



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital
Promotion 2002 - 2004

**DE L'INTÉRÊT DU PMSI EN
PSYCHIATRIE**
**Analyse, expérimentation et
perspectives**
**à travers l'exemple du
Centre Hospitalier de Niort**

Muriel DUBO

Remerciements

La réalisation d'un mémoire sur l'étude de l'expérimentation du PMSI en psychiatrie à travers l'exemple du Centre Hospitalier de Niort, a été pour moi une expérience très enrichissante, qui a été facilitée par le soutien et l'aide que m'ont apportés toutes les personnes que j'ai rencontrées à cette occasion.

Je tiens à remercier tout particulièrement Mme Bronnec, chargée de la mise en œuvre du PMSI psychiatrie au ministère, qui a fait preuve d'une grande disponibilité et qui m'a permis, grâce à ses explications techniques et ses conseils méthodologiques de mener à bien cette étude.

Je remercie également Mme Guerre, M. Dieumegard et M. Baudin respectivement médecin DIM et directeur des services financiers et directeur des soins au Centre Hospitalier de Niort, qui ont su se rendre disponible chaque fois que j'ai eu besoin de leurs conseils avisés et m'apporter une aide précieuse grâce à leurs enseignements clairs et synthétiques.

Je remercie également Mme Lagnaud secrétaire DIM, M. Chartier attaché d'administration hospitalière aux services des finances, M. Supiot chargé de communication au centre Hospitalier de Niort et Mme Bellon Attaché d'administration hospitalière au CHU de Bordeaux pour leur participation à cette entreprise.

J'adresse aussi tous mes remerciements à l'ensemble des chefs de service, médecins, cadres, personnels soignants, secrétaires médicales, qui ont accepté de me recevoir dans leurs services pour répondre à mes questions et sans lesquels ce travail n'aurait pu se concrétiser.

Je remercie enfin toutes les personnes, qui à Bordeaux et à Niort m'ont soutenu et accompagnée tout au long de cette démarche.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 DÉVELOPPER UN OUTIL POUR VALORISER L'ACTIVITÉ PSYCHIATRIQUE DEVIENT UN IMPÉRATIF TANT AU NIVEAU NATIONAL QUE LOCAL	5
1.1 Les enjeux nationaux du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) en psychiatrie.....	5
1.1.1 Développer une connaissance médico-économique de l'activité psychiatrique	6
A) Une mesure de l'activité qui reste trop descriptive	6
B) Un mode de répartition budgétaire qui ne tient pas compte de l'activité.....	9
1.1.2 Développer un outil de régulation à l'instar de ce qui se pratique pour les autres disciplines médicales devient une nécessité.....	11
A) La gestion médico-économique devient un mode de régulation des systèmes de santé	11
B) La nécessité de doter la psychiatrie d'un outil spécifique.....	17
1.2 La participation à l'expérimentation : une démarche volontariste du Centre Hospitalier de Niort.....	21
1.2.1 Une conviction institutionnelle : la nécessité de procéder à une analyse médico-économique de l'activité.....	22
A) Développer une meilleure connaissance de l'activité pour pouvoir justifier des moyens utilisés auprès de la tutelle	22
B) Orienter la stratégie interne de l'établissement.....	27
1.2.2 Des atouts pour réussir cette démarche.....	29
A) Une longue expérience du PMSI MCO qui peut faciliter l'implantation du PMSI psychiatrie	30
B) Une participation ancienne aux réflexions ayant conduit à l'expérimentation du PMSI en psychiatrie.....	33
2 DEVELOPPEMENT ET EXPERIMENTATION DU PMSI PSYCHIATRIE A TRAVERS L'EXEMPLE DU CENTRE HOSPITALIER DE NIORT.....	36
2.1 De la construction du PMSI à l'expérimentation nationale	37
2.1.1 Une réflexion ancienne.....	37
A) Des travaux qui débutent en 1989	37

B)	La modélisation du PMSI.....	39
C)	Présentation de l'outil qui fait l'objet de l'expérimentation.....	43
2.1.2	La mise en oeuvre de l'expérimentation au niveau national.....	45
A)	Principes généraux.....	46
B)	Contexte et conditions de mise en oeuvre.....	48
2.2	La mise oeuvre de l'expérimentation au Centre Hospitalier de Niort.....	52
2.2.1	Analyse de la démarche.....	53
A)	De la conduite de changement à la mise en place de la démarche.....	53
B)	La structuration de la démarche.....	55
2.2.2	Premier bilan d'étape de l'expérimentation au Centre Hospitalier de Niort : des outils et une organisation pertinents mais qui doivent être améliorés.....	59
A)	Le choix d'un logiciel qui prend en compte l'histoire de la structure et les contraintes liées au PMSI.....	59
B)	Une organisation interne originale mais qui doit être confortée.....	63
3	LES PERSPECTIVES D'UTILISATION DU PMSI PSYCHIATRIE.....	69
3.1	Les perspectives d'utilisation du PMSI psychiatrie au niveau national.....	70
3.1.1	Les renseignements obtenus à l'issue du premier retour de données.....	71
A)	La pertinence des informations recueillies.....	71
B)	Les points qui pourraient être améliorés.....	71
3.1.2	Les perspectives d'utilisation du PMSI en psychiatrie.....	73
A)	Le point sur les perspectives de généralisation du PMSI en psychiatrie.....	73
B)	Les trajectoires de soins, un mode de mesure de l'activité qui, à terme, peut se révéler plus pertinent.....	76
3.2	Les perspectives d'utilisation du PMSI psychiatrique au Centre Hospitalier de Niort.....	79
3.2.1	Une première réflexion qui peut difficilement être approfondie compte tenu du contexte.....	80
A)	Améliorer la qualité et l'exhaustivité des données est un impératif pour poursuivre la réflexion.....	80
B)	Des actions nationales qui n'incitent pas à approfondir la démarche.....	82
3.2.2	Des pistes se dégagent tout de même.....	84
A)	Les pistes d'évolution.....	85
B)	Des perspectives d'utilisation se dégagent.....	88
	CONCLUSION.....	94
	BIBLIOGRAPHIE.....	97

LISTE DES ANNEXES.....	103
-------------------------------	------------

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation Adulte Handicapé
ADL : Activities of Daily living (Activités de la vie courante ou domestiques)
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CIM 10 : Classification Internationale des Maladies Dixième version
CMC : Catégories Majeures Cliniques
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COTRIM : Comité Technique Régional de l'Information Médicale
CTIP : Centre de Traitement de l'Information du PMSI
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
DGS : Direction générale de la Santé
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM : Département d'Information Médicale
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRG : Diagnostic Related Groupe
EGF : Echelle Globale de Fonctionnement
ENC : Echelle Nationale des Coûts
ETP : Equivalent Temps Plein
FPP : Fiche Par Patient
GHA : Groupe Homogène d'Actes
GHJ : Groupes Homogènes de Journées
GHM : Groupe Homogène de Malades
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche médicale
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
OQN : Objectif Quantifié National
PERNNS : Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé
PIB : Produit Intérieur Brut
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
RIS-C : Résumés d'Information Standardisés des actions pour la Communauté

RIS-E : Résumés d'Information Standardisés pour l'activité Externe
RIS-HC : Résumés d'Information Standardisés Hebdomadaire à Temps Complet
RIS-HP : Résumés d'Information Standardisés Hebdomadaire à Temps Partiele
RMI : Revenu Minimun d'Insertion
RSIO : Responsable des Systèmes d'Information et d'Organisation
RSS : Résumé Standardisé de Sortie
RTT : Réduction du Temps de Travail
SAE : Statistiques Annuelles des Etablissements de santé
SAU : Service d'Accueil d'Urgence
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
TAA : Tarification à l'Activité
UCPO : Unité de Concertation Pluridisciplinaire d'Oncologie
USIC : Unité de Soins Intensifs en Cardiologie

INTRODUCTION

Les premiers Etats Généraux de la Psychiatrie se sont déroulés à Montpellier du 5 au 7 juin 2003. Cette manifestation, qui a réuni environ 2 000 participants (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux...), a été l'occasion pour ces professionnels de dénoncer les difficultés majeures que connaît cette spécialité.

La psychiatrie a connu de nombreuses évolutions au cours de ces dernières décennies, tant au niveau de ses pratiques que des pathologies prises en charge. Ces changements se sont traduits par une diversification de l'offre de soins qui s'est progressivement orientée vers une prise en charge de type ambulatoire, développement également favorisé par la sectorisation. Aujourd'hui, 80% des prises en charge se font en ambulatoire, ce qui a entraîné une forte diminution du nombre de lits. Mais aujourd'hui, la demande de prise en charge ne cesse de croître, alors que les professionnels sont de moins en moins nombreux. De plus, les contours de la psychiatrie sont de plus en plus flous et la frontière entre le champ social et le champ sanitaire est de plus en plus ténue. Ces éléments expliquent pour partie les difficultés de la psychiatrie aujourd'hui, mais face à cette évolution qui se traduit par une forte augmentation de l'activité, la psychiatrie ne dispose d'aucun outil pour mesurer son activité contrairement aux de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO).

En effet, la psychiatrie connaît une situation quelque peu difficile. Bien que faisant partie du même ensemble budgétaire que les autres spécialités médicales, elle est la seule à ne connaître son activité que très partiellement. Ainsi, faute de données fiables et exhaustives, certains acteurs de santé critiquent une sur-dotation des établissements de psychiatrie, alors que dans le même temps, d'autres dénoncent une diminution constante des moyens et une augmentation régulière de la demande. Il est donc important pour la psychiatrie de pouvoir justifier de son activité

Au-delà de cet aspect, l'absence de données d'activité empêche les établissements de mener une gestion médicalisée de leurs moyens. Quant aux services, ne disposant pas d'information précise sur leur activité, il leur est difficile d'avoir une vision globale sur les caractéristiques de la population qu'ils accueillent.

Compte tenu de ces éléments, il semble important que la psychiatrie intègre le champ de l'évaluation et qu'elle se dote à ces fins, d'un outil approprié.

La création d'un outil médico-économique est une préoccupation ancienne des pouvoirs publics. Depuis 1991, le secteur MCO est capable de mesurer son activité grâce au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Construit sur la base

d'un modèle opérationnel de classification médico-économique qui existait aux Etats-Unis, le PMSI a un double objectif. D'une part il s'agit d'améliorer la connaissance de l'activité médicale, pour adapter au mieux le financement des établissements et contribuer à la réduction des inégalités de ressources entre les régions et les établissements. D'autre part, les pouvoirs publics ont cherché à fonder la gestion des établissements sur la connaissance de leur activité. Plus tardivement, les soins de suite et de réadaptation ont pu bénéficier de la mise en œuvre d'un outil similaire, néanmoins, la réduction des inégalités ne pourra être totalement réalisée que si la psychiatrie peut à son tour attester du niveau de son activité.

Les premières réflexions concernant la mesure médico-économique de l'activité en psychiatrie date de 1990. Depuis, de nombreux travaux ont été menés, et ont permis de déterminer deux hypothèses susceptibles de permettre une évaluation de l'activité dans cette discipline, l'une basée sur une évaluation de groupes homogènes de séjours, et l'autre organisée autour de la prise en compte des trajectoires de soins. Afin de généraliser l'un ou l'autre de ces outils, les pouvoirs publics, conformément à la demande des médecins psychiatres, ont décidé de procéder à une expérimentation dans quatre régions pilotes et auprès d'établissements volontaires.

Le Centre Hospitalier de Niort très investi dans le PMSI MCO et de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), a décidé, compte tenu de son expérience, de se porter volontaire pour cette expérimentation. Cette démarche volontariste est lourde de conséquences pour un établissement, d'autant qu'il existe une vive opposition face à la mise en place d'un outil d'évaluation tant au niveau national que local. Néanmoins, avec l'appui d'un certain nombre de médecins l'établissement est entré dans l'expérimentation dès le mois de juin 2002.

Le Centre Hospitalier de Niort est l'établissement de référence au niveau du département. Siège du Centre 15, du Service d'Accueil d'Urgence (SAU) et d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), il assure des missions sanitaires départementales en cancérologie (siège de l'Unité de Concertation Pluridisciplinaire d'Oncologie [UCPO]), en cardiologie (siège de l'Unité de Soins Intensifs en Cardiologie [USIC]), en maternité et néonatalogie (niveau II).

Il dispose d'un large éventail d'activités médicales et d'un plateau technique développé (un appareil d'Imagerie par Résonance Magnétique [IRM] partagé avec le secteur libéral, scanner, radiothérapie, dialyse, gamma caméra libérale installée sur le site de l'hôpital) ce qui explique son attractivité sur les Deux Sèvres et le Sud de la Vendée.

Le Centre hospitalier compte en 2002

- Dans les disciplines Médecine-Chirurgie-Obstétrique (y compris néonatalogie), 527 lits et places,
- En Soins de Suite et de Réadaptation, 109 lits et places ;
- En Psychiatrie, 360 lits et places
- En soins de Longue Durée, 100 lits.
- Maison de retraite, 78 lits

On constate que pour le Centre Hospitalier, la psychiatrie représente une part importante de son activité et de son budget, d'où la nécessité pour l'établissement de disposer d'informations aussi performantes pour ce champ, que pour la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et les soins de suite et de rééducation. Ceci s'avère indispensable notamment en terme de pilotage et de politique stratégique. Mais la démarche initiée dans l'établissement est source de nombreux changements, et comme dans beaucoup d'institutions, le changement génère souvent des résistances voire des conflits. Afin de limiter l'impact de ces difficultés, le développement du PMSI doit être soutenu par une véritable démarche de projet. De plus, l'expérimentation devait durer initialement 18 mois, ce qui constitue une période assez longue, propice surtout en cas de difficultés, au découragement des équipes. Il s'avère donc nécessaire d'entreprendre une réflexion sur l'utilisation possible du PMSI en interne dans le cadre de l'amélioration de la connaissance de l'activité médicale, avant la fin de l'expérimentation, pour montrer très rapidement aux services l'intérêt d'une telle démarche.

Afin de mieux cerner les résistances au projet d'une part, et pour appréhender les difficultés que pouvaient rencontrer les services dans la mise en œuvre du PMSI d'autre part, j'ai procédé à une enquête (annexe 1) auprès des différents secteurs de psychiatrie. Au cours de cette enquête, j'ai rencontré dans chaque service, le Chef de service, une équipe de soins, un cadre, le secrétariat. J'ai à nouveau vu les chefs de services après que le Département d'information médicale ait renvoyé les premiers résultats du PMSI. Les résultats de cette enquête montrent que lors de la conduite d'un projet, l'équipe managériale doit faire face à des problèmes techniques, organisationnels, mais également sociologiques.

Le centre hospitalier de Niort a décidé de participer à l'expérimentation du PMSI en psychiatrie bien qu'il ne fasse pas partie des quatre régions test. Il s'agit d'un choix volontariste nécessitant la mobilisation de moyens humains et matériels importants.

Ce mémoire a pour but d'analyser la dynamique de la mise en œuvre de l'expérimentation du PMSI psychiatrique au CH de Niort, compte tenu des spécificités de l'activité psychiatrique, et des problématiques propres à cet établissement (pourquoi une telle

volonté au sein de l'établissement ? Comment adapter un outil national au contexte local ? Quelles sont les difficultés liées à la mise en œuvre du PMSI, quels modes de résolutions adopter ?).

Enfin au delà de l'objectif national du PMSI, il s'agit de montrer tout l'intérêt d'un tel outil en terme de gestion interne et de voir ce qu'une telle démarche a pu apporter à l'établissement en vue de la généralisation du PMSI.

Ainsi, le développement d'un outil médico-économique pour l'activité de psychiatrie devient un impératif tant au niveau National que local (I). Mais sa mise en œuvre s'avère complexe pour les pouvoirs publics, ainsi que pour les établissements comme en atteste l'exemple du Centre Hospitalier de Niort (II). Au final, les résultats de l'expérimentation sont plutôt encourageants, mais l'acceptation globale du projet repose avant tout sur la capacité des établissements à utiliser ces données d'activité en dehors d'un contexte strictement économique (III).

1 DÉVELOPPER UN OUTIL POUR VALORISER L'ACTIVITÉ PSYCHIATRIQUE DEVIENT UN IMPÉRATIF TANT AU NIVEAU NATIONAL QUE LOCAL

La réforme de l'hospitalisation publique et privée, prévue par les ordonnances du 24 avril 1996, rappelait la nécessité de réduire les inégalités de ressources entre les régions et les établissements (articles 16 et 21). Cette démarche suppose que les pouvoirs publics aient à leur disposition des outils permettant de comparer l'activité des établissements entre eux. Cela est notamment possible en Médecine - Chirurgie - Obstétrique (MCO) depuis la généralisation du PMSI en 1996, pour les établissements hospitaliers publics et Privés participant au Service Public Hospitalier (PSPH) en 1997. Ce dispositif a été étendu aux établissements hospitaliers privés à partir de 1996. La psychiatrie, quant à elle, ne disposait pas d'outils autres que la fiche patient pour répondre aux mêmes impératifs. De ce fait, les services de psychiatrie implantés au sein des hôpitaux généraux se trouvent démunis pour justifier de leurs besoins, en l'absence d'un véritable outil de négociation budgétaire. Face à ce constat déjà ancien, les pouvoirs publics et une partie de la communauté médicale et soignante se sont mobilisés pour élaborer un outil d'évaluation médico-économique adapté à la psychiatrie.

1.1 Les enjeux nationaux du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) en psychiatrie

Dans ce contexte, l'Etat promoteur et premier utilisateur du PMSI donne à cet outil d'information les caractéristiques qui lui sont nécessaires, pour une meilleure compréhension des dépenses de santé en psychiatrie, et pour l'aide à la conduite du dispositif national de politique de santé mentale. En effet, jusque là les pouvoirs publics ne disposaient que d'une information partielle et trop descriptive, sans corrélation entre l'activité et le coût de prise en charge.

1.1.1 Développer une connaissance médico-économique de l'activité psychiatrique

A) Une mesure de l'activité qui reste trop descriptive

Pour décrire l'activité en psychiatrie, les professionnels disposent d'informations essentiellement quantitatives, qui ne permettent qu'une description des volumes d'activité¹.

a) *Les indicateurs utilisés ne traduisent que très partiellement la réalité de l'activité*

La notion de file active

La file active est un des principaux indicateurs qui permet aujourd'hui de retracer l'activité d'un service. Elle recense, pour une unité, l'ensemble des patients qui y sont accueillis ou vus en externe. Il s'agit là d'un indicateur purement comptable, qui ne permet pas de rendre compte de l'activité réelle du service puisqu'il ne traduit pas la lourdeur de la prise en charge. Par ailleurs, la notion de file active ne répond pas à des critères clairement définis, ainsi la comptabilisation des patients peut varier d'un établissement à l'autre, voire entre deux services au sein du même établissement. Par exemple, certains établissements ou services peuvent compter plusieurs fois le patients dans la file active, alors que d'autres ne le compteront qu'une fois ou pas du tout, en fonction des critères qu'ils retiennent pour inscrire la patient dans la file active. De plus, des erreurs de saisie au niveau des noms et prénoms des patients peuvent entraîner des doublons, qui ne sont pas repérés en l'absence de vérification des entrées. De ce fait, la disparité qui peut exister entre les différents établissements rend cet indicateur peu pertinent pour les pouvoirs publics, notamment dans la perspective d'améliorer l'adéquation entre offre de soins et besoins de la population.

Les autres indicateurs administratifs

L'ensemble des établissements psychiatriques, ou ayant une activité de psychiatrie, doivent depuis 1985 rédiger un rapport d'activité. Pour cela ils utilisent des indicateurs classiques de type descriptif, qui correspondent à une vision administrative ou "hôtelière" de l'activité des services. Ces items traduisent l'évolution des lits, places et journées par secteur et par modalité de prise en charge (hospitalisation, temps complet, hospitalisation de jour...).

¹ Dr WAGENAAR G. Le PMSI : à quoi ça sert ? *Santé mentale*, octobre 1999, n°41, pp. 22-24

La durée moyenne de séjour est une donnée peu pertinente en psychiatrie, compte tenu des particularités de prise en charge des patients dans cette discipline et de la variabilité de la durée de séjour qui dépend autant des modalités de soin mises en oeuvre que du diagnostic lui même.

Le taux d'occupation est également peu significatif. Ce curseur ne permet qu'un constat et n'apporte aucun élément pouvant expliquer les raisons de son évolution : augmentation réelle de l'activité, diminution des lits au profit de la prise en charge ambulatoire, pathologies plus lourdes, vieillissement de la population...

Ces indicateurs apportent donc une connaissance du volume de l'activité d'un établissement ou d'un service, mais en aucun cas ils ne donnent un éclairage médicalisé, nécessaire à une analyse objective de l'activité de soin. Pourtant, il apparaît indispensable de disposer de données, tant au niveau national que local, pour faciliter le pilotage du système de santé. Face à ce déficit d'information, les pouvoirs publics se sont dotés d'un outil un peu plus performant à partir du milieu des années 80, la fiche patient.

b) Le développement d'un outil plus qualitatif : la fiche patient

Conditions de mise en oeuvre de la fiche patient

A partir de 1985, la légalisation du secteur en psychiatrie s'est accompagnée d'une évolution du mode de financement qui conduit l'assurance maladie à financer l'ensemble des activités des secteurs. En tant que financeur, l'assurance maladie, en collaboration avec le ministère a cherché à développer un outil lui permettant d'avoir une meilleure connaissance de l'activité et donc, de la manière dont les établissements utilisaient les moyens qui leur étaient confiés.

La fiche patient² est généralisée à partir du 1er janvier 1988 pour les secteurs adultes et à partir du 1er janvier 1991 pour les secteurs enfants. Elle permet de recueillir des informations sur le patient et sa prise en charge. Elle recense les informations administratives, socio-économiques (situation de famille, protection civile, activité et catégorie professionnelle) et médicales du patient (diagnostic principal codé à l'aide de la Classification Internationale des Maladies CIM10).

Elle décrit également, de façon quotidienne les modalités de prise en charge du patient (temps complet, partiel, prise en charge ambulatoire, catégorie d'intervenant).

² *PMSI psychiatrie*. ENSP. Chapitre : L'approche des «trajectoires de soins », synthèse 1998. Ministère de l'emploi et de la solidarité, UMR5823 CNRS-Université LYON I, pp.2-15

Les apports de la fiche patient

Les informations collectées sur la fiche patient devaient permettre d'améliorer le contenu des rapports annuels de secteur en donnant une description plus précise des modalités de prise en charge des patients, et en répertoriant de façon plus exhaustive l'activité extra hospitalière. Au final, ces rapports annuels de secteurs furent peu exploités. Seules quelques études comme celles réalisées par L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) ou la Direction de la Recherche, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) réutilisèrent, pour partie, ces données dans le cadre d'enquêtes qui permirent pour la première fois d'avoir une vision globale de la population traitée dans les secteurs. Toutefois ces études restaient très généralistes car ces informations n'apportaient pas de connaissances réelles sur le type de patients pris en charge et la lourdeur des soins.

Au niveau des établissements, ce nouvel outil a permis aux équipes soignantes de mieux connaître les caractéristiques de la population prise en charge, et aux gestionnaires de disposer de nouvelles données sur l'activité des services.

Toutefois, ces informations restaient insuffisantes dans la perspective d'une analyse médico-économique. Tout d'abord parce que qualitativement les données de la fiche patient n'étaient pas satisfaisantes, le taux de remplissage des caractéristiques socio-démographiques et du diagnostic étant trop faible. En suite, les équipes n'avaient pas reçu de formation spécifique pour coder les différents items de la fiche par patient, problématique renforcée par l'absence de fiabilité inter-cotateur de l'outil. De plus, aucun contrôle n'était effectué ce qui aurait pu améliorer la qualité des données. Enfin, la codification du seul diagnostic principal reste trop partielle pour rendre compte de la prise en charge d'un patient notamment en psychiatrie, compte tenu des particularités de cette activité.

Force est de constater que, contrairement au secteur MCO, la psychiatrie ne dispose pas d'outils pertinents pour expliquer et justifier de son activité face aux tutelles et au gouvernement. Ce déficit est préjudiciable, tant pour le développement des politiques nationales de santé que pour l'allocation budgétaire qui n'est pas directement corrélée à l'activité. Il est toutefois important de rappeler que pour le moment, le lien entre allocation budgétaire et activité reste très partiel en MCO et inexistant en soins de suite.

B) Un mode de répartition budgétaire qui ne tient pas compte de l'activité

a) *Le cadre actuel de l'allocation budgétaire*

Un budget sous dotation globale ou Objectif Quantifié National (OQN)

Aujourd'hui, il existe principalement deux types d'hôpitaux publics qui accueillent une activité psychiatrique. On trouve soit des établissements généraux ayant une activité psychiatrique, soit des établissements exclusivement dédiés à la psychiatrie. Dans les deux cas, le financement se fait sous la forme d'une dotation globale versée mensuellement.

Les dépenses de santé des établissements privés MCO et santé mentale sont encadrées par l'OQN, le financement se fait la base de prix de journée.

Le mode de financement des établissements psychiatriques a connu d'importantes évolutions avec la réforme de l'organisation et du financement de la psychiatrie publique intervenue en 1985. En effet, à compter de cette date, la sécurité sociale devient le seul financeur de l'ensemble des activités des secteurs de psychiatrie. Jusque là, l'activité extra-hospitalière était financée par l'Etat à un niveau décidé par les Conseils Généraux selon la procédure des dépenses obligatoires, et seule l'hospitalisation était prise en charge par la sécurité sociale. Cette unification du financement a permis aux établissements de répartir librement leurs moyens, entre l'hospitalisation, et les activités de prise en charge externe et à temps partiel ainsi que les activités de soins, de prévention et d'insertion.

Depuis, l'allocation budgétaire en psychiatrie a connu les mêmes évolutions que le secteur MCO. Les budgets sont attribués à partir d'une enveloppe sanitaire régionale qui regroupe les dotations globales de tous les hôpitaux, généraux et psychiatriques.

De même, à l'intérieur d'un établissement général ayant une activité psychiatrique, les moyens budgétaires sont regroupés dans un budget unique, le budget général.

Les modalités de répartition budgétaires entre le MCO et la psychiatrie

L'absence d'outils ne permet pas de répartir les budgets de façon objective. En effet l'enveloppe qui est répartie entre les différentes régions et les établissements regroupe les budgets MCO et les budgets psychiatriques. Selon les principes du budget global mis en oeuvre par le décret du 11 août 1983³, le budget est déterminé sur la base du budget

³ La démarche gestionnaire à L'hôpital tome 2 La régulation du système hospitalier

n-1 affecté d'un taux directeur fixant l'évolution maximum des dépenses. Ce taux directeur est le même pour la psychiatrie et l'activité MCO, alors que les dépenses de personnel représentent 70 à 73% des dépenses dans un établissement MCO contre 80 à 85% dans un établissement psychiatrique, de même les dépenses pharmaceutiques atteignent 5% du budget dans un établissement général alors qu'elles ne s'élèvent qu'à 2% du budget en psychiatrie.

Au final les budgets sont souvent reconduits sur une base historique.

b) Les conséquences de ce mode d'allocation budgétaire

Il peut générer des inégalités entre établissements

En l'absence d'outils d'évaluation de l'activité, la psychiatrie se trouve démunie face aux établissements MCO qui eux disposent d'un outil de régulation. En effet, l'article L174-1 du Code de la Sécurité Sociale dispose que les dotations régionales sont arrêtées par les Ministres de la Santé, de la Sécurité Sociale, du budget et de l'économie, en fonction des besoins de la population, des orientations des SROS et des priorités sanitaires, en tenant compte de l'activité et des coûts des établissements.

La répartition des budgets sur une base historique, favorise le maintien des inégalités entre les établissements de psychiatrie. En effet, sans données qui permettent de mesurer l'activité des établissements et de les comparer entre eux, il est difficile de dire qu'un établissement est sur-doté ou sous-doté, et donc pour les tutelles, il est impossible de prendre les mesures correctrices nécessaires.

Pour faire face à ces difficultés, des régions ont mené des expériences originales

Plusieurs régions ont essayé de développer des modes de répartition budgétaire prenant en compte l'activité des établissements afin de réduire progressivement les inégalités qui pouvaient exister.

C'est notamment le cas en Aquitaine où l'ARH a défini une sous enveloppe dédiée à la psychiatrie. Cette enveloppe est redistribuée aux établissements sur la base des données d'activité traditionnelles à l'aide d'indicateurs et d'indices déterminés par l'ARH et les établissements. Les indicateurs (coût par habitant, coût moyen par entrée) et l'indice (indice composé d'activité) retenus permettent d'effectuer un rebasage entre les différents établissements. Au niveau de la région Poitou-Charentes, l'ARH a également décidé d'utiliser un indice euros/population pour procéder à une analyse de la répartition budgétaire entre les différents établissements. Après avoir établi un coût moyen de la psychiatrie dans la région, l'ARH effectue un rattrapage progressif pour l'ensemble des établissements situés en dessous de ce coût moyen. Pour les établissements situés au

dessus de ce niveau, le budget est reconduit à l'identique pour l'exercice budgétaire suivant. Aucune réduction de budget n'a été envisagée sur la base de cet indicateur, car il ne permet pas de traduire de façon suffisamment précise l'activité des établissements.

1.1.2 Développer un outil de régulation à l'instar de ce qui se pratique pour les autres disciplines médicales devient une nécessité

A) La gestion médico-économique devient un mode de régulation des systèmes de santé

a) *La maîtrise de l'évolution des dépenses de santé devient un impératif*

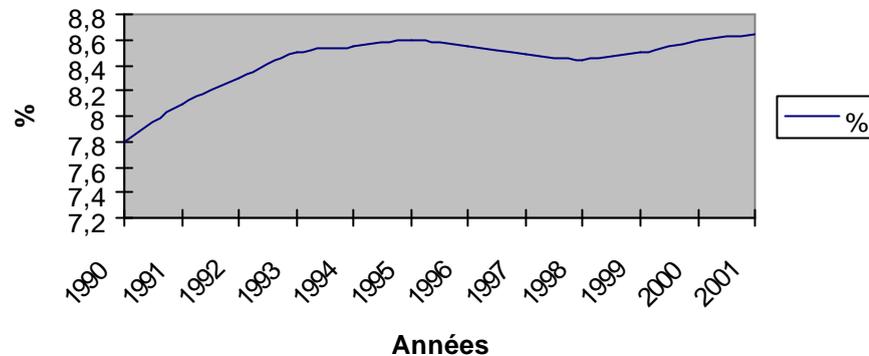
Au cours des quatre dernières décennies, l'hôpital a connu d'importantes transformations liées tant à l'évolution des missions qui lui sont assignées qu'aux progrès de la médecine. Ceci a eu pour conséquence une forte augmentation des dépenses de santé que la collectivité a de plus en plus de mal à prendre en charge. Face à ces difficultés, les pouvoirs publics ont développé progressivement des outils visant à limiter l'augmentation des dépenses de santé, tout en améliorant la régulation du système de soins.

L'évolution du système de santé s'accompagne d'une forte croissance des dépenses

On constate que la santé des Français s'est considérablement améliorée avec les progrès de la médecine, mais il ne s'agit pas là du seul élément explicatif. En effet, l'élévation du niveau de vie, combinée à l'amélioration de l'hygiène et de l'éducation, ont largement participé à ce phénomène.

Les dépenses de santé en France font apparaître une très forte croissance depuis le début des années 1970, et ont été multipliées par plus de trois au cours de cette période. Dans le même temps la croissance du PIB a été moindre, de ce fait la part du PIB consacrée aux dépenses de santé évolue à la hausse passant de 4,2% en 1960 à 9,1%

en 2001⁴. Cette évolution apparaît plus forte en France que dans les autres pays européens.



Source : Comptes nationaux de la santé

Figure 1.2 : Part des consommations de biens et services médicaux dans le PIB

La plus grosse part des dépenses de santé est constituée par les dépenses hospitalières qui ont représenté jusqu'à 52% des dépenses de santé en 1980. Depuis elles ont diminué pour se stabiliser aux environs de 47% entre 1996 et 1998. En 2002, les dépenses hospitalières du secteur public et du secteur privé représentaient 44,7% de la consommation de soins et de biens médicaux⁵.

Face à cette évolution des dépenses de santé, et compte tenu de la conjoncture économique qui rendait plus difficile le financement de ces dépenses, les pouvoirs publics ont entrepris de développer différents outils visant à limiter leur augmentation. Au regard de la part que représentent les dépenses hospitalières, les gouvernements successifs se sont tout d'abord attachés à trouver des outils pour juguler ces dernières.

L'encadrement des dépenses de santé et la régulation du système devient donc un impératif

L'action menée par les pouvoirs publics dès 1970 pour répondre à cette situation visait deux objectifs. Tout d'abord, il s'agissait de limiter les dépenses en agissant sur les modalités de financement, et d'autre part de développer des outils pour réguler l'offre de soins, et réduire les inégalités entre les régions et les établissements.

⁴ Etudes et Résultats n°187 septembre 2002 DRESS

⁵ FENINA A. GEFFROY Y. Comptes nationaux de la santé [en ligne]. Paris, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, 2003, 48 p. [Visité le 3 juillet 2003]. Disponible sur Internet : <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000474/0000.pdf>>

En ce qui concerne le mode de financement, les pouvoirs publics ont adopté le principe d'un taux directeur, afin de limiter l'évolution globale des dépenses. Par la suite, le financement au prix de journée, reconnu inflationniste, fut remplacé par le système du budget global mis en œuvre par le décret du 11 août 1983. A partir de 1985, date d'application de ce nouveau mode de financement, chaque établissement se voit affecté, sur la base de son budget de l'année précédente, une somme forfaitaire dite de dotation globale. Les conséquences pour les établissements sont importantes, puisqu'il ne s'agit plus pour eux de recevoir en terme de budget ce qu'ils dépensent, mais de dépenser ce qui leur est attribué.

La dotation globale a permis de limiter l'évolution des dépenses hospitalières, toutefois ce mode de financement n'avait pas d'action sur la répartition de l'offre de soins et la réduction des inégalités entre les établissements. C'est pour cette raison que dans le même temps, les pouvoirs publics ont développé différents outils de planification que sont : la carte sanitaire, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), le système des autorisations et les conseils départementaux de santé mentale.

Si grâce à ces innovations, l'offre de soins d'une part, et le financement des établissements d'autre part, se trouvaient mieux encadrés, les autorités de tutelle ne disposaient toujours pas de moyens pertinents pour connaître l'activité des établissements, et pouvoir relier cette activité aux dépenses, afin de s'assurer d'une utilisation efficiente des ressources.

b) La mise en place progressive d'un outil de mesure de l'activité

Ainsi, l'Etat conduit depuis le milieu des années 1980, un projet puis un programme visant à rendre plus qualitative l'analyse des dépenses de santé. Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information vise à instaurer une vision médico économique permettant de lier activité, pathologie, thérapie et dépenses⁶.

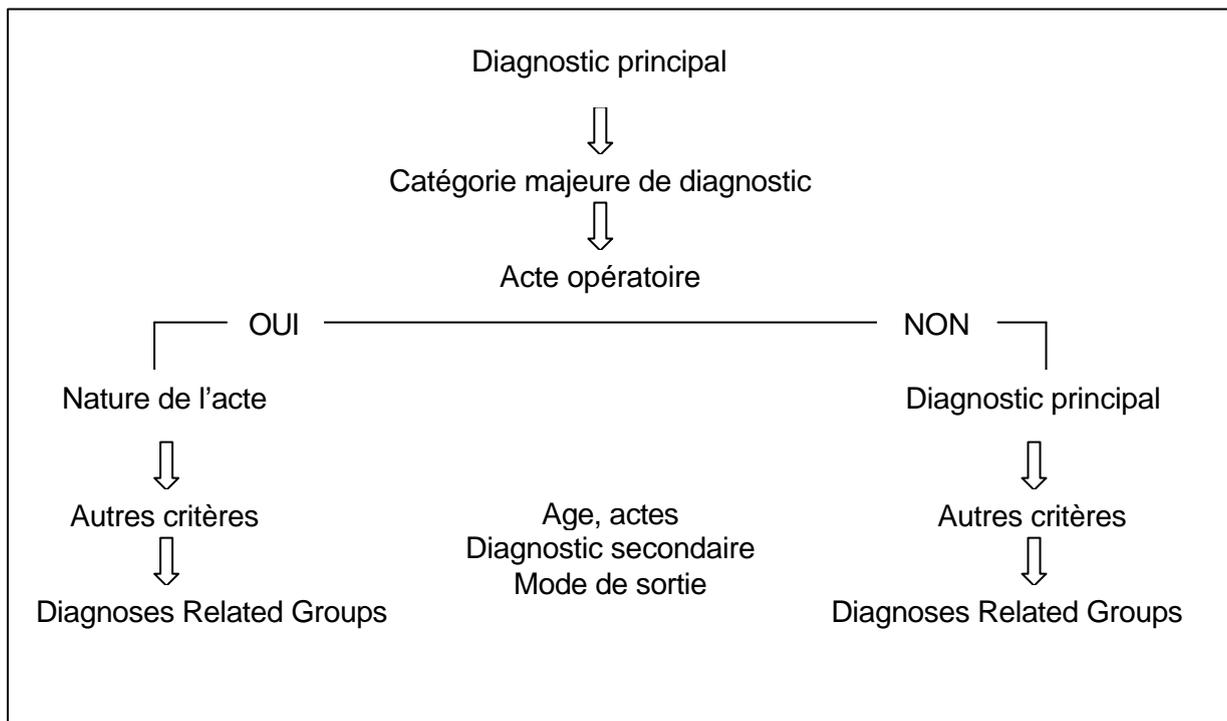
Dans un premier temps le PMSI ne concerne que l'activité MCO

Le PMSI a d'abord été étudié pour la Médecine, la Chirurgie et l'Obstétrique des établissements publics ou participant au service public hospitalier. Inspirée d'une technique d'évaluation mise au point aux Etats Unis par le Professeur Fetter enseignant à l'Université de Yale, cette méthode a été adaptée au système de santé français. Il s'agit de constituer des Diagnostic Related Groupe (DRG), traduit en français sous le vocable de Groupe Homogène de Malades (GHM).

⁶ NOURY J. F. La Gestion médicalisée des établissements de santé. Le PMSI et l'information médicale. Paris : MASSON, 2000. 228p

Cette classification est élaborée à partir d'un recueil de variables administratives et médicales, recensées pour chaque patient à la fin de son séjour. L'objectif est de regrouper des patients qui ont des caractéristiques cliniques et de coût semblables, et qui requièrent des prestations de nature et de niveau comparables.

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



L'expérimentation française débute dès 1982 sous l'impulsion de Jean de Kervasdoué alors Directeur des Hôpitaux. Elle comprend quatre phases lancées simultanément : le recueil de données, sur la base des informations fournies par des établissements volontaires, la constitution des GHM, le développement des systèmes d'information et le calcul des coûts.

Le relevé des données s'effectue sur la base du séjour. Ainsi, chaque séjour d'un patient donne lieu à un Résumé de Sortie Standardisé (RSS). Ce résumé est élaboré, a posteriori, sur la base des informations administratives et médicales recueillies pour un malade au cours de son séjour (annexe n°2). A partir de l'ensemble des RSS, l'algorithme de groupage permet d'affecter chaque RSS à un GHM. Ce classement est effectué de façon informatisée par l'intermédiaire d'un logiciel fourni par le ministère et appelé groupeur.

Pour trier les RSS dans chaque GHM, l'algorithme effectue un tri en plusieurs étapes selon des critères bien définis.

Déclinaison du tri :

1ère étape	Tri en fonction des diagnostics principaux
2ème étape	Sélection en fonction de la présence ou non d'un acte chirurgical. Permet de définir 46 classes.
3ème étape	Permet de définir des sous catégories dans chacune de ces classes
4ème étape	Divise encore ces sous catégories en fonction des autres données figurants sur le RSS : âge, diagnostics associés, actes, modes de sortie.

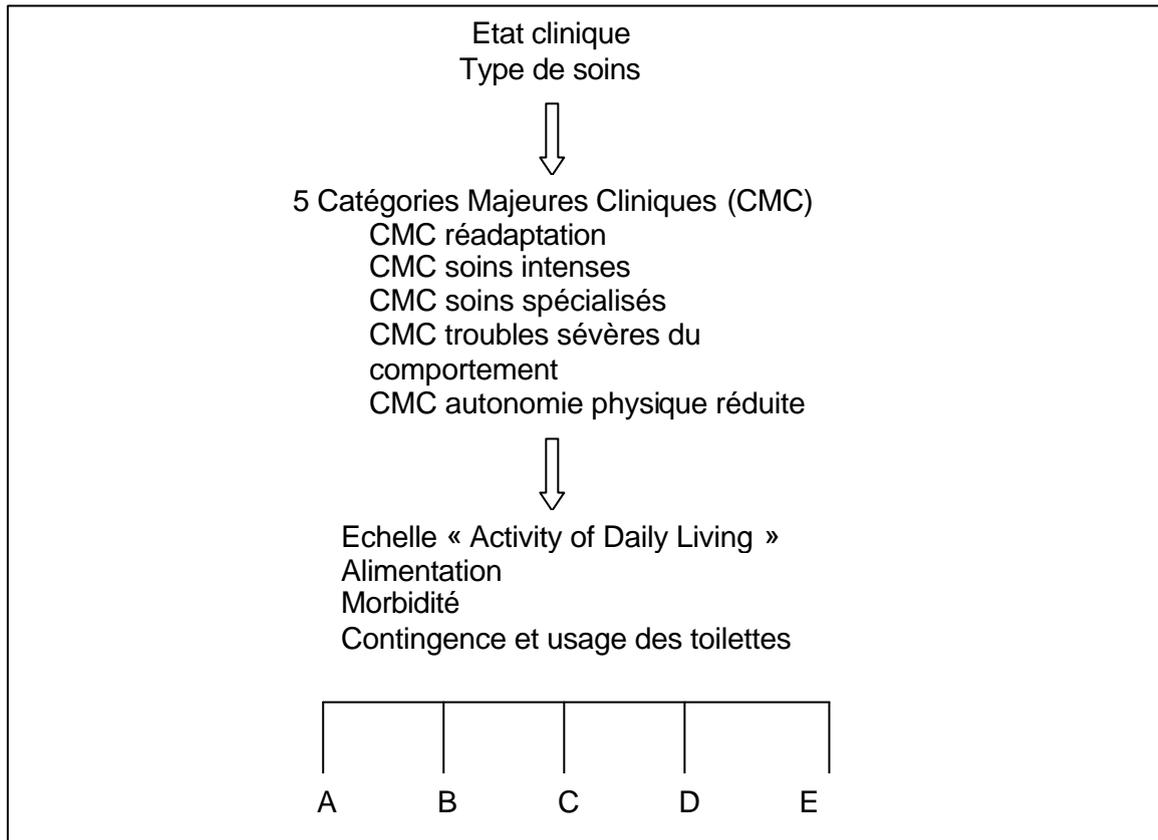
L'objectif final de la démarche était de pouvoir affecter à chacun de ces groupes, les coûts qu'ils avaient générés. Cela a permis d'établir à terme une répartition budgétaire qui prend en compte l'activité réelle des établissements et permet de réduire progressivement les inégalités entre les établissements et les régions.

Ce modèle repose sur l'élaboration de l'Echelle Nationale des Coûts (ENC). Il s'agit d'une analyse statistique regroupant un nombre réduit d'établissements disposant d'une comptabilité analytique suffisamment performante pour donner des coûts complets par séjour. Cela permet de définir une table de coûts moyens transformés en points appelés Indicateur Synthétique d'Activité (ISA). On obtient une échelle de coûts relatifs pour les GHM. Chaque GHM est affecté d'une valeur en point ISA représentant la mobilisation des moyens sucsité.

Une deuxième étape est franchie avec la réalisation du PMSI Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

Le PMSI soins de suite répond à une autre logique et a été réalisé sur la base d'un algorithme différent qui prend en compte les spécificités de cette activité.

Le principe des Ressources Utilization Groups américains (RUGs).



Dans ce cas la première information prise en compte est l'état clinique du patient et le type de soins requis. Dans un second temps, les patients sont affectés à différents RUGs selon leur niveau de dépendance évalué grâce à l'échelle Activity of Daily Living (ADL), index de la vie quotidienne.

Toutefois, contrairement à la classification pour les soins de courte durée, le PMSI-SSR est une création entièrement nouvelle élaborée par des experts français.

Compte tenu de la grande variabilité de la durée de séjours, les experts ont privilégié une classification basée sur la journée pondérée, en fonction de groupes homogènes de journées. D'autre part, la lourdeur des cas traités et l'aspect polyopathologique des patients traités, ont amené les experts à introduire la notion de diagnostics associés significatifs comme en MCO. Enfin, l'importance de la dépendance, comme facteur de consommation de ressources, fait que ce critère a été retenu pour le recueil et comme variable classante dans l'algorithme en GHJ. Notons enfin, que le PMSI SSR ne prend pas en compte les consultations, ce qui le rend particulièrement peu adapté à la psychiatrie où les consultations représentent une grande part de l'activité de cette discipline.

B) La nécessité de doter la psychiatrie d'un outil spécifique

a) *Une structuration de l'offre de soins propre à la psychiatrie*

L'activité psychiatrique se caractérise par de nombreuses particularités qui ne permettent pas d'adapter le PMSI MCO ou SSR à cette discipline. En effet, les prises en charges sont trop différentes pour être analysées de la même façon, en MCO elles sont de courte durée et techniques alors qu'en psychiatrie elles se caractérisent par une prise en charge plus longue et moins technicisée en terme d'équipement. Notons également, qu'il n'existe pas de modèle développé à l'étranger qui aurait pu être utilisé comme ce fut le cas pour l'activité MCO. Si des expériences ont été menées en Australie, en Belgique, elles n'ont toutefois pas donné lieu à une modélisation aboutie.

Une organisation fondée sur le secteur

La psychiatrie française a développé un mode d'organisation qui lui est propre. Légalisé par l'article 1 de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985, le secteur a une triple mission de prévention, de diagnostic et de soin, qui marque le passage de la psychiatrie à la notion de santé mentale⁷.

La sectorisation divise chaque département en aire géo-démographique regroupant un bassin de population d'environ 70 000 personnes. Chaque secteur est rattaché administrativement à un établissement pour l'ensemble de ses activités intra et extra hospitalières. Les soins dispensés aux patients s'effectuent sous la responsabilité d'un chef de service et d'une équipe pluridisciplinaire, afin de favoriser une prise en charge globale du patient et d'assurer le lien entre le secteur sanitaire et social.

Actuellement on distingue trois types de secteurs : les secteurs de Psychiatrie générale, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et les secteurs de Psychiatrie en milieu pénitentiaire.

⁷ KOVESS V., LOPEZ A., PÉNOCHET J. C. *Psychiatrie année 2000 Organisation, Evaluation, Accréditation*. Paris : Flammarion, 1999. 299p. Médecine-Sciences. Chapitre 2, Le secteur psychiatrique en devenir, pp. 25-27

Répartition des secteurs

Secteurs	Nombre	Appartenance à des hopitaux non spécialisés
Psychiatrie générale	829	34%
Psychiatrie infanto-juvénile	321	41%
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	26	

Source : Etats généraux de la psychiatrie juin 2003 Montpellier

Un bilan sur la sectorisation réalisé en 2002, par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) et la Direction Générale de la Santé (DGS) rappelle les importantes disparités de l'offre de soins entre les secteurs. Or, si les moyens mis à disposition des patients sont différents d'un secteur à l'autre, on peut aisément en déduire que la prise en charge du patient sera elle-même différente, ce qui peut influencer directement sur les coûts de cette prise en charge. Cette hétérogénéité peut également apparaître au sein d'un même établissement hospitalier comme c'est le cas au Centre Hospitalier de Niort. Par exemple, le secteur n°3 a fait le choix de développer des structures d'accueil comme les appartements thérapeutiques (8 places), alors que d'autres secteurs ne disposent d'aucune place de cette nature.

Ainsi on constate que les écarts de capacité en lits et places varient de 1 à 9 selon les départements.

Si on prend l'exemple de l'hospitalisation partielle, la moyenne nationale est de 42 places pour 100 000 habitants, or la Marne dispose de 9 places contre 123 dans la Haute Vienne.⁸ Il est évident que les modes de prise en charge ne pourront être similaires pour les patients de ces deux départements, compte tenu des différences qui existent au niveau de l'offre de soins. Ainsi dans le département des Deux Sèvres il y a 50 psychiatres alors qu'en Charente Maritime on en dénombre 91 pour 560 000 habitants, et 77 pour 400 000 habitants dans la Vienne (annexe n°3). Ce qui représente dans le premier cas un psychiatre pour 6 153 personnes et dans le second un psychiatre pour 5 194 personnes.

Une offre de soins très diversifiée

La psychiatrie se caractérise aussi par la diversité de ses structures de soin. En effet, la sectorisation en psychiatrie avait également comme objectif d'ouvrir l'hôpital vers l'extérieur, pour offrir des soins de proximité. Si cette ouverture s'est faite à des rythmes très différents, en fonction de la volonté des acteurs, de l'histoire des institutions dans ces

⁸ De la psychiatrie vers la Santé Mentale Rapport Ministère de la santé <http://www.santé.gouv.fr/htm/actu/psy/3.htm>

bassins de vie, et des moyens dont disposaient les établissements, elle s'est dans tous les cas traduite par une chute du nombre de lits d'hospitalisation. Ainsi, le nombre de lits d'hospitalisation temps plein a diminué de 41% en 10 ans. Parallèlement, ont été créées des alternatives à l'hospitalisation qui s'accompagnent du développement de la psychiatrie de réseau. Ce développement montre que la psychiatrie ne se limite pas au domaine hospitalier, et que la prise en charge du patient peut s'effectuer de façon concomitante en secteur privé et public, dans un contexte soit de complémentarité, soit de concurrence. Il est évident que le développement plus ou moins important de la psychiatrie privée dans un secteur aura des conséquences directes sur les établissements hospitaliers, et donc entraînera des disparités entre les structures au niveau du coût de la prise en charge.

La méthode de description envisagée pour la psychiatrie ne peut être unique, car il faut pouvoir décrire des situations très différentes comme l'hospitalisation à temps complet, l'hospitalisation à temps partiel et la prise en charge ambulatoire. Notons également que chacune de ces modalités peut prendre des formes diverses : hospitalisation intra-hospitalière, appartement thérapeutique, foyer post cure, hospitalisation de jour, de nuit, accueil en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP), placement en famille d'accueil, visite au domicile. De même les interventions des professionnels peuvent se faire de façon collective ou individuelle dans le cadre de la prise en charge d'une personne ou d'un groupe.

On pourrait ainsi multiplier les exemples attestant de la spécificité de cette discipline, ce qui explique notamment la difficulté de reprendre le modèle du PMSI MCO.

b) Une activité difficile à appréhender

Une activité aux contours flous

L'activité en psychiatrie est confrontée à une double évolution, l'une concerne la demande de soins et l'autre l'offre de soins.

Le recours à la psychiatrie est de plus en plus important et l'on constate une multiplication des troubles pour lesquels les équipes sont maintenant interpellées. Ainsi, le nombre de personnes qui consultent un psychiatre est en constante augmentation depuis 1992, tant dans le secteur libéral (+ 17%) que dans le secteur public (+ 46%)⁹. Enfin, un quart des personnes qui consultent en médecine générale présentent des troubles mentaux. La file

⁹ Dr. PIEL E., Dr. ROELANDT J. L. *De la psychiatrie vers la santé mentale, la situation de la santé mentale en France* [en ligne]. Rapport mission Juillet 2000. [Visité le 24 juillet 2003]. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr/html/actu/psy/3.htm>>

active en psychiatrie générale est passée de 700 000 personnes en 1989 à plus d'un million en 1997, soit plus de 46% en 8 ans¹⁰.

Si la demande a évolué quantitativement, elle s'est également transformée qualitativement. Ainsi, aux pathologies que la psychiatrie prenait en charge depuis le XIX^{ème} siècle (psychose, démence ou alcoolisme), puis à celles apparues dans les années 1960 (névrose et dépression) se sont ajoutées, depuis le début des années 1990 de nouvelles formes d'anxiété : trouble de l'adaptation, du comportement, de l'alimentation ou de la personnalité. Dans ce nouveau contexte, le rapprochement entre la prise en charge des pathologies psychiatriques et la prise en charge sociale est encore plus marqué.

Par ailleurs, alors que l'on recherche à travers la mise en place d'un outil comme le PMSI à évaluer une activité, on ne peut éviter de se demander si la demande individuelle et collective reflète ou non le besoin de soins.

L'une des difficultés en psychiatrie est de définir de façon précise, le champ d'activité de cette discipline. En effet, la prise en charge de la santé mentale fait appel à de nombreuses ressources qui émanent de différents secteurs d'activité : médical, social mais aussi de l'éducation, de l'emploi et d'autres...Il s'avère que le champ de la santé mentale n'a pas de limites précises car il semble irréaliste de vouloir séparer le sanitaire du social. Les deux sont très liées et font souvent l'objet d'un même projet pour les patients. D'autre part ces actes à la fois sanitaires et de réinsertion peuvent être menés par les mêmes équipes au sein d'une même structure.

Ceci nécessite donc, dans le cadre de l'évaluation de cette activité, d'intégrer des éléments qui rendront compte de ces aspects, informations qui sont peu voire pas présentes dans le PMSI MCO.

Une prise en charge qui dépend de la formation du praticien

La psychiatrie repose sur différentes conceptions de la maladie mentale qui regroupent plusieurs courants de pensée auxquels vont adhérer les praticiens. Au cours du XX^{ème} siècle, trois grands modèles explicatifs de la psychiatrie ont marqué son évolution car ils correspondent à trois approches fondamentalement différentes de l'être humain : le modèle psychologique, biologique et social. Ces trois courants correspondent à trois périodes de développement de la psychiatrie qui expliquent le passage d'une psychiatrie refermée sur elle-même à une psychiatrie plus ouverte sur l'extérieur. La création du

¹⁰ PÉRON. S. *Les glissements, les structures et les hommes*. Les Etats Généraux de la Psychiatrie [en ligne]. 5-7 juin 2003 [visité le 12.07.2003]. Chapitre, L'évolution des équipements en psychiatrie (pp.10-14). Disponible sur Internet : <http://www.eg-psychiatrie.com/article.php3?id_article=194>

secteur est une des résultantes de ces changements. Ainsi l'évolution socio-historique des représentations de la maladie mentale a fortement marqué le développement de l'offre de soins et les pratiques professionnelles. La diversité de ces modèles de pensée biologiques, psychodynamiques ou bio-psycho-sociaux favorise une grande hétérogénéité des diagnostics et thérapeutiques ce qui rend difficile la mise en place d'un outil d'analyse standardisé.

Les traitements mis en oeuvre vont différer en fonction de l'équipe, du praticien, de l'histoire de la structure et de l'offre de soins disponible sur le secteur. Ils seront également orientés en fonction des particularités des populations accueillies.

De plus, il est important de noter que le diagnostic conditionne rarement à lui seul le mode de traitement envisagé souvent dépendant de l'environnement psycho-social du patient. Enfin, l'étude américaine sur les DRG a montré que la durée de séjour en psychiatrie dépend plus de la structure de soins où se trouve le patient que du DRG.

En conclusion, force est de constater que la santé mentale représente un vaste champ d'investigation qui se caractérise par une grande hétérogénéité des concepts, des professionnels, des modes de prise en charge et d'accueil. Ces pour ces raisons que les experts ont cherché à développer un modèle médico-économique adapté à la psychiatrie. Cette recherche fait l'objet de deux axes d'analyse, l'un portant sur un schéma proche de celui utilisé pour les Soins de Suite et Réadaptation (SSR), pour l'hospitalisation à temps complet et l'hospitalisation à temps partiel, auquel s'ajoute une analyse par acte pour l'ambulatoire et les actions dans la communauté. Le deuxième axe de réflexion porte sur la trajectoire de soins. L'expérimentation proposée aux établissements a pour objectif de tester ces hypothèses.

1.2 La participation à l'expérimentation : une démarche volontariste du Centre Hospitalier de Niort

L'expérimentation est par définition une démarche aléatoire, dans le sens où la mise en oeuvre de l'objet de cette expérimentation, dépendra des résultats de cette dernière. Pourtant, durant cette période à l'issue incertaine, la structure va devoir mobiliser des moyens humains et matériels pour participer à cette opération. Il faut donc que ce projet soit porté par les plus hautes instances de l'établissement, et qu'il soit managé de façon participative, afin d'obtenir l'adhésion du plus grand nombre.

1.2.1 Une conviction institutionnelle : la nécessité de procéder à une analyse médico-économique de l'activité

Depuis longtemps le Centre Hospitalier de Niort est convaincu de la nécessité de se doter des outils indispensables à une gestion efficace. Cela passe bien évidemment par une analyse financière et comptable performante, mais également par une connaissance précise de l'activité. Ainsi, dès 1983, l'hôpital de Niort participe au projet du PMSI MCO et crée très rapidement un Département d'Information Médicale (DIM). Dans le même temps, les services financiers commencent à développer une comptabilité analytique, et éditent à partir de 1987, les premiers tableaux de bord. En 1993, compte tenu de l'expérience déjà acquise dans le traitement des données comptables, financières et de celles relatives à l'activité, le Centre Hospitalier de Niort intègre le groupe des établissements participant à l'élaboration de l'Échelle Nationale des Coûts (ENC). C'est donc très logiquement que l'institution s'inscrira dans l'expérimentation du PMSI psychiatrie en tant qu'établissement volontaire.

- A) Développer une meilleure connaissance de l'activité pour pouvoir justifier des moyens utilisés auprès de la tutelle

Le Centre Hospitalier de Niort est un hôpital général avec une importante activité SSR et de psychiatrie. Il dispose d'une autorisation de 814 lits et places de MCO, SSR, long séjour, maison de retraite et de 360 lits et places de psychiatrie¹¹. On constate que la psychiatrie représente plus d'un quart de l'activité de cet établissement. Dans le département, la prise en charge de la psychiatrie est assurée par deux établissements publics : le Centre Hospitalier de Niort situé dans le Sud du département et le Centre Hospitalier Nord Deux Sèvres localisé dans le Nord du département. Au sein de la région Poitou-Charentes, l'offre de soins se répartit sur quatre départements.

- a) *La situation de la psychiatrie dans le département des Deux Sèvres*

Données socio-démographiques et épidémiologiques

La région Poitou-Charentes est constituée de 4 départements, la Charente, la Charente Maritime, les Deux Sèvres et la Vienne qui regroupent 1 640 068 d'habitants (source INSEE 99).

C'est une région essentiellement rurale (47 % des communes sont des communes rurales contre 26 % sur le reste du territoire), qui se caractérise par un taux de chômage supérieur à la moyenne nationale (12,2 % de la population active) et une population

¹¹ Rapport de gestion du Centre Hospitalier de Niort 2002

vieillissante. L'ensemble de ces caractéristiques a pesé sur le développement sanitaire de cette région, notamment en psychiatrie ¹². En effet la ruralité de cette zone, mais aussi l'âge de la population, vont dans le sens du développement d'une prise en charge de proximité. Toutefois il faut préciser que l'on peut distinguer deux pôles de population une très urbaine située sur Niort et sa proche couronne, et un deuxième pôle plus rural.

Le département des Deux Sèvres quant à lui représente une population de 344 300 habitants (recensement de 1999) aux caractéristiques similaires à celle de la région Poitou-Charentes.

L'offre de soins en psychiatrie

En région Poitou-Charentes

La région compte 2 637 lits d'hospitalisation en psychiatrie, soit rapporté à la population, un taux d'équipement proche de la moyenne nationale. Un lit sur trois dépend d'un des deux CHS et deux lits sur trois sont installés dans un hôpital général, seuls 7 % des lits sont détenus par des cliniques privées.

Répartition de l'offre de soins par département en Poitou-Charentes

Départements	CHARENTE	CHARENTE MARITIME	DEUX SEVRES	VIENNE
Offre de soins	1 centre hospitalier spécialisé à Angoulême (CHS)	3 centres hospitaliers généraux avec des services de psychiatrie	2 centres hospitaliers généraux avec des services de psychiatrie	1 centre hospitalier spécialisé
Privée	1 clinique privée	2 cliniques privées		

La part des places en hospitalisation partielle, de jour ou de nuit, a fortement progressé, passant de 23 % en 1994 à 33 % en 1998. Ainsi en 1997, 73 % des patients ont été exclusivement pris en charge en ambulatoire et/ou en hospitalisation à temps partiel. Ceci est le reflet de l'évolution des pratiques de soins, cette tendance est plus élevée dans cette région, où 71 % des patients sont accueillis dans le cadre de l'ambulatoire contre 68% en France. Dans le même temps, 642 lits d'hospitalisation complète ont été supprimés. D'autre part, on constate une augmentation de 40 % des entrées en hospitalisation, malgré une diminution de 21 % des journées d'hospitalisation.

¹² Observatoire régional de la santé Poitou-Charentes. *La santé observée Poitou-Charentes 2001* [en ligne]. [4/08/2003]. Disponible sur Internet : <http://www.ors-poitou-charentes.org/ors/index.asp?lapage=qui.htm>

Actuellement, la tendance est à la diversification des modes de prise en charge par le développement de structures extrahospitalières, et la pluralité des lieux d'interventions. On constate également une augmentation des prestations psychiatriques dans les hôpitaux généraux et un développement de programmes de réadaptation et de réinsertion sociale des malades mentaux.

Au sein du département des Deux Sèvres

Le département des Deux Sèvres regroupe cinq secteurs de psychiatrie générale, deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, rattachés au Centre Hospitalier Nord Deux Sèvres et au Centre Hospitalier de Niort (annexe n°4). La psychiatrie privée est peu développée et repose essentiellement sur des praticiens exerçant en cabinets privés puisqu'il n'y a pas de clinique privée qui assure la prise en charge des pathologies psychiatriques.

L'offre de soins proposée par le Centre Hospitalier de Niort

Le Centre Hospitalier de Niort propose une offre de soins diversifiée sur trois secteurs de psychiatrie générale et un secteur pour enfants et adolescents. Il dispose pour remplir ses missions de soins d'une structure d'ateliers thérapeutiques "le tremplin", d'un centre psychothérapique, d'une unité d'accueil pour des patients chronicisés avec des troubles autistiques, d'un service départemental de soins spécialisés pour toxicomanes et d'un groupe intersectoriel de thérapie familiale. Chaque secteur a développé de façon diversifiée une prise en charge de proximité avec la création de CATTP et de CMPP, et la mise en place d'accueil thérapeutique et de placements familiaux. L'établissement s'inscrit donc dans le mouvement actuel de la psychiatrie, qui vise à offrir de nombreuses alternatives à l'hospitalisation complète.

Les secteurs de psychiatrie doivent faire face à une hausse de leur activité qui se traduit par une augmentation de la file active, celle-ci étant passée de 5 177 patients en 1995 à 6 205 en 2001. Notons également, que l'établissement accueille de plus en plus de personnes en grande difficulté sociale, ce qui alourdit la prise en charge des patients.

Au vue de ces données, on constate que l'établissement est confronté aux mêmes difficultés que l'ensemble du secteur psychiatrique dans la perspective d'une analyse médico-économique : diversité de l'offre de soins et des activités, prise en charge sociale importante et difficilement quantifiable. Il faut également souligner l'hétérogénéité des modes de prise en charge entre les secteurs.

Le centre hospitalier dispose de peu données épidémiologiques, pour piloter l'organisation et l'offre de soins. De ce fait, en interne, il n'a qu'une visibilité limitée sur la population qu'il accueille, c'est notamment ce qui ressort des bilans d'activité des différents secteurs.

Si on prend l'exemple du secteur 2, on constate que l'activité est mesurée essentiellement grâce à des indicateurs quantitatifs : nombre de patients accueillis en fonction des différents modes d'hospitalisation et du nombre d'actes réalisés. Quelques éléments plus qualitatifs apparaissent mais restent trop restreints, comme une répartition par âge, ou encore le dénombrement de patients soumis à des mesures spécifiques (curatelle, tutelle) ou bénéficiant d'aides particulières (Allocation Adulte Handicapé [A.A.H.] ou Revenu Minimum d'Insertion [R.M.I.]). L'analyse de ces différents éléments ne donne qu'une image partielle de l'activité du secteur. L'absence de données socio-économiques est particulièrement préjudiciable quand on sait le poids que l'environnement du patient peut représenter dans l'évolution d'une prise en charge ainsi que sur le dispositif de soins qui sera mis en oeuvre par l'équipe soignante.

Des caractéristiques qui rendent nécessaires la mise en oeuvre d'un outil d'évaluation pertinent.

On constate donc que l'offre de soins du Centre hospitalier de Niort s'inscrit dans la logique de la politique menée au niveau régional et départemental, pour répondre au mieux aux besoins d'une population plutôt rurale et vieillissante.

La conséquence directe en a été le développement d'une offre de soin de proximité qui va de pair avec la multiplication des lieux d'intervention. Cette dispersion ne facilite pas, au niveau de l'établissement, l'évaluation de l'activité : nombreux déplacements des personnels, cadres éloignés du lieu de soins pouvant difficilement rendre compte de l'activité des soignants. Enfin, l'éloignement des équipes peut favoriser la multiplication des modalités de prises en charge.

Dans le cadre de la prise en charge ambulatoire, de nombreuses interventions se déroulent au domicile du patient. Il est difficile dans ce cas, tant pour les soignants que pour les gestionnaires, de décrire cette activité, sans un outil adapté. La comptabilisation de la file active et du nombre d'entrées donnent certes des indications mais qui restent trop frustrées pour apporter une connaissance réelle de l'activité de l'établissement.

De plus, la psychiatrie des Deux Sèvres connaît des difficultés, liées notamment à une pénurie de médecins psychiatres et pédo-psychiatres. Cette situation oblige, par exemple, les pédo-psychiatres de Niort à assurer des consultations sur les secteurs qui dépendent de l'hôpital du Nord Deux Sèvres. Là aussi, il semble compliqué de valoriser correctement cette activité sans des moyens adaptés. De même, le redécoupage des secteurs a favorisé un rattachement de la population vers le Centre Hospitalier du Nord Deux Sèvres. Mais en raison d'un nombre insuffisant de médecins psychiatres sur cette partie du département, ces patients sont toujours pris en charge par l'hôpital de Niort.

Faute d'informations suffisantes sur son activité de psychiatrie, l'établissement peine à justifier sa situation qui le place parmi les établissements où les coûts de la psychiatrie

sont les plus élevés dans la région. Confronté à la même situation pour l'activité de MCO avant l'arrivée du PMSI, il s'est finalement révélé être un établissement sous doté aux vues des premiers résultats. Ceci explique en partie, les raisons pour lesquelles l'établissement a décidé de se lancer dans cette entreprise.

b) Un rapport de la tutelle montre que la psychiatrie de Niort est trop dotée par rapport aux autres établissements de la région

En 2000, l'ARH de Poitou-Charentes a réalisé une étude relative au coût de la psychiatrie dans la région¹³. En l'absence de mesures médico-économiques similaires à celles permettant une approche des coûts d'hospitalisation MCO, l'approche est basée sur l'étude de la masse financière consacrée à la prise en charge psychiatrique, dans un département donné. Les critères de comparaison choisis ont été : le coût par habitant consenti dans chaque département, le coût par habitant par établissement, le coût de la file active des secteurs de l'établissement. Cette étude est complétée par des indicateurs d'activité.

L'enquête met en évidence, qu'en 1999 deux départements, la Charente et la Charente Maritime, se situent en dessous de la moyenne régionale en terme de coût par habitant (secteur public), alors que les départements de la Vienne et des Deux Sèvres sont situés respectivement à 5,56 % et 6,86 % au dessus de la moyenne. L'analyse par établissement montre que c'est le Centre Hospitalier de Niort qui connaît le plus gros écart à la moyenne avec plus 22,18 %. Au final, ces résultats (annexe 5) montrent que les centres hospitaliers de la Rochelle et de Niort sont surdotés par rapport à leurs homologues. Ces résultats sont confirmés par l'analyse des coûts par file active ainsi que par l'approche faite sur la base du coût par habitant et par établissement.

Les résultats de cette enquête, défavorables au Centre Hospitalier de Niort, ont été fortement contestés au sein de l'établissement, notamment par les médecins. Ces derniers considèrent que l'analyse faite par l'ARH ne rend pas compte de la situation réelle de l'établissement dont "l'activité en psychiatrie ne cesse de croître alors que les moyens restent identiques". Les personnels hospitaliers se sont sentis remis en cause dans leurs pratiques, à travers une étude basée essentiellement sur les coûts, notion trop éloignée de leurs pratiques quotidiennes pour être acceptée comme seule explication.

L'équipe de direction, sans remettre en question les résultats de l'enquête, s'est toutefois interrogée sur les raisons de tels écarts. En effet, l'enquête réalisée est essentiellement

¹³ *Le coût de la psychiatrie en Poitou-Charentes en 1999, une approche « activité – moyens – population desservie »*. Indicateurs et coûts psychiatriques, contrôle de gestion ARH Poitou-Charentes. Octobre 2000

basée sur le coût par habitant, ce qui donne certes un ordre de grandeur mais reste un indicateur trop rudimentaire ne tenant pas compte de l'activité réelle de l'établissement. De plus, le ratio franc/file active est contestable puisque la notion de file active reste aléatoire. Toutefois, faute d'éléments de comparaison plus pertinents, il est difficile de justifier les écarts mis en lumière par l'enquête. Cet exemple montre les problèmes que pose l'absence d'indicateurs pertinents pour évaluer l'activité, et toute l'importance que revêt, pour les gestionnaires, le développement d'outils d'aide au pilotage.

B) Orienter la stratégie interne de l'établissement

Si l'amélioration de la qualité des données d'activité est importante pour les services de soins, elle est également indispensable pour la direction d'un établissement afin de développer une véritable stratégie. Toutefois, ces données sont d'un intérêt limité en l'absence d'outil permettant de corréler l'activité aux dépenses, par le calcul notamment des coûts de prise en charge.

a) *Sortir d'une gestion comptable en associant activité et outils de gestion pertinents*

De l'analyse des dépenses à la détermination des coûts

La maîtrise des dépenses de santé n'est pas uniquement un objectif national : Chaque établissement doit pouvoir améliorer son système de gestion, à partir d'informations sur l'activité des services de soins.

Pour mettre en place une gestion médicalisée, il est indispensable qu'un hôpital soit en mesure d'analyser ses dépenses afin de pouvoir valoriser son activité, c'est notamment ce qui se produit en MCO avec l'ENC.

Pour obtenir ces données, les établissements disposent de différents moyens. Tout d'abord les retraitements comptables, qui permettent aux établissements d'isoler, dans leur compte administratif, les dépenses correspondant aux activités actuellement décrites et mesurées par le PMSI. Ensuite, la mise en place d'une comptabilité analytique constitue un élément particulièrement structurant pour améliorer la gestion d'un établissement. En pratique, la comptabilité analytique permet à une organisation d'analyser ses charges et ses produits par fonction ou par destination afin de déterminer ses coûts.

Ces informations sont un moyen d'analyser les écarts de coûts de l'établissement par rapport à des références nationales ou régionales, de comparer les activités logistiques et médico-techniques sur la base d'unité d'oeuvre, de mettre en regard des budgets de service, des budgets établis à partir de références, de calculer des coûts par séjour. Mais la comptabilité analytique seule reste un outil incomplet, elle doit, pour être pleinement efficace, s'intégrer dans un domaine d'analyse plus vaste qui est le contrôle de gestion.

Le développement du contrôle de gestion

Le contrôle de gestion ne caractérise pas une opération de contrôle sur les moyens utilisés, les actions menées, l'activité. Il s'agit plutôt de maîtriser ces différents éléments qui concourent à la production d'une structure afin de gérer de façon optimale. Ainsi, comme le définit J.C. Einselter, le contrôle de gestion doit avoir une visée opérationnelle : "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."

Le contrôle de gestion revêt alors une dimension plurielle et transversale. A un premier niveau, que l'on peut qualifier d'opérationnel, le contrôle de gestion aide au maintien d'une situation financière saine. Il s'agit de vérifier, corriger les erreurs, rationaliser les consommations, éviter les gaspillages.

A un second niveau, le contrôle de gestion est un outil de pilotage pour l'établissement afin qu'il atteigne les objectifs qu'il s'est fixé. C'est à dire, qu'il relaie les objectifs de la direction en aidant à leur traduction en actions, en accompagnant le suivi de leurs réalisations, en entretenant un dialogue permanent entre les différents acteurs de la structure.

Enfin à un troisième niveau, le contrôle de gestion doit être un soutien fort au développement stratégique de l'établissement. Il doit viser à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience en associant les ressources financières, les moyens d'organisation et le potentiel humain, pour permettre de prendre les décisions stratégiques nécessaires au développement de la structure.

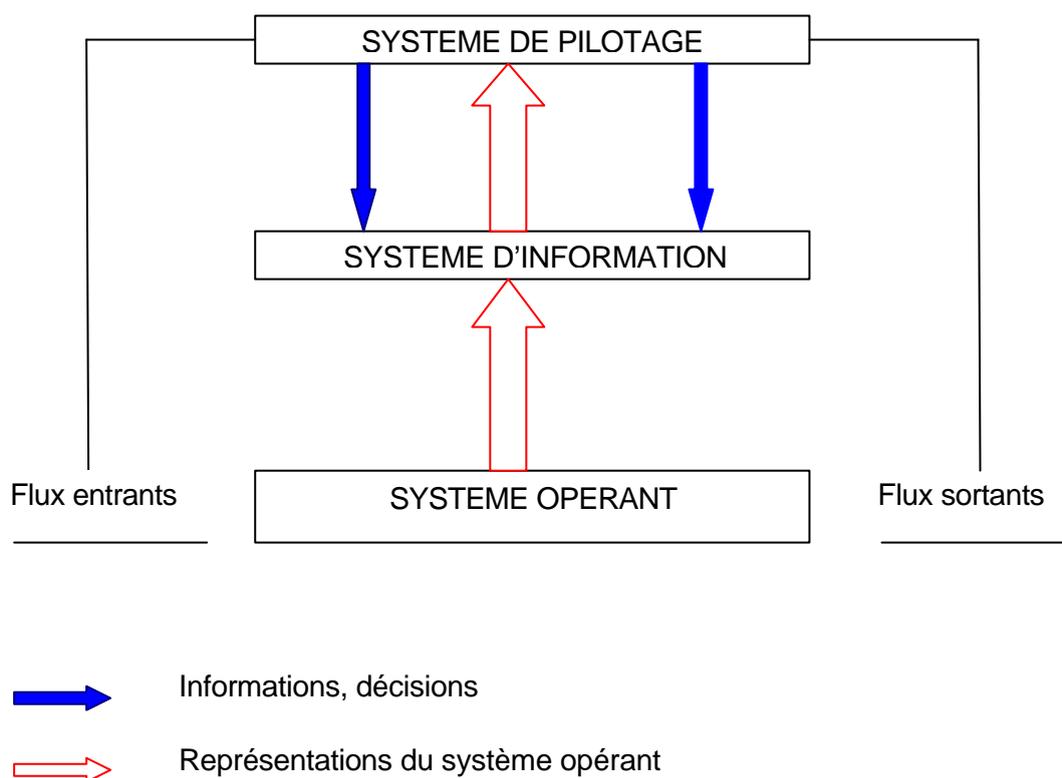
b) Conforter le pilotage de l'établissement

L'absence de données PMSI est un inconvénient pour les établissements alors même que les ARH répartissent une enveloppe régionale unique entre les centres hospitaliers généraux et psychiatriques. De même, en interne, l'absence de telles données sur l'activité de psychiatrie alors qu'elles existent pour le MCO et le SSR, oblige à répartir les moyens sur la base d'enveloppes historiques ce qui n'est pas satisfaisant pour la direction de l'établissement.

Ainsi, dans une structure de production, on distingue le système de pilotage du système opérant. Le système de pilotage décide du comportement de l'organisation en s'appuyant sur des informations afin de réaliser les objectifs qu'il s'est fixés pour remplir ses missions. Le système opérant représente le siège de l'activité qui transforme les flux entrants en flux sortants. En fonction des informations qui émanent du système opérant, le système de pilotage est capable de réagir, c'est à dire de prendre une décision

stratégique dans le but de faire évoluer la structure. Dans cet ensemble, le système d'information joue un rôle déterminant en tant qu'intermédiaire entre le système de pilotage et le système opérant, il est la mémoire de l'organisation.

Il en est de même à l'hôpital, sauf qu'aujourd'hui, faute de données suffisantes sur le système opérant, les décisions stratégiques sont plus difficiles à prendre et à mettre en oeuvre. Pour la psychiatrie notamment, le système de pilotage prend ses décisions en se fondant sur l'environnement externe et sur les objectifs que se donne l'organisation. Il ne peut s'appuyer sur le comportement présent ou passé du système opérant, puisqu'il ne le connaît que très partiellement.



F KOHLER ¹⁴

1.2.2 Des atouts pour réussir cette démarche

En décidant d'entrer dans l'expérimentation du PMSI psychiatrie, le Centre Hospitalier de Niort entreprend certes une démarche volontariste mais aussi raisonnée. En effet, ce choix ne s'est pas fait au hasard, il s'appuie sur un potentiel à la fois humain et matériel.

¹⁴ KOHLER F. Le système d'information hospitalier : enjeux de pouvoirs et contraintes de développement. *Gestion hospitalière*, Décembre 1992, n°321, pp.792-799.

- A) Une longue expérience du PMSI MCO qui peut faciliter l'implantation du PMSI psychiatrie

L'établissement possède une véritable culture de l'analyse médico-économique. Investi à plusieurs reprises dans les expérimentations du PMSI MCO, il a su capitaliser l'ensemble de ses expériences pour développer des outils répondant tout à la fois aux impératifs nationaux, et aux besoins d'une gestion interne.

- a) *Un établissement très investi dans la démarche à travers sa participation à l'échelle nationale des coûts (PMSI MCO)*

Le Centre Hospitalier de Niort et le PMSI : une histoire ancienne

Le Centre Hospitalier de Niort était considéré par la tutelle, avant la mise en place du PMSI MCO, comme un des établissements les plus coûteux de la région. Pour tenter d'expliquer cette situation, l'établissement ne disposait que d'un système d'information managérial assez rudimentaire et ceci à plusieurs niveaux :

- Faiblesse du cadre d'analyse des ressources utilisées.
- Absence d'un cadre d'analyse des activités et des moyens
- Absence d'un cadre d'analyse des prestations fournies.

Face à cette situation, le centre hospitalier a été amené à s'interroger sur l'utilisation des ressources qui lui étaient allouées, les objectifs qu'il poursuivait et les prestations qu'il proposait. Si la démarche intellectuelle de l'analyse médico-économique était bien amorcée, il n'en restait pas moins que l'établissement manquait d'un outil pertinent pour étayer son analyse, même si déjà il avait commencé à développer une comptabilité analytique.

L'initiative de la candidature de l'hôpital de Niort à l'expérience PMSI MCO, a fait l'objet d'un consensus complet entre l'équipe médicale et la direction de l'établissement. Contrairement à d'autres établissements, le corps médical, sous l'impulsion d'un interne devenu par la suite responsable du DIM, a adhéré majoritairement à ce projet.

Lancé en 1982, le projet RSS consistait en la mise en place d'un recueil d'informations médicales par cas traités sur la section de court séjour des hôpitaux. Dès 1983, le Centre Hospitalier de Niort se porta candidat pour participer à cette expérimentation. S'en suivra, bien évidemment la création d'un DIM placé sous la responsabilité d'un praticien hospitalier.

Même si dans les premiers temps de l'expérimentation, un certain nombre de médecins ont vu leurs attentes déçues par les premiers résultats (problèmes dus à l'informatisation, difficultés liées au codage), aujourd'hui cette démarche est tout à fait intégrée à la gestion quotidienne des services de soins et utilisée comme outil de gestion tant par les médecins que par le niveau managérial.

La participation à l'échelle nationale des coûts

Au vu des résultats de cette première expérimentation et compte tenu de l'intérêt que cet outil pouvait avoir pour l'établissement, c'est tout naturellement, qu'en 1993 le centre hospitalier a proposé sa candidature pour participer à la réalisation de l'ENC.

Le but des pouvoirs publics, à travers cette démarche, est de constituer une base de données afin d'élaborer des références de coûts par activité médicale. La durée de l'étude était fixée à deux ans, avant d'être généralisée dans un second temps. Pour le Centre Hospitalier de Niort, cette démarche s'inscrit dans la continuité du PMSI et dans un processus d'amélioration de la gestion, qui se traduit également par un travail sur le fichier de structure et le développement de la comptabilité analytique.

b) Une organisation dotée d'outils performants

Le DIM

La circulaire n°303 du 24 juillet 1989 généralise le PMSI et organise l'information médicale dans les hôpitaux publics ; elle préconise également la création d'un département d'information médicale.

Le DIM a comme mission d'aider les services médicaux à produire et à transmettre les RSS. Il s'assure de la qualité des données, de leur cohérence avec le dossier médical du patient, de leur vraisemblance et de leur exhaustivité. Il veille également à la confidentialité des données concernant les malades conformément aux recommandations de la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL). Dans le cadre d'un codage centralisé, il code les informations.

Enfin, le DIM est chargé d'analyser l'information traitée à l'usage des services producteurs, de la CME et de la direction. Son action est transversale : il doit entretenir des rapports étroits avec la direction des finances et le Responsable de Services Informatiques (RSIO).

En psychiatrie, c'est l'arrêté du 24 novembre 1988 qui rend possible l'informatisation de la Fiche Par Patient (FPP).

Aujourd'hui, le DIM du Centre Hospitalier de Niort est un service important, composé de 2,5 médecins Equivalent Temps Plein (ETP), ce qui représente concrètement deux médecins chargés du PMSI MCO et SSR et un médecin mi-temps, chargé de la mise en oeuvre et du suivi du PMSI en psychiatrie. Ces médecins assurent également le traitement des données PMSI de l'ensemble des établissements du Sud Deux Sèvre Le DIM a opté pour une saisie centralisée pour l'activité MCO et décentralisée pour la psychiatrie. Ce service est partie prenante dans la gestion à travers la diffusion des données d'activité et la réalisation de tableaux de bord qu'il élabore pour les services. De plus, il participe aux rencontres d'orientation budgétaire qui ont lieu entre les services de

soins et la direction des services financiers. Cela permet d'apporter un éclairage particulier sur l'activité d'un service, ce qui facilite la discussion entre service de soins et direction des finances (limite les contestations sur les résultats de l'activité, le médecin a parmi ses interlocuteurs un autre médecin).

Le DIM a traité 64 982 RUM MCO en 2001 qui ont donné lieu à la création de 59 878 RSS après regroupement sur le même numéro. En ce qui concerne le secteur SSR, 6 548 RHS ont été traités. A partir de ces données, le DIM envoie un rapport d'activité détaillé à chaque service que ce soit pour l'activité court séjour ou SSR.

On constate donc que le DIM joue pleinement son rôle tant au niveau du recueil de l'activité avec un taux d'exhaustivité aux alentours de 98 %, qu'au niveau de l'apport dans le pilotage des services et de la structure. Doté d'une bonne organisation, le DIM constituera certainement un des éléments clé de la réussite de la mise en oeuvre du PMSI en psychiatrie.

Des outils de gestion

L'existence d'un système d'information

Le système d'information hospitalier est organisé autour de l'activité des établissements, de leur structure et de leur évolution. Cette vision de l'établissement hospitalier a favorisé le développement de systèmes d'information structurés par fonction et non pas pensés à travers une perception globale de l'établissement. De ce fait, on aboutit à des systèmes très complexes, où la communication entre les différents applicatifs doit se faire par le biais de fichiers intermédiaires ou interfaces. Les liens entre les différentes sources sont de plus en plus difficiles à identifier, d'autant que se rajoutent, aux applicatifs fournisseurs, nombre de développements internes, dont la maintenance pose souvent des problèmes lors du départ du concepteur. Cette évolution des systèmes d'information rend parfois aléatoire la récupération de données, d'où une information contestable qui perd de sa crédibilité aux yeux des différents acteurs institutionnels.

La mise en place du fichier structure et le développement du recueil d'informations médicalisées, sont autant d'éléments qui vont dans le sens de l'amélioration du système d'information à l'hôpital en développant une vision intégrée du système d'information.

Le Centre Hospitalier de Niort n'échappe pas à cette problématique. La mise en place du fichier structure et le développement du PMSI ont effectivement permis de stabiliser le système d'information, ce qui constitue un véritable atout dans la perspective de l'expérimentation du PMSI psychiatrie. Toutefois, coexistent encore de nombreuses applications dont la communication pose problème et nécessite la création d'interfaces. L'appartenance au réseau référence, système intégré, limite quelque peu ces difficultés.

Une comptabilité analytique bien en place

Comme nous l'avons vu précédemment, le Centre Hospitalier de Niort a depuis longtemps développé une comptabilité analytique, qui permet à l'établissement d'avoir une meilleure compréhension de son activité. Au niveau des services financiers, deux personnes ont en charge la partie comptabilité analytique et la gestion de l'activité. Ce service travaille en étroite collaboration avec le DIM et le service informatique.

Cette cellule élabore également l'ensemble des tableaux de bord (activité et dépenses) destinés aux services, à la direction et aux différentes instances, à l'exception de ceux réalisés par le DIM. Ainsi, très rapidement, les données issues du PMSI psychiatrie pourront être exploitées dans le cadre d'une analyse portant sur le rapprochement des dépenses et de l'activité. Cette exploitation rapide des données, qui permet aux services de voir le résultat du travail réalisé par rapport au PMSI, permettra de soutenir la démarche auprès des équipes.

La création d'une cellule d'analyse de gestion

Enfin, le dernier élément qui va dans le sens d'une amélioration des outils de gestion et donc de l'intégration d'une vision médico économique de l'activité, est la création d'une cellule d'analyse de gestion. Constituée pour le moment en une assemblée composée des services financiers, de représentants des services médicaux et de l'ensemble des directions, des services informatiques et du DIM, elle a pour objectif de traiter les problèmes liés au fichier structure, à l'activité et à la réalisation des tableaux de bord. Pour faciliter l'avancée des travaux, un petit groupe de personnes travaille actuellement sur la définition des indicateurs d'activité. A terme, la conduite de cette cellule devra être confiée à une personne qui sera en charge d'assurer le contrôle de gestion au sein de l'établissement.

Le Centre Hospitalier de Niort a su, au cours de son évolution, se doter des outils nécessaires à la mise en place d'une gestion médico économique, mêmes si ces derniers sont encore perfectibles.

- B) Une participation ancienne aux réflexions ayant conduit à l'expérimentation du PMSI en psychiatrie

Très tôt, l'établissement s'est intéressé, sous l'impulsion d'un médecin, à la mise en place du PMSI en psychiatrie.

- a) *L'établissement participe à différentes actions préalables à l'expérimentation*

Le Centre Hospitalier de Niort a pris conscience, très rapidement, de l'opportunité que pouvait présenter le développement du PMSI en psychiatrie pour les services. Ainsi,

avant même de participer à l'expérimentation, plusieurs services s'étaient investis dans cette démarche à des degrés divers.

Le service de soins, qui correspond au secteur deux, a participé entre 1989 et 1991 au recueil de données, sur la base des informations figurant sur la fiche patient. Cette initiative avait à l'époque mobilisé nombre de personnes, tant au niveau des services de soins que des médecins et des secrétariats. Aujourd'hui, le service garde une certaine amertume face à cette première expérience du fait de l'absence de retour d'information. En effet, assurer une bonne communication entre les différents acteurs est un élément essentiel dans la conduite d'un projet. La conséquence de cet épisode est qu'il a été difficile de mobiliser les agents pour recommencer une nouvelle expérimentation, et que le corps médical garde une attitude méfiante face à l'expérimentation, tout en s'inscrivant quand même dans la démarche.

De plus, plusieurs professionnels, médecins, cadres soignants ont participé aux travaux du "groupe des 13" qui a rendu un rapport en avril 1994, dont les conclusions servent de base à l'expérimentation.

b) Les services ont déjà l'habitude de recenser certaines informations à travers la fiche patient

Si l'expérience du secteur 2 n'a pas laissé que de bons souvenirs, il n'en reste pas moins que le travail sur la fiche patient s'est poursuivi au Centre Hospitalier de Niort, avec la généralisation de la FPP à l'ensemble des secteurs.

L'arrêté du 24 novembre 1988 rendant possible l'informatisation des données de la FPP, le Centre Hospitalier de Niort a décidé d'informatiser cette saisie, afin d'alléger le travail des secteurs, et rendre plus exploitables les données de la fiche patient. Pour cela, l'établissement s'est tourné vers un fournisseur spécialisé dans le traitement des données médicales, travaillant aussi sur l'informatisation du dossier patient, problématique également présente au centre hospitalier.

Les recueils de ces données ont été exploités en interne afin d'enrichir les rapports d'activité des services.

A la lumière de ces éléments, on peut dire que la participation du Centre Hospitalier de Niort à l'expérimentation du PMSI-psychiatrie repose sur une réflexion déjà ancienne de la nécessité pour la psychiatrie de se doter d'outils d'évaluation. Cette démarche est soutenue à la fois par des convictions institutionnelles, par l'engagement de certains professionnels dans des expériences diverses, mais aussi par la situation particulière du Centre Hospitalier de Niort par rapport aux autres établissements de la région.

De nombreux atouts semblent aujourd'hui réunis pour que la participation à l'expérimentation soit un succès. Toutefois, comme l'a montré la précédente expérience

du secteur 2, la mise en place d'une telle action n'est pas chose facile. Au delà des outils techniques et de la bonne volonté des différents acteurs, cela nécessite de déployer une véritable conduite de projet .

En conclusion, il apparaît que le développement d'un outil médico-économique en psychiatrie est une nécessité tant au niveau national que local.

Compte tenu des particularités de l'activité psychiatrique, la démarche nécessite le développement d'un outil spécifique. Après une première série de travaux, le ministère a décidé d'entreprendre une expérimentation dans quatre régions pilotes et auprès d'établissements volontaires.

C'est dans ce contexte, que le centre hospitalier de Niort a décidé de s'inscrire dans cette démarche. Cette action volontariste, s'appuie sur la nécessité pour l'établissement de disposer des mêmes outils de gestion que pour l'activité MCO. L'établissement dispose de nombreux atouts pour mener à bien ce projet. Investi depuis longtemps dans la démarche PMSI MCO, il a su se doter d'outils techniques pertinents qui constitueront un soutien important pour l'implantation du PMSI en psychiatrie.

Toutefois, l'expérimentation reste une entreprise délicate tant au niveau national que local. Sa mise en oeuvre devra s'appuyer sur une démarche projet, réalisée en partenariat avec les différents acteurs, d'autant que cette analyse médico-économique est accueillie avec une certaine hostilité par le personnel médical.

2 DEVELOPPEMENT ET EXPERIMENTATION DU PMSI PSYCHIATRIE A TRAVERS L'EXEMPLE DU CENTRE HOSPITALIER DE NIORT

L'expérimentation du PMSI psychiatrie est une démarche complexe, synonyme d'évolutions et de changements. Elle fait suite à de nombreuses réflexions au niveau national entre différents professionnels n'appartenant pas uniquement au monde de la santé.

Comme dans toute organisation, chaque groupe développe ses propres intérêts et sa propre stratégie. De ce fait, les structures peuvent avoir une tendance naturelle à un certain immobilisme. Dans ces conditions, il est toujours délicat d'introduire un changement, même par le biais d'une expérimentation, tant au niveau national que local.

Cette mise en oeuvre nécessitera une bonne préparation du projet, un accompagnement régulier des participants (explications, formations), et surtout une bonne communication sur l'ensemble du projet. L'hôpital n'échappe pas à cette complexité, de plus l'organisation hiérarchique y est très spécifique avec une équipe managériale qui ne dispose pas de pouvoir hiérarchique sur les producteurs de soins, en l'occurrence les médecins. De ce fait, elle ne dispose pas d'autres leviers que la négociation et la discussion pour faire valider un projet de cette envergure par le corps médical.

La mise en place du PMSI psychiatrie s'inscrit complètement dans ce schéma. Cette expérimentation est porteuse de changements importants en introduisant, entre autre, une notion nouvelle qui est l'évaluation médico-économique.

La réflexion portant sur la création d'un outil d'évaluation économique en psychiatrie a débuté en 1990, avec la création par la Direction des Hôpitaux et la Direction Générale de la Santé, d'un groupe de travail. L'objectif assigné à ces professionnels, était de mener une réflexion sur la gestion de l'information médicale. Après plusieurs années d'études, les pouvoirs publics ont obtenu des résultats suffisamment concluants pour lancer une expérimentation du PMSI psychiatrie sur plusieurs régions. Le Centre Hospitalier de Niort, très intéressé par le projet, a décidé de participer à cette démarche. Ainsi, l'expérimentation du PMSI en psychiatrie peut être abordée sous deux angles différents mais complémentaires : sa mise en oeuvre au niveau national et son développement local étudié à travers l'expérience du Centre Hospitalier de Niort.

2.1 De la construction du PMSI à l'expérimentation nationale

La construction d'un outil d'évaluation médico-économique est un projet de grande ampleur qui suit plusieurs phases successives. En ce qui concerne le PMSI psychiatrie, une première réflexion a permis d'élaborer des propositions, qui seront testées avant d'être exploitées, pour la réalisation d'un outil adapté. Ensuite, la dernière phase consiste à tester le produit fini pour l'améliorer avant sa généralisation.

2.1.1 Une réflexion ancienne

Les réflexions sur le développement d'un outil médico-économique en psychiatrie ont débuté avec la généralisation de la fiche par patient et son informatisation. Cet outil a ouvert de nouvelles perspectives en terme de connaissance de l'activité, tant au niveau national que local. Mais, ce n'est qu'avec la constitution du "groupe des treize", que commence le travail d'élaboration et de conception du PMSI.

A) Des travaux qui débutent en 1989

a) *La circulaire du 11 avril 1990*

La constitution d'un groupe de travail

La Direction des Hôpitaux et la Direction de la Santé, décident, par la circulaire du 11 avril 1990 de constituer un groupe de travail, pour conduire une expérimentation sur la gestion de l'information médicale.

A l'issue de l'appel à candidature, la Direction des Hôpitaux a sélectionné 13 DIM venant d'établissements volontaires. Le choix s'est effectué sur la base d'un projet de gestion de l'information médicale de psychiatrie. Ces médecins seront rejoints par d'autres professionnels médecins psychiatres des secteurs publics et privés, directeurs d'hôpital, spécialistes de la santé publique et statisticiens afin de constituer un groupe de travail pluridisciplinaire.

La mission confiée au groupe de travail

La mission fixée par le ministère au groupe de travail portait sur la gestion de l'information médicale. Compte tenu de l'aspect très généraliste de cette mission, le "groupe des treize", sous l'impulsion de la cellule PMSI de la Direction des Hôpitaux, s'oriente vers la recherche d'un mode de rémunération en psychiatrie qui s'appuierait sur l'activité réalisée par les services. Pour cela, ces professionnels vont chercher un moyen d'associer les caractéristiques médico-sociales des patients aux soins qui leur sont dispensés. Dans un second temps, ces données devront être rapprochées du coût de la prise en charge en psychiatrie.

L'objectif de départ est donc identique à celui du PMSI MCO, puisqu'il vise à développer un outil permettant de relier les moyens alloués à la nature de l'activité réalisée¹⁵.

b) *Une première possibilité s'offre au groupe de travail*

Présentation de cette première hypothèse

Le "groupe des treize" envisage tout d'abord de construire un outil d'évaluation médico-économique sur la base du recueil des données de la fiche par patient, cette dernière ayant connu des améliorations, notamment en ce qui concerne le recueil des prestations réalisées en dehors de l'hospitalisation complète.

Le catalogue des actes, réalisé par le groupe, complété de la journée d'hospitalisation complète, permettrait de décrire l'activité d'un service. Celle-ci pourrait ensuite faire l'objet d'une évaluation sur la base d'un coût moyen.

Cette solution permettrait donc de mieux prendre en compte l'activité dans les modalités d'allocation budgétaire, en intégrant, par exemple, une régulation prix/volume afin de respecter l'enveloppe globale.

Les limites de cette démarche

Cette analyse est difficilement exploitable, car elle ne rend pas compte de la réalité de l'activité d'un secteur. En effet, une telle démarche suppose que toutes les prestations de même type aient un coût équivalent, or, il a été démontré qu'en psychiatrie de nombreux facteurs, comme le lieu d'accueil, le milieu social du patient peuvent influencer fortement sa prise en charge, et par conséquent son coût.

De plus, cette procédure ne va pas dans le sens d'un recueil de données exhaustif sur le patient, car dans le cadre de cette première hypothèse, ces informations ne seraient pas exploitées. Les pouvoirs publics et les établissements se priveraient alors d'une source importante d'informations qualitatives, qui sont tout à fait indispensables, pour expliquer les particularités de l'activité de tel ou tel secteur. Il serait difficile de développer un système, dont le seul but serait la régulation budgétaire, car un tel projet ne trouverait certainement pas d'écho chez les professionnels de santé qui sont avant tout soucieux de la qualité de prise en charge qu'ils sont capables d'offrir aux patients.

Les travaux du "groupe des treize" se poursuivront jusqu'en 1994, et se conclueront par la remise d'un rapport en avril 1994.

¹⁵ *Un mode de rémunération adapté à la psychiatrie de secteur*. Rapport du groupe des 13 DIM en psychiatrie. Avril 1994.

B) La modélisation du PMSI

La remise du rapport par le groupe de travail marquera une pose dans l'avancée des travaux sur la mise en oeuvre du PMSI. L'étude sera relancée à partir de 1995, sur la base des propositions formulées dans le document remis en avril 1994.

a) *Le choix du modèle par le "groupe des treize" fait suite à une double réflexion*

Le rapport rédigé par le "groupe des treize" propose deux hypothèses de travail.

La première, qui semble particulièrement bien répondre aux spécificités de la psychiatrie, fait référence à la trajectoire de soins du patient. La seconde se rapproche plus de l'outil développé dans le cadre du SSR.

La réflexion sur les trajectoires de soins

Un modèle qui prend en compte les spécificités de la psychiatrie

Les soins prodigués aux patients en psychiatrie se caractérisent par la durée de la prise en charge, et par la diversité des modalités d'accueil proposées : hospitalisation temps plein, hospitalisation de nuit, de jour, appartements thérapeutiques.... Notons également que le patient peut être soigné dans le cadre d'une complémentarité inter établissements, voire même d'une complémentarité public/privé. Dans ces conditions, il est vrai qu'il serait plus intéressant, afin d'obtenir une évaluation globale de cette prise en charge, de travailler sur le parcours du patient, ou trajectoire de soins. L'analyse consisterait alors à prévoir le parcours du patient dans le système de soins, en fonction des données médico-sociales, ce qui permettrait par la suite d'estimer sa consommation probable de soins.

Mais qui s'avère complexe dans sa mise en oeuvre

La mise en oeuvre de ce modèle est particulièrement complexe. Tout d'abord, cette démarche doit s'appuyer sur une base de données nationale portant sur les caractéristiques du patient et sur les soins effectués dans l'ensemble des secteurs de psychiatrie. D'autres chercheurs ont également souligné le risque normatif de la démarche, qui s'appuie sur des durées moyennes, et sur une combinaison moyenne des prises en charge.

Cette solution, qui implique une nouvelle modélisation des financements, est testée dans le cadre de l'expérimentation.

Un modèle d'évaluation à la journée pondérée

Un modèle prédictif

En parallèle, le "groupe des treize" avait émis une seconde hypothèse basée sur un modèle prédictif. Il s'agit de prévoir la consommation de soins à partir des données médico-sociales du patient, modalité de soins par modalité de soins.

En effet, le postulat est de considérer que l'état de santé du patient et son environnement social vont influencer sa prise en charge. Il faut ajouter à ces deux éléments, l'importance que peut avoir la structure d'accueil sur les modalités de prise en charge, influence appelée communément "effet structure". Ainsi, selon l'état du patient, la consommation de soins sera plus ou moins importante, et donc le coût de la prestation sur une journée sera variable. Afin de prendre en compte cette grande variabilité des coûts, les experts du "groupe des treize" ont proposé une valorisation à la journée pondérée. Pour les modalités qui ne pourraient être financées à la journée pondérée, le groupe a envisagé la possibilité d'une rémunération sur la base d'une valorisation moyenne des actes dispensés. Le système n'est donc pas basé sur la durée de séjour, comme témoin de la consommation de ressource, mais sur le temps journalier d'intervention des différents soignants auprès des patients. De plus, il introduit d'autres indicateurs que le diagnostic pour évaluer la consommation de ressources.

Ainsi, à l'issue de chaque semaine, un patient est classé dans un des différents groupes homogènes de journées en fonction de son état de santé. Pour rendre le système opérant, le groupe a décidé de définir des périodes de prise en charge hebdomadaires, ce qui permet de suivre l'évolution du patient durant le séjour.

Avantages et limites de cette hypothèse

Contrairement à l'hypothèse précédente, cette analyse ne nécessite pas l'existence d'une base de données préalable, par contre, il est indispensable de déterminer les types de journées différents pour l'ensemble des modalités de soins : hospitalisation temps plein, hôpital de jour, foyer post cure....

Cette proposition semble donc, dans un premier temps, plus simple à mettre en œuvre dans le cadre d'une expérimentation. Enfin, elle permet de récolter de nombreuses informations sur le patient et les soins dispensés, ce qui, à terme, pourrait constituer une base de données suffisamment complète pour être réutilisée dans la perspective d'une évaluation de l'activité à partir des trajectoires de soins, analyse qui reste plus qualitative que la précédente.

b) *La poursuite des travaux : la validation des hypothèses formulées par le "groupe des treize"*

L'exploitation des hypothèses formulées par le "groupe des treize" n'a pas été immédiate. On peut légitimement se demander ce qui a motivé cet arrêt de presque huit mois. On voit ici poindre une des difficultés majeures de ce type de projet au long cours. Comment éviter ces périodes où, en l'absence d'actions et d'informations des promoteurs du projet, les personnes engagées dans la démarche se démotivent, et le projet perd de sa crédibilité auprès d'un milieu professionnel qui a accueilli cet outil avec une opposition vivement affirmée.

La constitution de deux groupes de travail et leur participation à l'élaboration du PMSI

Groupe technique n°1

Les travaux reprennent finalement en 1995, le "groupe des treize" est alors scindé et élargi en deux groupes techniques¹⁶.

Le premier groupe sera chargé de développer les outils nécessaires à la collecte des données sur les patients, et sur les modes de prise en charge, afin de déterminer des indicateurs prédictifs du poids des différentes actions de soins. Un premier test, réalisé sur une petite échelle, a eu lieu au cours des deux premières semaines de décembre 1996, pour vérifier la possibilité de reconduire cette expérience auprès d'un plus grand nombre d'établissements. Un second test s'est déroulé fin 1997 et début 1998 sur la base d'un questionnaire patient. Cette enquête patient a été complétée par un questionnaire financier¹⁷ portant sur les exercices 1996 et 1997, dans le but de déterminer des coûts de prise en charge. Cette opération a demandé un investissement particulièrement important aux 122 établissements volontaires, puisqu'en l'absence d'outil informatique, elle a été réalisée de façon manuelle, sachant que le nombre de données relevées était bien supérieur à celui nécessaire pour le PMSI. Le regroupement de ces patients a permis de déterminer des Catégories Majeures (CM) (annexes n°6) qui n'ont pas de signification médico-économiques mais qui permettent de rassembler des groupes homogènes au sein d'ensembles ayant une cohérence clinique. A l'intérieur de ces groupes, l'analyse de la base de données a permis de déterminer un certain nombre de variables, dites

¹⁶ Dr WAGENAAR G membre du groupe technique PMSI n°1. *Le PMSI en Santé Mentale, histoire et choix techniques* [en ligne]. [Visité le 18/02/03]. Disponible sur internet : <<http://www.ch-premontre.fr/Documentation/pmsi/hpmsi10.pdf>>

¹⁷ KOVASS V, LOPEZ A., PÉNOCHET J. C. *Psychiatrie année 2000 Organisation, Evaluation, Accréditation*. Paris : Flammarion, 1999. 299p. Médecine-Sciences.

classantes, caractérisant le patient et les soins qu'il reçoit (mobilisation des ressources nécessaires comme par exemple le personnel)¹⁸. Ces variables concernaient les prises en charge à temps complet et à temps partiel.

Pour continuer l'élaboration de l'outil, il a été nécessaire de vérifier la pertinence des consignes de recueil au cours d'un nouveau test manuel qui s'est déroulé entre le 16 octobre 2000 et 12 novembre 2000, le but étant d'élaborer un résumé standardisé de recueils d'informations pouvant être généralisé à l'ensemble des établissements.

Groupe technique n°2

Le groupe technique n°2 a poursuivi le travail sur les trajectoires de soins. Comme nous l'avons vu précédemment, le travail sur les trajectoires nécessitait l'existence d'une base de données importante. Pour constituer cette base multicentrique, le groupe technique n°2 a utilisé les données collectées à partir des fiches par patients de 129 établissements, sur une période allant de 1993 à 1995. La transmission de ces données a nécessité le déploiement de moyens informatiques spécifiques fournis par le ministère ou développés par les établissements en fonction du logiciel de saisie utilisé. L'analyse de ces données a posé un certain nombre de difficultés, liées à l'utilisation de la CIM 9 et/ou de la CIM 10 pour codifier les diagnostics, mais aussi aux différences entre les règles de saisie utilisées par les établissements. La base ainsi constituée, porte sur une population de près de 360 000 patients répartis sur 191 secteurs.

Les premiers travaux réalisés entre 1997 et 1998, à partir de cette base, ne se sont pas traduits par un apport significatif à l'élaboration des trajectoires de soins.

D'autres études ont été menées de juin 1999 à décembre 2000 sous la responsabilité d'un nouveau groupe de travail, auquel viendront s'ajouter certains membres de l'ancien groupe n°2. Les travaux portent tout d'abord sur la recherche d'une éventuelle influence des équipements des secteurs sur la trajectoire de soins des patients. En second lieu, il s'agit, après avoir vérifié la qualité de la base de donnée, de définir des trajectoires types ainsi que des variables classantes. Enfin, la dernière analyse, portant sur des cohortes de patients, vise à dégager des éléments caractéristiques pouvant influencer les soins dispensés, comme les conséquences que pouvaient avoir les prises en charge antérieures sur les nouvelles prises en charge.

Au final, il résulte de ce travail qu'il est possible d'établir des trajectoires de patients. En effet le groupe de travail a pu définir 12 trajectoires de soins annuelles, qui se répartissent en prises en charge ponctuelles de 1 à 3 mois, prises en charge permanentes d'au moins

¹⁸ Guide méthodologique pour le recueil des résumés d'information standardisés : PMSI psychiatrie.

11 mois sur 12 et prises en charge intermédiaires. Dans chaque trajectoire, des sous groupes ont été constitués en fonction de la consommation de soins et du type de prise en charge (temps plein ou temps partiel). La probabilité d'accès du patient à l'une ou l'autre des trajectoires se fait sur la base de quatre variables qui sont : le groupe de diagnostic, l'âge, l'existence ou non d'une mesure de protection, et l'ancienneté de la prise en charge dans le secteur.

Cette démarche n'a pas permis d'aboutir à un outil médico-économique car elle n'a pas été accompagnée d'une étude de coûts, néanmoins elle constitue un apport très important dans l'étude du PMSI psychiatrie.

L'ensemble des travaux menés depuis 1995, et plus particulièrement ceux réalisés par le groupe technique n° 1, ont permis d'élaborer un outil qui semble répondre aux impératifs de l'analyse médico-économique de l'activité en psychiatrie. Compte tenu de ces résultats, la Ministère a décidé de mettre en oeuvre une expérimentation afin de valider et d'améliorer le PMSI psychiatrie.

C) Présentation de l'outil qui fait l'objet de l'expérimentation

a) *Principes généraux*

Les champs d'activité couverts par le PMSI psychiatrie

La part de l'activité hors hospitalisation est très importante en psychiatrie ; s'y ajoute également une part non négligeable d'actions de prévention. Tout l'enjeu de la réalisation d'un outil médico-économique était donc de pouvoir intégrer la plus grande part de cette activité très diversifiée. Ainsi, le PMSI psychiatrie couvre : les prises en charge à temps complet, les prises en charge à temps partiel, les activités externes, et les actions pour la communauté.

Modalités de mesure de l'activité

Le recueil des données se fait sur la base de la production d'un relevé hebdomadaire d'informations, pour les prises en charge à temps complet ou à temps partiel, et à partir d'un relevé d'actes, pour les activités externes et les actions en faveur de la communauté. Les informations retenues pour le PMSI psychiatrie sont de trois types : les variables classantes, les informations issues de la fiche patient, et les informations qui pourront être utilisées pour faire évoluer l'outil.

Deux variables jouent un rôle prépondérant dans la détermination des catégories majeures de diagnostic, ce sont l'âge et le diagnostic, qui ont également une signification économique, notamment l'âge.

Notons également que la nature des variables varie en fonction du mode d'hospitalisation (temps plein ou temps partiel), et que pour les actions pour la communauté et les activités externes, elles traduisent les conditions de réalisation de l'acte et non pas l'action réalisée au profit du patient.

b) Recueil de l'activité dans les différents champs

Ce recueil est un recueil standard, contenant des informations médicales et administratives soumises au secret médical. La création de fichier et le traitement des données sont donc soumis à l'agrément préalable de la CNIL (loi du 6 janvier 1978). Ceci oblige les établissements à être particulièrement vigilants lors de l'acquisition et de la mise en place des systèmes d'information chargés de traiter ces données. Cela pose également le problème du partage de l'information, car le patient est amené à voir de nombreux professionnels (l'accès aux données doit-il être autorisé à l'ensemble des professionnels ? Utilise-t-on le réseau de l'établissement ? Qui décide des droits d'accès?).

Le recueil s'effectue sur des supports propres à chaque activité : Résumés d'Information Standardisés (RIS) : RIS-HC (hospitalisation complète), RIS-HP (hospitalisation partielle) RIS-E (externe), RIS-C (communauté) (Annexe 7).

Sur chaque document, on cote l'ensemble des informations qui sont regroupées dans des rubriques propres à chaque activité à l'exception de l'identification.

Liste des variables par champ d'activité

ACTIVITE	VARIABLES
Prise en charge à temps plein	Isolement thérapeutique Pathologies somatiques lourdes associées L'ancienneté dans le séjour Le groupe de morbidité Le score obtenu sur l'Echelle Globale de Fonctionnement (EGF) La dépendance (approche par quatre variables de l'échelle ADL)
Prise en charge à temps partiel	L'âge Le mode de prise en charge (journée, demi journée) Le mode de scolarisation (enfants et adolescents) Le score obtenu sur l'EGF La dépendance relationnelle
Activité externe	Le sous-groupe de diagnostic La durée de l'acte Le nombre de professionnels ayant participé à l'acte La qualification des professionnels ayant participé à l'acte.
Actions pour la communauté	La durée de l'acte Le nombre de professionnels ayant participé à l'acte La qualification des intervenants

2.1.2 La mise en oeuvre de l'expérimentation au niveau national

Après dix ans de travaux, les différents professionnels qui ont été sollicités dans le cadre de l'élaboration d'un outil de description de l'activité adapté à la psychiatrie, ont réussi à élaborer un dispositif de recueil de l'information, et une classification par groupes homogènes de journées. A la demande des psychiatres, les pouvoirs publics ont décidé de procéder à l'expérimentation de ces deux éléments, avant de généraliser l'outil à l'ensemble des établissements hospitaliers ayant une activité de psychiatrie.

La mise en oeuvre d'une telle démarche demande un investissement particulièrement important des pouvoirs publics, afin de soutenir l'effort que vont consentir certains établissements, d'autant que ces derniers seront confrontés à d'autres difficultés au cours de cette période.

La réalisation d'un projet de cette importance nécessite donc la mise en oeuvre d'une véritable dynamique de conduite de projet, s'appuyant sur une démarche participative, sur une bonne communication entre les différents acteurs, et sur une bonne organisation logistique.

Avant la mise en route de l'expérimentation et en vue de la généralisation du PMSI en psychiatrie, le ministère a organisé, suite à la circulaire DH/00/N°238 du 13 mai 2000, une enquête sur les systèmes d'information utilisés par les établissements, pour saisir et gérer les informations relatives aux patients. Cette enquête a révélé une grande disparité entre les établissements, tant par rapport à l'équipement informatique utilisé, qu'au niveau de la capacité des établissements à réaliser ce type de saisie. Ceci met en avant une des premières difficultés que les établissements auront à surmonter : l'adaptation de leurs systèmes d'informations.

De plus, il faut noter que le temps assez long qui s'est écoulé entre les premières réflexions et cette dernière expérimentation, peut avoir entraîné une certaine démobilité de quelques acteurs. Dans le même temps, cette période a pu favoriser le développement des thèses des opposants au PMSI.

On voit déjà poindre un certain nombre d'éléments qui laissent présager de difficultés dans la mise en oeuvre de l'expérimentation, que les pouvoirs publics devront prendre en compte tout au long de la démarche.

A) Principes généraux

a) *Les objectifs de l'expérimentation*

A travers l'expérimentation le ministère s'est fixé quatre objectifs

L'expérimentation mise en place par le ministère a plusieurs objectifs. Tout d'abord, il s'agit de tester la classification des Groupes Homogènes de journées (GHJ) et des Groupes Homogènes d'Actes (GHA), ainsi que la classification des trajectoires sur des variables plus riches. Ensuite, le but de la démarche est de créer l'échelle de pondération des GHJ et des GHA. Pour cela, des études financières complémentaires seront réalisées auprès des établissements.

En troisième lieu, il sera nécessaire de valider "la classification des situations cliniques" utilisée pour la psychiatrie infantile-juvénile. En effet, la prise en charge d'enfants peut être consécutive à des troubles qui sont propres à la petite enfance ou à l'adolescence. De plus, les psychiatres estiment qu'il est très difficile de poser un diagnostic pour cette tranche de la population, de ce fait les pédo-psychiatres refusaient d'indiquer un diagnostic. Compte tenu de ces éléments et à la demande des médecins, il a été décidé de créer une liste de situations cliniques afin de traduire les troubles des enfants et adolescents. (annexe n°8).

Une démarche qui s'accompagne de la mise en place de trois groupes de travail

Pour soutenir cette expérimentation, la mission PMSI a mis en place trois groupes de travail. Le premier groupe doit préparer les évolutions de la classification médico-économique initiale. Son action s'appuiera sur la réalisation d'un recueil d'actes complémentaires à l'automne 2003. Ce groupe sera également amené à poursuivre la réflexion sur les trajectoires de soins. Le second groupe de travail doit se pencher sur la qualité des données, et le troisième sur la réalisation de l'échelle de pondération.

b) Déroulement de l'expérimentation

Calendrier

L'expérimentation du PMSI psychiatrie est déployée dans quatre régions pilotes entre le 1er juillet 2002 et le 30 décembre 2002. Les régions retenues sont : l'Aquitaine (30 établissements), la région Rhône-Alpes (52 établissements), la Lorraine (13 établissements), la Réunion (3 établissements) et une partie de l'Île de France. Ce groupe sera rejoint par 112 établissements volontaires ne faisant pas partie des régions désignées initialement. En ce qui concerne les régions pilotes, tous les établissements ayant une activité de psychiatrie, qu'ils soient sous dotation globale ou sous Objectif Quantifié National (OQN) auraient dû être engagés dans la démarche avant le 1er juillet 2002.

Pour ces régions, on ne peut pas vraiment parler de démarche participative dans la mesure où les établissements se voient imposer le dispositif. Le choix de la DHOS s'est toutefois fait sur proposition des syndicats de psychiatres, ce qui a peut-être pu atténuer l'aspect impératif de la démarche. Ces quatre régions permettaient d'avoir un échantillon d'établissements suffisamment important et représentatif des établissements du territoire. La durée de l'expérimentation initialement prévue était de 18 mois. Les données transmises à l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) seront analysées par les groupes techniques, et les résultats soumis au comité de pilotage du PMSI Psychiatrie, ainsi qu'au comité consultatif associé. C'est à partir de cette analyse que seront validés les choix en matière de PMSI psychiatrie. La généralisation est prévue pour 2005. La date initiale de juillet 2004 semble trop proche compte tenu de la date réelle d'entrée des établissements dans le recueil d'information. Cette période sera mise à profit pour effectuer toutes les modifications nécessaires. Une première utilisation du PMSI psychiatrie à des fins budgétaires serait envisagée à compter de 2007.

Le statut de l'expérimentation

On voit apparaître ici un système d'organisation assez complexe, qui nécessiterait une bonne communication de la part du ministère. En effet, initialement l'expérimentation n'a été prévue que sur une période de 18 mois, toutefois le traitement des données et l'analyse des résultats s'étendra sur une période qui dépassera très certainement ce cadre. La difficulté est de savoir comment les établissements, qui font partie de l'expérimentation, vont négocier cette période, car le risque est que la mobilisation se relâche, et qu'elle laisse s'installer un certain scepticisme face au devenir du PMSI psychiatrie, scepticisme largement entretenu par les opposants au projet. D'ores et déjà on peut supposer qu'une communication régulière de la part de l'ATIH, en direction de l'ensemble des établissements, permettra de limiter les effets négatifs que pourrait avoir cette période de transition. Nous verrons également, en étudiant les perspectives ouvertes par l'expérimentation, à travers l'expérience du Centre Hospitalier de Niort, qu'il y a quelques pistes à explorer afin d'inciter les établissements à poursuivre le recueil de données. Sachant que pour les établissements volontaires, il est fort probable que cela posera moins de difficultés.

Le choix des établissements

En ce qui concerne les établissements ne faisant pas partie des quatre régions pilotes, le ministère a offert la possibilité, à toute structure qui le souhaitait, de se lancer dans l'expérimentation sans restriction particulière. Cela permettait d'avoir un éventail de sites plus large, sachant que cet engagement, lourd de conséquences pour les structures (risque d'opposition d'une partie du corps médical et du personnel soignant, investissement humain et matériel) émanerait, dans la plupart des cas, d'établissements disposant déjà de certains atouts (expériences passées, climat social plutôt favorable).

B) Contexte et conditions de mise en oeuvre

a) *Un contexte d'opposition*

Une opposition relayée par les syndicats des médecins psychiatres

Le PMSI en psychiatrie, encore plus que pour le secteur MCO, suscite de vives réactions dans la communauté médicale. Ainsi, même si l'expérimentation se poursuit dans la

plupart des établissements retenus, le PMSI est accueilli avec une grande méfiance, voire l'opposition déterminée de nombreux praticiens.

Lors des Etats Généraux de la Psychiatrie, qui se sont déroulés du 5 au 7 juin 2003 à Montpellier, les psychiatres ont voté 22 mesures d'urgences à mettre en oeuvre pour sauvegarder la psychiatrie en France. Parmi ces propositions, qui ont été soumises aux pouvoirs publics, figure une demande de retrait du PMSI car, selon les praticiens, il est tout à fait inadapté à la psychiatrie¹⁹.

Les raisons avancées par les professionnels du secteur psychiatrique

Tout d'abord, les professionnels pensent que l'analyse médico-économique en psychiatrie a ses limites, du fait de la spécificité de cette activité, liée à la difficulté de poser un diagnostic, mais aussi à la diversité des prises en charge. Les critiques formulées par les praticiens à l'encontre du PMSI sont essentiellement de deux ordres²⁰.

D'une part, les critiques portent sur les principes même du PMSI. Ainsi, certains professionnels pensent que le PMSI peut avoir une incidence sur les pratiques en incitant certains d'entre eux à privilégier certaines pratiques au motif qu'elles sont plus ou mieux valorisées par le PMSI. A terme cela pourrait entraîner une diminution de la diversité des prises en charge car, si une prise en charge peut se révéler plus ou moins consommatrice de moyens qu'une autre, rien ne permet de dire si elle est de meilleure qualité ou pas. Aujourd'hui, il n'existe pas de critère de qualité ou de consensus médical pour déterminer des prises en charge type, garantant d'un certain niveau de qualité. Enfin, certains professionnels craignent que l'hospitalisation soit plus valorisée au détriment du reste de l'activité, alors que l'activité ambulatoire représente la plupart des interventions en psychiatrie.

D'autre part, des critiques plus techniques ont été formulées à l'encontre du PMSI.

Elles concernent notamment le faible pouvoir explicatif de la variante des coûts de la classification, établie à l'issue du recueil des données de 97-98. De plus, certaines variables classantes, comme la chambre d'isolement sont susceptibles d'induire des effets pervers.

En ce qui concerne le diagnostic, les spécialistes expliquent tout d'abord, qu'en psychiatrie, poser un diagnostic nécessite du temps et de multiples rencontres entre le patient et le praticien. Les psychiatres mettent également en avant, le fait qu'en

¹⁹ Etats Généraux de la Psychiatrie [en ligne]. 5-7 juin 2003 [visité le 12.07.2003]. Disponible sur Internet : http://www.psy-desir.com/psyd/article.php?id_article=206

²⁰ Critiques techniques portant sur le PMSI en psychiatrie. *Revue de la littérature*. FPHAP Secteur sanitaire.

psychiatrie ce n'est pas le diagnostic qui détermine le coût de la prise en charge mais la thérapie, or celle-ci peut être multiple en fonction de l'objectif du traitement et de la structure d'accueil. Le problème est que la psychiatrie est une discipline où les interventions sont peu, voire pas protocolisées. De nombreux professionnels font part également de la difficulté à décrire, de façon rationnelle, une activité le plus souvent de nature pluridisciplinaire.

L'opposition à la mise en oeuvre du PMSI est également présente chez le personnel soignant, qui trouve que cet outil constitue une charge de travail supplémentaire, et qu'il ne retrace pas la réalité de leur activité auprès des patients. Ici, comme pour le PMSI MCO, les soignants ont cru trouver dans le PMSI un outil qui traduirait leur charge de travail même s'il n'a jamais été présenté comme tel par les pouvoirs publics.

Le dernier élément que l'on peut citer et qui est mis en avant par de nombreux professionnels, c'est que le PMSI est un outil qui fait disparaître la notion d'humanité en psychiatrie. En effet, cette discipline s'appuie sur des situations individuelles, propres à l'histoire de chaque patient, et a priori indissociables de la personne. Le PMSI, a contrario, obéit à une logique de regroupement des semaines de prise en charge en ensembles homogènes. Ramenée à leur pratique, cette démarche apparaît totalement contraire à l'éthique professionnelle de ces soignants²¹.

b) L'aide apportée aux établissements

Pour s'assurer de la réussite d'un projet, le promoteur doit apporter un cadre de réalisation dont il doit fixer des règles, qui se caractérisent notamment par leur stabilité, et au sein desquelles il doit mettre en oeuvre une démarche participative. Par ailleurs, il doit utiliser un certain nombre d'outils, comme la communication et la formation, et enfin mettre à disposition les moyens techniques ou financiers nécessaires.

La formation

Depuis le début des travaux sur le PMSI le ministère a, à plusieurs occasions, organisé des réunions d'information et des sessions de formation à destination des différents acteurs. En ce qui concerne l'expérimentation débutée en 2002, la mission PMSI a agi de la même façon. Ainsi, la circulaire relative à la mise en oeuvre du PMSI prévoit l'organisation de "formations de formateurs" (psychiatres, médecins DIM et cadres

²¹ Dr LIAUZU J. P., Péhaimécycy roi de l'usage des chiffres en santé mentale. Paris : Pénombre.74p. La lettre grise. Vert , Statistique et Psychiatrie, pp. 50-52

infirmiers) afin que ces derniers puissent, à leur tour, assurer la formation des professionnels dans leurs établissements. Cette technique, qui vise à former des personnes référentes afin qu'elles transmettent à leur tour l'information et la formation, est une démarche très utilisée et qui a fait ses preuves. Toutefois, il existe un risque qui est dû au fait que l'initiateur du projet ne connaît pas la motivation réelle des personnes qu'il va former, question qui peut se poser notamment pour les établissements appartenant aux régions pilotes, de plus, il ne maîtrise pas la qualité de l'information retransmise au niveau des différents établissements.

Les moyens financiers et logistiques

Les pouvoirs publics ont également prévu un accompagnement financier des établissements participant à l'expérimentation. Il s'agit de crédits couvrant à la fois des dépenses d'investissement, et d'exploitation.

De plus, le ministère a mis à disposition des établissements des outils informatiques afin de faciliter, dans un premier temps, le démarrage de l'expérimentation. Il s'agit tout d'abord de doter gratuitement les établissements qui le souhaitent, d'un logiciel de saisie des données. De plus, le Centre de Traitement de l'Information du PMSI (CTIP) diffusera un logiciel de groupage des données, des logiciels d'anonymisation et de chaînage des données.

Il est indéniable que le ministère a mis en place tous les moyens techniques nécessaires au bon déroulement du PMSI, toutefois le rôle des différents organes institutionnels, notamment en terme de relais, reste essentiel pour la réussite d'une telle démarche.

c) Le rôle des pouvoirs publics

L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

Cette nouvelle instance joue un rôle essentiel dans la mise en oeuvre du PMSI. Cette agence, créée en 2002, regroupe la mission PMSI, le CTIP et le Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé (PERNNS), garant des règles de codage et de l'évolution de ces dernières. Si ce regroupement obéit à une logique de rationalisation tout à fait compréhensible, il a tout de même, dans un premier temps posé quelques difficultés aux établissements, qui ont eu du mal à trouver les interlocuteurs dont ils avaient besoin.

Pour soutenir la mise en place du PMSI, l'ATIH dispose d'un site internet qui reste aujourd'hui défaillant sur la partie PMSI psychiatrie alors qu'il s'agit d'un outil de communication très intéressant. Faute de diffusion d'informations par ce canal ou d'autres éventuellement, des établissements se trouvent dans l'expectative face au devenir du PMSI.

Les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH)

Les ARH semblent peu investies dans cette démarche. Ceci vient de ce que pour les syndicats, les relations directes entre les établissements et le Ministère constituaient une garantie par rapport au fait qu'il s'agissait vraiment d'une expérimentation et que les ARH, ne risquaient pas ainsi d'utiliser des données non validées. Néanmoins, ces dernières auraient pu constituer un lieu d'échange privilégié, notamment dans les régions qui ne sont pas pilotes, où les établissements volontaires auraient pu partager leurs expériences et leurs difficultés.

En conclusion, on peut dire que la mise en oeuvre du PMSI psychiatrie rencontre quelques difficultés d'ordre technique mais également liées à l'opposition des professionnels face à la mise en place d'une évaluation médico-économique. Le ministère a tout intérêt à s'appuyer, comme dans toute démarche qui introduit des changements, sur les personnes qui sont vraiment parties prenantes dans la démarche. Il pourrait ainsi espérer entraîner les professionnels les moins opposés dans le mouvement. Pour cela, il faut également que les promoteurs du projet communiquent régulièrement sur ce sujet, pour montrer à l'ensemble des professionnels que le PMSI en psychiatrie est une réalité qui prend forme.

On peut facilement imaginer que l'on risque de retrouver les mêmes difficultés dans les établissements.

2.2 La mise oeuvre de l'expérimentation au Centre Hospitalier de Niort

Le Centre Hospitalier de Niort s'est engagé dans l'expérimentation du PMSI comme établissement volontaire. Dans la région Poitou-Charentes, il est le seul établissement à avoir entrepris cette démarche. Riche d'une longue expérience dans le PMSI MCO, et d'une participation régulière aux réflexions sur le PMSI psychiatrie, il dispose d'un certain nombre d'atouts pour mener à bien ce projet.

Le recueil de l'information ne constitue pas une nouveauté pour les services de soins. Toutefois sa systématisation, dans la perspective d'une évaluation médico-économique va nécessiter un certain nombre d'adaptations pour les personnels. Ces adaptations, synonymes de changement pour les équipes de soins, sont souvent sources de tension dans une organisation où s'affrontent des objectifs parfois divergents. Les périodes de transition sont toujours des moments délicats dans une institution. Elles nécessitent un

investissement important de l'équipe managériale, et une attention toute particulière, afin de créer un véritable consensus autour du projet, pour maintenir une cohérence interne dans les choix stratégiques.

Pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixé, l'établissement a donc mis en oeuvre une démarche projet impliquant l'ensemble des professionnels concernés par le PMSI psychiatrie. Ce dernier, loin de faire l'unanimité tant au niveau national que local, rend l'entreprise difficile et nécessite donc un accompagnement tout à la fois technique, organisationnel et managérial.

2.2.1 Analyse de la démarche

La participation du Centre Hospitalier de Niort s'est traduite par la mise en oeuvre d'une démarche projet initiée par la direction de l'établissement et largement relayée par le DIM. Il s'agissait pour l'établissement d'accompagner au mieux les changements que pouvait entraîner le PMSI psychiatrie, afin de s'assurer de la participation et de l'adhésion du plus grand nombre.

A) De la conduite de changement à la mise en place de la démarche

Afin de mieux comprendre la stratégie développée par l'établissement, il semble important de revenir sur les principes théoriques de la conduite du changement dans une organisation. Sur la base de l'analyse théorique, on peut distinguer deux profils-types de changement, le changement "prescrit" et le changement "construit"²². La première démarche, repose essentiellement sur les dirigeants, qui imposent une nouvelle organisation en fonction de leur vision de l'avenir de l'entreprise. Le changement construit, au contraire, a pour objectif de faire émerger cette nouvelle organisation des acteurs eux-mêmes. L'équipe dirigeante est là pour poser un cadre, c'est à dire mettre à disposition des acteurs, des outils et une démarche.

a) Phase de maturation du projet

L'introduction du changement dans une structure repose toujours sur une prise de conscience des dirigeants, face à un dysfonctionnement ou un manque au sein de l'organisation. En l'occurrence, pour le Centre Hospitalier de Niort, la nécessité d'introduire un changement repose sur le constat déjà ancien, que le manque d'information sur

l'activité en psychiatrie pose des difficultés tant au niveau interne qu'au niveau externe. Le dossier est confié au directeur des services financiers et du système d'information ainsi qu'au DIM. Ces deux services ont déjà l'habitude de travailler en étroite collaboration dans le cadre du PMSI MCO et SSR, afin de fournir aux services des données d'activité et des analyses financières mensuelles. Dès cette première phase, les médecins sont associés, et leur avis est sollicité avant l'inscription de l'établissement dans la démarche. Ainsi, dès le mois de juin 2001, au cours de la réunion mensuelle des psychiatres, les modalités de préparation de l'installation du PMSI psychiatrie sont arrêtées, et les praticiens semblent vouloir s'engager sans équivoque dans ce projet, sous réserve de la mise à disposition de moyens techniques et humains.

Suite à cette réunion, la direction de l'établissement validera la proposition de constitution d'un groupe projet. Ce groupe sera composé d'un représentant titulaire par secteur, et d'un suppléant, du cadre de direction, chargé du service des finances et du SIH, du chef du centre informatique et du médecin DIM.

Dans le même temps, débute une réflexion concernant la mise en place d'un système d'information adapté. Celle-ci pose notamment la problématique du dossier patient, qui fait l'objet d'une réflexion plus globale au sein de l'établissement.

A partir de là, la direction de l'établissement décide de renforcer le DIM, en recrutant un nouveau médecin et en confiant la mise en oeuvre du PMSI à un médecin DIM référent (0.5 équivalent temps plein), seul chargé du dossier au niveau du DIM.

Si la participation des médecins est acquise à l'issue de cette première phase, cela ne signifie pas pour autant que la mise en place du PMSI en psychiatrie fasse l'unanimité parmi les praticiens.

b) Phase de déracinement

Cette phase correspond à la communication et la mise en oeuvre du projet. Un des objectifs principal de cette phase a été de former les personnes du groupe projet. Cette formation s'est faite essentiellement en interne, sous la responsabilité du médecin DIM chargé du projet, d'un médecin psychiatre ayant suivi la formation organisée par le ministère, et du directeur des soins chargé plus particulièrement de la psychiatrie. On retrouve ici un schéma assez semblable à celui mis en oeuvre par le ministère, à savoir informer et former des responsables pour qu'ils diffusent, à leur tour, l'information dans les services.

²² VANDANGEON-DERUMEZ I. La dynamique des processus de changement. *Revue Française de Gestion*. n°spécial 120, septembre – octobre 1998, p120

Les décisions concernant les modes d'action sont prises au cours de cette période : utilisation du logiciel de saisie du ministère, choix du mode de saisie centralisée ou décentralisée, travail sur certains aspects techniques comme les feuilles de saisie etc....

Il s'agit de préparer tout le dispositif nécessaire à l'entrée dans l'expérimentation, cette préparation se faisant toujours en coopération avec les différents partenaires. Toutefois, afin de faciliter le travail du groupe projet, un groupe restreint a été constitué pour travailler sur des problèmes plus techniques, le travail du groupe restreint étant, par la suite, validé par l'ensemble du groupe projet.

c) *Phase d'enracinement*

L'enracinement a pour objectif d'ancrer le changement dans l'activité quotidienne de l'organisation.

Cette phase débute avec l'entrée de l'établissement dans l'expérimentation, à compter du 1er juillet 2002. La montée en charge du PMSI se fait progressivement, et la mise en oeuvre se fait au rythme des services.

Cette période est essentiellement consacrée à l'information et à la formation de l'ensemble des personnes concernées par le PMSI. Elle s'accompagne de la mise en place des moyens nécessaires, notamment au niveau informatique. En ce qui concerne les moyens informatiques, il s'agit tout d'abord d'installer le logiciel du ministère qui sera très rapidement remplacé par un logiciel mieux adapté. En ce qui concerne les moyens humains, le groupe propose d'affecter un temps de secrétariat médical pour le PMSI psychiatrie et d'opter pour une saisie décentralisée dans chaque secrétariat de secteur. Cette solution sera validée par la direction de l'établissement.

Le déroulement de la mise en oeuvre du PMSI au Centre Hospitalier de Niort laisse donc apparaître une démarche de type plutôt participative, où la direction, après avoir fixé un cadre et des objectifs, a laissé les différents acteurs trouver ensemble les solutions les plus appropriées, compte tenu des particularités de la structure.

B) La structuration de la démarche

La démarche du Centre Hospitalier de Niort peut donc être qualifiée de construite. Etant donné la place importante qu'elle laisse à l'initiative des équipes en terme de propositions et d'organisation, elle constitue un atout pour la réalisation d'un projet. Toutefois, si une telle démarche peut faciliter la mise en oeuvre d'un projet, elle ne garantit en rien l'acceptation massive de ce dernier.

a) *Une démarche de projet que l'on peut qualifier de construite*

L'analyse réalisée sur la base de concepts théoriques a permis de montrer que le Centre Hospitalier de Niort a recherché un consensus le plus large possible autour de ce projet en développant une démarche construite.

Les conditions de mise en oeuvre d'une démarche projet

La norme ISO 50-105, relative au management de projet donne la définition suivante du projet : *“Un projet se définit comme une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement une réalité à venir.*

Un projet est défini et mis en oeuvre pour élaborer la réponse au besoin d'un utilisateur ou d'une clientèle, et il implique un objectif et des actions à entreprendre avec des ressources données.”

On peut donc déduire de cette définition, que la mise en oeuvre d'un projet implique des objectifs, des moyens, des méthodes de pilotage, des actions précises et coordonnées, et une évaluation des résultats.

Cette démarche passe par des étapes successives, qui sont le cadrage du projet, sa conduite et sa conclusion. La première phase de cadrage est importante car elle permet de définir le déroulement global du projet et son calendrier, ce qui peut poser des difficultés lorsque le projet s'inscrit dans une dynamique nationale comme c'est le cas pour l'expérimentation. Elle permet, par ailleurs, de déterminer les éventuelles résistances qui peuvent apparaître au cours de la réalisation, c'est à ce moment-là qu'il est indispensable de définir une politique de communication.

La conduite du projet, quant à elle, nécessite la mise en oeuvre d'un groupe de pilotage qui doit rassembler des personnes directement concernées par le projet et ses implications, afin de faciliter son acceptation.

Enfin, la conclusion du projet est la phase de bilan et de réflexion sur la poursuite de l'opération, période qui sera ici très importante, compte tenu de la particularité du projet qui est une expérimentation. Quelle suite l'établissement peut-il donner à cette expérimentation en attendant la décision nationale de généralisation du projet, si elle s'avère convaincante?

Pour l'établissement, il s'agira de maintenir, pendant cette période, la dynamique qui a été enclenchée et de ne pas perdre les compétences acquises précédemment.

La démarche adoptée par le Centre Hospitalier de Niort

Si dans le cas du Centre Hospitalier de Niort, l'objectif était facilement identifiable, et donc lisible pour l'ensemble de l'institution, sa mise en oeuvre pouvait s'avérer délicate, compte

tenu d'un contexte national plutôt défavorable. En effet, comme nous l'avons vu, les praticiens, relayés par les syndicats de psychiatres, se sont ouvertement opposés au développement d'un outil médico-économique en psychiatrie. Les responsables de l'établissement se devaient donc d'accorder une attention toute particulière aux différentes phases qui conditionnent la mise en oeuvre d'une démarche projet.

Tout d'abord, les moyens consentis par la structure ont été déterminants dans l'acceptation du projet par les médecins. La mise à disposition de temps médical et de temps de secrétariat médical, ainsi que l'engagement de doter les services d'outils informatiques appropriés, ont permis de faire évoluer rapidement le projet.

La logique de pilotage de type participatif utilisée par l'hôpital a été l'occasion d'échanges réguliers entre les différents partenaires, ce qui a permis de régler, au fur et mesure des réunions du groupe projet, un certain nombre de problèmes techniques liés au choix des logiciels, à l'organisation de la saisie entre le DIM et les services, mais également à l'organisation propre à chaque service.

Tout semble réuni pour que l'expérimentation se déroule dans de bonnes conditions, ce qui semble d'ailleurs être le cas, puisque l'objectif de développer le PMSI dans l'ensemble des secteurs est atteint. Toutefois, cette première analyse masque une réalité un peu différente. En effet, dans chaque secteur, les médecins et les équipes soignantes codifient les informations nécessaires au PMSI, mais les entretiens avec ces différents professionnels montrent que l'outil est loin de faire l'unanimité, même parmi les médecins ayant soutenu le projet depuis son début. On constate le même pessimisme chez certaines personnes qui sont pourtant référentes du projet auprès de leurs équipes. On peut donc se demander, en dehors des apparences, quel est le niveau réel d'acceptation du projet par les différents professionnels ?

b) Niveau d'acceptation du projet

Il est souvent difficile pour l'équipe managériale de percevoir exactement ce qui se passe sur le terrain. Malgré de nombreuses réunions avec le groupe de travail et les psychiatres, qui ont donné lieu à des échanges réguliers avec le DIM, l'hostilité au PMSI n'est pas franchement affichée. Des entretiens réalisés avec les différents professionnels, ont finalement permis de mettre en avant un certain nombre de réticences face à la mise en oeuvre du PMSI en psychiatrie.

Une position réservée du personnel médical

Les différents entretiens avec les chefs de service et certains praticiens ont révélé d'importantes réserves par rapport au PMSI. Si certains ne sont pas opposés au développement d'un outil de mesure de l'activité, tous semblent être perplexes quant à la possibilité pour le PMSI de remplir cette fonction.

Pour certains, la psychiatrie n'est pas une discipline que l'on peut évaluer en raison des spécificités qu'elle présente. D'autre part, ces praticiens soulignent qu'ils sont là avant tout, pour répondre à une demande de soins. Or, l'évaluation, telle qu'elle est réalisée ne constitue pas, pour eux, un outil qui pourrait les aider à remplir leur mission auprès des patients, alors même que celle-ci devient de plus en plus difficile compte tenu d'une pression toujours plus forte de la demande de soins et de la diminution du nombre de psychiatres.

Même si cette vision est assez largement partagée par le corps médical, d'autres perçoivent tout de même dans le PMSI, un moyen de mieux connaître leur activité et d'avoir des renseignements plus précis sur la population accueillie.

Le positionnement de ces professionnels rejoint tout à fait celui de nombreux médecins au niveau national. Pourtant, la plupart d'entre eux s'accordent à dire que la santé a un coût, et que l'on ne peut pas dépenser de façon inconsidérée, "des budgets qui sont réduits voire même insuffisants", et qu'il faut donc trouver un mode de régulation. Mais il semble assez compréhensible que pour un médecin, la préoccupation première reste avant tout le soin apporté au malade, et que la régulation médico-économique ne passe qu'au second plan.

Un personnel soignant qui ne se sent pas directement concerné par la démarche

Le personnel soignant montre la même méfiance à l'égard du PMSI, et met en avant le fait que le PMSI ne traduit pas la réalité de son travail auprès des patients. En effet, il semble que pour un certain nombre d'entre eux, le PMSI avait été perçu comme un outil qui pourrait mesurer la charge de travail, mais ce n'est pas le cas, d'où un certain désintéressement pour cet outil, alors qu'ils sont largement sollicités dans le cadre de la mise en oeuvre du PMSI. De ce fait, le développement du PMSI est avant tout vécu comme une surcharge de travail qui les oblige à noter pour la énième fois des informations déjà recensées par ailleurs.

Enfin, certains soignants pensent que le PMSI est un outil qui vise à mesurer l'activité, dans le seul but de justifier une réduction des moyens dont ils disposent.

Ces différentes réflexions montrent que, même si l'expérimentation se déroule dans d'assez bonnes conditions, le projet en lui-même est loin de faire l'unanimité. On constate que chez les cadres, l'opposition au projet est moins forte, peut-être parce que ces derniers ont été plus impliqués dans le déroulement du projet, alors que les soignants non cadres ont plus l'impression qu'on leur a imposé le dispositif. De plus, les cadres sont amenés à fournir régulièrement des données d'activité notamment pour élaborer le rapport annuel d'activité, et de ce fait ils espèrent que cet outil leur apportera une aide

précieuse, en fournissant des informations plus précises et plus exhaustives sur la population accueillie.

Il faut toutefois rappeler que lors de la mise en place du PMSI en MCO, les réactions du corps médical étaient très proches de celles des médecins psychiatres, et des autres professionnels travaillant en psychiatrie.

Notons enfin, qu'aussi paradoxal que cela puisse paraître, le bon déroulement de l'expérimentation tient tout de même à l'investissement du corps médical, des soignants, et des secrétariats médicaux. L'investissement consenti par ces professionnels est très certainement lié au soutien que leur apporte le DIM. Ce dernier, qui porte réellement le projet, a depuis le début de l'opération, opté pour une démarche de proximité.

2.2.2 Premier bilan d'étape de l'expérimentation au Centre Hospitalier de Niort : des outils et une organisation pertinents mais qui doivent être améliorés

Depuis un an environ, le centre hospitalier expérimente le PMSI en psychiatrie. Malgré une position plutôt réservée des professionnels, l'expérimentation se déroule dans d'assez bonnes conditions, ce qui a permis d'éditer les premiers résultats issus du PMSI. Pour faciliter l'implantation du PMSI dans les services, l'établissement s'est doté d'un outil informatique répondant aux impératifs du PMSI, mais aussi aux besoins des personnels médicaux et soignants. D'autre part, le Centre Hospitalier de Niort a développé une organisation originale favorisant les échanges entre le DIM et les services de soins, et qui permet, par ailleurs, aux services, de disposer d'une assistance organisationnelle et technique hebdomadaire. Toutefois, un certain nombre de difficultés subsistent au niveau du recueil des données, de l'outil informatique ainsi que sur le plan organisationnel.

- A) Le choix d'un logiciel qui prend en compte l'histoire de la structure et les contraintes liées au PMSI

Les premières réflexions sur le choix d'un logiciel informatique dans la perspective de l'utilisation d'un outil médico économique en psychiatrie ont commencé dès 2001.

L'établissement disposait déjà d'un logiciel de saisie du dossier patient également utilisé pour le recueil des données de la fiche patient, sur lequel avait notamment été saisie toute l'activité du début de l'année 2002. Le choix du logiciel s'est fait sur la base des impératifs liés au recueil de l'information pour le PMSI mais aussi en fonction du contexte propre à l'établissement, qui se caractérisait par l'existence d'un logiciel de saisie des données de la fiche patient, et d'une réflexion générale sur la mise en place d'un dossier patient unique.

a) *L'utilisation d'un premier logiciel proposé par le ministère*

Un outil qui est loin de faire l'unanimité

Le ministère avait prévu, dans le cadre de l'expérimentation, de doter les établissements de moyens financiers et matériels. D'un point de vue matériel, les pouvoirs publics ont mis à la disposition des établissements un logiciel de saisie gratuit pour leur permettre de démarrer l'expérimentation.

Ce logiciel n'a été mis à la disposition des établissements qu'à partir du mois de juillet 2002, alors que sa livraison était initialement prévue pour le mois d'avril. Le Centre Hospitalier de Niort a décidé d'attendre l'arrivée du logiciel fourni par le ministère pour commencer la saisie des premières données, afin d'éviter un traitement manuel des informations. L'établissement a mis à profit cette période pour rechercher d'autres fournisseurs d'applicatifs et retravailler les grilles de saisie proposées par le ministère pour les adapter au contexte local.

La mise en route du logiciel du ministère a posé des problèmes de récupération de données.

Une grille de saisie mal adaptée aux besoins des services de soins

L'établissement avait l'habitude de recenser un certain nombre de données pour la fiche patient, qui n'étaient pas nécessaire pour le PMSI. Or, les services désiraient conserver ces données (recueil d'actes infirmiers), afin de retracer de façon plus exhaustive leur activité.

De plus, telles qu'elles étaient conçues, les grilles de saisie ne permettaient pas de répertorier certaines activités. Ainsi, pour un patient suivi à son domicile et bénéficiant d'une activité en atelier thérapeutique, l'activité est bien rattachée au service qui gère ces ateliers. Par contre, lorsqu'un patient est pris en charge en hospitalisation complète ou en jour, et qu'il participe à un atelier thérapeutique, l'activité n'est pas prise en compte ; seule une journée d'hospitalisation complète est comptabilisée. Si cette modalité de mesure de l'activité est tout à fait compréhensible, dans la mesure où l'atelier thérapeutique ne constitue pas une nouvelle prise en charge, mais s'inscrit dans le cadre des soins d'hospitalisation complète, il est toutefois légitime que le service assurant cette prestation, puisse retracer son activité. L'adaptation de la feuille de saisie permet ainsi de recenser cette activité en évitant une double saisie dans un autre logiciel.

Il est très important, pour l'ensemble des services, de pouvoir retracer la totalité de leur activité pour justifier de l'utilisation des moyens auprès des gestionnaires d'une part, mais

également pour suivre en interne le travail fourni par les équipes, et avoir une meilleure connaissance des patients accueillis. Conscient de l'importance que représentait cette demande, mais aussi du risque de désengagement des professionnels face à un outil qui ne leur permettait pas de retrouver leur activité, sauf à envisager une autre saisie, le groupe projet a travaillé à l'amélioration des grilles de saisie.

Cette attitude d'écoute systématique des difficultés rencontrées par les unités de soins, et la volonté déployée tout au long de l'expérimentation par le groupe projet, pour essayer de résoudre les problèmes des services, a sans aucun doute contribué à la poursuite de l'expérience.

b) La recherche d'un logiciel plus adapté

Contexte du choix

L'utilisation du logiciel du ministère restait difficile, et l'établissement, compte tenu du retard pris par les pouvoirs publics avait continué à travailler sur l'acquisition d'un logiciel spécialisé. Les applicatifs étaient peu nombreux sur le marché, et il s'agissait avant tout de logiciels de gestion du dossier patient. Le groupe projet ne souhaitait pas non plus se désolidariser de la réflexion institutionnelle, sur la mise en place d'un dossier patient unique dans l'établissement, en faisant l'acquisition d'un applicatif construit autour d'un dossier patient psychiatrique. Au final, il s'est avéré difficile de concilier l'ensemble de ces paramètres.

De plus, les services avaient acquis une certaine expérience de saisie des données à partir des informations de la fiche patient qu'ils souhaitaient vivement réinvestir, afin de ne pas perdre trop de temps dans l'apprentissage d'un nouveau logiciel.

C'est pour ces différentes raisons qu'après plusieurs consultations, l'établissement a finalement opté pour l'adaptation du logiciel déjà utilisé espérant ainsi pouvoir récupérer une partie des informations déjà saisies. Ce logiciel, bâti autour du dossier patient, permettait également de limiter le changement auprès des équipes.

Un choix risqué

Le choix d'adapter l'ancien logiciel comportait toutefois un certains nombre de risques.

Tout d'abord l'adaptation d'un logiciel n'est pas une chose facile d'autant que les informations nécessaires au PMSI sont différentes de celles recensées dans le cadre de la fiche patient. Ensuite, la nouvelle version du logiciel n'avait pas encore été implantée dans d'autres établissements, ce qui ne permettait pas d'avoir une vision objective sur les avantages et les inconvénients du produit.

Enfin, le dernier risque, qui s'est révélé être une réalité par la suite, était que l'établissement allait contribuer, à travers les difficultés qu'il rencontrerait, à finaliser le

produit. Cette situation pouvait s'avérer être un frein important au projet, accentuant à travers les difficultés de saisie, le mécontentement des personnels.

c) Un outil qui se révèle finalement intéressant mais qui nécessite des ajustements

L'outil, après un an d'utilisation, se révèle assez intéressant, bien qu'il ait fallu, dans un premier temps, faire face à de nombreuses difficultés qui auraient pu remettre en cause le projet PMSI, sans la présence constante du DIM auprès des services et une bonne réactivité du fournisseur. La première difficulté, qui a demandé beaucoup de travail aux équipes, a été la nécessité de saisir à nouveau l'ensemble de la base patient dans le nouvel applicatif, car la récupération des données posait des difficultés techniques. Ceci a entraîné une surcharge de travail importante pour les secrétariats médicaux, qui n'étaient pas encore familiarisés avec l'outil.

Le problème de la confidentialité face à un nécessaire partage de l'information

L'ensemble des informations contenues dans le dossier médical est soumis au secret médical. La constitution de fichiers à partir de ces données est très règlementée et nécessite une autorisation préalable de la CNIL, afin de protéger les droits des patients.

En psychiatrie, plus encore peut-être que dans d'autres disciplines, la culture du secret médical est très forte et s'entend au sens strict, ce qui laisse peu de place à la notion de secret partagé ou de partage de l'information. Or, la psychiatrie se caractérise par des prises en charge multiples, qui nécessitent la mise en commun de nombreuses informations.

Le logiciel retenu est avant tout un logiciel de gestion du dossier patient qui est donc prévu pour favoriser une large circulation de l'information au travers du réseau. De ce fait, l'ensemble des services pouvait avoir accès au dossier d'un patient. Cette situation décriée par les praticiens, a été l'occasion d'amorcer une discussion sur le partage de l'information et a permis d'adopter une solution, qui tout en préservant au mieux le secret médical, permet lorsque cela est nécessaire, d'étendre la consultation du dossier à d'autres services que le service d'accueil. Ainsi lorsqu'un patient doit recevoir des soins en dehors de son service d'origine, dans le cadre de l'intersectorialité par exemple, le service qui reçoit le patient contacte le service pour demander l'ouverture des droits d'accès au dossier.

Un logiciel simple à utiliser, mais qu'il faut faire évoluer

Au final, les utilisateurs du logiciel sont assez satisfaits, car face aux difficultés rencontrées la réactivité du fournisseur a toujours été de bonne qualité, ce qui a permis de faire évoluer et d'adapter assez rapidement le produit aux besoins des utilisateurs et aux contraintes du PMSI. D'autre part, installé sous un environnement Windows, il est assez simple d'utilisation et très convivial.

Des améliorations pourraient encore être apportées pour faciliter la saisie de certaines données, d'autre part l'installation de modalités de contrôle détectant des incohérences de saisie, sur les dates notamment, pourraient éviter de nombreux rejets lors du groupage.

Enfin, des problèmes techniques persistent notamment au niveau du chaînage des informations.

Le choix du logiciel de saisie au Centre Hospitalier de Niort, et sa mise en oeuvre montrent que même dans un contexte plutôt défavorable, un projet peut être conduit à son terme, à condition d'être réellement à l'écoute des personnes directement concernées par sa mise en oeuvre, en engageant une démarche largement participative.

B) Une organisation interne originale mais qui doit être confortée

En dehors des outils techniques, la conduite d'un projet repose également sur la qualité de l'organisation choisie par l'établissement. Le Centre Hospitalier, ayant opté, dès le départ, pour une démarche de type participatif, les responsables du projet n'ont pas souhaité imposer une organisation particulière aux services. Chaque secteur a pu choisir le mode d'organisation qui lui convenait le mieux. Comme l'établissement a opté pour une saisie décentralisée, l'organisation mise en place dans les services prenait une importance toute particulière. Compte tenu de ce choix, il n'était pas question de laisser les services livrés à eux-mêmes, car faute de connaissances techniques suffisantes sur le PMSI, la mise en oeuvre pouvait s'avérer particulièrement difficile. Face à ces différents paramètres, il a été proposé aux services, pour tout le temps de l'expérimentation une aide technique de proximité. L'expérience montrera que l'aide apportée a été bien au-delà d'un simple soutien technique, et que cette démarche a largement contribué au bon déroulement de l'expérimentation.

a) Une organisation décentralisée qui a fait le pari de la proximité

Les raisons du choix d'une organisation décentralisée

Pour le PMSI MCO, l'établissement a opté pour une saisie centralisée des diagnostics et des actes réalisés aux blocs, qui présente deux avantages essentiels : une meilleure

qualité de saisie, et donc des contrôles allégés et un coût d'installation plus réduit. En psychiatrie, les items étant renseignés chaque semaine, les responsables du projet ont préféré, en accord avec les médecins, s'orienter vers une saisie de type décentralisée. La saisie s'effectue au niveau du secrétariat de chaque secteur. Cette organisation atténue les risques liés à une saisie décentralisée réalisée par plusieurs intervenants.

Malgré la participation de nombreux professionnels à la mise en place de l'expérimentation, l'adhésion au projet était loin d'être acquise. Des services ayant participé à des expériences précédentes étaient fortement découragés car ils n'avaient pas eu de retour d'information suite au travail fourni. Des personnes très motivées par la réflexion qui avait été conduite jusque là étaient parties. De façon générale, le PMSI ne constituait pas vraiment la préoccupation première des services qui vivaient ce nouvel outil plus comme une menace et une surcharge de travail. La mise en place d'une saisie au plus près des utilisateurs a rendu l'outil plus visible, et a obligé les différents acteurs à s'impliquer beaucoup plus dans la démarche.

En effet, dans le cadre de l'organisation retenue à Niort, la saisie est confiée aux secrétariats médicaux. Dans ce contexte, ni le personnel médical, ni les soignants n'ont intérêt à ce que les secrétaires passent beaucoup plus de temps que nécessaire à la saisie au risque, sinon, de désorganiser l'ensemble du service.

De plus, à l'intérieur même du service, les différents groupes professionnels ont dû se mettre d'accord sur la meilleure organisation possible, ce qui a favorisé les échanges autour du PMSI et a facilité l'appropriation de l'outil.

L'objectif du groupe projet était donc de faciliter l'implantation du PMSI dans l'hôpital en responsabilisant les services et en les impliquant le plus possible dans la démarche. Ce choix n'a pu se concrétiser que parce que l'établissement a décidé de mettre les moyens, notamment techniques, à disposition des services (renouvellement du matériel informatique, installation de postes supplémentaires...)

Pour limiter les risques d'échec, le DIM a décidé d'apporter aux services une aide de proximité, ce qui permettait également aux responsables du projet, d'avoir une meilleure connaissance des difficultés rencontrées par les services, et de pouvoir y répondre plus rapidement.

La proximité du DIM : la clé d'une réussite

Les moyens supplémentaires, alloués par le ministère, pour le développement du PMSI dans l'établissement, ont permis à ce dernier d'affecter un poste de secrétariat médical supplémentaire au niveau du DIM. Le poste a été confié à une secrétaire médicale travaillant déjà dans ce service, et ayant donc une très bonne connaissance du PMSI MCO. Deux solutions étaient alors envisageables : soit la secrétaire restait au sein du DIM et aidait les services ponctuellement, au fur et à mesure des besoins, soit elle se

déplaçait dans les services afin d'apporter un véritable soutien tant technique qu'organisationnel.

Compte tenu du contexte, le DIM a préféré proposer aux services que cette personne puisse passer le plus de temps possible sur le terrain afin d'épauler les secrétariats et les équipes. Le risque toutefois était que cette présence soit vécue comme un contrôle de la direction de l'établissement, dans les services. De plus, l'accès à des données confidentielles sur les patients, par une personne extérieure au service, pouvait poser des problèmes. Cette observation a été souvent soulevée par des médecins psychiatres dans des articles relatifs au respect du secret médical²³.

Face au travail que représentait le rattrapage de saisie, la secrétaire a d'abord proposé aux services de les aider à combler ce retard, et de prendre en charge, dans certains cas, la saisie de l'activité externe. Ainsi, les services se sont progressivement habitués à sa présence, ce qui a limité les problèmes d'accès aux dossiers sauf dans un secteur. Afin de rendre sa démarche plus formelle, elle a, en coopération avec les différents secteurs, établi un planning de façon à ce que sa venue soit régulière, et ne perturbe pas le fonctionnement des services. Ces derniers étaient ainsi certains d'avoir quelqu'un qui pourrait les aider régulièrement, tant au niveau de la saisie, que pour résoudre des problèmes techniques.

En dehors de cette fonction, elle a joué un rôle pédagogique fondamental, prenant le temps de réexpliquer aux équipes de soins, la manière dont il fallait remplir les feuilles. Elle a également pu apporter un soutien organisationnel. En effet, chaque service était libre de choisir l'organisation qu'il souhaitait. Le problème majeur pour les secrétariats était de trouver des moyens de s'assurer, que pour l'ensemble des patients vus dans le secteur une feuille PMSI était remplie. Les secrétariats en psychiatrie ne disposent pas toujours de la liste des patients reçus par les praticiens, de plus comme il n'y a pas de système de facturation, il n'y a pas de contrôle possible par rapport aux données de facturation. Cette situation rend difficile la récupération des données administratives et sociales des patients. L'autre problème est d'assurer la récupération de toute l'activité externe CATTP, CMPP, hôpitaux de jour. Comme on le constate, la spécificité de la psychiatrie rend particulièrement difficile l'organisation de la saisie dans les établissements.

Enfin, après avoir constaté que certains services avaient réussi à trouver une organisation pertinente, qui pourrait, pour partie, être réutilisée dans d'autres secteurs, elle a proposé aux différentes secrétaires de se réunir une fois par mois, afin de partager leur

expérience. Cette démarche, très appréciée a eu plusieurs avantages. Tout d'abord, cela a permis aux personnes des différents services de faire connaissance, ce qui participe à l'amélioration des relations professionnelles, et facilite la circulation de l'information. Ensuite, chacun peut ainsi tirer profit de l'expériences des autres, enfin c'est l'occasion d'aborder régulièrement et de façon plus approfondie des points qui peuvent poser problème où qui ont été mal compris.

Cette personne a établi un lien privilégié entre le DIM et les services, ce qui a permis d'apporter des solutions rapides chaque fois que cela a été possible.

Au final, on peut dire que cette expérience est très bénéfique pour l'établissement de façon générale et qu'elle est très appréciée par l'ensemble des professionnels. Il est évident que cette initiative a largement contribué au bon déroulement de l'expérimentation. Cette initiative pourrait être réutilisée dans le cadre de la mise en oeuvre d'autres projets. Même si au premier abord elle peut sembler consommatrice de moyens, il s'agit là d'une solution qui facilite l'acceptation des changements et permet de gagner du temps.

Malgré tout, certains dysfonctionnements persistent, ce qui pourrait nuire à la qualité du recueil des données.

b) Des dysfonctionnements qui nuisent à la qualité de la démarche

Des organisations très disparates en fonction des secteurs

Malgré les efforts réalisés par la secrétaire du DIM, les organisations restent très différentes d'un service à l'autre. Il est souvent difficile pour les secrétariats d'imposer un mode de fonctionnement dans un service même si celui-ci a fait ses preuves ailleurs. En fait, on constate que les secrétariats disposent d'une marge de manoeuvre toute relative en terme d'organisation. Il est dommage que l'arrivée du PMSI n'ait pas suscité une réflexion plus globale, afin d'harmoniser les pratiques, voire de mener une réflexion plus large sur la circulation de l'information.

Si la circulation de l'information n'est pas facile à l'intérieur d'un service, ce qui s'explique par la diversité des prises en charge, le nombre important des intervenants et la pluridisciplinarité des équipes, il semble que la communication globale sur le projet au niveau de l'ensemble de l'établissement fasse également défaut.

²³ HEROLD M., JACOT J., MACHEIX A., *La confidentialité en psychiatrie est remise en cause*[en ligne]. Avril 2003 [Visité le 12 juin 2003]. Disponible sur Internet : <http://www.psy-desir.com/site/article.php?id_article=124>

Une communication insuffisante

Comme nous l'avons vu, la mise en oeuvre d'une démarche projet doit respecter un certain nombre de règles pour aboutir. Si le Centre Hospitalier a été très attentif à favoriser une démarche participative, afin de fédérer le plus grand nombre de personnes, et a mis les moyens techniques et humains nécessaires à disposition des services, il semble toutefois qu'en terme de communication et d'information le dispositif ne soit pas suffisant.

En effet, les entretiens avec les équipes de soins, ont révélé une opposition assez forte face au projet. Les équipes estiment que le PMSI constitue une surcharge de travail importante, alors qu'après réflexion, elles s'accordent pour dire, qu'au final, les informations à inscrire sur la feuille de saisie ne prennent que peu de temps sauf lors de l'admission du patient. De plus la cotation de la dépendance sur l'échelle ADL est parfois l'occasion d'engager une discussion plus approfondie sur certains patients dès lors que cette feuille est remplie au cours de réunion d'équipe, ce qui rend en plus le travail moins fastidieux.

Au-delà de cet aspect, lié au temps et au côté rébarbatif de la démarche, notamment lorsque c'est la même personne qui remplit l'ensemble des feuilles de la semaine, le refus de l'outil est souvent dû au fait que les soignants ne savent pas à quoi ce travail peut leur servir. Malgré une information, qui a été réalisée par les cadres référents auprès des équipes, ces dernières n'ont qu'une vague idée de la finalité du PMSI. Les feuilles sont remplies parce qu'on leur a demandé de les remplir et la méconnaissance de la démarche globale rend difficile l'implication des soignants, ce qui peut nuire à la qualité du recueil d'information.

Le groupe projet ne s'est pas assuré de la bonne transmission de l'information et surtout de sa bonne compréhension. Le PMSI est un outil complexe, qui change les pratiques des professionnels. De ce fait, il est tout à fait normal que sa mise en oeuvre nécessite une information/formation régulière des services. D'autre part, contrairement à ce qui s'était fait pour le PMSI MCO, il n'y a pas de communication institutionnelle autour du projet et de l'avancée des travaux au niveau national. Ainsi, les services se sentent un peu isolés, et ont l'impression d'être avec le DIM, les seuls concernés par l'expérimentation. Une communication plus large sur ce thème, dans le journal de l'établissement par exemple, ne serait-ce que pour rappeler que l'établissement est engagé dans cette expérimentation, permettrait de rompre ce sentiment d'isolement, et surtout de montrer et donc de valoriser, le travail réalisé dans ces secteurs.

La communication est un outil privilégié dans une institution et il ne faut surtout pas la négliger, même si on a l'impression que les choses se déroulent plutôt bien.

Après six mois effectifs d'expérimentation, on constate que le centre Hospitalier de Niort a su mettre en oeuvre les moyens nécessaires pour atteindre l'objectif qu'il s'était fixé. Toutefois cela ne doit pas faire oublier les difficultés qui subsistent, tant au niveau technique, qu'au niveau de l'acceptation du PMSI par les professionnels. Aujourd'hui, le bon déroulement de l'expérience permet d'obtenir les premiers résultats issus du PMSI et de fournir des exemples d'analyses que l'on peut réaliser à partir de ces données. Il s'agit là d'un moment particulièrement important, et l'on peut espérer que ces premiers résultats iront dans le sens d'une meilleure acceptation de l'outil. Mais il faudra pour cela, que l'établissement soit particulièrement attentif aux besoins des services, pour travailler avec eux à l'amélioration du traitement de ces données. Ce travail constitue, sans aucun doute, un gage de pérennité pour la suite du processus.

En conclusion, il apparaît que l'expérimentation du PMSI psychiatrie est source de changements pour les différents acteurs hospitaliers. Or dans des structures aussi complexes que les hôpitaux, la modification des modes de fonctionnement, est une entreprise souvent difficile à conduire, qui nécessitera pour sa réalisation un investissement important, tant au niveau national que local.

Pour mener à bien cette démarche, le ministère a décidé de mettre à disposition des établissements des moyens financiers et matériels, toutefois ces derniers ne permettront pas eux seuls d'atteindre les objectifs fixés. En effet, la mise en place de l'expérimentation, comme toute introduction de changement doit s'inscrire dans la logique d'une démarche projet où le soutien technique et la communication doivent jouer un rôle prépondérant. Or, il semble que sur ce dernier point, le ministère doive renforcer ses efforts, afin de faciliter l'implantation du PMSI dans les établissements, qui se sentent parfois isolés dans cette démarche, d'autant que nombre de professionnels restent opposés à l'implantation d'un outil d'évaluation médico-économique en psychiatrie.

Doter d'un certain nombre d'atouts pour mener à bien cette expérimentation, le Centre Hospitalier de Niort, a décidé de participer à ce projet au titre des établissements volontaires. Toutefois, le contexte était loin d'être apaisé, car si la décision a fait l'objet d'un consensus entre le corps médical et la direction de l'établissement, des médecins restait dubitatifs voir opposés à l'introduction de cet outil. Si au final, l'expérimentation c'est assez bien déroulée, c'est parce qu'elle a été menée dans le cadre d'une démarche très participative dans laquelle le DIM a joué un rôle essentiel. Toutefois, le développement du PMSI en psychiatrie a posé des difficultés tant techniques qu'organisationnelles, et pour lesquelles des solutions restent encore à trouver, afin de ne pas compromettre à terme l'implantation définitive du PMSI. Aujourd'hui, alors que l'utilisation du PMSI, se fait presque en routine, le DIM a pu renvoyer aux services les

premières données issues de ce dernier. Il s'agit maintenant de voir dans quelles conditions ces premières données peuvent être exploitées en interne, sans attendre la fin de l'expérimentation qui a été reportée à 2005. En effet, en l'absence d'une telle réflexion les équipes, faute de résultats concrets, risquent de se décourager. Or l'expérimentation repose avant tout sur leur engagement et leur persévérance.

3 LES PERSPECTIVES D'UTILISATION DU PMSI PSYCHIATRIE

Le PMSI, en psychiatrie, est expérimenté dans quatre régions pilotes et 112 établissements volontaires depuis le mois de juin 2002. Cela fait aujourd'hui plus d'un an que ces établissements recueillent des informations, afin de tester la possibilité de mettre en place un outil de régulation médico-économique en psychiatrie. Cette expérimentation de dix huit mois devrait donc s'achever à la fin de l'année 2003.

Compte tenu du retard pris par l'expérimentation, dû pour l'essentiel à des problèmes d'informatisation, le ministère n'a commencé à recevoir les premières données des établissements, pour le dernier semestre 2002, qu'à partir du mois de juin 2003. En effet, en dehors de l'arrivée tardive du logiciel de saisie, des problèmes d'ordre techniques ont retardé l'entrée des sites dans l'expérimentation. Ainsi, les établissements ont eu des difficultés à trouver des outils informatiques pertinents car les sociétés informatiques ont montré peu d'intérêt à développer des logiciels dans le cadre de l'expérimentation. De plus, les petits établissements, notamment PSPH et cliniques, ne disposaient pas de système d'information, ni des compétences internes en matière d'information médicalisée. Enfin, certains Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS), ont profité de l'expérimentation du PMSI pour définir le système d'information de leur établissement, ce qui leur a pris du temps de conception et de mise en oeuvre.

Malgré ces difficultés, seulement 19 établissements ont quitté l'expérimentation ou n'y sont pas entrés. Les raisons invoquées sont très majoritairement liées au temps nécessaire à la mise en place d'un système d'information et beaucoup plus rarement le manque de personnels médical. Les premiers traitements semblent montrer une bonne exhaustivité des données, ce qui est encourageant pour la suite de l'expérimentation. Ces résultats permettront de faire le point quant à la possibilité de généraliser le PMSI

psychiatrie à tous les établissements, et de l'utiliser à des fins budgétaires, à partir de 2007.

Enfin, le recueil de ces données sera l'occasion de voir s'il est possible d'établir une base de données suffisamment enrichie, pour poursuivre le travail sur les trajectoires de soins, qui semble constituer une des meilleures perspectives de développement d'un outil médico-économique en psychiatrie. En effet, cette solution paraît plus adaptée à l'activité de psychiatrie, et suscitera peut-être chez les professionnels plus d'intérêt que l'outil qui est actuellement proposé.

Au niveau des établissements, ces premiers résultats sont également l'occasion de faire le point sur l'expérimentation, de voir les difficultés qui subsistent et surtout de montrer aux professionnels les premiers résultats obtenus à l'issue du premier groupage. C'est notamment le moment pour les établissements d'entreprendre une réflexion sur l'utilisation du PMSI psychiatrie en interne. Il s'agit, compte tenu de la perspective lointaine de l'utilisation du PMSI à des fins budgétaires, de travailler plus particulièrement sur l'aspect épidémiologique et sur une meilleure connaissance de l'activité. En effet, le premier intérêt pour les services sera d'obtenir des données sur les patients, qui n'étaient pas ou peu disponibles avant l'arrivée du PMSI. Il sera donc important d'impliquer le plus possible les services dans cette démarche, afin qu'une réelle discussion s'instaure sur leurs besoins d'information. Par ailleurs, il s'agira de mener une réflexion au niveau de l'établissement, pour voir dans quelle mesure ces informations peuvent être utilisées en terme de gestion interne.

3.1 Les perspectives d'utilisation du PMSI psychiatrie au niveau national

Au niveau national l'expérimentation est plutôt une réussite, puisque relativement peu d'établissement n'y sont pas entrés par rapport au nombre initialement prévu. Ce ne sont cependant que des analyses poussées sur la qualité des données qui permettront de porter une réelle évaluation.

3.1.1 Les renseignements obtenus à l'issue du premier retour de données

A) La pertinence des informations recueillies

a) *Exhaustivité et qualité des données*

Plus de 200 établissements sont engagés dans l'expérimentation, et plus de 110 d'entre eux ont actuellement renvoyé leurs bases de données 2002. Environ 50 établissements n'ont démarré le recueil qu'en 2003 et 15 démarreront en 2004.

b) *Les difficultés rencontrées*

Le retard dans le retour des données est dû à deux raisons principales.

La difficulté d'adapter les systèmes d'information

Ce retard, s'explique tout d'abord par les difficultés que les établissements ont rencontrées dans la mise en oeuvre ou l'adaptation des systèmes d'information. En effet, dans les établissements hospitaliers, les systèmes d'information sont des structures complexes, qui gèrent de nombreuses applications. Souvent, ces applicatifs se sont développés de façon anarchique, ce qui complexifie le système d'information et rend problématique l'intégration de nouveaux logiciels. La mise en place du fichier commun de structure a permis de rendre cet ensemble plus cohérent, toutefois la persistance de nombreux interfaces pose souvent des problèmes dans la récupération des données. Les établissements ont également une problématique importante à régler, qui concerne la préservation du secret médical. Ce problème a souvent été mis en avant par les médecins psychiatres, qui seront particulièrement attentifs à un strict respect des droits des patients dans ce domaine.

Pour l'ensemble des sites participant à l'expérimentation, ce premier retour de données a nécessité un certain nombre d'ajustements au niveau des logiciels et de nombreux contrôles pour vérifier la qualité des données. Le contrôle qualité est très important, notamment dans le cadre d'une saisie décentralisée.

B) Les points qui pourraient être améliorés

Les améliorations qui pourraient être menées au niveau national concernent les modalités de déroulement de l'expérimentation, en vue de la généralisation du PMSI, mais aussi des aspects plus techniques qui nécessitent une réflexion plus globale. Cela pourrait concerner notamment la mise en adéquation des informations demandées aux établissements, dans le cadre des Statistiques Annuelles des Etablissements de santé (SAE), du PMSI et des rapports de secteurs.

a) *Favoriser la circulation de l'information entre les différents acteurs*

Les difficultés rencontrées par les établissements ont également des causes externes liées à la mise en oeuvre de l'expérimentation. Il semble notamment que les changements d'organisation, qui se sont produits au niveau de la mission PMSI, ont perturbé la communication entre les établissements et l'ATIH, nouvelle structure intégrant la mission PMSI. De ce fait, ces derniers ont parfois des difficultés à régler certains problèmes techniques. Il serait donc important d'une part, de pouvoir améliorer la communication entre l'ATIH et les établissements d'une part, mais aussi d'autre part d'assurer une information régulière sur l'évolution de l'expérimentation, et les travaux des différents groupes de travail, d'autre part.

Dans la perspective de la généralisation du PMSI, il serait intéressant d'envisager la création de structures régionales, permettant aux établissements de se retrouver pour échanger sur les difficultés de la mise en oeuvre de l'expérimentation et profiter éventuellement de l'expérience des autres centres hospitaliers qui, dans la région, auraient participé à l'expérimentation. Il pourrait s'agir de l'intégration du volet PMSI psychiatrie dans les Comité Technique Régional de l'Information Médicale (COTRIM) déjà existant au sein de chaque région.

b) *Simplifier le travail des établissements*

Les établissements hospitaliers sont tenus de fournir à la tutelle différentes informations sur leur activité, et sur leurs dépenses, à travers notamment la SAE, le PMSI MCO et SSR et les rapports annuels d'activité pour la psychiatrie. A ces différents éléments, viendra s'ajouter lors de sa généralisation, le PMSI psychiatrie. Pour répondre à ces différents impératifs, les établissements utilisent des indicateurs identiques, mais qui n'ont pas forcément la même signification selon les différents documents. Cette situation complexifie le travail des établissements et peut entraîner des confusions, lorsque l'on procède à l'analyse de l'activité en interne.

Si l'on prend l'exemple des entrées pour la SAE, on ne comptabilise que les entrées pour l'hospitalisation complète, l'hospitalisation de semaine. Pour les entrées, on utilise deux concepts qui sont les entrées directes et les entrées totales. Pour le PMSI psychiatrie, quatre concepts sont retenus : les entrées par retour de sortie temporaire, les entrées par mutations, les entrées par transferts et les entrées directes. La notion d'entrée directe pour la SAE est différente de celle du PMSI. Pour la SAE, l'entrée traduit l'admission d'un patient dans un des quatre grands groupes de discipline (MCO, psychiatrie, SSR, soins de longue durée). Notons également que les entrées par mutation du PMSI psychiatrie sont différentes de celles comptabilisées comme telles dans la SAE. Ainsi pour un patient

qui va d'une unité médicale temps complet médecine, vers une unité temps complet psychiatrie, on aura une entrée par mutation dans le PMSI et une entrée directe dans la SAE. De même, les indicateurs comme le nombre de journées, de venues, de séances peuvent être source de confusion et interdisent toutes comparaisons entre les données issues du PMSI, de la SAE et des rapports d'activité.

Il serait donc intéressant, comme l'a entrepris un groupe de travail du ministère, de réfléchir à une harmonisation de l'ensemble de ces données, afin de simplifier le travail des établissements et de limiter les sources d'information, car leur multiplication rend complexe les tentatives de comparaison.

3.1.2 Les perspectives d'utilisation du PMSI en psychiatrie

Les premiers résultats obtenus vont permettre de faire le point sur les difficultés rencontrées, d'envisager la poursuite de la démarche et la généralisation du PMSI psychiatrie. Au-delà des résultats de l'expérimentation elle-même, les pouvoirs publics devront également tenir compte du contexte général dans lequel évoluent les établissements, pour éventuellement étendre le PMSI psychiatrie à l'ensemble des structures. D'autres projets en cours de réalisation, comme la Tarification à l'Activité (TAA) ou encore la mise en place de la Réduction du Temps de Travail (RTT) risquent de poser de nombreuses difficultés aux établissements, qui seront peu disponibles pour développer un outil aussi complexe que le PMSI.

A) Le point sur les perspectives de généralisation du PMSI en psychiatrie

a) *La suite de l'expérimentation*

Le devenir du PMSI en psychiatrie

Aujourd'hui, et contrairement à ce que peuvent penser certains médecins psychiatres, la poursuite des travaux sur le PMSI psychiatrie reste d'actualité. Mais il est vrai que l'expérimentation a pris du retard, et que l'absence de communication régulière à ce sujet, a pu laisser croire que le PMSI psychiatrie ne verrait pas le jour dans les établissements. Compte tenu des difficultés techniques rencontrées par les établissements, mais également au niveau du ministère, sur le logiciel de groupage par exemple, l'expérimentation a été prolongée jusqu'à la fin de l'année 2004. Cette période permettra de continuer le recueil des données, mais aussi d'apporter les modifications nécessaires à une meilleure prise en compte de l'activité. Ces modifications sont apportées à partir

des difficultés signalées par les établissements d'une part, mais également à partir des analyses faites sur le premier retour de données.

Par contre, il semble difficile de dire pour le moment s'il est toujours envisageable de prévoir une utilisation du PMSI psychiatrie à des fins budgétaires en 2007.

Le ministère a constitué des groupes d'experts qui travaillent à la poursuite de la démarche

Pour soutenir l'expérimentation, et afin d'envisager la généralisation du PMSI dans les meilleures conditions possibles, l'ATIH a mis en place trois groupes de travail chargés de faire le point sur la qualité des données, de réfléchir à l'évolution de la classification et d'élaborer une échelle de pondération des groupes homogènes.

Tester la classification par GHJ

Il est important, avant d'envisager la généralisation du PMSI, de s'assurer de la pertinence de la classification par GHJ. Il est donc prévu d'effectuer un recueil d'actes directs, sur 15 jours à la fin de l'année, dans l'ensemble des établissements qui participent à l'expérimentation. Des modifications ont déjà été apportées par rapport aux hypothèses de 1997-1998, ainsi, le temps de réunion d'élaboration et de suivi des projets de soins sera intégré dans le recueil. De même, la pertinence de l'item "chambre d'isolement" et des items propres aux patients de 19 ans et moins sera vérifiée.

Améliorer la qualité des données

Ce groupe a travaillé sur l'amélioration des consignes de recueil et sur l'évolution du guide méthodologique. Il est en effet très important, que les différents partenaires puissent disposer de méthodes identiques pour recueillir l'information dans les services. L'homogénéité des pratiques est une garantie de la qualité. D'autre part, le groupe est également chargé d'élaborer un recueil sur la charge de travail et son organisation. Ces informations sont indispensables pour préparer au mieux la généralisation du PMSI. Les pouvoirs publics devront être à même d'expliquer aux établissements ce que la mise en oeuvre du PMSI peut mobiliser comme moyens humains et matériels. De plus, il semblerait intéressant, pour faciliter l'acceptation de ce projet, qu'au vu des différentes expériences menées dans les établissements pilotes, l'ATIH puisse proposer quelques exemples d'organisation pouvant être mis en oeuvre pour faciliter l'implantation du PMSI dans les établissements.

Définir une échelle de pondération des GHJ

L'objectif de ce groupe de travail est de définir une échelle de pondération, à partir du recueil d'actes directs qui sera effectué à la fin de l'année. Il s'agit d'améliorer la prise en

compte du poids des actes dans l'évaluation des soins dispensés aux patients. Pour cela, un recueil de type financier sera adressé aux établissements en plus du recueil des actes directs.

b) L'utilisation du PMSI au-delà d'une perspective médico-économique

Le PMSI a été élaboré, à la demande des pouvoirs publics, dans la perspective d'une régulation médico-économique du système de santé. Si l'on reprend l'exemple de l'activité MCO, on constate que l'utilisation du PMSI à des fins budgétaires n'est intervenue qu'en 1997, soit six ans après le début de l'expérimentation. On peut supposer qu'un délai à peu près équivalent sera nécessaire en psychiatrie, avant d'envisager l'utilisation du PMSI pour répartir les budgets entre les établissements, et donc essayer de réduire les inégalités entre les régions et les structures hospitalières.

Dans l'attente de la concrétisation de cet objectif, il serait intéressant de réfléchir à d'autres possibilités d'utilisation de cet outil, qui permet notamment d'améliorer la connaissance que l'on a de l'activité en psychiatrie, des populations accueillies et des pratiques professionnelles. Compte tenu de ces apports, plusieurs pistes de réflexions peuvent être envisagées comme utiliser des résultats pour aider à l'amélioration de la qualité, développer une connaissance épidémiologique, ou encore travailler sur la répartition des moyens en psychiatrie.

La qualité

Le PMSI pourrait constituer un instrument d'aide à la démarche qualité dans les établissements. En effet, les données recueillies pourraient donner lieu à des comparaisons entre les différents centres hospitaliers, à l'intérieur d'une même structure, ou entre plusieurs services. Ces comparaisons pourraient favoriser une réflexion entre les différents professionnels, sur l'adoption des bonnes pratiques. Le PMSI pourrait être utilisé en complément des recommandations de l'Agence Nationale d'Évaluation en Santé (ANAES), par exemple pour faire le point sur le recours à la chambre d'isolement. L'analyse attentive du chapitre concernant les présences du patient, est également un moyen de s'assurer que les droits des patients sont bien respectés, et peut être est-ce l'occasion de mener un travail commun sur l'utilisation des différents modes de sortie, au sein des établissements.

L'épidémiologie

Actuellement il existe peu de données épidémiologiques précises en psychiatrie. A ce déficit, s'ajoute l'absence de données socio-économiques sur les personnes accueillies. Or, en psychiatrie, l'environnement social joue un rôle important dans la réussite d'une prise en charge. Le PMSI, même s'il n'a pas été conçu initialement pour ça, pourrait

fournir une base de données épidémiologiques intéressante et beaucoup plus riche que celles issues du PMSI MCO ou SSR.

En effet, les informations recueillies dans le cadre du PMSI-psychiatrie vont bien au-delà de celles nécessaires à une analyse médico-économique. Le PMSI permet notamment de repérer un certain nombre de caractéristiques socio-démographiques (la situation matrimoniale, les ressources principales, le mode de vie, le lieu d'origine...). De plus, c'est l'occasion de faire un premier recensement des différentes pathologies, même si la classification, aujourd'hui, ne satisfait pas l'ensemble des praticiens. La base obtenue à partir du PMSI-psychiatrie est donc particulièrement riche ce qui permet d'envisager son utilisation dans le cadre d'une approche épidémiologique.

Toutefois cette perspectives d'utilisation connaît certaines limites liées à la définition des items ce qui nécessitera de mener une réflexion au niveau nationale pour déterminer précisément les critères à retenir. Par exemple, on peut se demander quel RIS devra être pris en compte dans la mesure ou il est renouvelé toutes les semaines, ou quel diagnostic devra être utilisé, le diagnostic principal ou le diagnostic longitudinal. Ce dernier est certes plus intéressant car représentatif de la pathologie du patient au long cours, mais on constate qu'il n'est pas systématiquement renseigné. Enfin la base est très évolutive surtout en période d'expérimentation car des critères sont régulièrement modifiés, ce qui peut ensuite poser des problèmes en terme de comparaison.

La répartition des moyens

Le PMSI n'est pas un outil qui permet de mesurer la charge de travail des équipes de soins. Toutefois, il peut, à travers des éléments comme l'EGF ou l'ADL donner des indications sur la lourdeur des cas traités. Or, en fonction de cette lourdeur, la mobilisation des personnels ne sera pas la même. Ainsi, une personne qui n'est pas autonome va mobiliser plus de personnel à certains moments de la journée qu'une personne valide. En analysant les scores des patients sur l'EGF ou sur l'ADL, cela permet de dire si les prises en charge sont plus ou moins lourdes, et de voir par rapport à une répartition moyenne de personnel, si la dotation en personnel est, ou non, comparable à la moyenne. Il est vrai que cette analyse reste sommaire et qu'elle doit être complétée par d'autres éléments d'observation, (particularités de la structure d'accueil, organisation des services, moyens techniques disponibles) toutefois cela peut constituer un premier pas vers une meilleure répartition des moyens, notamment au sein d'un établissement.

- B) Les trajectoires de soins, un mode de mesure de l'activité qui, à terme, peut se révéler plus pertinent.

La recherche d'un outil médico-économique en psychiatrie s'est appuyée sur deux hypothèses. La première repose, comme nous l'avons vu, sur un schéma proche de celui

utilisé pour l'activité SSR, complété d'une prise en compte des actes pour l'activité ambulatoire, et des actions à destination de la communauté. La seconde étudie les trajectoires du patient, c'est à dire qu'elle appréhende la prise en charge du patient de façon globale. Cette deuxième hypothèse semble plus apte à traduire la réalité de l'activité de psychiatrie, puisqu'elle s'inscrit dans une vision longitudinale des soins, ce qui signifie qu'elle établit un lien entre le patient, et les différents contacts qu'il peut avoir avec le système de soin.

a) *Présentation de l'hypothèse*

Les travaux menés sur les trajectoires de soins partent de l'hypothèse suivante : *“Le poids économique d'une prise en charge thérapeutique considérée dans sa globalité sur un an, voire sur plusieurs années est “prédictible” par les caractéristiques sociales, médicales du patient – y compris les consommations de soins antérieures – et par les caractéristiques des structures qui accueillent ce patient”.*

Les premiers résultats sont intéressants, car ils montrent la possibilité d'envisager une analyse de l'activité sur les bases des trajectoires de soins. Toutefois le système d'analyse reste imparfait, notamment parce que la base utilisée est peu appropriée et déjà ancienne. La mise en place du PMSI permettra d'obtenir une base plus complète intégrant notamment des données médico-sociales. Cette nouvelle base sera l'occasion d'améliorer et de valider cet outil.

b) *Les perspectives d'utilisation*

Comme l'analyse des groupes homogènes de journées, les trajectoires de soins ont aussi une vocation médico-économique. Toutefois, là aussi, d'autres utilisations sont peut-être envisageables en fonction des résultats qui seront obtenus.

Amélioration de la connaissance sur le parcours des patients

Tout d'abord, le travail sur les trajectoires de soins pourrait permettre de prendre en compte la totalité des soins effectués pour un même patient. En effet, avec le chaînage des informations, c'est la première fois que l'on pourrait avoir une vision globale sur la prise en charge d'un patient, et établir un coût global par rapport à cette prise en charge. C'est-à-dire que l'on pourrait prendre en compte les soins dispensés dans le secteur de référence du patient et ceux dispensés dans un autre secteur. Mais l'absence de sectorisation dans le secteur privé limite cette perspective.

Toutefois, la base apporte un enrichissement des connaissances épidémiologiques car elle permet de recenser l'activité de toutes les structures à la fois publiques, privées et PSPH.

Une aide à la planification

Cette analyse globale pourrait alors constituer une aide précieuse en terme de planification sanitaire. En effet la planification de l'offre de soins est réalisée à partir d'outils quantitatifs, déterminant le taux d'équipement d'une zone géographique en fonction du nombre d'habitants, sur la base d'indices populationnels déterminés au niveau national. Même si des éléments plus qualitatifs ont été introduits, la prise en compte des caractéristiques des populations des différents bassins reste insuffisante, et pourrait être amélioré par les informations obtenues grâce à une analyse de l'activité faite sur la base des trajectoires de soins. Effectivement, cela donnerait, pour un ensemble de secteurs de psychiatrie, une idée de la consommation probable de soins par patient, ce qui permettrait d'envisager une véritable complémentarité entre ces deux secteurs, et à terme d'éviter une surabondance de l'offre de soins, dans certains secteurs, et des déficits importants ailleurs comme cela peut être le cas aujourd'hui.

Au final même si l'expérimentation a pris du retard, il semble que globalement elle se soit bien déroulée, puisque très peu d'établissements ont abandonné la démarche. L'exhaustivité et la qualité des données semblent être assez bonnes, toutefois, il faudra attendre d'avoir terminé l'exploitation de la base pour confirmer cette première impression. Malgré tout, des difficultés persistent, et les pouvoirs publics devront notamment améliorer la communication avec les établissements et simplifier leur travail afin de faciliter la poursuite de la démarche. Quant à l'étude portant sur les trajectoires de soins, il semble que cette approche soit réellement plus adaptée à la prise en charge psychiatrique.

Mais la pérennité de la démarche passe également par une utilisation rapide des données avant même leur exploitation médico-économique. Des perspectives semblent se dégager et ces données pourraient être utilisées pour améliorer la connaissance de l'activité et des pratiques. Ces possibilités d'utilisation semblent toutefois plus nombreuses dans les établissements où le PMSI pourrait constituer un outil de gestion interne.

3.2 Les perspectives d'utilisation du PMSI psychiatrique au Centre Hospitalier de Niort

Le premier bilan de l'expérimentation du PMSI psychiatrie au Centre Hospitalier de Niort, est plutôt positif. L'ensemble des services qui couvrent les 3 secteurs de psychiatrie, et le secteur de pédopsychiatrie, ainsi que les services intersectoriels ont participé à la démarche. Pour l'ensemble des services, le DIM a pu extraire des données pour 2002, à l'exception des activités intersectorielles, qui n'ont commencé à saisir des informations qu'à partir du mois de janvier 2003.

Un premier retour de données, sous forme de tableaux et de cartes, a été effectué auprès des services, et donne lieu à de nombreux échanges avec le DIM, afin d'en vérifier la qualité et la pertinence. De plus, une réflexion est menée à cette occasion sur les besoins des services en terme d'information. Si les résultats obtenus ne font pas l'unanimité auprès des médecins, cette nouvelle source d'information semble plutôt appréciée, même s'il reste un certain nombre d'éléments à corriger, en terme de qualité et d'exhaustivité.

Ces premiers résultats permettent aux services de se rendre compte de l'intérêt du travail réalisé depuis un an, mais les professionnels restent très interrogatifs, quant au devenir de l'expérimentation, notamment par rapport à l'utilisation du PMSI à des fins budgétaires. Ainsi, en raison du manque de communication du ministère sur ce projet, et compte tenu des travaux en cours dans d'autres domaines de l'activité sanitaire, les professionnels se demandent si tout ce travail va déboucher rapidement, sur quelque chose de concret.

Malgré ce contexte un peu difficile, le Centre Hospitalier de Niort est fermement décidé à poursuivre la démarche, et exploite actuellement différentes pistes pour maintenir une certaine motivation au sein des équipes. Tout d'abord, il s'agit de travailler à l'amélioration du dispositif, afin de faciliter et de simplifier au maximum le travail des équipes, tout en améliorant la qualité des données recueillies. Ensuite, l'objectif est d'utiliser ces données pour améliorer la connaissance de l'activité de psychiatrie au sein de l'établissement, tant au niveau des services qu'au niveau managérial, et de réfléchir à leur utilisation, afin de déterminer dans quelle mesure le PMSI peut devenir un outil de gestion interne. Aujourd'hui, quelques uns des premiers exemples d'utilisation peuvent servir de base à cette réflexion, mais ceux-ci restent limités. Il est donc indispensable d'approfondir la démarche afin de pérenniser le projet et d'éviter le découragement des équipes.

3.2.1 Une première réflexion qui peut difficilement être approfondie compte tenu du contexte

La participation du Centre Hospitalier de Niort à l'expérimentation est consécutive à une réflexion portant sur les conséquences de l'absence de données d'activité en psychiatrie, pour l'établissement. Ce manque d'information pose des difficultés à l'équipe managériale, en interne comme en externe, puisqu'elle est dans l'incapacité d'expliquer à la tutelle pourquoi l'activité de psychiatrie de l'établissement est une des plus coûteuses de la région. De plus, les médecins avaient émis, à plusieurs reprises, le désir de disposer d'un outil qui permettrait d'apprécier l'activité comme en MCO.

Aujourd'hui, ces informations sont en partie disponibles, toutefois leur exploitation en externe n'est pas envisageable pour le moment, d'autant que Niort est le seul établissement participant à l'expérimentation dans la région. Il est indispensable, maintenant, de poursuivre la réflexion en interne, afin de définir plus précisément les conditions d'exploitation de ces informations. Mais pour cela, il faudra notamment tenir compte du fait que la première analyse des informations montre que l'exhaustivité et la qualité des données saisies doivent être améliorées. De plus, l'incertitude des services quant au devenir de l'expérimentation, et la mise en oeuvre de plusieurs réformes sanitaires, limitent l'approfondissement de cette réflexion.

A) Améliorer la qualité et l'exhaustivité des données est un impératif pour poursuivre la réflexion

a) *Une assez bonne exhaustivité qui peut encore être améliorée*

L'ensemble des services a pu saisir les informations nécessaires au PMSI au niveau de l'activité sectorisée et non sectorisée. Pour certains services, ou certaines activités (ateliers thérapeutiques), il a été nécessaire de rajouter des items en plus de ceux utiles au PMSI. Le DIM et les services de soins ont travaillé ensemble sur l'adaptation des feuilles de saisie, mais contrairement à ce qu'il s'était passé pour la fiche patient, le DIM a volontairement limité ce nombre de nouveaux items, afin de ne pas alourdir la saisie. En effet lors de la généralisation de la fiche patient à l'ensemble des services, certains ont développé de nombreux items en fonction de leurs préoccupations, et en l'absence de toute réflexion commune. De ce fait, l'information recueillie était très disparate ce qui rendait difficile la comparaison de l'activité en interne. Finalement, le DIM a accepté de créer des items supplémentaires, uniquement pour permettre à certains services de recueillir leur activité lorsque celle-ci n'était pas directement prise en compte par le PMSI. Les premiers éléments montrent que l'exhaustivité globale est plutôt satisfaisante, puisque la plupart des données sont saisies dans le mois qui suit. Par contre, les contrôles montrent que certaines données sont manquantes, faute d'avoir été

renseignées dans les services, ce qui entraîne le rejet de nombreux dossiers lors du groupage et oblige à des corrections importantes.

b) La qualité des données doit être améliorée

Les dysfonctionnements constatés par le DIM

Parmi les informations manquantes, certaines sont assez fréquemment défailtantes comme les données sociales et administratives, et d'autres sont presque systématiquement absentes comme les renseignements en lien avec les revenus des patients. On constate également que parfois l'item morbidité n'est pas renseigné. Ainsi sur 12 056 RIS-HC traités, seulement 1870 ont fait l'objet d'un rejet lors du traitement. Mais le manque de données concerne plus particulièrement l'activité externe. Ceci s'explique notamment, par le fait que les secrétaires n'ont pas toujours l'occasion de voir les patients, car que les médecins gèrent souvent leur agenda directement. De plus, il n'est pas dans la philosophie de la prise en charge psychiatrique d'interroger les personnes sur leur situation financière, d'autant que les consultations sont gratuites. Ces pratiques anciennes font qu'il est difficile pour les soignants, les médecins et les secrétaires de procéder à une interrogation systématique du patient. Pour certains praticiens, ce comportement pourrait rendre le patient méfiant, et mettre un terme à sa démarche. Enfin, le recueil systématique de toutes ces informations prendrait beaucoup de temps selon les équipes. Pourtant, celles-ci se révèlent importantes, dans le cadre d'une exploitation interne afin d'améliorer la connaissance des patients accueillis et de leurs caractéristiques.

Les pistes d'améliorations à explorer

Il est donc important de mener, avec les services, une réflexion sur ces difficultés et de tenter de trouver un compromis entre les pratiques médicales et soignantes, et la nécessité de recueillir ces informations. Après concertation entre les secrétariats et les médecins, certains services ont commencé à explorer certaines solutions comme la remise par les médecins d'une liste des patients vus, afin de s'assurer que toute l'activité est recensée. On pourrait envisager que les patients passent systématiquement au secrétariat après leur consultation sur demande du médecin, même si cette démarche ne peut être imposée aux patients.

De plus, pour garantir la qualité de l'information, le DIM a mis en place un contrôle régulier des données saisies. Ainsi, à partir du traitement des données PMSI, le DIM édite un état des dossiers rejetés car non conformes. Cette liste est renvoyée aux secrétariats des services qui peuvent corriger les anomalies. Les premiers contrôles ont entraîné de nombreux rejets dus, soit à l'absence de données, soit à des informations mal

renseignées. Ainsi, les infirmières qui faisaient des soins physiques de plus d'une heure par jour aux patients cochaient systématiquement la rubrique prévue à cet effet, alors que pour indiquer du temps de prise en charge pour ce type de soins, il faut qu'il y ait eu un diagnostic fait par un somaticien. Ces erreurs, après avoir été identifiées, ont en général fait l'objet de formations ou de rappels auprès des cadres, des médecins ou des secrétariats. Cette démarche systématique, qui demande un investissement important du DIM, a permis de réduire de manière conséquente le nombre de rejets.

B) Des actions nationales qui n'incitent pas à approfondir la démarche

La mise en oeuvre du PMSI psychiatrie confronte les services à une double problématique à la fois technique et philosophique, dans le sens où le développement d'un tel outil vient parfois heurter les pratiques professionnelles des différents acteurs de la prise en charge psychiatrique. De fait, cela représente un véritable défi, et un investissement important pour l'ensemble de ces équipes. Si dans un tel cadre, le soutien des directions des établissements aux services est une des conditions de réussite du projet, il n'en reste pas moins vrai que la perception que les services auront de l'investissement à l'échelon national influencera également de façon significative cette réussite.

a) *L'accompagnement des établissements et la visibilité quant au devenir du PMSI psychiatrie influencent directement le bon déroulement de l'expérimentation*

L'accompagnement technique des établissements

L'accompagnement technique de la démarche dans les établissements est de la responsabilité du DIM, et de l'équipe managériale, qui doivent apporter les moyens nécessaires au bon déroulement de l'expérimentation. Toutefois, certaines difficultés ne peuvent être résolues en interne, et nécessitent des arbitrages nationaux. Les différents groupes de travail créés au sein de l'ATIH participent largement à cette démarche, et ont permis de faire évoluer l'outil, en fonction des observations formulées sur le terrain. Ainsi, lorsque les pédo-psychiatres ont fait part de leur difficulté à poser un diagnostic chez les enfants et les adolescents, les experts, en collaboration avec les médecins, ont travaillé à l'élaboration d'un référentiel spécifique pour cette population : la grille des situations cliniques.

Il semble donc que, lorsque les problématiques sont importantes, et concernent l'ensemble des établissements le ministère soit à même d'apporter des solutions ou du moins, d'engager une réflexion sur la problématique concernée. Là où les situations sont complexes, c'est lorsque les difficultés sont plus locales, liées à des problématiques techniques, ou à des organisations spécifiques des soins. Les établissements ont alors

l'impression d'être un peu seuls face à leurs problèmes. Il est évident que le ministère ne peut pas se saisir de toutes les situations propres aux établissements, néanmoins il aurait été intéressant qu'il y ait des relais régionaux, ou inter régionaux. Ces derniers plus proches des établissements disposeraient d'une meilleure lisibilité sur les difficultés rencontrées par les établissements au quotidien et pourraient les aider à trouver des solutions appropriées. Des lieux d'échanges se sont certes développés, à travers soit des associations soit des forums sur internet, mais cela reste insuffisant. Il semble au final, que ce problème rejoigne celui du déficit de communication ressenti par les établissements.

La nécessité d'organiser une véritable communication en direction des établissements

Les services de soins ont l'impression qu'il n'y a pas de communication autour du projet de la part du ministère. En dehors des textes réglementaires, documents édités au niveau national, les professionnels déplorent l'absence de publications plus généralistes faisant le point sur l'expérimentation, les difficultés rencontrées par les autres établissements, les travaux des différents groupes de travail, les perspectives de l'expérimentation. De ce fait, les services, voire les établissements, peuvent se demander si tout ce travail finira par déboucher sur quelque chose de concret. Il aurait pu être envisagé la rédaction d'un bulletin trimestriel ayant pour objectif de faire le point sur l'état d'avancement de l'expérimentation. Certainement qu'à terme le site Internet de l'ATIH pourra être un vecteur efficace de la communication avec les établissements, toutefois celui-ci connaît des difficultés techniques depuis la création de la structure. Une telle situation amène inévitablement les établissements à se poser des questions sur la motivation du ministère à développer, aujourd'hui, le PMSI psychiatrie.

Dans ce contexte, il est difficile de maintenir la motivation des professionnels qui ont conscience de ces difficultés, alors même que les établissements sont confrontés à la mise en place d'autres réformes qui les mobilisent fortement.

b) Un projet qui se heurte à la mise en place de réformes nationales

Les 35 heures : climat social fragilisé

L'introduction d'un outil tel que le PMSI peut susciter, comme nous l'avons vu, une certaine méfiance de la part du personnel médical, comme du personnel soignant, voire même son opposition. Il est donc important que le climat institutionnel soit relativement apaisé, pour entreprendre cette démarche, ce qui pose, entre autres, le problème du choix du moment de la généralisation de l'outil.

Aujourd'hui, les établissements hospitaliers connaissent un certain nombre de difficultés tant dans la gestion financière, que dans la gestion des ressources humaines. Or, l'expérimentation représente un coût, notamment humain, très souvent mis en avant par les services. Même si celui-ci n'apparaît pas insurmontable, le fait que les services de soins soient de nouveau sollicités pour effectuer un travail supplémentaire, alors même qu'il existe une pénurie de personnel dans certains secteurs, exacerbe les réactions négatives face au projet.

La mise en oeuvre de la TAA et de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) focalise l'attention sur l'activité MCO.

Une autre réforme risque également de perturber le bon déroulement de l'expérimentation, dans les établissements ayant une activité de MCO, c'est la réforme du système de financement des établissements avec la TAA. Cette réforme a pour objectif d'aligner une partie du financement de l'activité MCO, sur l'activité réalisée par les établissements. Cette réforme va avoir des conséquences importantes sur la trésorerie des établissements, même si, dans un premier temps ce mode de financement ne concerne qu'une petite partie du budget. Or la tarification à l'activité repose avant tout sur la capacité des établissements à transmettre, dans un délai beaucoup plus court, leur activité. De plus, ils vont être dans l'obligation de recenser certains coûts ce qui demande un traitement spécifique de l'information. Compte tenu de ces impératifs, on peut aisément imaginer que la TAA va devenir la priorité de tous ces établissements et que les DIM vont être très sollicités, d'où une moins grande disponibilité pour l'expérimentation du PMSI. Or, on a vu quel rôle majeur les DIM jouaient dans cette démarche, ce qui laisse supposer qu'un suivi moins important de leur part risque d'entraîner un désinvestissement des services de soins.

Force est de constater que le climat est peu favorable à la poursuite de l'expérimentation, alors que les premiers résultats sont plutôt encourageants. Il est donc indispensable, pour maintenir la motivation des équipes, d'entreprendre une réflexion sur la manière d'utiliser ces données dans l'établissement, et de procéder d'ores et déjà à l'exploitation de ces différentes pistes.

3.2.2 Des pistes se dégagent tout de même

Pour poursuivre la démarche, et s'assurer de la participation des services jusqu'à la généralisation du PMSI, l'établissement dispose de plusieurs pistes. Il s'agit tout d'abord de travailler à l'amélioration de l'outil, afin de simplifier le plus possible le travail des services. Dans un second temps, il s'agit de répondre aux besoins des services à travers la restitution de données d'activité qui, jusque là, n'étaient pas disponibles. Dans un

troisième temps, l'établissement peut commencer à réfléchir sur la façon dont il va pouvoir utiliser cet outil pour la gestion interne.

A) Les pistes d'évolution

a) *Mener une réflexion institutionnelle sur l'organisation du recueil et la saisie de l'activité*

Harmoniser les pratiques, un gage de pérennité

Les différents entretiens menés dans les services ont mis en évidence l'hétérogénéité des pratiques tant au niveau des équipes, que des secrétariats.

Au sein des équipes

Les équipes procèdent de façon différentes pour remplir les feuilles de saisie. Dans certains cas, ce sont un ou deux infirmiers, qui, une fois par semaine remplissent les feuilles de saisie. Le problème, est que ce ne sont pas toujours ces soignants qui ont été le plus en contact avec le patient d'où des difficultés pour remplir les feuilles ce qui rend le travail encore plus fastidieux. D'autres équipes, au contraire, profitent de la réunion d'équipe hebdomadaire pour remplir les feuilles afin que tout le monde participe à la démarche. Cette méthode permet souvent d'amorcer une discussion plus approfondie sur le patient, ce qui va dans le sens de l'amélioration de la qualité des soins.

Cette deuxième méthode comporte de nombreux avantages, qui permettent d'atteindre un meilleur degré d'acceptation de l'outil par les équipes. Il serait intéressant de pouvoir démarrer une réflexion institutionnelle sur la base de cet exemple, afin d'améliorer la participation des équipes à la démarche, et d'harmoniser les pratiques dans l'établissement.

Au niveau des secrétariats

Au niveau des secrétariats, on constate que petit à petit l'organisation du recueil et la saisie des données sont plus homogènes. On peut attribuer cette évolution au travail que le DIM effectue régulièrement, et qui a favorisé le rapprochement des différents secrétariats à travers les réunions mensuelles des secrétaires. Ceci est notamment visible au niveau de l'organisation du matériel, lié à la circulation des feuilles auprès des différents acteurs. Dans la plupart des services les feuilles remplies par les équipes sont classées par ordre alphabétique dans des classeurs. Le classeur est transmis toutes les semaines au secrétariat pour la saisie et est ensuite retourné au service pour qu'il puisse faire les mises à jour.

Simplifier le travail des équipes et des secrétariats par une saisie au plus près des utilisateurs et une amélioration des feuilles de saisie

Faut-il aller vers une plus grande décentralisation ?

Aujourd'hui, le Centre Hospitalier de Niort a opté pour une saisie semi-décentralisée. Pourtant dans de nombreux services, les soignants préféreraient avoir la possibilité de saisir directement les données, pour éviter une manipulation de papiers qui vient se surajouter à des écrits déjà nombreux. Pour les professionnels, cette possibilité de saisie immédiate rendrait la démarche plus intéressante, et plus motivante.

Toutefois, cette démarche nécessiterait la formation des personnes à la saisie, de plus la durée de saisie viendrait s'ajouter au travail actuel de réflexion, et prendrait certainement plus de temps aux soignants, alors même que ces derniers trouvent que le PMSI est déjà très chronophage. Il est vrai que cette démarche peut aller dans le sens d'une plus grande responsabilisation des équipes, mais cela risque également de multiplier les erreurs de saisie, ou d'en ralentir le rythme, car souvent l'utilisation des outils informatiques dans les services de soins repose sur un petit nombre de personnes.

Enfin, cela nécessite un investissement matériel important et coûteux, qui ne garantit en rien une meilleure qualité de saisie et une plus grande exhaustivité des données traitées.

La possibilité de faire évoluer les feuilles de saisie

Un moyen de faciliter le travail des équipes et des secrétariats est d'améliorer les feuilles de saisie. Une réflexion régulière avec les différents professionnels permet de faire évoluer ce support papier, afin qu'il soit le plus adapté aux besoins des services. Par exemple, pour ce qui est de l'hospitalisation complète, il a été prévu de créer une feuille de saisie pour la pédo-psychiatrie et une pour la psychiatrie adulte. Cela permet de les rendre plus lisibles, et donc de limiter les erreurs quand les services les complètent. Ainsi, dans la partie "caractéristiques socio-démographiques" tous les items concernant les enfants et les adolescents seront supprimés de la feuille adulte. Toutefois des fiches spécifiques adolescents seront mises à disposition des services adultes, pour les fois où ils prennent en charge des jeunes de moins de 20 ans.

b) Pérenniser la démarche

La mise en place de l'expérimentation a reposé sur deux éléments essentiels qui sont la formation et l'information des utilisateurs, ainsi que sur un accompagnement de proximité

des services. On constate que la première démarche s'est révélée insuffisante, et la deuxième nécessite aujourd'hui de se demander jusqu'à quand cet accompagnement doit se poursuivre et dans quelles conditions.

L'établissement doit absolument apporter des réponses à ces deux problèmes, afin de pérenniser la démarche en vue de la généralisation du PMSI.

Améliorer la formation des utilisateurs

L'enquête a montré que de nombreux agents n'avaient qu'une vision très partielle de l'outil PMSI, et surtout ne connaissaient pas les objectifs de la démarche. Il est donc nécessaire d'envisager l'organisation d'une nouvelle information de l'ensemble des personnels des secteurs de psychiatrie. Cette information devrait prévoir deux ou trois sessions, afin de permettre à l'ensemble des agents d'y assister, sans pour autant désorganiser la bonne marche des services. L'information pourrait s'appuyer sur les exemples issus des premiers traitements de données, afin de montrer aux personnes quel peut être le résultat de leur travail, et à quoi il peut servir. En effet, il n'est pas sûr que les équipes soignantes aient connaissance des premiers retours d'information effectués par le DIM.

De plus, il semble que les personnes nouvellement arrivées ne disposent que de très peu d'indications sur la façon de compléter les feuilles; il serait donc intéressant de constituer, sur la base du volontariat, un groupe de personnes référentes qui pourraient à l'intérieur des services, assurer la formation des nouveaux venus.

Prendre en compte les limites de l'intervention du DIM dans les services

Comme nous l'avons vu, la présence du DIM dans les services a facilité le déroulement de l'expérimentation. Cet accompagnement est toujours très important, et permet de régler de nombreux problèmes. Toutefois, il est légitime de se poser la question du devenir de cette présence. Ne faudrait-il pas envisager, dans le cadre de la généralisation du PMSI, de réduire cette présence de façon progressive, pour favoriser une plus grande responsabilisation des services et par là-même une plus large participation des différents acteurs. Une aide à la saisie, pour certaines activités, pourrait être maintenue pour soulager ponctuellement les services. Cette présence systématique pourrait être remplacée par des réunions régulières de représentants des différents services, et différents professionnels, afin de régler les problèmes qui peuvent subsister dans les services.

Cette réorganisation du soutien apporté aux services permettrait de libérer du temps pour faire des contrôles plus importants et travailler sur la récupération de données. En effet, aujourd'hui, le contrôle porte essentiellement sur les erreurs bloquantes qui font l'objet d'un retour mensuel dans les services, mais il est difficile de vérifier, faute de temps, la

Par une meilleure connaissance des caractéristiques sanitaires des patients

Le PMSI permet à chaque secteur d'avoir une bonne vision des différentes pathologies prises en charge

La codification des diagnostics ou le recensement des actes pour l'activité externe permettent aux différents services de pouvoir analyser plus précisément les caractéristiques des patients accueillis.

Ainsi, ils disposent maintenant d'une vision globale sur les différentes pathologies avec une répartition des patients par pathologie. Cette analyse peut être répartie par tranche d'âge, ce qui permet par exemple de confirmer le poids de plus en plus important des personnes âgées dans les services (annexe 11).

Ces différents résultats pourront permettre aux services d'étayer (des projets médicaux auprès de la direction de l'établissement, et des tutelles. De plus, c'est l'occasion d'amorcer des réflexions sur les conditions de prises en charge et de voir si elles sont vraiment adaptées aux services. Il est vrai que, dans de nombreux cas, ces réflexions ont été amorcées même en l'absence des données PMSI. Toutefois le PMSI peut venir confirmer des situations ou des évolutions pressenties par les secteurs, au vu de l'évolution de leur travail quotidien.

b) Un outil de gestion interne

Une aide à la gestion des ressources humaines

Principes généraux

Le PMSI n'est pas un outil d'évaluation de la charge de travail. Toutefois, des critères tels que la file active, la population desservie, le nombre d'actes effectués en ambulatoire, ou encore le niveau de dépendance des patients et l'EGF donnent une idée sur l'activité des secteurs. Ces premiers éléments pourraient permettre de mener des études sur la répartition des moyens au sein de secteurs volontaires afin de vérifier si un tel travail s'avère pertinent. En effet, grâce à la mise en place du PMSI, l'ensemble des services utilise maintenant les mêmes règles de codification de leur activité, ce qui peut permettre une comparaison entre les différents secteurs. Toutefois, certaines limites apparaissent : comment comparer l'activité de pédo psychiatrie avec les autres secteurs, ou encore comment établir une comparaison avec les services assurant la prise en charge des activités intersectorielles?

Malgré tout, une première réflexion peut être engagée à condition toutefois de prendre certaines précautions. Il est tout d'abord indispensable de s'assurer de la neutralité des

critères, par rapport aux modes de prise en charge dans le secteur. D'autre part, il est nécessaire de tenir compte du fait que des secteurs déjà bien dotés seront susceptibles de produire plus d'actes. Quels que soient les critères retenus, il est préférable avant tout que cette démarche soit socialement acceptée par les équipes, d'où l'intérêt de commencer cette analyse à l'intérieur des services, avec des secteurs favorables à la démarche.

Compte tenu de ces remarques il est important de prendre des critères liant à la fois la population desservie, la file active, et la densité des soins prodigués.

Les critères pouvant être retenus

La file active est un élément intéressant, puisqu'avec la mise en place du PMSI, les résultats sont beaucoup plus fiables car les règles de comptabilisation sont clairement définies et utilisées de la même façon par l'ensemble des services. De plus, dans le cadre de la mise en oeuvre du PMSI, la vérification des doublons est systématique.

Le score au niveau de l'EGF et de l'ADL permet d'évaluer la lourdeur des patients pris en charge. L'ADL, notamment, reflète bien la densité des soins physiques apportés aux patients. Le DIM a élaboré, pour les services, des graphiques traduisant la lourdeur des cas par services (annexe 12).

L'utilisation de ces différents critères permettrait de comparer les effectifs en fonction de l'activité, et dans un premier temps de mieux répartir les personnels, si besoin, à l'intérieur d'un secteur afin d'assurer une meilleure prise en charge des patients.

Il est vrai toutefois, que cette méthode n'intègre pas la dimension de la qualité des soins mais même si cela n'est pas toujours le cas, de manière générale il est plus facile de donner des soins appropriés dès lors que l'on dispose d'un personnel en nombre suffisant.

A terme un outil de gestion médico-économique

Le PMSI peut d'ores et déjà être utilisé comme un outil de gestion interne, tant au niveau de la direction qu'au niveau des services, même si cette utilisation doit pour le moment s'accompagner d'un certain nombre de précautions. De plus, il est fort possible que l'analyse en terme de trajectoires de soin soit plus appropriée pour réaliser une approche médico-économique de l'activité de psychiatrie. Toutefois, la connaissance des données issues du PMSI psychiatrie peut permettre aux établissements de procéder à des premières tentatives d'utilisation dans le cadre d'une analyse comparée avec les dépenses.

Comment envisager une mise en corrélation des dépenses et de l'activité

Il est évident qu'en l'absence d'une échelle des coûts, il n'est pas possible d'effectuer des comparaisons sur la base des coûts par GHJ, entre les différents établissements. Néanmoins, il est possible de repérer dans les systèmes d'information un certain nombre de dépenses, qui peuvent être utilisées en lien avec l'activité afin d'être utilisées à titre informatif pour les services. Ainsi, dans le cadre de la SAE, les établissements qui ont une double activité, doivent identifier les dépenses propres à la psychiatrie. De plus, grâce aux différents systèmes d'information, les établissements ont la possibilité de retrouver par UF, les dépenses de personnels, les consommations de médicaments, dépenses de groupe 3...

L'ensemble de ces données, comparé à l'activité des services peut permettre une première approche médico-économique de l'activité des services.

Il est évident que cela demande des moyens techniques spécifiques, mais cette démarche est d'autant plus facile à réaliser que l'établissement dispose d'un système d'information fiable et de personnes en charge de l'analyse de gestion.

Utilisation de ces données en vue d'un rapprochement entre activité et dépenses

Au Centre Hospitalier de Niort, les services financiers, diffusent tous les mois, à l'ensemble des services de soins, des tableaux de bord mettant en évidence l'activité des services et leurs dépenses. Jusqu'à présent, pour l'activité de MCO, les services financiers disposaient des données issues du PMSI, alors que pour l'activité de psychiatrie, ils ne pouvaient fournir que des données administratives, souvent comptabilisées par les services eux-mêmes. Dorénavant, les données issues du PMSI seront transmises directement par le DIM, en accord avec les médecins des secteurs, afin que les services financiers puissent les intégrer dans les tableaux de bord. Ceci constituera un réel enrichissement de ces tableaux et la psychiatrie pourra disposer du même niveau d'information que les services de MCO.

Au-delà de cette première utilisation, les services pourront entreprendre avec le DIM et les services financiers une réflexion sur la possibilité, ou non, d'utiliser ces informations pour comparer les dépenses et les budgets des différents secteurs. Il est évident qu'une telle démarche devra obtenir l'aval des services de soins. Or, les interrogations qui persistent encore sur la pertinence des informations obtenues pour évaluer l'activité risquent d'être un frein à cette démarche.

Finalement, on constate que l'expérimentation du PMSI en psychiatrie se déroule relativement bien malgré l'opposition importante du corps médical et les difficultés techniques. En effet, dans ce contexte la plupart des établissements ont pu renvoyer leurs données, même si cela s'est fait avec du retard.

En l'absence d'une utilisation immédiate du PMSI, dans la perspective d'une évaluation médico-économique, il est important de réfléchir aux modalités d'exploitation de ces informations. Au plan national, ces perspectives semblent moins nombreuses qu'au niveau local, mais dans tous les cas le PMSI permet d'améliorer la connaissance de l'activité psychiatrique. Au Centre Hospitalier de Niort, plusieurs possibilités peuvent être envisagées, certaines faisant déjà l'objet de réflexions dans les services. Mais dans la plupart des cas les demandes des services par rapport au PMSI portent sur des données leur permettant de mieux analyser la population accueillie à travers les pathologies, ses origines géographiques, et ses données socio-démographiques.

Enfin ces nouvelles données sont des éléments d'information importants pour l'équipe managériale, qui jusque-là, ne disposait que de très peu de données sur l'activité de la psychiatrie. Mais pour le moment il est difficile d'en faire une utilisation externe dans la mesure où le Centre Hospitalier de Niort est le seul établissement de la région à participer à l'expérimentation

CONCLUSION

La psychiatrie est une activité très spécifique qui se caractérise par une prise en charge, basée avant tout sur la relation qui s'établit entre le patient, le médecin et l'équipe soignante. L'absence d'acte technique, contrairement au MCO, rend difficile la mise en œuvre de protocoles et se traduit souvent par une absence d'homogénéité dans les prises en charge. De ce fait, l'activité en psychiatrie est difficile à cerner et donc à mesurer. Cette situation est souvent assimilée à un manque de rigueur et à un refus de ces professionnels d'explicitier leur activité. Afin d'échapper à cette image, il est important que la psychiatrie puisse montrer ce qu'elle fait, afin de légitimer ses actions.

L'anticipation de ces travaux par le Centre Hospitalier de Niort, à travers sa participation à l'expérimentation, découle de cette prise de conscience, et s'est trouvée confortée par un investissement important dans la démarche PMSI MCO, soins de suite et réadaptation, ainsi que par une participation déjà ancienne aux réflexions sur les modalités d'évaluation de l'activité en psychiatrie.

Malgré tout, cette démarche n'est pas parfaitement acceptée car elle n'est pas conforme à la pensée psychiatrique, et elle induit donc de nombreux changements dans cette discipline qui sont vécus avec difficultés par les équipes. En effet, la mise en place du PMSI répond avant tout à une démarche gestionnaire qui pour ces professionnels est trop éloignée de leur pratique, car elle implique une globalisation de leurs actes et des patients, alors que l'essence même de leur intervention repose sur le colloque singulier.

Il est vrai que l'évaluation en psychiatrie se révèle beaucoup plus complexe que pour le secteur MCO, toutefois, il ne semble pas souhaitable que cette activité reste en dehors de

l'évaluation médico-économique comme c'est le cas aux Etats-Unis. En effet, l'évaluation de l'activité est une nécessité en terme de négociation budgétaire, mais dans l'immédiat c'est avant tout un moyen pour chaque établissement de mieux connaître son activité. Ainsi, le PMSI permet de mieux décrire la population accueillie, sa consommation de soins, et donc dans un premier temps d'adapter au mieux la prise en charge à la réalité du secteur. Cet objectif peut également être poursuivi au niveau national compte tenu du déficit d'informations épidémiologiques disponibles au niveau de l'ensemble de la population. Il semble que cette éventualité soit envisagée puisque les 18 et 19 septembre, au cours d'un congrès sur l'épidémiologie en psychiatrie, la possibilité d'utiliser les données issues du PMSI, dans cette optique sera largement débattue.

Mais cette expérimentation locale montre aussi les difficultés à introduire des changements important dans le cadre d'une expérimentation, qui malgré la mise place d'une démarche participative, reste souvent vécue comme un choix de l'équipe gestionnaire auquel on finit par adhérer, ou du moins participer.

Il est donc important pour pérenniser le projet et faciliter son acceptation de définir des objectifs d'utilisation médicale et administrative. Ainsi, les médecins, comme les équipes doivent pouvoir tirer des avantages de cette application notamment en terme de d'analyse d'activité. Mais pour cela il faut que l'information fournie revêt une utilité pour la prise en charge des patients et la conduite des projets de soins. De plus, cette information doit servir de langage commun entre l'administration et les services de soins. D'où l'intérêt pour l'établissement de poursuivre sa démarche d'amélioration de la gestion interne en incluant le champ de la psychiatrie, même si pour le moment les informations disponibles restent insuffisantes en l'absence notamment d'une échelle de coûts. Toutefois, cette démarche permet de ramener la psychiatrie au même niveau que le MCO en terme d'analyse de l'activité et donc d'en faire une discipline moins marginale.

Malgré ces difficultés et les contraintes techniques qui restent encore à résoudre, ce premier bilan reste plutôt positif. En effet, au niveau national la plupart des établissements participant à l'expérimentation ont pu renvoyer leurs premières bases, de même, au niveau du Centre Hospitalier de Niort, l'ensemble des services ont participé au projet et ont saisi régulièrement leur activité. Les premiers résultats semblent de bonne qualité même si l'analyse des bases doit être complétée.

L'expérimentation est donc globalement positive pour l'établissement, et ce même au-delà des résultats directement liés à l'activité. En effet, entreprendre une telle démarche est également le signe d'une vision dynamique du fonctionnement d'une structure, ce qui favorise en général la mobilisation des équipes. Toutefois, pour pérenniser cette

démarche et éviter la démobilité des équipes, il est indispensable que celles-ci puissent disposer de résultats dans un délai assez bref, au niveau local comme nous venons de le voir mais également au niveau national. Or, l'expérimentation vient d'être rallongée d'une année, ce qui peut rendre plus difficile l'installation de l'outil en routine.

Au final, si l'utilisation du PMSI à des fins budgétaires, n'est pas envisageable pour le moment compte tenu des difficultés qui perdurent dans l'évaluation de l'activité médicale en psychiatrie, il n'en reste pas moins vrai que la mise en œuvre d'un tel outil constitue une réelle avancée pour cette activité. Pour le moment, et selon du niveau d'avancement de l'expérimentation, il est difficile de privilégier l'une ou l'autre des hypothèses de mesure de l'activité en psychiatrie. Il semble toutefois, compte tenu des difficultés et des oppositions que suscite l'évaluation des groupes homogènes de malade, que l'analyse des trajectoires de soins soit plus adaptée aux spécificités de la psychiatrie. Néanmoins, il semblerait qu'il soit encore trop tôt pour se prononcer objectivement sur cette possibilité, et qu'il faudrait attendre la fin de l'expérimentation pour avoir une idée plus juste des avantages et des inconvénients de chacune de ces démarches.

Bibliographie

Ouvrages

CHANOIT P.F, DE VERBIZIER J. / ed. *Evaluation des soins en santé mentale*. Toulouse : Erès, 1990. 315p. Psychiatrie et société.

CHANOIT P.F., DE VERBIZIER J. (ed) , *Sectorisation et prévention en psychiatrie*. Toulouse : Erès, 1987. 283p. Psychiatrie et société.

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

COCA É., *Les inégalités entre les hôpitaux, obstacle à l'efficacité et à l'équité de la maîtrise des dépenses hospitalières*. Paris : Berger-Levrault, 1995. 479p.

Dr LIAUZU J. P., Péhaimécy roi de l'usage des chiffres en santé mentale. Paris : *Pénombre*. 74p. La lettre grise.

ENGEL F., KLETZ F., MOISDON J. C., *La démarche gestionnaire à l'hôpital le PMSI tome 2 La régulation du système hospitalier*. Paris : Seli Arslan 2000. 304 p.

KOVES V., LOPEZ A., PÉNOCHET J. C. *Psychiatrie année 2000 Organisation, Evaluation, Accréditation*. Paris : Flammarion, 1999. 299p. Médecine-Sciences.

LE SAGET M., *Le management intuitif, une nouvelle force*. Paris : DUNOD, 1992, 309p.

MASSÉ G., *La psychiatrie ouverte . Une dynamique nouvelle en santé mentale*. Rapport au ministre de la santé et de l'action humanitaire. Rennes : ENSP ÉDITEUR, 1992. 313p.

MORO M.R., LACHAL C. Introduction aux psychanalyses. Paris : Nathan université, 1996. p128

NOURY J. F. La Gestion médicalisée des établissements de santé. Le PMSI et l'information médicale. Paris : MASSON, 2000. 228p

PAPADAKOS V. *Crise sociale et psychiatrie*. Paris : Presse universitaire de France, 1999. 127p. Médecine et société.

PONÇON G., *Le management du système d'information hospitalier, la fin de la dictature technologique*. Rennes : Éditions ENSP, 2000. 244p.

Articles

BRONNEC C., La mise en place du PMSI en psychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. Chroniques familiales*, Juin 2001 Vol. 49 – N°4 p. 253-332, pp 257-263.

BRUN-ROUSSEAU H. FARAGGI P., PMSI en psychiatrie – Enjeux économiques et perspectives. *L'Information Psychiatrique*, Avril 2001, volume 77, n°4, pages 321 À 432, pp 333-335.

Critiques techniques portant sur le PMSI en psychiatrie. *Revue de la littérature*. FEHAP Secteur sanitaire.

Dr WAGENAAR G. Le PMSI : à quoi ça sert ? *Santé mentale*, octobre 1999, n°41, pp. 22-24

KLETZ F., LENAY O., Savoir actif et changement dans les organisations : l'introduction du PMSI réforme-t-elle le pilotage du système hospitalier ? *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, 2001, Volume 8, n°2, pp.6-20.

KOHLER F. Le système d'information hospitalier : enjeux de pouvoirs et contraintes de développement. *Gestions hospitalières*, Décembre 1992, n°321, pp.792-799.

ODIER B. (ed), PMSI en psychiatrie, oui ou non ? *L'Information Psychiatrique*, Avril 2001, volume 77, n°4, pages 321 À 432, pp 336-373.

OUVRY O., RINEAU M. Extension à la psychiatrie du champ de l'activité hospitalière couvert par le PMSI. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, Janvier 2000, n°34, tome IV, pp. 83-91.

PMSI, ISA, GHM, GHS..., L'information et les hospitaliers. *Gestions hospitalières*, Avril 2000, n°395, pp.267-320

Santé mentale. *Revue hospitalière de France*, Janvier-février 2003, n°490, pp3-33

SEGADE J.P. PMSI en psychiatrie et gestion hospitalière, le point de vue d'un directeur d'hôpital. *Soins psychiatrie*, Mars 2002, n°219, pp 5-7.

VANDANGEON-DERUMEZ I. La dynamique des processus de changement. *Revue Française de Gestion*. N°spécial 120, septembre – octobre 1998, 120p

Documents électroniques

Dr WAGENAAR G membre du groupe technique PMSI n°1. *Le PMSI en Santé Mentale, histoire et choix techniques* [en ligne]. [Visité le 18/02/03].

Disponible sur internet : <<http://www.ch-premontre.fr/Documentation/pmsi/hpmsi10.pdf>>

Dr. PIEL E., Dr. ROELANDT J. L. *De la psychiatrie vers la santé mentale, la situation de la santé mentale en France* [en ligne]. Rapport mission Juillet 2000. [Visité le 24 juillet 2003].

Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/psy/3.htm>>

Etats Généraux de la Psychiatrie [en ligne]. 5-7 juin 2003 [visité le 12.07.2003].

Disponible sur Internet : <http://www.psy-desir.com/psyd/article.php?id_article=206>

FENINA, A. GEFFROY Y. Comptes nationaux de la santé [en ligne]. Paris, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, 2003, 48 p. [Visité le 3 juillet 2003].

Disponible sur Internet :

<<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000474/0000.pdf>>

HÉROLD M., JACOT J., MACHEIX A., *La confidentialité en psychiatrie est remise en cause* [en ligne]. Avril 2003 [Visité le 12 juin 2003].

Disponible sur Internet : <http://www.psy-desir.com/site/article.php?id_article=124>

Mission PMSI. *Etablissements participant à l'expérimentation du PMSI en psychiatrie* [en ligne]. [Visité le 20 février 2003].

Disponible sur Internet : < <http://www.le-pmsi.org/psy/infos/liste-exp.html>>

Observatoire régional de la santé Poitou Charentes. *La santé observée Poitou-Charentes 2001* [en ligne]. [4/08/2003].

Disponible sur Internet:<<http://www.ors-poitou-charentes.org/ors/index.asp?lapage=qui.htm>>

PÉRON S. *Les glissements, les structures et les hommes* [en ligne]. Rapport pour Les Etats Généraux de la Psychiatrie. 2003. Montpellier [Visité le 27/07/2003]. Disponible sur internet : <http://www.eg-psychiatrie.com/article.php3?id_article=194>

PÉRON. S. *Les glissements, les structures et les hommes*. Les Etats Généraux de la Psychiatrie [en ligne]. 5-7 juin 2003 [visité le 12.07.2003]. Chapitre, L'évolution des équipements en psychiatrie (pp.10-14). Disponible sur Internet : <http://www.eg-psychiatrie.com/article.php3?id_article=19>

Documents techniques

Guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés (RHS) et des résumés d'actes standardisés (RAS). 57p. Guide de travail – réunion PMSI psychiatrie du 13 janvier 2000.

Guide méthodologique pour le recueil des résumés d'information standardisés : PMSI psychiatrie. Document de travail fourni par le ministère.

Le coût de la psychiatrie en Poitou Charentes en 1999, une approche « activité – moyens – population desservie ». Indicateurs et coûts psychiatrie 2000. Contrôle de gestion ARH Poitou Charentes, octobre 2000. p 39.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, UMR 5823-CNRS / Université Lyon I. *PMSI psychiatrie : L'approche « trajectoires de soins »*. Rapport technique portant sur la population de patients adultes. Disponible à la mission PMSI, 1998.

PMSI psychiatrie. ENSP. Chapitre : L'approche des « trajectoires de soins », synthèse 1998. Ministère de l'emploi et de la solidarité, UMR5823 CNRS-Université LYON I, pp.2-15

Rapport de gestion 2002. Centre Hospitalier de Niort. Direction des finances et du système d'information. p 58.

Un mode de rémunération adapté à la psychiatrie de secteur. Rapport du groupe de travail des 13 DIM en psychiatrie, avril 1994.

Mémoires

BADEL P. *Utilisation du PMSI en gestion interne, histoire, présent et avenir*. Mémoire DDESS « Information médicale et santé » : Faculté de médecine de Montpellier, Novembre 1999, 79p.

BATOVANJA C. *Etude méthodologique des conditions d'adaptation du PMSI en gestion interne*. Mémoire pour la formation d'élève directeur d'hôpital promotion 1996-1998 : Centre hospitalier de Niort, 1997. 93p.

Textes juridiques

Ordonnance n°96-345 du 24/4/96, Ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, articles n°16 et n°21.

Circulaire DH/00/N°238 du 3 mai 2000 relative à la réalisation d'une enquête préalablement à la mise en place du PMSI en psychiatrie, visant à faire l'inventaire des systèmes d'information centrés sur le patient en psychiatrie, auprès des établissements de santé publics et privés – non lucratifs PSPH, non lucratifs non PSPH, lucratifs ayant une activité de psychiatrie.

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

Liste des annexes

Annexe 1 : Enquête réalisée auprès des services de psychiatrie du Centre Hospitalier de Niort

Annexe 2 : Exemple de support de recueil d'information

Annexe 3 : Répartition du nombre de psychiatres par département

Annexe 4 : Répartition des secteurs de psychiatrie dans le département des Deux Sèvres

Annexe 5 : Principaux résultats de l'enquête coût de la psychiatrie en Poitou Charente

Annexe 6 : Liste des catégories majeures de diagnostic

Annexe 7 : Exemple de modèles de recueil de l'information RIS-HC

Annexe 8 : Classification des situations cliniques par grandes catégories

Annexe 9 : Exemple d'utilisation des données d'activité au Centre Hospitalier de Niort

Annexe 10 : Mode d'entrée et de sortie par CAC

Annexe 11 : Hospitalisation complète, 1er contact des patients avec (regroupés par âges) avec la psychiatrie ou un service de psychiatrie

Annexe 12 : Lourdeur des cas à travers l'échelle ADL

Annexe 1

Enquête réalisée auprès des services de psychiatrie du Centre Hospitalier de Niort

A/ Déroulement de l'enquête

Afin de prendre connaissance des conditions de mise en œuvre du PMSI au sein du Centre Hospitalier de Niort, j'ai réalisé une enquête auprès des 3 secteurs de psychiatrie adulte, du secteur de pédo-psychiatrie, et des services ayant en charge les activités intersectoriel.

Pour chaque secteur et service j'ai rencontré :

Le chef de service

Un cadre

Une équipe de soins

Les personnes chargées de la saisie au niveau des secrétariats

Les entretiens, de type semi directifs se sont déroulés sur la base de questionnaires d'environ 10 questions (voir exemple ci-dessous).

A l'issue des premiers retours de données envoyées par le DIM, j'ai à nouveau rencontré les chefs de service pour connaître leurs impressions sur les informations qui leur avaient été restituées.

Les réponses à cette enquête ont été utilisées pour étayer les réflexions exprimées dans ce mémoire.

B/ Exemple de questionnaires d'entretien

Grille d'entretien équipe soignante

- 1) Comment vous a été présenté la mise place du PMSI en psychiatrie ?
- 2) Quels intérêts y voyez-vous ? A quoi cela va t-il servir ?
- 3) Comment vous a-t-on présenté les outils, quelle formation avez-vous reçue ?
- 4) Trouvez-vous les outils adaptés ?
- 5) Avez-vous été consulté sur la mise en œuvre du PMSI ?
- 6) Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien ?
- 7) Es-ce que le traitement des information PMSI a augmenté votre charge de travail ?
- 8) Quelles sont vos attentes par rapport à cet outil ?
- 9) Que pensez-vous de l'aide apportée par le DIM ?
- 10) Es-ce que le fait de participer à l'expérimentation a suscité une réflexion dans le service sur les pratiques, a permis de mettre en avant des dysfonctionnements, de rechercher des solutions... ?

Grille d'entretien chefs de service et/ou équipe médicale

- 1) Que pensez-vous de la mise en place du PMSI en psychiatrie ?
- 2) Comment avez-vous été informé (établissements, syndicats professionnels, parutions...) ?
- 3) Vous étiez-vous intéressé au PMSI psychiatrie avant que l'établissement décide d'entrer dans l'expérimentation ?
- 4) Avez-vous été consulté avant que l'établissement n'entre dans l'expérimentation ?
- 5) Comment vous êtes-vous investi dans cette démarche ?
- 6) Voyez-vous des biais dans ce mode de recueil de l'information ?
- 7) Es-ce que ça représente une charge supplémentaire de travail importante ? Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez ?
- 8) Quelles sont vos attentes par rapport à cet outil ? Avez-vous réfléchi à une utilisation en interne ?
- 9) Avez-vous développé un recueil d'informations complémentaires, si oui pourquoi ?
- 10) Aviez-vous une culture de recueil de l'activité dans le service ?
- 11) Es-ce que le fait de participer à l'expérimentation a suscité une réflexion dans le service sur les pratiques, a permis de mettre en avant des dysfonctionnements, de rechercher des solutions... ?

GRILLE D'ENTRETIENS SECRETARIATS

- 1) Comment vous a été présenté la mise place du PMSI en psychiatrie ?
- 2) Avez-vous suivie une formation, de quel type ?
- 3) Avez-vous reçu une information régulière sur l'avancée de l'expérimentation ?
- 4) Combien de personnes saisissent les données ?
- 5) Comment a été choisie l'organisation retenue ?
- 6) Que pensez-vous de l'accompagnement mis en place par le DIM ?
- 7) Es-ce que le PMSI représente une charge supplémentaire de travail importante ?
- 8) Etiez-vous déjà concerné par le recueil de l'information ?
- 9) Quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées et que vous rencontrez encore ?
- 10) Es-ce que ça représente une charge de travail supplémentaire importante ?
- 11) Quelles propositions pourriez-vous faire pour améliorer le processus ?

12) Es-ce que le fait de participer à l'expérimentation a suscité une réflexion dans le service sur les pratiques, a permis de mettre en avant des dysfonctionnements, de rechercher des solutions... ?

C/ Synthèse des résultats de l'enquête classée par thème

Charge de travail

Pour l'ensemble des professionnels le PMSI représente une charge de travail supplémentaire, mais celle-ci est difficile à évaluer et le ressenti est très variable en fonction des services. Pour les secrétariats, le surcroît de travail est conséquent, mais vécu différemment en fonction de l'organisation des services. Au niveau des équipes de soins, cela prend du temps surtout au moment de l'arrivée du patient, par la suite la mise à jour peut se faire rapidement. Au niveau des équipes la lourdeur de travail ressentie et souvent fonction des conditions de mise à jours des fiches. Pour l'activité ambulatoire cela représente une charge de travail plus importante. Les médecins trouvent en général que la codification leur prend beaucoup de temps, et qu'ils ont du mal à codifier avec la CIM.

Information/formation

On constate chez les soignants un déficit d'information sur le PMSI et sur le déroulement de l'expérimentation. Nombreux sont ceux qui n'en avez pas entendu parlé avant son installation. Beaucoup pensent que la formation a été insuffisante.

Les cadres sont beaucoup plus sensibilisé au problème et ont une bonne vision des objectifs de l'expérimentation.

Les médecins ont également une bonne connaissance des objectifs de l'expérimentation. Certains estiment manquer de formation au codage. Dans l'ensemble, ils ont complété la formation interne par des recherches ou lecture personnelles.

Toutefois l'ensemble des professionnels déplore un manque d'information sur l'évolution et le devenir de l'expérimentation.

Adhésion à la mise en œuvre d'un outil de gestion médico-économique

Pour les équipes de soins, le PMSI est vécu plutôt négativement nombreux sont ceux qui pensent que cet outil sera utilisé pour leur prendre des moyens. Les cadres semblent plus favorables à la démarche, d'autant qu'il espère trouver dans le PMSI un outil pouvant les aider dans la réalisation des rapports annuels. Les médecins sont peu favorable au projet, car ils pensent que la psychiatrie est une discipline qui se prête peu à ce type d'évaluation ; Toutefois, il n'y a pas eu de refus de participer à l'expérimentation, d'autant que les services avaient déjà l'habitude de recenser de l'information dans le cadre de la fiche par patient. Aujourd'hui, ils sont plutôt sur position d'attente qui évoluera de façon positive ou négative en fonction des résultats obtenus en terme d'analyse de l'activité.

Par contre l'ensemble des professionnels pensent que c'est peut être un moyen de mieux connaître l'activité voire les populations accueillies.

Organisation et méthode travail

Tous les personnes rencontrées approuvent le soutien apporté par le DIM dans cette démarche et apprécie plus particulièrement le fait qu'une personne du DIM soit régulièrement présente dans les services.

Par contre la collecte d'information est particulièrement complexe car elle concerne beaucoup de personnes différentes. Les organisations ne sont pas faciles à trouver, même si petit à petit la situation semble s'arranger. En ce qui concerne les secrétariats, l'organisation est très liée au médecin et semble parfois difficile à modifier.

Par contre, on constate que le PMSI a rarement suscité une réflexion sur les pratiques professionnelles, quant aux dysfonctionnement liés notamment à la circulation de l'information, ils étaient souvent connus et n'ont pas forcément été résolus avec l'arrivée du PMSI.

Les principales difficultés rencontrées

Pour les équipes soignantes le plus difficile semble être la cotation de l'échelle ADL, et le fait que le PMSI entraîne une charge de travail supplémentaire souvent vécu comme fastidieux ;

Au niveau des secrétariats, les difficultés rencontrées sont d'ordre techniques et liées à la saisie des informations, mais en général les secrétariats reconnaissent que les problèmes techniques sont résolus assez rapidement. L'autre difficulté réside dans la récupération des données et la difficulté de s'assurer qu'aucune information ou dossier ne sont manquants.

Les médecins eux trouvent que la codification avec la CIM 10 n'est pas facile à réaliser.

Annexe 2

Exemple de support de recueil d'information

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
TRAUMATOLOGIE

RESUME D'UNITE MEDICALE

Chirurgie (UM 3310) •
Rééducation (UM 3550) •

COLLER L'ETIQUETTE
DU PATIENT

Date d'entrée Service :
Mode d'entrée dans le Service :
Date de sortie Service :
Mode de sortie du Service :

Résumé littéral (ou joindre un compte-rendu opératoire, un compte-rendu d'hospitalisation, une lettre de sortie et éventuellement un compte-rendu anatomopathologique)

Transfusions : • Infection Nosocomiale : •

CADRES CI DESSOUS RESERVES EXCLUSIVEMENT AU D. I. M

PATHOLOGIE PRINCIPALE :

DIAGNOSTIC RELIE :

DIAGNOSTICS ASSOCIES SIGNIFICATIFS (D.A.S.) :

DIAGNOSTICS ASSOCIES DOCUMENTAIRES (D.A.D):

ACTES :

Actes :

- | | |
|---|------------------------------|
| - Discographie per-cutanée | F484 |
| - Perfusion AINS SE | U699 |
| - Chimionucléolyse | F428 |
| - Lucchérini (ou infiltration intrathécale ou intra-durale) | F034 |
| - Nucléotomie per-cutanée | F694 |
| - Dénervation per-cutanée des facettes articulaires : | - Chimique (Hackett) F629 |
| | - Thermique (Rhizolyse) F705 |
| - Ponction ou injection épaule | W878 |
| - Trou sacré | F398 |
| - Injection épidurale | F371 |
| - Corset plâtré | F806 |
| - Lombostat thermoformable | T713 |

Annexe 3

Répartition du nombre de psychiatres par département

Départements	Réel	Nombre de psychiatres Estimé par le modèle et projeté pour 8 000 psychiatres		Départements	Réel	Nombre de psychiatres Estimé par le modèle et projeté pour 8 000 psychiatres	
1 AIN	66	111	78	50 MANCHE	58	82	58
2 AISNE	50	88	62	51 MARNE	92	109	77
3 ALLIER	49	56	39	52 HAUTE-MARNE	25	35	25
4 ALPES DE HAUTE P.	25	26	19	53 MAYENNE	27	57	41
5 HAUTES ALPES	26	22	16	54 MEURTHE-ET-MOS	153	142	100
6 ALPES-MARITIMES	307	176	121	55 MEUSE	21	36	25
7 ARDECHE	51	51	36	56 MORBIHAN	124	123	87
8 AARDENNES	34	49	35	57 MOSELLE	138	204	144
9 ARIEGE	29	22	16	58 NIEVRE	27	36	26
10 ALBE	34	56	40	59 NORD	356	426	301
11 ALUDE	50	52	37	60 OISE	97	151	107
12 AVEYRON	47	47	33	61 ORNE	34	52	36
13 BOUCHES-DU-RHONE	616	321	228	62 PAS-DE-CALAIS	136	235	166
14 CALVADOS	124	119	81	63 PUY-DE-DOME	123	111	78
15 CANTAL	17	28	20	64 PYRÉNÉES-ATLN	147	102	72
16 CHARENTE	48	59	42	65 HAUTES-PYRENEES	46	32	22
17 CHARENTE-MARITIME	91	109	77	66 PYRENEES-ORIENT	78	66	47
18 CHER	54	57	40	67 BAS-RHIN	234	215	152
19 CORREZE	32	40	28	68 HAUT-RHIN	118	142	100
20 CORSE-DU-SUD	25	17	12	69 RHONE	555	312	220
21 COTE D'OR	108	102	72	70 HAUTE-SAONE	31	44	31
22 COTES D'ARMOR	95	99	70	71 SAONE-ET-LOIRE	76	104	73
23 CREUSE	17	20	14	72 SARTHE	69	109	77
24 DORDOGNE	67	69	48	73 SAVOIE	68	74	52
25 DOUBS	93	101	71	74 HAUTE-SAVOIE	109	138	97
26 DROME	82	82	58	75 PARIS	1923	430	304
27 EURE	57	104	74	76 SEINE-MARITIME	221	231	163
28 EURE-ET-LOIRE	53	85	60	77 SEINE-ET-MARNE	179	260	183
29 FINISTERE	163	159	112	78 YVELINES	363	307	216
30 GARD	123	111	78	79 DEUX-SEVRES	50	67	48
31 HAUTE-GARONNE	314	198	139	80 SOMME	83	95	67
32 GERS	39	29	20	81 TARN	78	58	41
33 GIRONDE	448	227	160	82 TARN-ET-GARONNE	30	32	23
34 HERAULT	259	151	107	83 VAR	166	161	113
35 ILLE-ET-VILAINE	195	169	119	84 VAUCLUSE	136	94	67
36 INDRE	29	39	27	85 VENDEE	65	107	76
37 INDRE-ET-LOIRE	139	109	77	86 VIENNE	77	78	55
38 ISERE	268	222	156	87 HAUTE-VIENNE	83	56	40
39 JURA	35	49	34	88 VOSGES	40	71	50
40 LANDES	55	64	45	89 YONNE	55	57	40
41 LOIR-ET-CHER	42	65	46	90 TERRITOIRE DE BELFORT	19	27	19
42 LOIRE	129	128	91	91 ESSONNE	265	253	178
43 HAUTE-LOIRE	24	36	25	92 HAUTS-DE-SEINE	349	307	217
44 LOIRE-ATLANTIQUE	241	222	157	93 SEINE-ST-DENIS	264	270	190
45 LOIRET	95	129	91	94 VAL DE MARNE	398	253	178
46 LOT	26	28	20	95 VAL D'OISE	241	238	168
47 LOT-ET-GARONNE	59	52	37	96 GUADELOUPE	30	59	42
48 LOZERE	9	10	7	98 MARTINIQUE	29	50	35
49 MAINE-ET-LOIRE	130	145	102	99 GUYANE	8	28	20
				9D REUNION	59	77	54

Annexe 5

Principaux résultats de l'enquête coût de la psychiatrie en Poitou Charente

Coût par File Active (Résultats 1999)

ETABLISSEMENTS	COUT PAR FILE ACTIVE 1999
CH Saintes + Jonzac	15 705,14 F
CH Nord Deux-Sèvres	16 337,39 F
CHS Henri Laborit – Poitiers	18 763,16 F
CHS Camille Claudel – Angoulême	19 835,79 F
CH La Rochelle	28 147,59 F
CH Georges Renon – NIORT	31 499,24 F
REGION	21 429,55 F
VIENNE	18 763,16 F
CHARENTE	19 835,79 F
CHARENTE MARITIME	22 479,19 F
DEUX-SEVRES	25 597,42 F

Coût par habitant par établissement (Résultats 1999)

ETABLISSEMENTS	COUT PAR HABITANT (secteur public CA 1999)	ECARTS A LA MOYENNE REGIONALE	
CH Saintes + Jonzac (*)	474,89 F	- 193,04 F	- 28,91 %
CH Nord Deux-Sèvres	564,20 F	- 103,73 F	- 15,53 %
CHS Camille Claudel – Angoulême	599,46 F	- 68,47 F	- 10,26 %
CHS Henri Laborit – Poitiers	725,61 F	+ 57,68 F	+ 8,64 %
CH La Rochelle (*)	728,93 F	+ 61,00 F	+ 9,14 %
CH Georges Renon – NIORT	816,02 F	148,09 F	+ 22,18 %
Coût régional moyen 1999 (secteur public)	667,93 F	667,93 F	

(*) population pondérée par secteurs

Annexe 6

Liste des catégories majeures de diagnostic

Les Catégories majeures diagnostiques (CMD)

N° de CMD	CHAPITRE CIM-10	INTITULE DE LA CMD
CMD n°1	F0	Troubles mentaux organiques
CMD n°2	F1	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives
CMD n°3	F2	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants
CMD n°4	F3	Troubles de l'humeur
CMD n°5	F4	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
CMD n°6	F5	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs de stress
CMD n°7	F6	Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte
CMD n°8	F7	Retard mentaux
CMD n°9	F8	Troubles du développement psychologique
CMD n°10	F9 (à l'exception de F99)	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence
CMD n°11	Association de F1 et F6 ou association de F1 et F3	Troubles mentaux liés à l'utilisation d'une substance en comorbidité avec les troubles de l'humeur ou des troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
CMD n°12	Z00,Z02,Z03	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux soins
CMD n°13	R40 à R69	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
CMD n°14	F99	Maladie mentale sans autre indication

Annexe 7 Exemple de modèles de recueil de l'information RIS-HC

RESUME D'INFORMATION STANDARDISE EN HOSPITALISATION COMPLETE OU DE
SEMAINE (RIS-HC)
SECTEUR ADULTE (> à 19 ans)

3.2.3 IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM : _____ PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| SEXE : |_| (1 Masculin – 2 Féminin)
NUMERO ASSURE SOCIAL : |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|
NATURE DU SEJOUR : |_| (1 Hospitalisation complète ou de semaine)

3.2.4 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

CODE POSTAL DE RESIDENCE : |_|_|_|_|_|_|
SDF : Oui |_| Non |_|
MODE DE VIE : Chez ses deux parents, Chez un seul parent, Seul(e), Seul(e) avec enfant(s), En couple sans enfant, En couple avec enfant(s), Dans la famille ou chez des proches, En famille d'accueil, En institution, Sans information.
SITUATION MATRIMONIALE : Célibataire, Marié, PACS, Divorcé(e), Veuf(ve), Sans information
SITUATION SCOLAIRE OU PROFESSIONNELLE : En cours d'études, Activité en milieu ordinaire, activité en milieu protégé, Demandeur d'emploi ayant déjà travaillé, Demandeur d'un premier emploi, Sans activité, Sans information.
RESSOURCES PRINCIPALES : Ressources propres, **Ressources sociales (AAH, RMI, INVALIDITE, AES, AUTRES)**, Ressources familiales, Sans ressource, Sans information.
RESPONSABILITE LEGALE : Capable majeur, Majeur protégé
NATURE DE LA PROTECTION : Sauvegarde, Curatelle, Tutelle
**ANNEE APPROXIMATIVE DU PREMIER CONTACT AVEC UN PSYCHIATRE
OU EQUIPE PSYCHIATRIQUE** : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

DATE D'ENTREE : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
MODE D'ENTREE : |_| (6 par mutation en provenance d'une autre unité d'hospitalisation complète ou de semaine - 7 par transfert d'une autre structure - 8 Directe – 3 retour de sortie temporaire)
PROVENANCE : |_| (1 unité de soins de courte durée - 2 unité de soins de suite ou de réadaptation - 3 unité de soins de longue durée - 4 unité de psychiatrie - 5 service d'urgence - 7 structure hébergement médico-social, 8 en provenance du domicile)

DATE DE SORTIE : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
MODE DE SORTIE : |_| (3 sortie temporaire - 4 sans autorisation - 5 à l'essai - 6 par mutation en provenance d'une autre unité d'hospitalisation complète ou de semaine - 7 par transfert d'une autre structure - 8 Définitive – 9 décès)
DESTINATION : |_| (1 unité de soins de courte durée - 2 unité de soins de suite ou de réadaptation - 3 unité de soins de longue durée - 4 unité de psychiatrie – 7 structure hébergement médico-social - 8 Domicile)

ETIQUETTE DU PATIENT

**Résumé hebdomadaire
standardisé de la semaine**

3.2.5 DATE DU LUNDI DE LA SEMAINE :

□□ □□

□□□□

CAC : □□□□□□□□

DATE DU DEBUT DU SEJOUR MEDICAL : □□ □□ □□□□

L M M_e J V S D

MODE LEGAL POUR LES JOURNEES DE PRESENCE

□□□□□□□□

(1 HL, 2 HDT, 3 HO, 4 Article 122.1, 5 OPP, 6 Article D398)

Permission :

DATE DU DEBUT □□ □□ □□□□ **DATE DE FIN** □□ □□ □□□□

MORBIDITE	CODES CIM10	LIBELLES
* DIAGNOSTIC PRINCIPAL	□□□□□□□□	
* DIAGNOSTIC ASSOCIE	□□□□□□□□	
* DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE LONGITUDINAL	□□□□□□□□	
*FACTEURS D'ENVIRONNEMENT	□□□□□□□□	
*CAUSE EXTERNE DE MORBIDITE	□□□□□□□□	
	□□□□□□□□	

Score à l'EGF : □□□□

Isolement thérapeutique :

DATE DU DEBUT □□ □□ □□□□ **DATE DE FIN** □□ □□ □□□□

ADL (de 1 à 4)

HABILLAGE □
 DEPLACEMENT + LOCOMOTION □
 ALIMENTATION □
 CONTINENCE □
 COMPORTEMENT □
 RELATION □

1	Indépendance complète	Sans aide
2	Supervision ou arrangement	Présence d'un tiers
3	Assistance partielle	Contact d'un tiers
4	Assistance totale	

Annexe 8

Classification des situations cliniques par grandes catégories

Situations cliniques des enfants et adolescents (0 à 19 ans)

I – Symptômes, signes et manifestations comportementales, symptômes et signes relatifs à l'humeur.

II – Symptômes anxieux, névrotiques et à expression corporelle.

3.3 III – Idées délirantes, hallucinations, dépersonnalisation

IV – Manifestations comportementales et troubles des conduites.

4.1 – Manifestations comportementales diverses

4.2 – Troubles des conduites sociales

4.3 – Autres troubles du comportement et des conduites sociales

3.4 V – Symptômes concernant les grandes fonctions

5.1 – Symptômes concernant l'alimentation

5.2 – Symptômes concernant le contrôle sphinctérien

5.3 – Symptômes concernant le sommeil

5.4 – Symptômes concernant l'activité et la motricité

5.5 – Symptômes concernant les fonctions cognitives et la conscience

5.6 – Retards et troubles des acquisitions instrumentales et psychomotrices

3.5 VI – Manifestations psychiques de troubles somatiques

VII – Situations socio-familiales motivant les soins

7.1 – Difficultés dans le cadre de la scolarité

7.2 – Problèmes familiaux et relationnels

7.3 – Maltraitance et abus sexuels

7.4 – Difficultés liées aux conditions d'environnement social

7.5 – Autres situations socio-familiales ou interactives motivant les soins

VIII – Demande d'avis ou d'examen

IX – Autres situations cliniques

Annexe 9

Exemple d'utilisation des données d'activité au Centre Hospitalier de Niort

DG/CA

Niort, le 2 février 2004

**MXXXX XXXXXXX
PEDOPSYCHIATRIE**

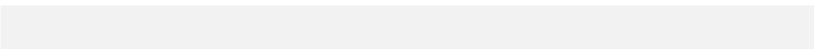
Madame,

Veillez trouver ci-joint un projet de rapport d'activité à partir des données saisies sur la base PSYDOC dans le cadre de l'expérimentation du PMSI en psychiatrie, projet à compléter.

Les périodes étudiées vont du 30 décembre 2002 au 27 avril 2003, soit les semaines 1 à 17.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations les meilleures.

Dr XXXXXXXXXX



INTRODUCTION

Le recueil porte sur l'ensemble des prises en charge réalisées à posteriori pour chaque type d'activité.

- RI S-HC (hospitalisation à temps complet) et RI S-HP (hospitalisation à temps partiel) : Le recueil est hebdomadaire. Les données sont à la fois de type administratif et médical. Dans l'idéal, elles sont renseignées le lundi de la semaine suivant la prise en charge (semaine du lundi au dimanche). Ceci est essentiel pour ce qui concerne les pathologies, l'échelle globale de fonctionnement et les variables d'autonomie (ADL).

Ces données sont renseignées dans le cadre d'une expérimentation. Elles sont donc susceptibles d'évoluer en fonction des données produites par les secteurs qui expérimentent le PMSI en Psychiatrie.

La saisie se fait sur le logiciel PSYDOC. Les données sont traitées par un des médecins du Département d'Information Médicale (DIM) pour permettre un retour d'informations dans le cadre d'un rapport d'activité et en fonction des demandes des services, valider l'information et assurer également le respect de la confidentialité.

Ces données sont également "groupées", c'est à dire anonymisées et affectées à une Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) puis un Groupe Homogène de Journées (GHJ) en fonction des prises en charge réalisées pour être testées dans le cadre de l'expérimentation.

Le logiciel permettant le groupage est national et fonctionne selon un certain nombre de règles, en particulier celle de la **non simultanéité** :

* Les prises en charge doivent suivre les règles suivantes :

1. Aucune prise en charge ne peut être réalisée le même jour qu'une prise en charge d'hospitalisation en temps complet,
2. Seule une prise en charge de nuit peut être réalisée le même jour qu'une journée de prise en charge d'hospitalisation partielle,

3. On ne peut pas avoir plus de 2 prises en charge de demi-journée d'hospitalisation à temps partiel le même jour,
4. On ne peut pas avoir plus d'une prise en charge de demi journée dans la même unité le même jour,
5. On ne peut pas avoir une prise en charge de demi journée avec une prise en charge ambulatoire dans la même unité,
6. On ne peut pas avoir plus d'une prise en charge de nuit le même jour.

Un certain nombre d'informations sont majeures pour orienter dans un groupe, en particulier la notion d'isolement, la pathologie somatique lourde, l'ancienneté du séjour, l'Egf et le diagnostic principal. Un certain nombre d'items sont indispensables pour obtenir une classification, y compris en terme de données administratives, type de prise en charge, âge, etc

Le rapport qui suit correspond à un projet de rapport d'activité. Il est établi à partir de données exportées, ne correspond pour l'instant qu'à un document de travail.

PEDOPSYCHIATRIE

**1082 malades notés dans la file active
entre le lundi 30 décembre 2002 et
le dimanche 27 avril 2003**

626 Garçons

454 Filles

Sex Ratio : 1,3

**1112 malades si l'on différencie les prise en charge en
hospitalisation complète (35), partielle (61) ou externe (1016)**

**Certains patients ayant plusieurs types de prise en charge
durant la période étudiée**

Document de travail

PRISES EN CHARGE EN EXTERNE (RIS-E)

Période du lundi 30 décembre 2002 au dimanche 27 avril 2003

- **PATIENTS :**

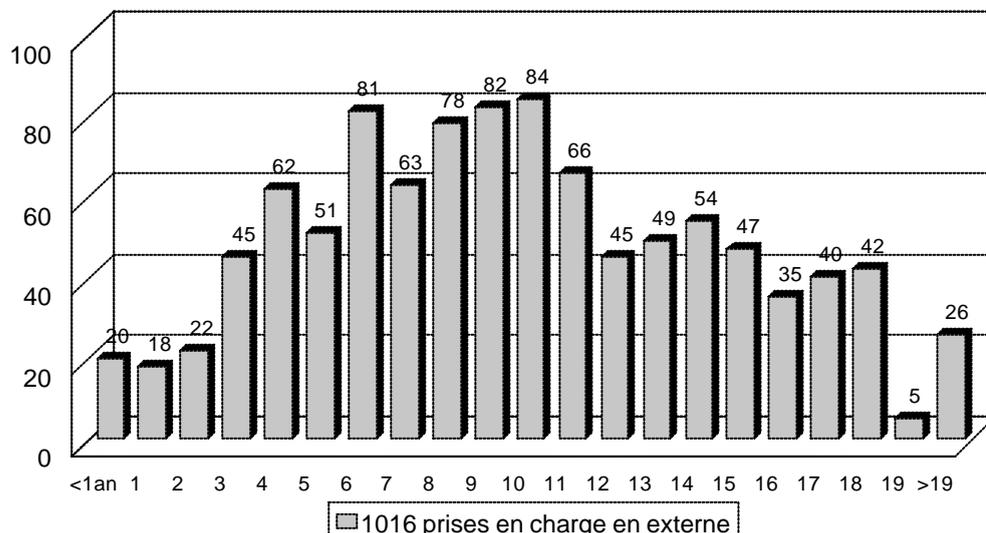
On retrouve 1016 patients différenciés par leur numéro d'identifiant permanent pour lesquels 5905 actes ont été recueillis (avant groupage et contrôle de prises en charge différentes sur une même période).

- *** Sex ratio :**

Ces patients sont répartis en 684 garçons et 512 filles (sex ratio 1,33). La moyenne d'âge est de 9 ans.

Pédo psychiatrie . Tri par age Age moyen (hors plus de 19 ans):9 ans

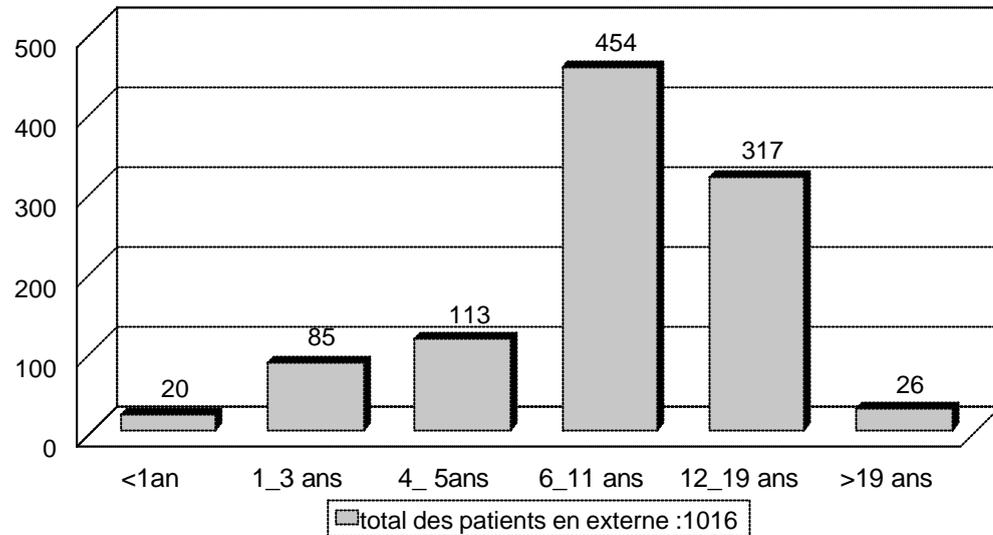
Prises en charge en externe du 30 décembre au 27 avril 2003



DIM CH NIORT

Pédo psychiatrie . Tri par age

Prises en charge en externe du 30 décembre au 27 avril 2003



* Origine géographique :

Elle est regroupée par canton en sachant que la distinction Nord et Sud Deux-Sèvres a été réalisée il y a quelques années et est à valider.

A noter également que les données incomplètes ou correspondant à un code connu ne sont pas comptabilisées. (annexe 1)

• ACTIVITE :

5905 actes réalisés et regroupés sur un tableau montrant le type de l'acte selon les lieux et l'activité (annexe 2) ainsi que l'UF de référence (annexe 3).

Si on isole par nombre d'intervenants, on réalise :

- * 4277 actes avec un seul intervenant répartis en
 - Médecins : 1164
 - Infirmiers : 1341
 - Psychologues : 1581
 - Educateurs : 191.

- * 1626 actes avec plus d'un intervenant répartis dans ce cas :
 - 155 interventions de médecins associés à autres

intervenants

- 2 médecins avec 2 intervenants
- 1469 interventions associant 2 infirmiers ou un infirmier et autres intervenants.

- **PATHOLOGIES :**

Tri sur la situation clinique dominante par patient pris en charge (annexe 4) et par codes CFTMEA (annexe 5).

PRISES EN CHARGE EN HOSPITALISATION COMPLETE (RIS-HC)

Période du lundi 30 décembre 2002 au dimanche 27 avril 2003

- **PATIENTS :**

On retrouve 35 patients différenciés par leur numéro d'identifiant permanent.

- ***Sex ratio :**

Ces patients sont répartis en 15 garçons et 20 filles (sex ratio 0,75). La moyenne d'âge est de 16 ans.

- *** Origine géographique :**

(Voir tableau)

- **ACTIVITE :**

En ce qui concerne les séjours, on retrouve 42 séjours correspondant à 172 semaines pour 948 journées (735 en semaine, 213 les samedi dimanche).

- *** ADL :**

Dépendance physique > 10	3 RHS
Dépendance physique < 11	158 RHS
Non renseigné	11 RHS
TOTAL	172 RHS

* EGF :

EGF supérieure à 20	22 RHS
EGF inférieure à 21	0 RHS
Non renseignée	150 RHS
TOTAL	172 RHS

* Nombre de patients vus pour la première fois : item à revoir

* Date premier contact : (tableau)

* Isolement thérapeutique : ou éviction du groupe avec présence soignante individualisée.

Isolement	Nombre de patients	Total jours d'isolement
OUI	17	17
OUI et NON	5	
NON	33	
Non renseigné	0	
TOTAL	35	

* Diagnostic principal ou situation clinique prévalente :

Aucun résumé hebdomadaire renseigné.

* Pathologies somatiques :

1 RHS a une pathologie somatique renseignée.

PRISES EN CHARGE EN HOSPITALISATION PARTIELLE (RIS-HP)

Période du lundi 30 décembre 2002 au dimanche 27 avril 2003

- **PATIENTS :**

On retrouve 61 patients différenciés par leur numéro d'identifiant permanent.

- ***Sex ratio :**

Ces patients sont répartis en 47 garçons et 14 filles (sex ratio 3,3). La moyenne d'âge est de 10 ans.

- **ACTIVITE :**

- *** Nature du séjour (prises en charge hebdomadaires) :**

Hospitalisation de nuit	
Hospitalisation de jour	780 RHS
Accueil de jour	
TOTAL	780 RHS

En ce qui concerne les séjours, on retrouve :

- X journées d'hospitalisation (dont X le samedi et X le dimanche)
- X demi-journées d'hospitalisation
- X nuits

Annexe 10

Mode d'entrée et de sortie par CAC

Modes d'entrée et de sortie par CAC pour les séjours en hospitalisation complète achevés durant les quatre premiers mois de l'année 2

		Libellé du mode d'entrée en ligne								
CAC		Domicile	Dom_urg	Mut CS	Mut Psy	Ret S.t. Dom	Ret. S t.Med-Soc	S. med-soc	Trans CS	Tran
		Libellé du mode de sortie en colonne								
8105HC	Domicile	89	50	52	43	8				
8105HC	Essai Dom	25	8		54	27				
8105HC	Héb.M-S	2	15		3			2	4	
8105HC	Mut CS			2		2				
8105HC	Mut Psy	59	4		50	2				
8105HC	S. temp Dom	39	12			13				
8105HC	S. temp M-S	31								
8105HC	Sans auto	3	12	2	3					
8105HC	Trans CS	10								
8105HC	Trans PSY		3						1	
		258	104	56	153	52		2	5	
Total des modes d'entrée par service d'hospitalisation										

Annexe 11

Hospitalisation complète, 1er contact des patient avec (regroupés par âges) avec la psychiatrie ou un service de psychiatrie

Ancienneté

Contact	Groupe d'âge 10 – 19 ans	Groupe d'âge 20 –29 ans	Groupe d'âge 30 – 39 ans	Groupe d'âge 40 – 49 ans	Groupe d'âge 50 – 59 ans	Groupe d'âge 60 – 69 ans	Groupe d'âge 70 – 79 ans	Groupe d'âge 80 – 89 ans	Groupe d'âge 90 – 99 ans	TOTAL
Moins d'1 an	3	27	38	41	33	10	14	27	16	209
1 an	3	28	19	24	17	6	3	18	7	125
2 – 4 ans	1	19	16	23	17	14	3	10	2	105
5 – 9 ans	0	11	27	26	16	11	4	7	2	104
10 – 19 ans	0	7	12	32	19	8	6	2	1	87
20 – 29 ans	0	0	3	8	16	12	5	2	0	46
30 – 39 ans	0	0	0	5	14	11	2	3	0	35
40 – 49 ans	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3
50 et plus	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
TOTAL	7	92	115	159	132	73	39	71	28	716

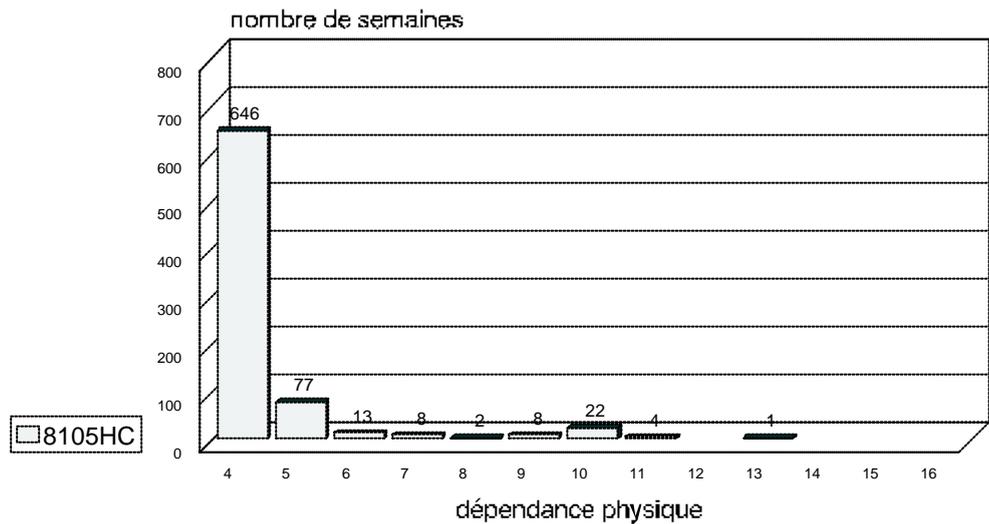
Annexe 12

Lourdeur des cas à travers l'échelle ADL

DEPENDANCE PHYSIQUE pour les patients pris en charge en hospitalisation complète

Recueil par centre d'activité et par semaine entre le 30/12/2002 et le 29/06/2003

Dépendance de 4 pour les patients totalement autonomes: habillage,mobilité,alimentation,continence à 16 pour les patients totalement dépendants _ le seuil de 10 étant retenu)



DIM CH NIORT