SM-TEIM, en concertation avec la DSIO, a été distribué à l'ensemble du personnel afin d'évaluer les besoins de formation aux outils informatique de base (utilisation d'intranet, d'internet et du pack office). Le traitement des réponses va permettre de mettre en place une série de formations adaptées aux besoins à destination du plus grand nombre, dispensée par le responsable de la formation continue sur l'établissement.

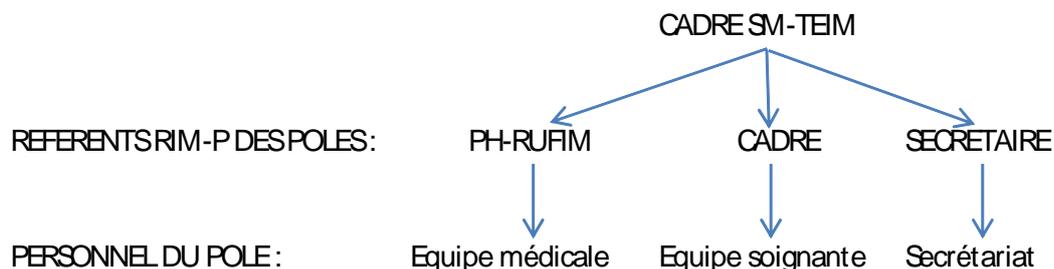
Formation à la saisie du RIM-P

La formation s'effectue en interne, sous la responsabilité du médecin DIM, par le cadre de la SM-TEIM affecté à 100% sur l'information médicale et ayant suivi la formation organisée par le ministère. On retrouve au niveau de l'établissement le principe d'une formation en parapluie qui consiste à informer et former des référents RIM-P dans chaque pôle afin qu'ils diffusent à leur tour les modalités de saisie et de codage des informations dans le logiciel d'activité. Ont ainsi été désignés dans chaque pôle de l'établissement 3

⁵³ ZIMMERLE G., Directeur des Systèmes d'Information, hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Rencontre Régionale Strasbourg, juin/juillet 2008, « SIH, Management et Qualité », *Décision Santé*, Pages Spéciales n°246, p.12-13.

référents : le PH-RUFIM, le cadre supérieur de santé (ou un cadre de santé) et une secrétaire.

Figure 8 : Organisation d'une formation « en parapluie » pour la saisie du RIM-P



Les sessions de formation sont organisées, non par pôle mais par catégorie de référents, ce qui favorise l'harmonisation des pratiques et la mutualisation des échanges. En outre, ceci permet d'adapter les formations en fonction du public utilisateur et des données qu'il aura à saisir ou à coder. Dans le cadre de ces formations :

- Une attention particulière devra être portée à la notion d'identito-vigilance. Il est ainsi proposé de mettre en place une Cellule d'identito-vigilance chargée d'établir un guide de procédure unique afin de définir et d'harmoniser les règles en matière de contrôle et de saisie de l'identité des patients⁵⁴. Il s'agit de se conformer aux prescriptions de la HAS, de même qu'aux nouvelles obligations réglementaires issues du Décret du 15 mai 2007 imposant un NIPP unique par patient. La mise en œuvre d'une procédure d'identito-vigilance permettra de sensibiliser le personnel chargé d'enregistrer les données d'identification du patient (l'accueil soignant en intra et les secrétariats sur les structures extra hospitalières) afin d'éviter les erreurs de saisie et les doublons d'identité. Cette identito-vigilance est impérative dans une démarche de qualité et de sécurité des soins. Elle est aussi rendue nécessaire dans le cadre de la transmission des résumés de séquence et d'activité sur le site e-pmsi dans la mesure où le respect des règles d'identito-vigilance entre dans le contrôle de conformité des données transmises effectué par l'ATIH. Il est donc également nécessaire de se mettre à jour sur le recueil des données identité du patient dans la perspective d'un financement à l'activité dans le cadre de la VAP.
- De même, il est prévu de décentraliser la saisie des mouvements dans les unités de soins. Jusqu'à présent, cette saisie était effectuée par les seuls agents du bureau des mouvements dans le logiciel GAP (ainsi que par les secrétariats sur le logiciel d'activité, nomenclature FPP), à partir de fiches mouvements qui leur étaient faxées chaque jour depuis les unités intra. La formation à destination du personnel soignant a vocation à le sensibiliser sur l'importance d'une saisie

correcte et exhaustive de ces mouvements dans la mesure où ils constituent les évènements générateurs de résumés. Cette formation doit également favoriser l'interopérabilité sémantique dans la mesure où un certain nombre des termes utilisés quotidiennement par les agents du BDM et le personnel médical et soignant ne recouvre pas la même réalité dans le cadre de la production du RIM-P.

Exemple : Au niveau de la gestion administrative des patients, la mutation correspond à un mouvement du patient au sein de l'établissement (en intra ou de l'intra vers l'extra). Au niveau du RIM-P, il s'agit non pas d'une mutation mais d'un changement d'unité médicale (ou changement d'activité), la mutation correspondant selon le guide méthodologique à un changement de prise en charge (ambulatoire vers hospitalisation par exemple).

- Autre difficulté : la mise en œuvre du RIM-P nécessite le codage d'un certain nombre de données pour lesquelles il est nécessaire d'accompagner le passage de ces 3 étapes :

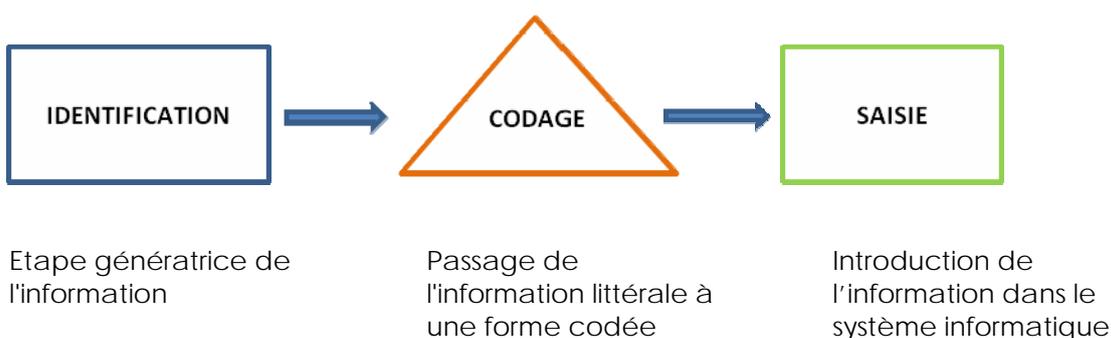
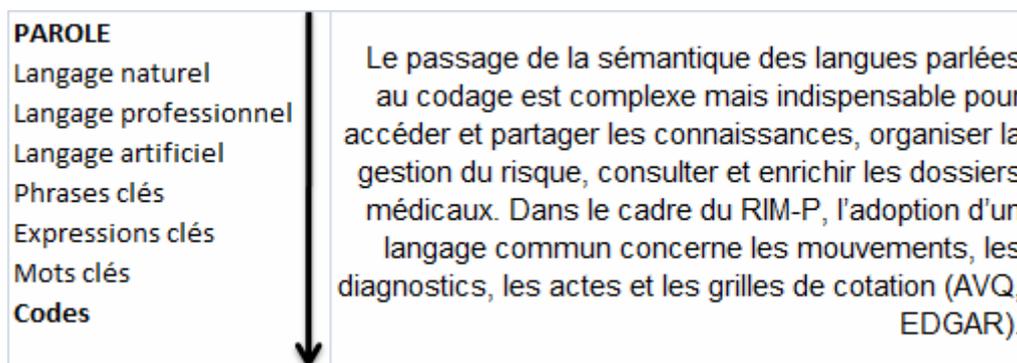


Figure 9 : Complexité linguistique croissante⁵⁵



⁵⁴ Cette saisie de l'identité se fera soit dans le logiciel GAP soit dans le logiciel RIM-P en fonction du sens de l'interface finalement choisi.

⁵⁵ POUCH L., 2006, *La gestion de projets informatiques dans le domaine de la santé*, thèse professionnelle de mastère spécialisé, Paris, Conservatoire national des arts et métiers.

L'ensemble des informations codées sont pré-paramétrées. Cette aide à la saisie ne nécessite pas moins une formation du personnel permettant de répondre aux questions suivantes :

- Qui saisit ?
- Comment ?
- Pourquoi ?

		Qui saisit ?	Comment ?	Pourquoi ?
INFORMATION COMMUNES				
Information établissement	N° FINESS juridique et géographique			
Information patient	NIPP		si interface	
	date de naissance			Identito-vigilance
	sexe du patient		choix entre 2 codes	
	code postal de résidence			
HOSPITALISATION				
Information séjour	Numéro de séjour			Contrôle conformité ATIH
	Nature de prise en charge (HTC, HTP)			
	Date d'entrée de séjour			
	Date de sortie de séjour			
	Mode d'entrée ET provenance		choix entre 4 codes	
	Mode de sortie ET destination		choix entre 5 codes	
Information séquence	N° d'unité médicale			Production des résumés de séquences
	N° de secteur ou de dispositif intersectoriel			
	Formes d'activité		choix entre 7 (HTC) et 3 (HTP) codes	
	Mode légal de séjour (de la séquence)*		choix entre 6 codes	
	Indicateur de séquence		choix entre 3 codes	
	Date de début de séquence			
	Date de fin de séquence			
	Nombre de jours de présence			
	Nombre de demi-journées de présence (HTP)			
	Diagnostic principal ou motif de prise en charge			
	Diagnoses et facteurs associés		chapters V, XVIII, XXI de la CIM-10	
Cotation de la dépendance selon la grille AVQ*		6 variables de dépendances et 4 niveaux de cotation		
Nombre de jours d'isolement thérapeutique*				
	Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire		choix entre 2 codes	
AMBULATOIRE				
Information acte	Numéro de secteur ou dispositif intersectoriel			Production des résumés d'activité ambulatoire
	Numéro d'unité médicale			
	Forme d'activité		choix entre 2 codes	
	Nature de l'acte selon la grille EDGAR		choix entre 5 codes (+ subdivision CIM en 34 codes)	
	Lieu de l'acte (choix entre 10 codes)		choix entre 10 codes	
	Catégorie professionnelle de l'intervenant		choix entre 9 codes	
	Nombre d'intervenants			
	Diagnostic principal ou motif de prise en charge principal			
	Diagnoses et facteurs associés		chapters V, XVIII, XXI de la CIM-10	
	Indicateur d'activité libérale		code L	

	: système d'information		: saisie automatique
	: personnel d'accueil (accueil soignant en intra, secrétariat en extra)		: aide à la saisie (format numérisé)
	: intervenants (médecins et soignants)		: codage
	: intervenants (médecins)		

c) Communication autour du RIM-P

A côté des sessions de formation et d'information organisées depuis le début de mise en œuvre du RIM-P, la communication sur le projet s'est effectuée :

- à travers le Schéma Directeur du système d'information, intégré au projet d'établissement sur le plan opérationnel du projet
- dans le cadre des différentes instances de l'établissement (Conseil exécutif, CME, CIM, sous-commission sécurité des soins et formation médicale continue) pour les

aspects techniques et décisionnels (difficultés avec l'éditeur du logiciel, choix d'une saisie décentralisée, interface GAP-RIM-P, modalités de formation au logiciel...)

On peut néanmoins déplorer une insuffisante communication sur le sens de la réforme ainsi que sur son impact sur l'organisation des soins. Le caractère récent de la réforme du financement, dont les contours sont à peine dessinés, l'incertitude quant aux futures modalités d'allocation de ressources, les délais restreints d'application du RIM-P dans l'établissement et l'importance des moyens à mettre en place n'ont certes pas favorisé une communication claire sur le projet.

Par ailleurs, si le personnel médical est relativement bien informé, via sa participation aux différentes instances, il n'en va pas de même pour le personnel soignant chez qui, l'absence de visibilité sur les impacts du projet de mise en œuvre du RIM-P, suscite les inquiétudes les plus vives quant à l'utilisation de l'outil informatique dans les unités de soins, son impact en termes de charge et de condition de travail, de même que les conséquences à un niveau plus global de la réforme de la VAP sur la qualité des soins.

La réussite du projet reposant principalement sur la motivation des équipes, il convient de mettre en place dès à présent des actions de communication à destination de l'ensemble du personnel sur le sens de la réforme de la VAP (interventions de la DAF/DSIO dans le cadre des conseils de pôle, édition d'un article dans la Lettre de Montperrin...) et de rappeler les principales étapes de mise en œuvre du RIM-P en insistant sur l'importance de la mobilisation du personnel alors que celui-ci entame progressivement la saisie du RIM-P.

Conclusion

L'intégration du RIM-P dans le SI des établissements des établissements de santé nécessite d'appréhender de façon globale les considérations suivantes⁵⁶ :

Conditions de mise en œuvre
<ul style="list-style-type: none">▪ Des fichiers à jour<ul style="list-style-type: none">- Disposer d'un fichier à jour de tous les patients- Disposer d'un fichier à jour de tous les utilisateurs du système▪ Une informatique communicante<ul style="list-style-type: none">- Partager des normes communes- Utiliser des logiciels identiques ou compatibles▪ Une sécurité efficace<ul style="list-style-type: none">- Contrôler l'accès- Dater, signer, tracer tout accès et modification- Organiser les sauvegardes▪ Des acteurs déterminés<ul style="list-style-type: none">- Définir, installer et former les agents à l'usage du système et à ses modifications- Etre capable d'exiger d'un acteur récalcitrant de se conformer aux règles d'usages- Utiliser le système en permanence- Répondre rapidement à toute panne▪ Des patients informés de l'usage des données les concernant▪ Des ressources disponibles
Difficultés
<ul style="list-style-type: none">▪ Des fichiers à jour<ul style="list-style-type: none">- Un identifiant unique▪ Des professionnels de santé informatisés<ul style="list-style-type: none">- Equipement informatique des unités de soins, conforme aux besoins préalablement évalué- Des logiciels interopérables▪ Le plus haut degré de sécurité<ul style="list-style-type: none">- Applicable à l'ensemble des données médicales recueillies

Parvenir à organiser ces conditions de mise en œuvre et à surmonter les difficultés rappelées ci-dessus constitue une première étape qui doit permettre la saisie des données d'activité et leur traitement dans les meilleures conditions possibles. Le choix a été fait dans l'établissement de préparer les conditions de saisie du RIM-P suivant des conditions de sécurité et de disponibilité optimales. Le recueil de l'information se veut le plus performant en termes d'exhaustivité et de qualité des données (paramétrage précis du logiciel, adaptation du fichier structure, montée en charge progressive de la saisie dans les unités). Doté d'un outil adéquat, il convient désormais de passer à la vitesse supérieure en produisant et en transmettant les résumés d'activité à l'ARH. La productivité doit ainsi passer avant les enjeux de qualité et d'exhaustivité ce qui permettra à l'établissement d'adapter l'outil à ses contraintes d'utilisation, de confronter les

⁵⁶ DE KERVASDOUE J., PELLET R., 2006, « Carnet de Santé de la France 2006 », *Dunod*, p.169

utilisateurs à la saisie directe, sans la pression que fera peser demain le passage à la tarification à l'activité.

La facturation constituera, dans la perspective d'un financement à l'activité en psychiatrie, la prochaine étape pour le SIH. Celui-ci devra permettre d'organiser un processus fluide, de la production des données sources à la réception des financements associés, permettant à la fois une facturation rapide, afin d'optimiser la trésorerie et de diminuer le besoin en fonds de roulement, et un traitement des informations de qualité pour limiter les rejets, les délais et les coûts associés.

Bibliographie

1. Articles de périodique

- ODIER B., 2007, « Du PMSI à la T2A, de fiche par patient au RIMPpsy : la grande peur de la VAP », *L'Information Psychiatrique*, volume 83, n°7, pp.539-549.
- WAGENAAR G., décembre 2006, « pour en finir avec le malaise en santé mentale face à l'information médico-économique », *Pluriels*, n°63, www.mnasm.com
- MOLIS, E., GERARDOT-MULOT Y., septembre-octobre 2006, « Résultats de l'enquête ADESM - Centres hospitaliers spécialisés », *Revue Hospitalière de France*, n°512, pp. 41-43.
- MARESCAU C, GENTILE M., BARRES M., WAGENAAR G., décembre 2004 - janvier 2005, « Une politique de santé basée sur les évaluations des besoins : qui les évalue et comment les évalue t'on en psychiatrie ? », *Pluriels*, n°48-49, pp. 13-14.
- JUND J., COURTOIX X., 2004, « Quelles leçons tirer de l'expérimentation du PMSI en Psychiatrie », *L'Information Psychiatrique*, n°80, pp. 785-789
- SEGADE J.P, mars 2002, « PMSI en psychiatrie et gestion hospitalière, le point de vue d'un directeur d'hôpital », *Soins Psychiatrie*, n°219, pp. 5-7.
- DEBENEDETTI L., LIVARTOWSKI A., juin 2003, «Le système d'information hospitalier est-il un système comme les autres ? », *Perspectives*, Lettre d'information des adhérents du MIPIH, n°10, p.2.
- BARRESI V., janvier 2003, « Tarification à l'activité : vers une alliance médico-administrative », *Décision Santé*, n°191, pp. 18-19.
- CHONE P., LESUR R., 2002, « Hétérogénéité des établissements de santé et tarification à la pathologie », *Revue d'économie politique*, pp. 65_76.
- BONHOMME C., 2001, « Dossier : le PMSI », *Revue Hospitalière de France*, n°481, pp. 4-43.
- ODIER B., 2001, « PMSI en psychiatrie, oui ou non ? », *L'Information psychiatrique*, vol.77, n°4, pp.336-373.
- KLETZ F., LENAY O., 2001, « Savoir actif et changement dans les organisations : l'introduction du PMSI réforme-t-elle le pilotage du système hospitalier ? », *Rupture*, vol.8, n°2, pp 6-20.
- BRUN-ROUSSEAU H., FARAGGI P., avril 2001, « Enjeux économiques et perspectives », *l'Information Psychiatrique*, vol. 77, n°44, pp. 333-335
- WAGENAAR G, octobre 1999, « Le PMSI : à quoi ça sert ? », *Santé Mentale*, n°41, pp. 22-24.
- DEGOULET P., FIESCHI M., ATTALI C., « Les enjeux de l'interopérabilité sémantique dans les systèmes d'information de santé », *Informatique et Santé*, 1997, Vol. 9, pp. 202-212.
- KOHLER F., décembre 1992, « Le système d'information hospitalier : enjeux de pouvoirs et contraintes de développement », *Gestion Hospitalière*, n°321, pp.792-799.

2. Ouvrages et monographies

- DE KERVASDOUE J, PELLET R., 2006, « Carnet de Santé de la France 2006 », Paris, *Dunod*, 272p.
- GROLIER J., PERARD Y., PEYRET P, 2002, « La comptabilité analytique hospitalière médicalisée », Rennes, *Editions ENSP*, 390 p.
- PONCON G., 2000, « Le management du système d'information hospitalier, la fin de la dictature technologique », Rennes, *Editions ENSP*, 244 p.
- NOURY J.F., 2000, « La gestion médicalisée des établissements de santé. Le PMSI et l'Information médicale », Paris, *Masson*, 228 p.
- COCA E., 1999, « L'ISA et le PMSI : Comment mieux gérer els établissements hospitaliers », Paris, *Berger-Levrault*, 479 p.

3. Mémoires et thèses

- POUCH L., 2006, « La gestion de projets informatiques dans le domaine de la santé », Thèse professionnelle de mastère spécialisé, Paris, *Conservatoire national des arts et métiers*.
- DUBO M., 2003, « De l'intérêt du PMSI en psychiatrie. Analyse, expérimentation et perspectives à travers l'exemple du Centre Hospitalier de Niort », Mémoire pour la formation d'élève-directeur d'hôpital, ENSP, 136p.
- HORELLOU A.M., 2003, « Le système d'information à l'heure de la tarification à l'activité : architecture, modalités d'information et utilisations de l'information. L'exemple du CHU de Poitiers », Mémoire pour la formation d'élève-directeur d'hôpital, ENSP, 96p.
- BACHONGY K., 1999, « Dynamique d'anticipation sur le PMSI en psychiatrie à l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord. Système d'information, Coopérations interhospitalières et perspectives d'utilisation des données », Mémoire pour la formation d'élève-directeur d'hôpital, ENSP, 113 p.

4. Rapports

- HAS, mars 2007, « Rapport de certification du CH Montperrin », 95 p.
- Rapport CLUSIF, 2006, « Politiques de sécurité des systèmes d'information et sinistralité en France – Bilan 2005 », www.clusif.asso.fr
- DHOS, MT2A, ATIH, Version du 19 septembre 2005, « Projet de rapport d'étape pour les travaux sur la VAP »
- FIESCHI M., 2003, « Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la santé », *Rapport remis au Ministère de la Santé*, <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/fieschi/sommaire.htm>
- LOTH A., BURNEL P., DUBOIS J., 1994, « Un mode rémunération adapté à la psychiatrie de secteur », *Rapport du groupe de travail des 13 DIM en Psychiatrie*
- MASSE G., « La psychiatrie ouverte. Une dynamique nouvelle en santé mentale », Rapport au ministre de la santé et de l'action humanitaire, Rennes, *Editions ENSP*, 313 p.

5. Textes législatifs et réglementaires

❖ Lois

- **Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004**
- Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social.
- Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité social

❖ Décrets

- Décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique et modifiant le code de la santé publique
- Décret n°83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier.

❖ Arrêtés

- Arrêté du 29 juin 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique
- Arrêté du 31 décembre 2004 relatif au recueil et au traitement des données d'activités médicales des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement,
- Arrêté du 22 juillet 1996 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale, visées à l'article L. 710-6 du code de la santé publique, par les établissements de santé visés à l'article L. 710-16-2 du même code et à la transmission, visée à l'article L. 710-7 du code de la santé publique, aux agences régionales de l'hospitalisation, aux organismes d'assurance maladie et à l'Etat d'informations issues de ce traitement

❖ Ordonnances

- Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

❖ Circulaires

- Circulaire n°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008 du 3 mars 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé.
- Circulaire DHOS/F1/2007/252 du 21 juin 2007 relative au guide de retraitement comptable des établissements de santé antérieurement sous dotation globale
- Circulaire DHOS/F1 n° 2007-237 du 13 juin 2007 relative au financement par le fonds de modernisations des établissements de santé publics et privés des investissements relatifs à la généralisation du recueil d'information médicalisée en psychiatrie des établissements de santé publics et privés
- Circulaire DHOS/F1 n°2007-104 du 15 mars 2007 relative à l'avancement de la VAP
- Circulaire DHOS/F1/F3 n° 2006-29 du 19 janvier 2006 relative au financement de la généralisation du recueil et du traitement des données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information pour l'activité de psychiatrie des établissements de santé
- Circulaire DHOS/F3 n° 2002-421 du 25 juillet 2002 relative au fonds pour la modernisation des cliniques privées et aux conditions d'attribution des subventions pour les opérations visant le développement des systèmes d'information de santé
- Circulaire DSS/1 A/DHOS/F 2 n° 2002-228 du 16 avril 2002 relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements de santé financés par dotation globale
- Circulaire DHOS/E3/2001/N°625 du 19 décembre 2001 relative à la mise en œuvre du PMSI- psychiatrie, à titre expérimental
- Circulaire DH/00 n°238 du 13 mai 2000 relative à la réalisation d'une enquête, préalablement à la mise en place du PMSI en psychiatrie.
- Circulaire DGS/DH n°90-07 du 11 avril 1990 relative à l'expérimentation de la gestion de l'information médicale en psychiatrie
- Circulaire DH/PMSI n° 303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics (BOMS n° 89/46).

- Circulaire n°16 du 18 novembre 1982 relative à l'informatisation des hôpitaux publics.

❖ **Note**

- Note DRESS-OSAM n°06/35 du 3 novembre 2006 relative à la mise en place du RIM-P, données socio-démographiques complémentaires

❖ **Guide**

- Guide méthodologique de production du recueil d'information médicalisée en psychiatrie. Bulletin Officiel fascicule spécial n°2006-5 *bis*. Révision février 2007.

6. Sites Internet

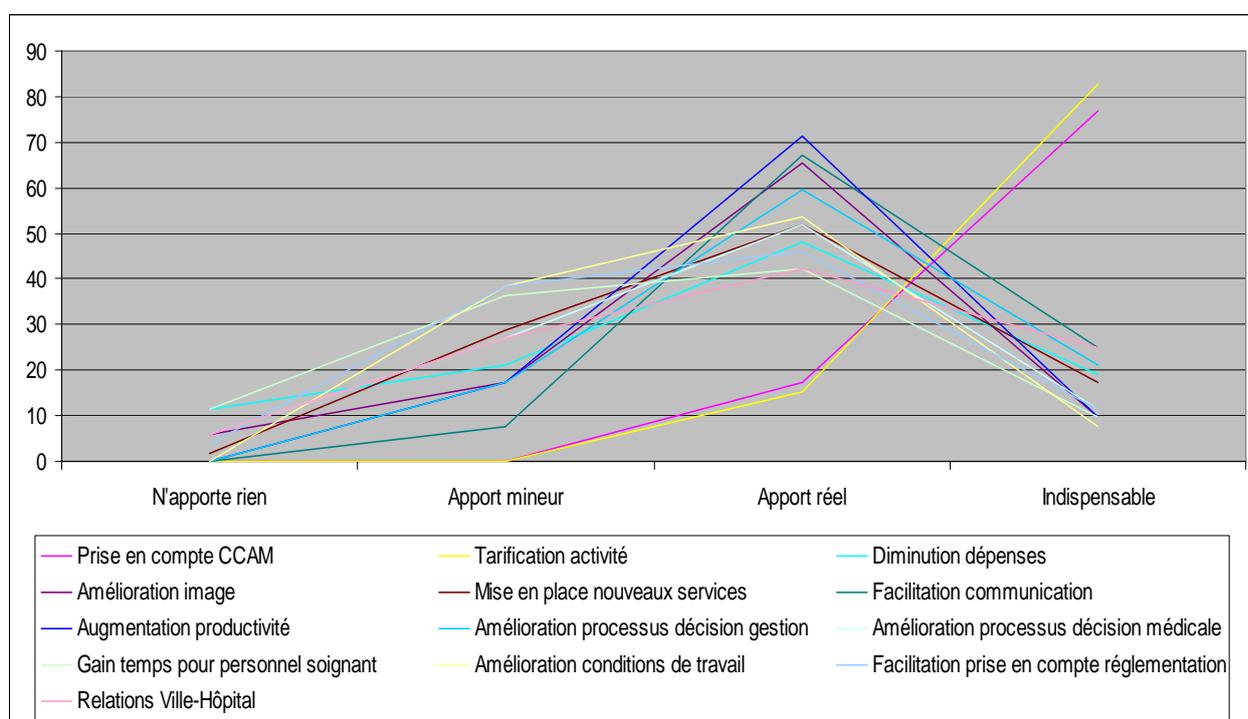
- Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la vie associative : <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/>
- Caisse nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés : www.ameli.fr
- Centre hospitalier Charcot (56), <http://www.ch-charcot56.fr/>
- Service public de l'accès au droit : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Liste des annexes

- ANNEXE 1 : MONTEE EN CHARGE DES APPORTS DU SIH AVEC LA TARIFICATION A L'ACTIVITE
- ANNEXE 2 : CARTE DES SECTEURS PSYCHIATRIQUES RATTACHES AU CHM
- ANNEXE 3 : ROLE DU SIH DANS UNE STRUCTURE DE PRODUCTION SELON F. KHOLER
- ANNEXE 4 : CONSTRUCTION DES GHJ ET DES GHA DANS LE CADRE DU PMSI PSY
- ANNEXE 5 : LA VAP, UN MODE PLURALISTE DE FINANCEMENT
- ANNEXE 6 : LES TRAVAUX VAP EN COURS
- ANNEXE 7 : PRISES EN CHARGE ET FORMES D'ACTIVITE RIM-P
- ANNEXE 8 : GROUPAGE, CHAINAGE, ANONYMISATION ET TRANSMISSION DES FICHIERS D'ACTIVITE
- ANNEXE 9 : EVOLUTION DES DEPENSES DU SYSTEME D'INFORMATION 2005-2008 AU CHM
- ANNEXE 10 : SYNOPSIS DE L'ARCHITECTURE APPLICATIVE DU CHM : UNE ORGHANISATION COHERENTE DU SIH AUTOUIR DE LA PRESTATION PATIENT
- ANNEXE 11 : EXEMPLE D'UNE LISTE D'UF ETABLIE POUR UN POLE D'ACTIVITE AU CHM
- ANNEXE 12 : CALENDRIER DE SAISIE DU RIM-P
- ANNEXE 13 : FICHIERS DE RECUEIL INFORMATISES DU RIM-P

ANNEXE 1 : MONTEE EN CHARGE DES APPORTS DU SIH AVEC LA TARIFICATION A L'ACTIVITE

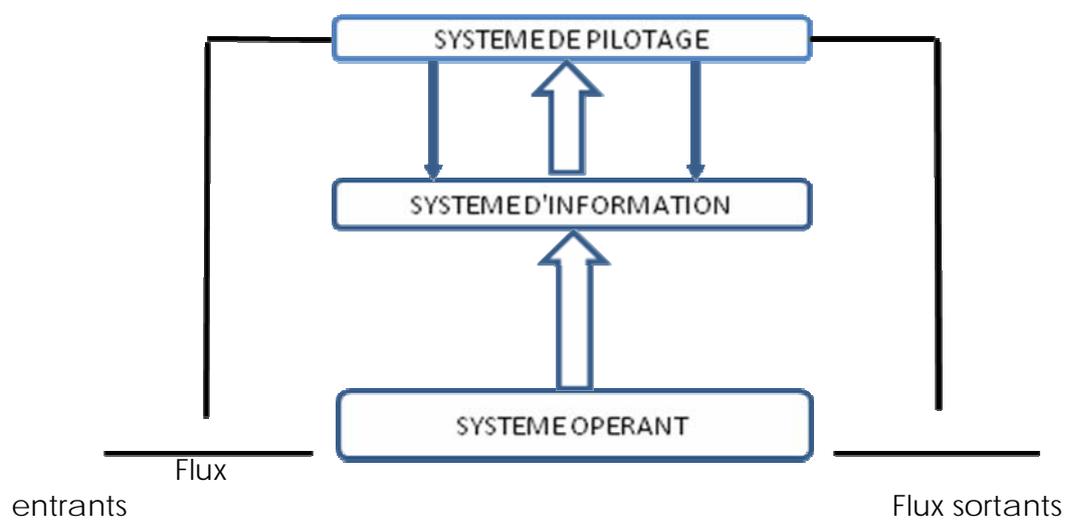
Source : Etude sur la relation DG – DSI dans les structures hospitalières – Collège national des DSIO – 2004



ANNEXE 2 : CARTE DES SECTEURS PSYCHIATRIQUES RATTACHES AU CHM

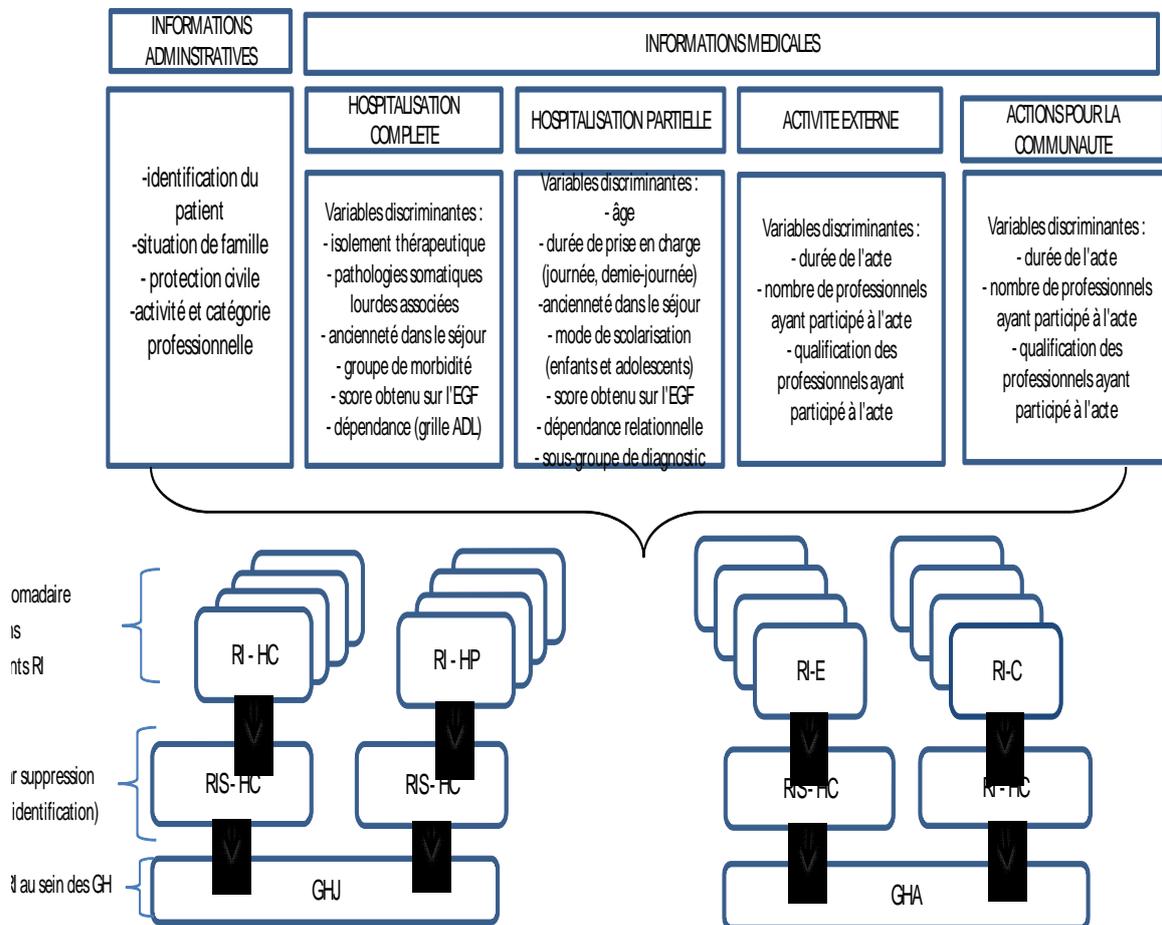


**ANNEXE 3 : ROLE DU SIH DANS UNE STRUCTURE DE PRODUCTION
SELON F. KHOLER**



 Informations, décisions
 Représentations du système opérant

ANNEXE 4 : CONSTRUCTION DES GHJ ET DES GHA DANS LE CADRE DU PMSI PSY



RI - HC : Résumé d'Information Standardisé - Hospitalisation Complète

RI - HP : Résumé d'Information standardisé - Hospitalisation Partielle

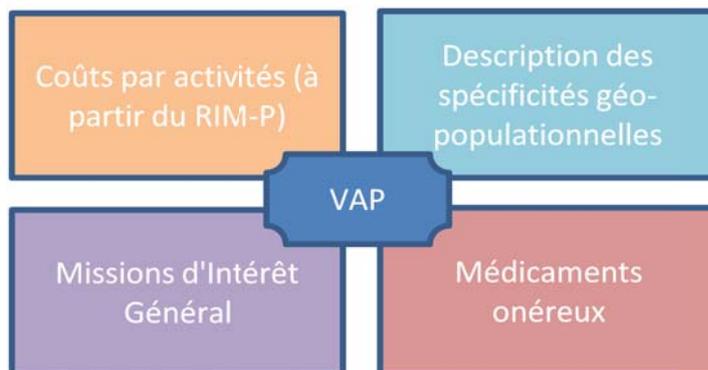
RI - E : Résumé d'Information Standardisé - Externe

RI - C : Résumé d'Information Standardisé - Communauté

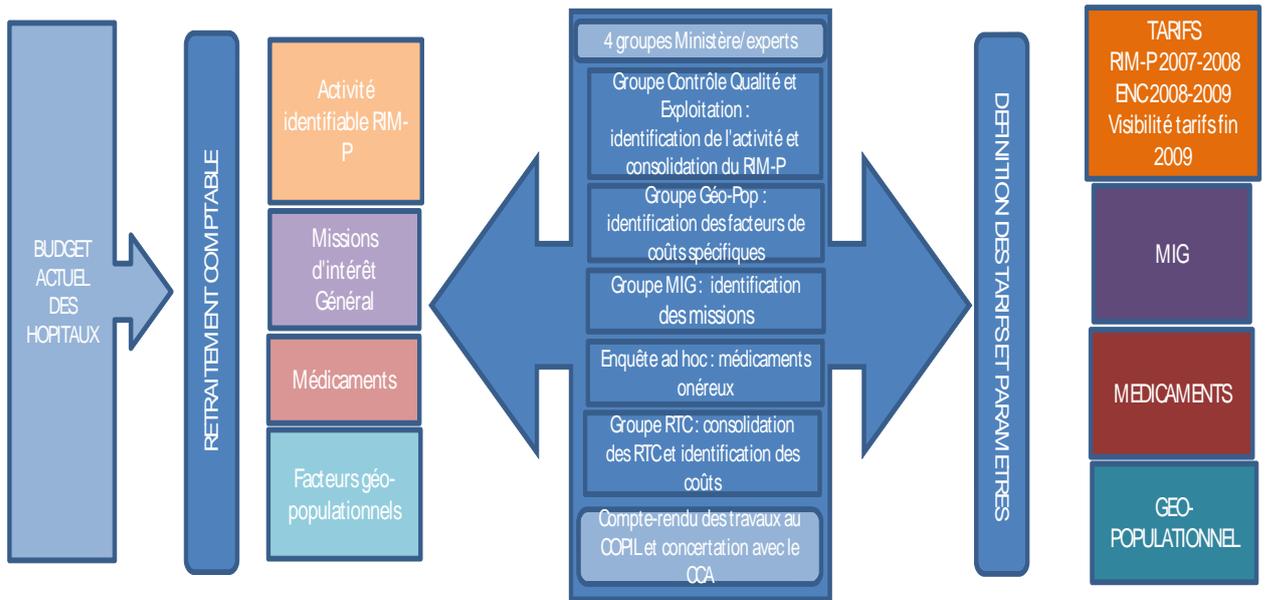
EGF : Echelle Globale de Fonctionnement (mesure de la dépendance psychique au travers de la gravité des symptômes, l'intégration sociale, la capacité à réaliser des activités)

ADL : Activity of Daily Living (mesure de la dépendance physique pour la toilette, l'habillage, les déplacements, l'alimentation, etc..)

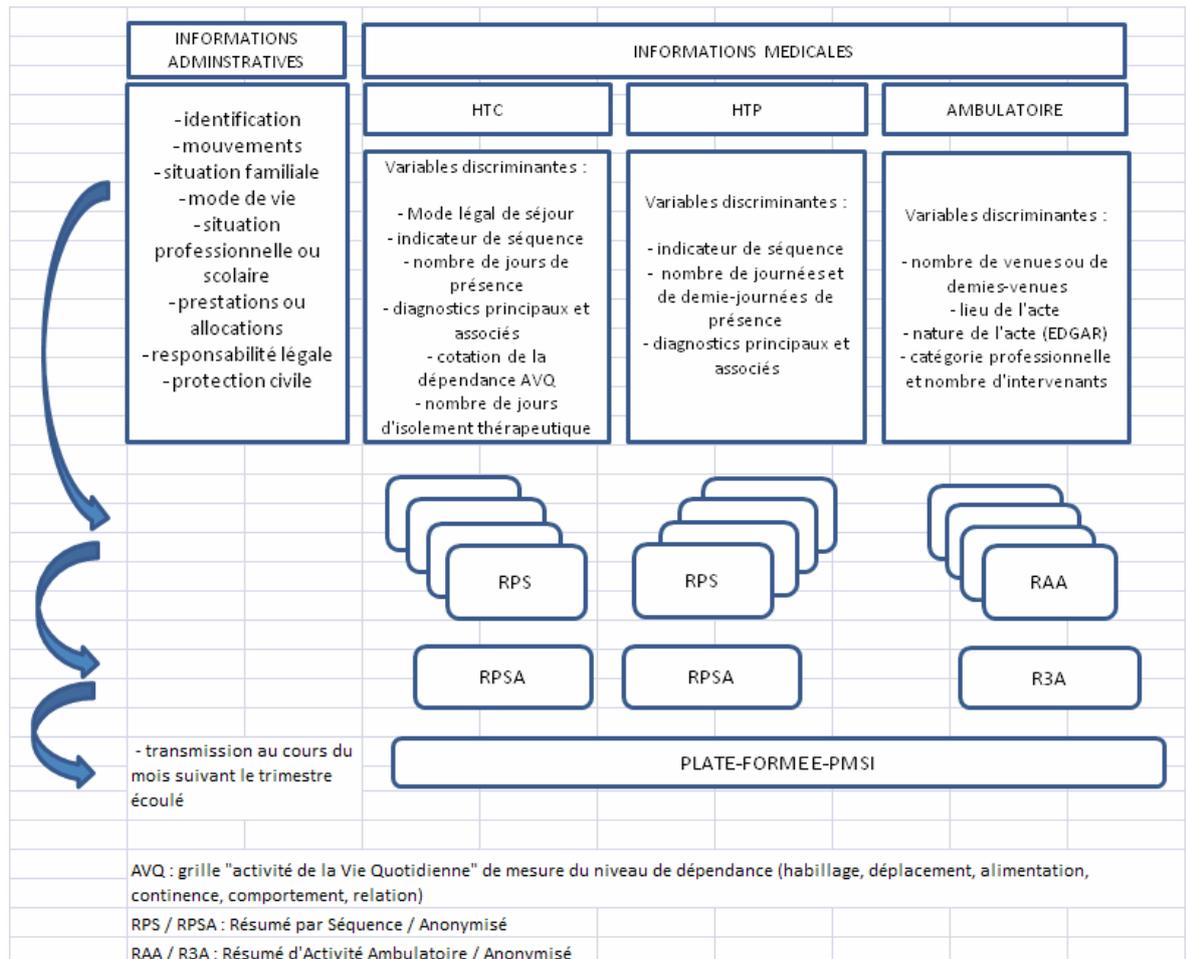
ANNEXE 5 : LA VAP, UN MODE PLURALISTE DE FINANCEMENT



ANNEXE 6 : LES TRAVAUX VAP EN COURS

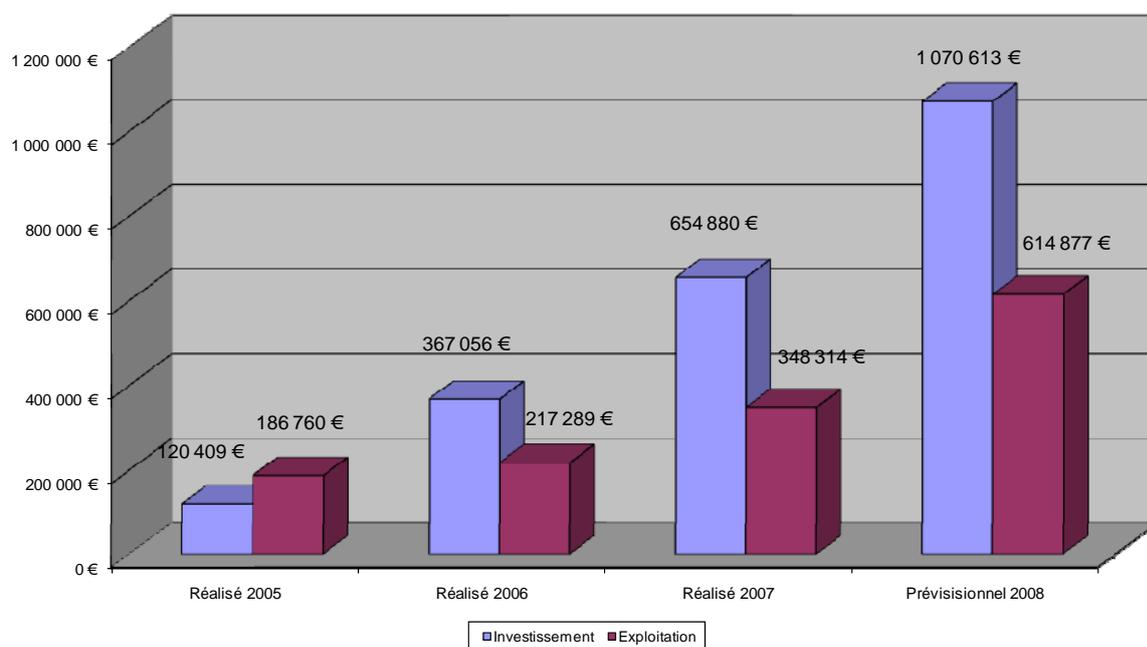


ANNEXE 8 : GROUPEMENT, CHAINAGE, ANONYMISATION ET TRANSMISSION DES FICHIERS D'ACTIVITE



ANNEXE 10 : EVOLUTION DES DEPENSES DU SYSTEME D'INFORMATION 2005-2008 AU CHM

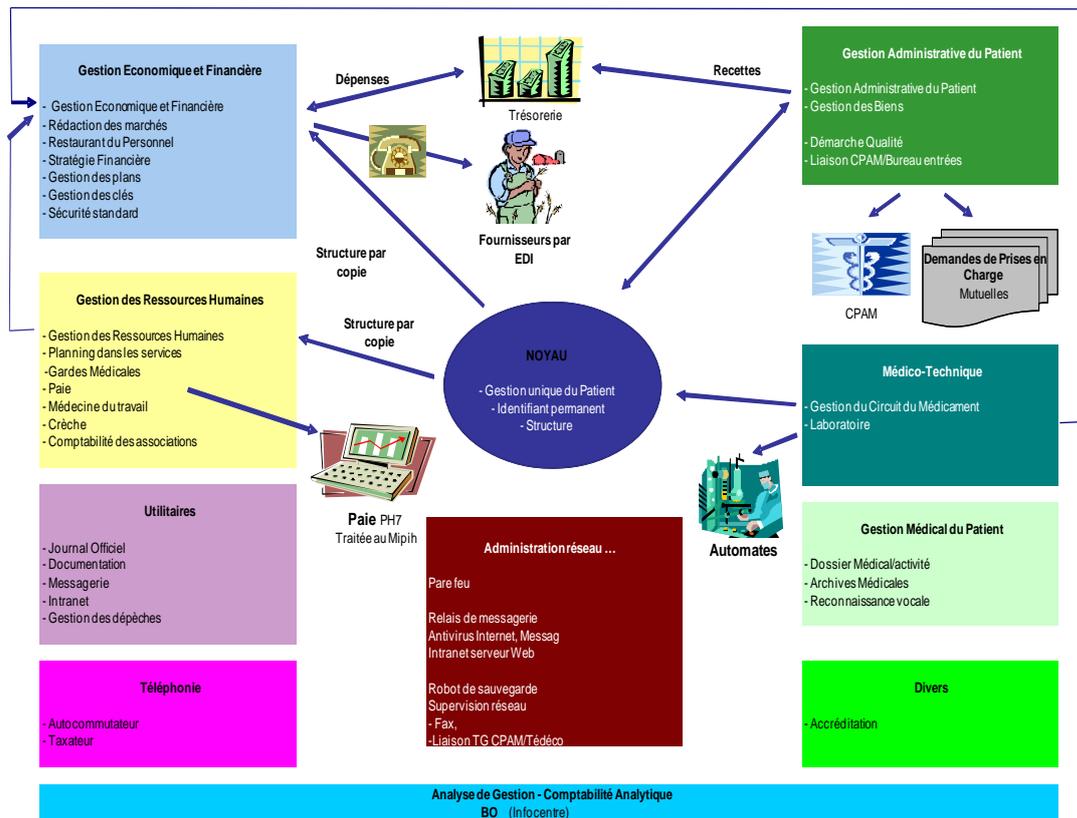
Evolution des dépenses du système d'information 2005-2008



ANNEXE 11 : SYNOPSIS DE L'ARCHITECTURE APPLICATIVE DU CHM : UNE ORGANISATION COHERENTE DU SIH AUTOUIR DE LA PRESTATION PATIENT

Système d'Information du ch MONTPERRIN

29/09/2008 19:13



**ANNEXE 12 : EXEMPLE D'UNE LISTE D'UF
ETABLIE POUR UN POLE D'ACTIVITE AU CHM**

CR	CA	U.F.	Libellé	Applicatifs informatiques			
				Paye	Pharma	Travaux	Facturation
13G20	1201 - Hospitalisation Duchène ouest	1211	HTC Duchène Ouest	X	X	X	X
		1213	HDJ Duchène Ouest	X	X	X	X
		1214	HDN Duchène Ouest	X	X	X	X
		1220	Ambulatoire Duchène Ouest	X	X	X	X
	1207 - CMP La rose des sables - PEJ Ado	1232	CMP Miramas	X	X	X	X
		1274	Point Ecoute Jeunes				
	1203 - CATTP - Hôpital de jour Miramas	1231	HDJ Miramas	X	X	X	X
		1233	CATTP Miramas	X	X	X	X
	1204 - CMP Carabelli - HAD	1236	CMP Pierre Carabelli				
		1234	HAD	X	X	X	X
	1210 - Equipe mobile précarité	1293	Précarité	X	X	X	X
	1211 - CMP Hauser	1219	Consultations	X	X	X	X
	-----		Etc..	X	X	X	X

ANNEXE 13 : CALENDRIER DE SAISIE DU RIM-P

	15-mai	01-juin	15-juin	01-juil	15-juil	01-août	15-août	01-sept	15-sept	01-oct	15-oct	01-nov	15-nov	01-déc	15-déc	01-janv
Pôle 17	[Gantt chart for Pôle 17: Light blue from 15-mai to 01-juin; Dark blue from 01-juin to 15-oct; Yellow from 01-juin to 15-oct; Orange from 15-oct to 01-janv; Purple from 01-sept to 01-janv]															
Pôle 20	[Gantt chart for Pôle 20: Light blue from 15-juin to 01-juil; Dark blue from 01-juil to 15-oct; Yellow from 01-juil to 15-oct; Orange from 15-oct to 01-janv; Purple from 01-sept to 01-janv]															
Pôle 18	[Gantt chart for Pôle 18: Light blue from 15-juil to 01-août; Dark blue from 01-août to 15-oct; Yellow from 01-août to 15-oct; Orange from 15-oct to 01-janv; Purple from 01-sept to 01-janv]															
Pôle 19	[Gantt chart for Pôle 19: Dark blue from 15-sept to 15-oct; Orange from 15-oct to 01-janv; Purple from 01-sept to 01-janv]															
Pôle 21	[Gantt chart for Pôle 21: Dark blue from 01-oct to 15-oct; Orange from 15-oct to 01-janv; Purple from 01-sept to 01-janv]															
Pôle 22	[Gantt chart for Pôle 22: Dark blue from 15-sept to 15-oct; Orange from 15-oct to 01-janv; Purple from 01-sept to 01-janv]															
Alcoologie	[Gantt chart for Alcoologie: Dark blue from 01-oct to 15-oct; Orange from 15-oct to 01-janv; Purple from 01-sept to 01-janv]															
CAP	[Gantt chart for CAP: Dark blue from 15-sept to 15-oct; Orange from 15-oct to 01-janv; Purple from 01-sept to 01-janv]															
Pôle 07	[Gantt chart for Pôle 07: Purple from 01-sept to 01-janv]															
Pôle 08 dont Dont Oxalis	[Gantt chart for Pôle 08: Purple from 01-sept to 01-janv; Dark blue from 01-oct to 15-oct]															
Pôle 09	[Gantt chart for Pôle 09: Purple from 01-sept to 01-janv]															
SPAD	[Gantt chart for SPAD: Purple from 01-sept to 01-janv]															

- : saisie de l'HIC sans cotation de la dépendance (AVQ)
- : saisie de l'HIC avec cotation de la dépendance (AVQ)
- : saisie de l'HIP (HUN uniquement)
- : saisie de l'HIP (HUN, HLU, CAIIP)
- : saisie de l'activité amovatoire

ANNEXE 14 : FICHIERS DE RECUEIL INFORMATISES DU RIM-P

PRISE EN CHARGE A TEMPS COMPLET OU A TEMPS PARTIEL - RESUME PAR SEQUENCE

IDENTIFICATION

Numéro d'Identification Permanent du Patient (IPP) (information fournie par la SMTEIM) : _____

Sexe : Féminin Masculin Date de naissance : [][] [][] [][] [][]

Nom patronymique (en majuscules) : _____ Nom d'usage (en majuscule) : _____
pour les femmes mariées

Prénom (en majuscules) : _____ Code postal de résidence : [][][] [][] [][]

N° du Séjour (information fournie par la SMTEIM) : _____ **N° de la Séquence** (information fournie par la SMTEIM) : _____

Informations relatives au début du Séjour : (possibilité de plusieurs séquences dans un séjour)

A ne renseigner que si cette séquence est la première du séjour :

Date d'entrée du Séjour : [][] [][] [][] [][]

Mode d'entrée : 6 Mutation, 7 Transfert, 8 Domicile

en provenance d'une Unité : 1 de MCO, 2 de soins de suite ou de réadaptation, 3 de soins de longue durée, 4 de psychiatrie

Informations complémentaires : 5 avec passage dans la structure d'accueil des urgences de l'établissement, 6 bénéficie d'une HAD (privilégier code 5 sur code 6), 7 en provenance d'un structure d'hébergement médico-sociale (privilégier code 5)

fiche remplie le : [][] [][] [][] [][]

Informations relatives à la Séquence :

Date de début de la Séquence : [][] [][] [][] [][]

Nom du Secteur ou Nom du dispositif Inter-Sectoriel : _____ code si dispositif inter-sectoriel : [][]

Unité Médicale de cette prise en charge : nom : _____ **numéro :** _____

FINESS Juridique : _____ *FINESS Géographique :* _____

Indicateur de Séquence { Existe-t-il, en parallèle, une activité temps partiel et une activité temps complet : non ; oui (P)
Existe-t-il, de façon associée, deux formes d'activité à temps partiel : non ; oui (A)

Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire : non ; oui (S)
si oui, cocher obligatoirement l'une des cases suivantes
 scolarisation minimale de 10 heures par semaine sur le lieu de soin
 rencontres hebdomadaires d'un membre de l'équipe soignante avec le personnel de l'éducation nationale ou de l'organisme socio-éducatif sur le lieu scolaire ou socio-éducatif pour l'intégration de l'enfant en milieu scolaire

si temps partiel ; préciser la forme d'activité : 20 Jour ; 21 Nuit ; 22 CATTTP ou AT

Pour les PEC à temps partiel, notamment les PEC discontinues programmées, une feuille repérant les séances est à remplir

A NE COMPLETER QUE SI TEMPS COMPLET :

temps complet ; préciser la forme d'activité : 01 ; 02 ; 03 ; 04 ; 05 ; 06 ; 07

si temps plein, cette séquence correspond-elle à une période de sortie d'essai : non ; oui
si sortie d'essai, date de début de cette sortie d'essai : [][] [][] [][] [][]

si temps plein, nombre de jours d'isolement thérapeutique au cours de la séquence : 1 HL ; 2 HDT ; 3 HO ; 4 122.1 CP - L. 3213-7 CSP ; 5 OPP ; 6 D 398

Cotation dépendance :	Indépendance	Supervision ou accompagnement	Assistance partielle	Assistance totale
	1	2	3	4
Habillage				
Déplacement/ Locomotion				
Alimentation				
Contenance				
Comportement				
Relation				

Hospitalisation à temps plein	(code 01)
Séjours thérapeutiques	(code 02)
Hospitalisation à domicile	(code 03)
Placement familial thérapeutique	(code 04)
Prises en charge en appartements thérapeutiques	(code 05)
Prises en charge en centres de post-cure psychiatriques	(code 06)
Centres de soins (incluant les centres d'accueil permanent et centres d'accueil et de soins)	(code 07)

si temps plein, mode légal d'hospitalisation :

Diagnostic principal ou motif de prise en charge principal : _____ **Diagnostics et facteurs associés :** _____

Préciser en clair le motif de la fin de cette séquence :

Date de fin de la Séquence : [][] [][] [][] [][]

Informations relatives à la fin du Séjour :

A ne renseigner que si cette séquence est la seule ou la dernière du séjour :

Date de sortie du Séjour : [][] [][] [][] [][]

Mode de sortie de Séjour : 4 Sans autorisation, 6 Mutation, 7 Transfert, 8 Domicile, 9 Décès

Destination : si mutation ou transfert : vers une Unité : 1 de MCO, 2 de soins de suite ou de réadaptation, 3 de soins de longue durée, 4 de psychiatrie
si domicile : avec hospitalisation à domicile : non ; oui (6)
vers structure d'hospitalisation médico-sociale : non ; oui (7)

les sorties d'essai ne font pas l'objet d'une sortie de séjour

NATURE DE L'ACTE	TYPE D'ACTE
E entretien	a) premier entretien
	b) autre entretien
	1- consultation de suivi
	2- psychothérapie individuelle
	3- guidance
	4- rééducations (psychomotrice, orthophonique)
	5- éducation à la santé
	6- bilans ou tests
	7- soins (pe : IM d'antipsychotique d'action prolongée)
8- examen physique	
9- entretien avec interprète	
D démarche	a) Mettre des actions sociales
	1- avec déplacement ; 2- par téléphone
	b) Organiser un placement médical ou médico-social
	1- avec déplacement ; 2- par téléphone
c) Participer au projet d'adaptation sociale	
1- avec déplacement ; 2- par téléphone	
d) Participer au projet d'adaptation professionnelle ou scolaire	
1- avec déplacement ; 2- par téléphone	
G groupe	a) groupe avec médiation
	b) groupe de parole
	c) psycho-éducation
	d) psychocommunication
	e) psychothérapie familiale ou de couple
	f) autre psychothérapie de groupe
A accompagnement	a) dans un soutien éducatif
	b) relatif à la réadaptation et à la réinsertion sociale (pe : accompagnement auprès d'un centre aéré ou d'une colonie)
	c) vers des soins somatiques
	d) relatif à l'insertion professionnelle ou scolaire
	e) soins relationnels à travers une activité support
R réunion clinique pour UN patient	

CODE	CATEGORIES PROFESSIONNELLES
M	Membres du corps médical
I	Infirmiers et encadrement infirmier
P	Psychologues
A	Assistants sociaux
R	Personnel de rééducation
E	Personnel éducatif
S	Autres intervenants soignants (dont aides-soignants)
X	Plusieurs catégories professionnelles dont membres du corps médical
Y	Plusieurs catégories professionnelles sans membres du corps médical

NATURE DE PRISE EN CHARGE - FORMES D'ACTIVITE	LIEU
30 accueil et les soins au CMP	L01 Centre Médico Psychologique (CMP)
31 accueil et soins dans un lieu de consultations externes de psychiatrie de l'établissement	L02 Lieu de consultations externes de psychiatrie de l'établissement
	L03 Etablissement social ou médico-social sans hébergement
31 l'établissement où ces soins sont effectués Cette activité concerne notamment la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médico-social	L04 Etablissement scolaire, crèche ou centre de formation
	L05 Protection Maternelle Infantile
	L06 Etablissement pénitentiaire
	L07 Domicile du patient (en dehors du cadre de l'hospitalisation à domicile) ou substitut du domicile (incluant les appartements protégés, les placements familiaux non sanitaires)
	L08 Etablissement social ou médico-social avec hébergement (y compris maisons de retraite)
	L09 Unité d'hospitalisation (MCO-SSR-Long séjour)
	L10 Unité d'accueil d'urgence (SU)