

## Pour en finir avec le malaise en santé mentale face à l'information médico-économique

Le 7 juillet 2006, un arrêté ministériel<sup>1</sup> a généralisé l'obligation pour chaque établissement d'adresser aux ARH, chaque trimestre, un recueil formaté d'informations médicalisées décrivant les séjours et les actes réalisés par des services de psychiatrie, appelé RIM-P<sup>2</sup> (Relevé d'information médicale en psychiatrie). À partir de cette collecte de données, les travaux de commissions *ad hoc* doivent aboutir à la VAP (Valorisation de l'activité en psychiatrie), qui est une forme de tarification propre aux établissements ayant une activité psychiatrique. Cette publication a été ensuite complétée par une note de la DREES, le 3 novembre 2006, à l'attention des DARH et des directeurs d'établissements ayant une activité en psychiatrie. Elle précise les données socio-démographiques qualifiées de complémentaires à ce recueil.

Cette obligation à fournir des données médico-économiques a suscité, au sein de la psychiatrie publique, de nombreuses réactions dans les revues professionnelles ou sur les sites Internet consacrés à la psychiatrie.

Nous allons tenter d'aborder les raisons de ces réactions, d'analyser les évolutions et les freins, de mesurer quelques enjeux et de formuler des propositions.

### Une évolution lente et difficile.

Les travaux pour construire un recueil d'informations à valeur médico-économique pour la psychiatrie ont commencé en 1989 et plusieurs phases d'expérimentation ont été menées. Des comités de pilotage, des annonces organisées par le ministère,

1. Arrêté du 29 juin 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement.

2. Cet arrêté est complété par une note de la DREES pour le recueil d'informations complémentaires socio-démographiques.

3. Les systèmes informatiques des hôpitaux psychiatriques trop morcelés, Dépêche APM N°150244 du 15/11/2005.

des publications et des congrès se sont régulièrement fait l'écho de la progression de ces travaux.

- Un premier frein apparaît lié à l'imprécision des perspectives médico-économiques. Un besoin de transparence est exprimé pour connaître la façon dont les données du recueil national doivent influencer les dotations des établissements.

Il n'y a pas encore de politique tarifaire clairement visible. Les travaux conduits jusqu'en juin 2006, proposant des « *compartiments de tarification* », n'ont pas encore défini les contours et contenus de ces compartiments, seuls les principes en sont connus. Des modèles offrant des répartitions variables du budget de l'établissement entre des parts liées à une tarification à l'activité, à la rémunération d'activités d'intérêt général, à une dotation géographique ou démographique ou pour des missions spécifiques, une part pour des médicaments coûteux, et autres répartitions possibles, ont été élaborés, mais n'ont pas permis d'arrêter des décisions.

- Un second frein concerne les moyens de mise en œuvre du recueil d'informations pour fournir les données aux ARH. Le constat est fait que les établissements ne sont pas techniquement préparés à recueillir puis exporter des données aux formats requis par l'arrêté du 29 juin 2006. Une sorte de « *précipitation* » est évoquée dans la presse spécialisée et les délais de mise en œuvre semblent impossibles à tenir pour certains professionnels. Des travaux récents de l'ADESM<sup>3</sup> sur l'état de l'informatisation des établissements de santé mentale montrent que les étapes à franchir pour matérialiser le système d'information des établissements demeurent nombreuses. →

### S O M M A I R E

#### P1

Une évolution lente et difficile

#### P3

Difficultés de communication

#### P5

Spécificité de la prise en charge en psychiatrie

#### P5

Huit propositions pourraient émerger

#### P7

Bibliographie

→ On ne peut pas ignorer d'autres freins, l'information qui reste souvent parcellaire, le besoin en formation qui reste très important et doit s'inscrire dans la durée, la soif de concertation qui ne reçoit pas toujours les retours qu'elle attend.

### **Douze ans de réactions et de réticences depuis 1994.**

Les articles parus dans les revues professionnelles depuis avril 1994, date de la publication par la DHOS d'un premier rapport d'étape sur les systèmes d'information en santé mentale<sup>1</sup>, à la suite des travaux du « groupe des treize », font mention de la nature des informations collectées, et de leur quantité ou complexité. Tantôt elles ne seraient pas assez épidémiologiques, tantôt elles seraient un facteur d'atteinte aux libertés individuelles, mais surtout, et le reproche est assez constant jusqu'en 2006, elles ne seraient pas un reflet qualitatif et quantitatif satisfaisant des pratiques et engendreraient un surcroît de travail pour permettre leur relevé.

### **La question des diagnostics.**

Un premier ordre de reproches liés au « diagnostic » est que ne sont cotées que les « maladies mentales ». Seraient laissés de côté les autres motifs de recours au système de santé, souvent nombreux dans les prises en charge notamment ambulatoires. Cette critique est particulièrement vive en psychiatrie infanto-juvénile. La notion même de diagnostic est rejetée car pour certains, elle « enferme » le patient dans un état qui le stigmatise et qui fait de lui un « *sujet à part* ».

Un second ordre de difficultés, également lié au « *diagnostic* », est qu'il n'est pas le reflet du volume de la prise en charge du patient. Lors des phases de pré-expérimentation (1997-1998) et d'expérimentation du PMSI (2002-2003), le recours à l'ADL<sup>2</sup> comme marqueurs du volume de prise en charge, n'a pris en compte que la dépendance « physique » de la personne hospitalisée. Le recours à l'EGF<sup>3</sup>, pour sa part, a échoué à apporter un facteur prédictif de la lourdeur « *psychique* » des troubles. La cotation du

## **Des professionnels partagés entre ombre et lumière.**

Il paraît utile de reprendre les points énoncés par les syndicats de psychiatres le 21 mai 2001, dans un appel au boycott de l'expérimentation du PMSI, pour les mettre en parallèle avec l'appel au boycott du RIM-P du 7 septembre 2006. On perçoit alors que les motifs de rejet sont anciens et ont peu varié.

Extraits de la dépêche APM du 21 mai 2001 :

« *Nous sommes favorables à une évaluation médico-économique de la psychiatrie mais à deux conditions : qu'elle soit en mesure de rendre compte de l'activité réelle et qu'elle soit réalisable matériellement. Or, sur ces deux points, le PMSI en psychiatrie présente des insuffisances majeures.* » (SPEP)

« *Nous souhaitons participer mais avec un outil pertinent et fiable.* » (SPH)

« *L'outil porte avant tout sur l'hospitalisation à temps complet et à temps partiel. La pratique ambulatoire qui représente pourtant 80% de l'activité de la psychiatrie publique, fera l'objet d'un simple enregistrement de l'activité. Ce clivage, impliquant un mode différent de calcul du financement pour l'hospitalisation et l'ambulatoire, majore le risque d'évolution hospitalo-centrique et est loin des exigences initiales d'un outil commun pour tous les types de prise en charge.* »

« *La mise en œuvre du PMSI nécessiterait un outil informatique performant, qui fait défaut dans de nombreux hôpitaux, et la pratique d'une comptabilité analytique, alors que beaucoup d'établissements ne sont pas à ce niveau.* »

« *Nous aimerions savoir avant quelles sont les règles du jeu en matière de financement.* »

« *Le niveau de détail exigé pour le diagnostic est irréaliste et illusoire, la mention obligatoire de la mise en chambre d'isolement risque d'induire un dérapage des pratiques.* »

« *Il nécessitera deux à trois équivalents temps plein par service, dont 0,6 à 07 ETP médecin.* »

« *Les psychiatres dénoncent un manque d'information sur le projet, l'élaboration ayant été cantonnée à un cercle d'experts. La première réunion a eu lieu en décembre 2000, quand les schémas étaient déjà arrêtés.* »

Parmi ces « experts » dont les travaux ont commencé dix ans avant ce manifeste, figuraient des membres des syndicats chargés d'assurer la communication vers leurs bases, ainsi que des représentants des CME devant également communiquer vers leurs établissements et faire « remonter » les informations et réactions sur les projets en cours. Enfin, ce qui était arrêté en 2000 n'était pas le schéma d'un PMSI mais celui d'une expérimentation pour le PMSI.

Citons également le rapport de la FEHAP d'octobre 2001 : « *Critiques techniques portant sur le PMSI en Psychiatrie* » comportant un tableau récapitulatif (annexe 5 du rapport) qui reprend les causes principales d'opposition à une mise en œuvre sans amélioration du projet PMSI.

En premier lieu vient la lourdeur d'utilisation, puis la problématique des diagnostics et de la variabilité des réponses thérapeutiques, la non prise en compte de certaines activités, l'utilisation des seuls coûts directs relatifs au patient, l'opacité sur les méthodes de calcul pour effectuer la constitution des GHJ<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Un mode de rémunération adapté à la psychiatrie de secteur : Rapport du groupe de travail des 13 DIM en psychiatrie - sous la direction de Mrs LOTH A., BURNEL Ph., Dr. DUBOIS J. (DHOS), Dr. LOPEZ A.

<sup>2</sup> ADL : Activity of Daily Living - échelle de mesure de la dépendance pour la toilette, l'habillage, les déplacements, l'alimentation etc.

<sup>3</sup> EGF : Échelle globale de fonctionnement - permet de mesurer la gravité des symptômes, l'intégration sociale, la capacité à réaliser des activités.

<sup>4</sup> GHJ : Groupe homogène de journées.

recours à la mise en protocole d'isolement, est peut-être significatif, mais certains pensent, fin 2006, que ce recueil peut favoriser un fichage de la dangerosité qui s'oppose à l'éthique<sup>1</sup>.

### **L'hospitalo-centrisme.**

Sur un plan plus quantitatif, le PMSI en psychiatrie paraît à ceux qui le critiquent, principalement orienté vers la description de l'activité d'hospitalisation à temps plein au détriment du développement des stratégies de soins alternatives que tentent de conduire de nombreux secteurs de psychiatrie. Par exemple, la notion d'actes pour la communauté présente dans l'expérimentation du PMSI à disparu des RIM-P, probablement dans un souci d'allègement du recueil de données.

### **La lourdeur de la mise en œuvre.**

Un thème souvent relevé, est celui de la faisabilité en routine du recueil de données. Sur un plan quantitatif comme qualitatif, plusieurs auteurs redoutent qu'il impose de nouvelles contraintes administratives chronophages.

### **Un manque d'exhaustivité et de fidélité des données.**

Des auteurs plus préoccupés par la qualité des données<sup>2</sup> et la validité des concepts mis en œuvre, pointent la grande variabilité ou la grande « liberté » d'interprétation attachées au recueil des items et les conséquences qui en découlent en termes de « fiabilité des données ». Ils soulignent, également, les problèmes relatifs à l'absence d'exhaustivité des données ou au contraire, l'aspect inflationniste de ce recueil déclaratif.

### **Des données n'expliquant pas les coûts.**

À cette dispersion des méthodes ou logiques de cotation des variables et au doute sur la qualité des données, s'ajoute le faible pouvoir prédictif des variables retenues pour expliquer les coûts, autant pour les journées que pour les actes.

### **Un manque d'équipement.**

Enfin, on constate dans la plupart des établissements psychiatriques un manque de supports informatiques disponibles et ergonomiques et une carence en circuits d'information suffisamment rodés. Les lieux d'hospitalisation à temps plein sont prioritairement informatisés alors qu'une majorité de patients sont suivis en ambulatoire. Sans les moyens techniques adaptés, il paraît difficile aux équipes d'assurer un relevé, aisé et en temps réels, de leurs actes ambulatoires. Souvent ces structures de soins ambulatoires sont isolées informatiquement, avec un réseau insuffisant, quand il existe. À cela s'ajoute l'absence de « lien » ou « interface » entre le logiciel de saisie d'activité (ou logiciel dossier patient au mieux) et le logiciel administratif, imposant double saisie, avec risque d'erreur d'identité et conséquences pouvant être désastreuses pour la prise en charge des patients.

### **Une somme d'arguments objectifs.**

Problèmes de « diagnostic », d'évaluation de la gravité des troubles, d'un « hospitalo-centrisme latent » ; fiabilité incertaine et exhaustivité en question pour les données recueillies, inadaptation des moyens techniques, insuffisance de formation, manque de « visibilité » sur les répercussions budgétaires constituent un faisceau d'arguments objectifs qui conduit la profession à souhaiter un sursis ou des aménagements.

Du côté des réticences plus ou moins avouées, on ne peut passer sous silence la crainte de voir diminuer sa dotation. La dotation des établissements de santé mentale en 2000 était réputée varier, toutes choses égales par ailleurs, de 1 à 4 entre les établissements les moins bien et les mieux dotés. Les riches n'ont jamais eu le souhait intime de donner aux pauvres, et ces derniers gardent la crainte de devenir encore plus pauvres. Le manque d'assurance sur la politique économique qui sera attachée à la valorisation de l'activité ne vient pas apaiser ces craintes. Enfin, « rendre des comptes » demeure, pour certains, en contradiction avec le principe fondamental de liberté de prescription.

## **Difficultés de communication.**

Dès les premiers travaux consacrés au système d'information en psychiatrie au début des années 1990, les objectifs de la profession et ceux des pouvoirs publics regardaient dans des directions divergentes.

La profession souhaitait le développement d'un dossier médical informatisé permettant le suivi des patients, des études épidémiologiques ou d'autres recherches, la DHOS et la mission PMSI souhaitaient l'application rapide d'un PMSI à la psychiatrie, si possible en s'inspirant d'un système existant (PMSI MCO).

### **Individualiser le PMSI Psychiatrie.**

De 1990 à 1994, « le groupe des treize » formé d'établissements chargés d'expérimenter des solutions pour décrire l'activité en psychiatrie, a dû convaincre les représentants de la DHOS, de la DGS et du CTIP que le PMSI MCO n'était pas, en l'état, technologiquement transférable à la psychiatrie. La notion de la spécificité de la psychiatrie, et au sein de celle-ci de la psychiatrie infanto-juvénile, ayant été acceptée, les travaux ne sont pas allés plus loin dans l'explication de cette spécificité, un point clé négligé, qui demeure un frein et sur lequel nous devons revenir (Cf. page 5). Le travail du groupe s'est orienté vers une réponse technique ou méthodologique proposant des outils de recueil de données en vue d'une expérimentation. Le résultat de ces quatre années de concertation figure dans le rapport : « *Un mode de rémunération adapté à la psychiatrie de secteur* » paru en avril 1994.

On y relèvera l'importance accordée à la notion de trajectoire thérapeutique, la place faite à l'activité ambulatoire et à l'activité indirecte pour le patient. Néanmoins, ce rapport qui est le point de départ des travaux des groupes techniques conduisant à l'expérimentation puis au RIM-P, énonce des difficultés conduisant à engager une politique des petits pas.

### **Expérimenter et développer progressivement le PMSI.**

Une collecte de données suffisamment large et une succession d'analyses et d'améliorations ont été envisagées dans le rapport de 1994 comme moyen permettant d'atteindre un « prototype de PMSI Psychiatrie ». Le dispositif devait rester, comme en MCO, ouvert aux évolutions et révisions. Un premier temps devait être la recherche de facteurs cliniques « prédictifs d'une consommation de soins en fonction de caractéristiques médico-sociales du patient, modalité de soins par modalité de soins ».

<sup>1</sup> Union syndicale de la psychiatrie. Lettre ouverte au ministre de la Santé le 4 septembre 2006.

<sup>2</sup> JUND, J., COURTOIS, X., Quelles leçons tirer de l'expérimentation du PMSI en Psychiatrie. *L'information Psychiatrique*, 2004, 80, 785-9.

À ces éléments prédictifs devraient répondre, par exemple, des « *journalées pondérées* » et des « *valorisations moyennes* » des actes concernant l'activité ambulatoire. Le rapport insistait sur l'aspect ouvert et peu normatif d'une telle démarche. Envisageant la mise en place d'une tarification pour début 1996, il concluait sa présentation générale par un paragraphe prémonitoire :

« *Lancer une telle opération demande de prévoir une ample information sur les objectifs poursuivis, auprès de la Conférence des Présidents de CME de CHS, de la Conférence des Directeurs de CHS (qui n'existaient pas), des syndicats de praticiens, de l'Assurance Maladie et des syndicats de cliniques privées. Les exigences de cette information peuvent conduire à modifier le calendrier envisagé.* »

### **Des présupposés plus forts que la volonté de participation.**

Ce rapport d'avril 1994 a souvent été lu en diagonale, si bien que la communication n'est pas passée. Les articles de l'époque montrent une position bloquée de la profession, persuadée que sera appliqué le PMSI MCO à la psychiatrie selon un modèle venant des États-Unis, les DRGs, hérités d'une culture industrielle évaluant l'écart entre coût le production et le prix de vente. Cette chosification du patient a fait craindre la possibilité d'un comportement mercantile des établissements de santé avec une sélection des « bons patients » payants, au détriment de la qualité du service public.

Ajoutant au heurt sur ces positions de principes, ce rapport présentait une méthode d'expérimentation par des recueils « *papier* ».

Commencer par une tarification, sans l'exprimer clairement, sans se préoccuper de l'efficacité et de l'ergonomie d'outils informatiques, ni de l'absence d'habitudes de cotation en routine, n'a pas été le meilleur moyen de lever les craintes.

### **Une rencontre qui ne s'est pas faite entre deux modèles de défense de la psychiatrie.**

Un malentendu soulignant la difficulté de communication et lourd de conséquence sur le plan technique comme sur celui de l'acceptabilité du dispositif, résulte d'une confusion autour du terme même de système d'information médicalisé et de son domaine. Les promoteurs de l'expérimentation d'un PMSI en Psychiatrie ne sont pas parvenus à lever l'ambiguïté attachée à ce terme. Pour ces experts, il ne fait aucun doute que la médicalisation du système d'information permet l'apport d'éléments cliniques explicatifs des dépenses de santé, indépendamment des contraintes budgétaires. Il leur paraît tout aussi évident que ces éléments sont destinés à répondre aux besoins des planificateurs, décideurs et financeurs de la santé. Et enfin, pour des raisons évidentes d'exploitabilité des données, les informations collectées doivent être peu nombreuses mais bien consolidées, et ne nécessitent pas de décrire dans le détail le quotidien des soins. Ce sont, seulement, des indicateurs qui sont recherchés. Comme nous avons pu le constater en MCO, les Groupes homogènes de malades (GHM) qui sont l'unité de description et de valorisation,

conservent leurs caractères homogènes pour les gestionnaires, avec un « H » devenant la caractéristique d'hétérogène pour les cliniciens.

Au niveau des établissements de santé le « *recueil* » de données proposé a été compris comme structurant du système d'information médical. Probablement, le mot même de « *recueil* » a induit une confusion entre les attentes des uns et des autres. Un recueil d'activité pour la DHOS et l'ATIH<sup>1</sup> correspond, en fait, pour un établissement de santé à un « *export* » de données. L'ATIH a défini ce qu'elle attendait. Le « *recueil* » est ce qu'elle veut recueillir et non pas ce qu'elle impose aux établissements de recueillir. Or, dans de nombreux établissements, on assiste à un quiproquo traduit dans les applications informatiques existantes ou proposées par diverses sociétés. Le « *recueil* » de l'ATIH est un guide dont on ne s'écarte pas, alors qu'il ne devrait être qu'une étape logique et périphérique d'une tenue de la « *comptabilité* » des soins<sup>2</sup>.

### **Des moyens pris pour des fins.**

Un effet secondaire désastreux de l'absence de communication a été de fixer une grande partie des moyens du système d'information des établissements sur la résolution de problèmes d'acceptabilité de règles qui sont étrangères à leurs pratiques et d'immobiliser, pour plusieurs années leurs investissements informatiques sur un épiphénomène de leur système d'information. De même que l'on ne structure pas l'information administrative autour de la SAE, il n'y a pas de raison de structurer l'information médicale autour des RPS<sup>3</sup> et RAA<sup>4</sup>. Soulignons que « *l'informatisation de la Fiche par patient de la DGS* » a bloqué, pour un temps, l'innovation sur les systèmes d'information des établissements.

### **La place de l'« État providence ».**

Les revendications englobent la question des moyens et l'attente des établissements en matière de dotations spécifiques dédiées à la mise en place de systèmes d'information et d'informatisation. L'État est sollicité pour combler l'important retard pris en matière de système d'information et d'informatisation par les établissements de psychiatrie.

Lors de la mise en place de la FPP DGS, un logiciel de saisie des FPP (ASEPSY) a été fourni, pour l'expérimentation 2002-2003 un logiciel de saisie des RIHS et RISE (ESP-RIS) a été également proposé. Les établissements demeurent dans l'attente, pour le RIM-P, d'un tel soutien alors que l'ATIH considère que la responsabilité du choix et de la mise en place des moyens techniques permettant de répondre aux demandes de statistiques faites par ses tutelles incombe pleinement aux établissements de santé.

### **S'entendre sur le diagnostic.**

En 2006, la notion de « *diagnostic principal* » a toujours deux sens. Un sens que lui donnent les économistes de la santé, un sens que lui donnent les cliniciens.

Pour l'économiste de la santé, le diagnostic principal est ce qui « *explique* » la prise en charge. S'il est immédiatement compréhensible que l'appendicite

<sup>1</sup> ATIH : Agence Technique de l'Information Hospitalière.

<sup>2</sup> Le « *produit principal* » d'un établissement de santé est la prestation sanitaire. Son système d'information doit alors avant tout lui permettre de maîtriser l'information sur ces différents « *produits* ». Ses produits sont destinés soit à des patients, les soins, soit à l'environnement de celui-ci, aides, conseils, participation au maintien du lien social, tous ces éléments figurant par ailleurs dans différents dossiers de suivi.

<sup>3</sup> RPS, Résumé par séquence, format des données RIM-P sur les séjours avant exportation vers l'ARH.

<sup>4</sup> RAA, Résumé d'activité ambulatoire, format des données RIM-P sur les actes avant exportation vers l'ARH.

« explique » l'appendicectomie, la schizophrénie ou l'échec scolaire, n'explique pas le choix d'une hospitalisation de jour plutôt que le recours à des consultations. Si le clinicien distingue parfaitement le motif d'envoi, le motif de prise en charge, et la maladie quand elle existe, pour lui, le « *diagnostic principal* » reste ce qui décrit le problème de fond et non un motif statistique explicatif de la prise en charge.

### Assurer une formation adaptée.

Le passage obligé par l'utilisation de la CIM 10 pour une cotation d'un « *diagnostic principal* » nécessite une politique de communication et de formation sur ce seul thème. Pendant un temps, et encore maintenant dans bien des établissements, le seul chapitre V de la CIM 10, Troubles mentaux et du comportement (F00-F99), a été utilisé pour réaliser des cotations. À lui seul, ce chapitre ne peut rendre compte de la gamme des situations amenant une personne à consulter puis à être pris en charge pour un problème de santé mentale. Enfin, nombre de positions ont été prises en résultante d'une indistinction entre CIM 10 et DSM IV, venant renforcer les craintes de « normalisation » des pratiques sur un modèle imposé qui s'inspirerait de méthodes Nord-Américaines.

## Spécificité de la prise en charge en psychiatrie.

Il paraît utile de revenir sur la spécificité de la prise en charge en psychiatrie, évoquée dès 1994, sans avoir donné lieu à des réflexions plus approfondies en termes d'effets sur la constitution d'un système d'information à finalité médico-économique.

En quoi le modèle français, celui du secteur, pour la psychiatrie publique, offre-t-il des particularités d'organisation et de champs d'action par rapport aux autres disciplines médicales ? Pourquoi ce modèle s'est-il orienté vers une prise en charge de la santé mentale « dans la cité » ? Pourquoi une absence de champs limités circonscrivant des actions de soins en amont des troubles, pendant les troubles, ou au décours de ceux-ci ? En d'autres termes, pourquoi n'existe-t-il pas une santé mentale préventive, puis des soins de courte durée suivis par des soins en établissements de SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) et prolongés par des Longs-Séjours ?

La santé mentale n'est pas la seule à devoir faire face à une intrication entre la maladie et son contexte. Tous les troubles de santé ont une répercussion sociale, sous forme d'arrêt de travail, d'absentéisme, d'aménagement des conditions de travail. En sens inverse, les troubles du fonctionnement social entraînent des répercussions sur la santé. Chaque fois que possible, les soins des troubles somatiques ramènent la personne à son niveau de fonctionnement antérieur. Lorsque les conditions sociales sont à l'origine des troubles, les réaménagements sociaux permettent de prévenir ou d'arrêter la maladie. La tuberculose ou la malnutrition ont, par exemple, des causes et des conséquences qui ne se soignent pas qu'en hôpital.

Dans le domaine des maladies somatiques, les compétences respectives du sanitaire et du social ou du politique sont assez clairement délimitées.

Par ailleurs, la gravité d'un état somatique est souvent indépendante de ses répercussions ou de ses causes sociales.

Il n'en va pas tout à fait de même dans le champ de la santé mentale.

Le trouble mental perturbe presque toujours le comportement quotidien, modifiant parfois durablement les relations avec les proches, le milieu de travail, et dans certains cas, l'ordre public. On assiste, souvent, à un retrait de la personne de son fonctionnement social antérieur, ou à un rejet social en étroite relation avec la nature des troubles.

Lorsque les soins sont prodigués de façon prolongée, ils ne guérissent pas pour autant le regard des autres sur la personne soignée. On parle d'une maladie stigmatisante qui laisse des « séquelles » sociales. Si ces séquelles ne sont pas prises en considération, elles seront soit un facteur de rechute, soit un facteur d'opposition à l'amélioration ou à la guérison, soit encore un facteur de diminution importante de la qualité de vie.

C'est pourquoi le modèle français s'est attaché depuis les années 1960 à « traiter » la personne malade ET son contexte. Ceci apparaît particulièrement visible dans les prises en charge en psychiatrie infanto-juvénile, presque exclusivement publique, mais c'est tout aussi vrai dans la plupart des actions des secteurs de psychiatrie générale, y compris à partir de l'hospitalisation à temps plein. On comprend alors pourquoi la profession tend à rejeter un système d'information qui « cloisonne » la description de son activité et ne souligne pas suffisamment la reconnaissance des « soins indirects ».

## Huit propositions pourraient émerger.

Il nous semble que pour avancer avec plus de sérénité dans la voie d'une valorisation de l'activité acceptable et équitable, il faut parvenir à absoudre les « sept péchés capitaux » du PMSI Psychiatrie ou du RIM-P en traitant :

- le diagnostic,
- l'évaluation de la gravité des troubles,
- l'hospitalo-centrisme latent,
- la fiabilité incertaine et le reflet insuffisant de la réalité pour les données recueillies,
- l'inadaptation des moyens techniques,
- l'insuffisance de formation,
- le manque de « visibilité » sur les répercussions budgétaires

### Proposition 1 : améliorer la visibilité budgétaire.

Les présidents de CME de CHS ont réaffirmé le 18 octobre 2006<sup>1</sup>, qu'ils ne sont pas opposés au principe de la tarification. Ils veulent, seulement, savoir, par exemple, si cette tarification arrivera, à terme, à 10, 25, 50, 75 % du budget des établissements et désirent que les clés de tarification reconnaissent, à son niveau réel, l'importance de l'activité hors séjours.

En réaffirmant son attachement au modèle français du secteur, la tarification doit assurer qu'elle souhaite tenir compte, autrement que par un compartiment un peu opaque de missions d'intérêt général, des efforts

<sup>1</sup> Conférence plénière des Présidents de CME de CHS du 18/10/2006.

déployés depuis des années pour répondre aux besoins en amont et en aval des troubles.

**Proposition 2 : se préoccuper mieux du besoin des établissements.**

L'une des raisons pour lesquelles il n'existe pas de contre-proposition au PMSI PSY ou au RIM-P est l'insuffisance des systèmes d'information dans les établissements. L'évolution du PMSI MCO montre que ses progrès se sont appuyés sur des propositions régulières et étayées venant de divers établissements en mesure de fournir des analyses contradictoires sur tel ou tel pan d'activité.

La leçon apprise avec l'informatisation de la fiche par patient doit être retenue. Si le système d'information médicalisé est entièrement tourné vers la collecte de données à exporter, il apparaît comme une contrainte administrative et devient stérile car il ne permet pas d'étudier des solutions alternatives de description de l'activité des établissements. Que la normalisation de l'exportation de données soit une nécessité incontournable, nul n'en doute. Que cette norme extérieure à l'établissement devienne un principe structurant interne à l'établissement ne peut avoir qu'un effet délétère sur la genèse de son système d'information.

Rappelons que le système d'information médicalisé de l'établissement s'inscrit dans une perspective de démarche qualité et de certification. Cette certification porte sur le volet description des actes et sur le volet dossier du patient qui doivent être complémentaires. Rappelons aussi que le dossier du patient devra bientôt communiquer avec le DMP<sup>1</sup>.

Alors, peut-être faut-il commencer par aider les établissements à réaliser qu'il est prioritaire de se doter des outils permettant de suivre leurs activités RÉELLES, ceci en corrélation avec la tenu du dossier du patient d'une part (une activité = une observation), et l'exportation statistique d'autre part.

Aider les établissements à entrer dans une logique de suivi interne de leurs activités, au lieu de se borner à répondre à des exigences extérieures, s'inscrit à la fois dans la logique de la « nouvelle gouvernance » et dans celle de la démarche qualité.

Le soutien aux établissements dans le domaine de la mise en place de systèmes d'information efficaces n'est donc pas tant économique que logique. Ce qu'il faut, c'est les aider à éviter de répéter les mêmes départs sur des concepts dépassés, privilégiant les besoins des tutelles ou de la gestion hospitalière classique au détriment des nécessités des professionnels. Il faut éviter de prendre un épiphénomène du système d'information pour épine dorsale de l'informatisation. Bref, il faut les aider en établissant les priorités à respecter dans leurs démarches d'informatisation de leurs systèmes d'information<sup>2</sup>.

**Proposition 3 : se doter d'une évaluation de la gravité des troubles.**

En rappelant la prééminence de l'activité ambulatoire et alternative sur l'hospitalisation, en rappelant le caractère non prédictif du diagnostic psychiatrique, comme la relation étroite entre le trouble mental et l'insertion, il devient possible de penser que l'appréciation de la gravité des troubles, et de la lourdeur de prise en charge, réclame que soient simultanément considérés l'état de la personne et ses relations avec l'entourage.

Il est dangereux de se satisfaire d'un indice de gravité qui exclurait un champ ou un autre de l'exercice psychiatrique, ou serait propre à la prise en charge des enfants ou à celle des adultes. Si l'on veut des outils de tarification équitables, il faut éviter deux poids, deux mesures entre l'hospitalisation et l'ambulatoire et entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie générale. De plus, un indice de gravité offrirait des possibilités de mesure de la variation de l'état des troubles soignés. Il reste à en étudier l'acceptabilité par les professionnels, le degré de validité et celui de fidélité. Un exemple de ce type d'indice méritant l'avis des professionnels figure ci-dessous.

**Proposition 4 : resituer la place des situations cliniques.**

La recherche des causes et des liens entre causes et types de prise en charge reste à poursuivre. La maladie au sens psychiatrique doit être repérée par des outils de classification internationaux (CIM 10 chapitre V), alors que le recours aux soins pour d'autres motifs (également repérables

Symptômes	Relations sociales <i>à l'école, dans l'emploi en famille, avec des amis</i>	Réalisations d'activités <i>école, emploi loisirs, occupations</i>	Participation aux soins de la personne / des proches	
<input type="radio"/> Inapparents	<input type="radio"/> Large intégration	<input type="radio"/> Variées et investies	<input type="radio"/> Forte	<input type="radio"/> Forte
<input type="radio"/> Perceptibles	<input type="radio"/> Quelques relations ou relations restreintes aux proches	<input type="radio"/> Non investies ou réduites	<input type="radio"/> Moyenne	<input type="radio"/> Moyenne
<input type="radio"/> Évidents ou prononcés	<input type="radio"/> Rejet	<input type="radio"/> Minimales	<input type="radio"/> Faible	<input type="radio"/> Faible
<input type="radio"/> Envahissants	<input type="radio"/> Exclusion	<input type="radio"/> Impossibles	<input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> Aucune

<sup>1</sup> DMP : Dossier Médical du Patient : ensemble de données médicales hébergées sur un site mettant un certain nombre d'information à disposition du patient et des professionnels de santé libéraux ou publics.

<sup>2</sup> Le management du système d'information hospitalier : La fin de la dictature technologique Collection ENSP - Gérard PONÇON.

en utilisant la CIM 10) apparaît suffisamment important pour mériter une considération particulière.

Un certain nombre d'établissements ont conçu leurs thésaurus sur les situations d'initialisation des soins les plus fréquentes comprenant des éléments des chapitres V et XVIII à XXI. La proposition du concept de situation clinique apportée par la psychiatrie infanto-juvénile semble intéressante pour la psychiatrie générale. Il reste, cependant, à en faire ressortir son caractère transdisciplinaire, à l'organiser comme une classification et à effectuer les rapprochements nécessaires avec les items déjà existants de la CIM 10 qui sont répartis dans des chapitres différents.

Mettre à la disposition des établissements de santé mentale un thésaurus où les professionnels retrouvent leurs pratiques quotidiennes demeure un objectif majeur, pour des raisons évidentes.

### **Proposition 5 : offrir un thésaurus des « actes ».**

Clairement évoqué dans le rapport d'avril 1994 (pages D8 et D9), le souci de gestion interne des établissements, se double du souci d'une reconnaissance de la richesse des offres thérapeutiques. Une remontée nationale de données ne peut s'accommoder d'un niveau de détail tel que celui réclamé au niveau local, surtout au début d'un recueil généralisé. Cette question doit être prise en considération et l'on doit reconnaître que l'entretien avec une famille n'est pas le même que celui pour le renouvellement d'une ordonnance. Dans les RAA<sup>2</sup> il doit devenir possible d'exprimer, au-delà d'EDGAR, un niveau de finesse de description tel que le souhaite la communauté soignante. Encore une fois, il ne faut surtout pas renouveler les « consignes d'écrasement de données » au niveau de la collecte initiale des données tel que cela s'est produit pour la fiche-patient DGS.

### **Proposition 6 : développer la notion de finalité.**

Le RAA qui permet de coter le caractère libéral ou non de l'acte pourrait servir à affiner un certain nombre d'objectifs précisables liés aux soins entrepris. Par exemple : cure, prévention, insertion ou réinsertion, ces trois grands cadres étant déclinables en sous catégories

### **Proposition 7 : ne pas limiter le relevé d'activités au patient.**

Le relevé des actions pour la communauté ayant disparu, les professionnels de santé n'ont plus la possibilité d'exprimer leur travail indirect. On peut facilement réintroduire la reconnaissance de ces activités en ouvrant un dossier pour une personne morale comme on ouvre un dossier pour une personne physique (encore une autre spécificité de la santé mentale). Dans ce dossier, l'information peut être traitée de la même façon que pour une personne physique en termes de méthode de relevé des actes, à ceci près qu'il n'y a pas matière à relever un diagnostic et un indice de gravité, mais à signifier qu'il s'agit d'une personne morale.

### **Proposition 8 : facturer une part de l'activité ambulatoire.**

À l'image de la facturation des consultations externes du MCO, qui permet leur prise en considération dans les budgets, une facturation d'un certain nombre d'actes à déterminer, tel que les actes réalisés en CMP ou en psychiatrie de liaison par exemple, amènerait à mettre en évidence le

volume de l'activité ambulatoire de la psychiatrie. Cette introduction de la prise en considération de l'activité ambulatoire dans la facturation tenue par les établissements est certainement une voie sûre de reconnaissance du travail dit « de secteur ».

*Ce retour sur l'histoire récente de la cohabitation de la psychiatrie et du PMSI et maintenant du RIM-P, montre qu'elle n'a rien eu d'un long fleuve tranquille et que les récifs se sont révélés nombreux. Comment transformer ce cercle vicieux de tentatives sans lendemain en cercle vertueux d'avancées à pas consolidé ?*

*Le point de départ de la stratégie est de faire en sorte que chaque équipe s'approprie cette orientation car elle y trouvera en interne son intérêt et consentira alors à des efforts. Cela passe par une clarification, lors des formations à venir, des objectifs assignés à un tel système, par la prise en compte de toute l'activité sans écarter a priori telle forme si telle autre est déjà en œuvre. La prédictivité des coûts à partir des parcours de prise en charge et d'une mesure de la gravité des troubles encore à venir, doit être élucidée car il a été montré que le diagnostic ne permettait pas cette prédictivité. Ce n'est qu'à ces conditions que l'objectif de tarification à l'activité et d'allocation des ressources pourra être atteint avec une acceptabilité suffisante.*

**Gaëtan Wagenaar<sup>1</sup>, Eric Chomette<sup>2</sup>, Carole Festa<sup>3</sup>, Pierre Juhan<sup>3</sup>, Serge Kannas<sup>3</sup>, Raymond Lepoutre<sup>3</sup>, Anne Veber<sup>3</sup>, Gérard Massé<sup>3</sup>.**

## **Bibliographie.**

### **Publications**

- ASTRUC, J.-J., Escalade en PMSI, *Gestions hospitalières*, 1999, 387, 409-412.
- BAUCHERON, J.-P., LORANT M.-T., Le projet de PMSI de psychiatrie/Le projet « VAP », Journée d'études et de réflexion de l'AMDES, *Actualités juridiques en psychiatrie et en information médicale*, 21.01.2005.
- BAUER, D., Pour une définition des trajectoires de soins en psychiatrie adulte. Une exploitation statistique des fiches patients dans les secteurs publics, *Information psychiatrique*, 2001, 4, 368-373.
- BOISGUERIN, B., Le système d'information, *Pluriels* 09/1998, 15.
- CARON-LEFEVRE, M., La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au risque du Programme de médicalisation des systèmes d'information, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2000, 3, 156-162.
- CARON-LEFEVRE, M., COSSERON, F., *Le PMSI en psychiatrie juvénile-infantile*, étude PUF, 06/2005.
- CHAPIREAU, F., Classification des maladies et classifications des handicaps, *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 1999, 33, 12.
- CHANSEAU, J.-C., PMSI et classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, *Annales médico-psychologiques*, 2002, 3, 227-232.
- Collectif, La santé mentale, *Gestions hospitalières*, n° spécial, 1997, 370.
- DEGAND, F., Le PMSI, c'est la routine, *Information psychiatrique*, 2001, 4, 362-366.

<sup>1</sup> Chef de service, DIM, EPS Barthélémy Durand (Etampes)

<sup>2</sup> Chef de service, DIM, CH. Sainte Anne (Paris 14<sup>e</sup>)

<sup>3</sup> MNASM

<sup>1</sup> RAA : Résumé d'Activité Ambulatoire.

DEHGAN, D., Pour un PMSI light, *Information psychiatrique*, 2003, 1, 8-9.

DELAROCHE, P., Quelle mesure pour quelle pratique ? (Le PMSI en psychiatrie infanto-juvénile), *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2001, 5, 335-336.

DUFEUTREL, L., CARPENTIER, V., PORTEAUX, C., Aide pour le PMSI en psychiatrie, *Gestions hospitalières*, 2003, 427, 455-461.

DURAND, B., Déjouer les pièges de l'évaluation, *Psychiatrie française*, 2004, 4, 103-115.

GODART, P., Des critères d'allocation budgétaire en Aquitaine à la recherche du PMSI, *Information psychiatrique*, 2001, 4, 353-357.

GUERRE HATTIGER, D., Quelle épidémiologie un médecin de l'information médicale peut-il réaliser avec les données du PMSI ? Congrès du Groupe français d'épidémiologie psychiatrique « Exploitation épidémiologique en santé mentale des données issues des DIM et des administrations de la Santé », 18 et 19/09/2003.

FERRARI, P., BRONNEC, C., La mise en place du PMSI en psychiatrie, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2001, 4, 255-263.

JUND, J., COURTOIS, X., Quelles leçons tirer de l'expérimentation du PMSI en psychiatrie ? *Information psychiatrique*, 2004, 10, 785-789.

KOVES, V., L'exploitation épidémiologique de données médico-administratives est-elle possible en France et avec quels résultats ? Congrès du GFEP « Exploitation épidémiologique en santé mentale des données issues des DIM et des administrations de la Santé », 18 et 19/09/2003.

KOVES, V., LOPEZ, A., PENOCHET, J.-C., REYNAUD, M., *Organisations, Évaluations, Accréditation*, Flammarion (Médecine-Sciences), 1999, 305 p.

MARESCAUX, C., Le PMSI en psychiatrie, pourquoi, comment ? *Psychiatrie française*, 2004, 4, 116-127.

MORVAN, O., L'heure est grave en psychiatrie, *Perspectives psychiatriques*, 2004, 2, 158-161.

ODIER, B., La drôle de guerre des systèmes d'information en psychiatrie : PMSI en psychiatrie oui ou non ? *Information psychiatrique*, 2001, 4, 339-352.

CEDIPE, *Le portail de la psychanalyse franco-phonne*, « Pour une défense des centres médico-psychologiques ».

OLIVIER J.-C., PMSI et qualité des soins : PMSI en psychiatrie oui ou non ? *Information psychiatrique*, 2001, 4, 358-361.

OUVRY, O., RINEAU, M., Extension à la psychiatrie du champ de l'activité hospitalière couvert par le PMSI, *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 2000, 34, 84-87.

PENOMBRE, *Le PMSI en psychiatrie*, conférence du mardi 26 juin 2001.

PIGANEAU, K., Les psychiatres hospitaliers partent en guerre contre leur PMSI, *Le quotidien du médecin*, 23/05/2001.

PONÇON, G., *Le management du système d'information hospitalier : La fin de la dictature technologique*, Collection ENSP, 2000, 256 p.

REINE, G., Le PMSI en psychiatrie, un nouvel outil médico-économique. Principes, perspectives et difficultés, *Nervure*, 2001, 6, 35-39.

SALA, F., Le PMSI, un outil d'information médicale au service des soignants, *Soins psychiatrie*, 2004,

232, 7-8.

SEGADE, J.-P., PMSI Point ISA, PMSI Service Public, *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 2000, 34, 88-90.

SHAH, A., JENKINS, R., MHES-Mental health economic studies from developing countries reviewed in the context of those from developed countries. *Acta psychiatrica scandinavica*, 2000, 101, 87-103.

TALGORN, L., FERRANDI, J., PMSI en psychiatrie, bilan d'un service expérimentateur : pour une médecine sous influence ? *Annales médico-psychologiques*, 2000, 5, 408-412.

WAGENAAR, G., RINEAU, M., CASE, D., ODIER, B., Le PMSI en psychiatrie, *Santé mentale*, 1999, 41, 21-46.

WAGENAAR, G., Indicateurs et systèmes d'information en santé mentale, *Journal d'économie médicale*, 1993, 4, 201-224.

### Rapports

Définition d'un recueil PMSI généralisé en psychiatrie, Comité de pilotage du PMSI Psychiatrie - ATIH, 15/11/2005.

Étude « indicateurs en santé mentale », Fondation MGEN/IPSOS Santé, 30/09/2005.

Résultats et enseignements du recueil complémentaire du 14/06/2004 au 20/06/2004 pour l'expérimentation du PMSI, ATIH septembre 2005.

6<sup>e</sup> journée nationale de l'information en psychiatrie, 11 mai 2006, Ch. RAVENEL-MIRECOURT.

Compte-rendu de la réunion « VAP-PMSI PSYCHIATRIE » du 15/06/2006 organisée par la FEHAP IDF et l'URIOPSS IDF - Ile-de-France - 20/07/2006.

Circulaire DGS N° 90-07 du 11 avril 1990 relative à l'expérimentation de la gestion de l'information médicale en psychiatrie.

Circulaire DH/PMSI n° 2000-238 du 3 mai 2000 relative à la réalisation d'une enquête, préalable 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.

Courrier du 28/02/2001 (E. COUTY), DHOS, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Présidents des Syndicats : USP ; SPS ; SPH ; SPEP : Mise en place du PMSI, appel au boycott, 05/06/2001.

Présidents des Syndicats : USP ; SPS ; SPH ; SPEP : Mise en place du RIM-PSY, appel au boycott, 07/09/2006

Notes d'information sur le déroulement de l'expérimentation du PMSI en psychiatrie, ATIH :

Relevé de conclusions des groupes techniques :

- Groupe « Évolution de la classification », réunions du 18/11/2002, 13/01/2003, 14/04/2003 ;
- Groupe « Qualité des données », réunions du 25/11/2002, 20/01/2003, 16/05/2003 ;
- Groupe « Échelle de pondération », réunion du 18 juin 2003.

Un mode de rémunération adapté à la psychiatrie de secteur : Rapport du groupe de travail des 13 DIM en psychiatrie, sous la direction de Mrs LOTH, A., BURNEL, Ph., Dr. DUBOIS, J. (DHOS), Dr. LOPEZ, A.

# PLURIELS

La lettre  
de la  
Mission Nationale d'Appui  
à la Santé Mentale

**Directeur de la publication :**  
Gérard Massé

**Rédacteur en chef :**  
Raymond Lepoutre

**Ont participé à ce numéro :**

Gaëtan Wagenaar  
Eric Chomette  
Carole Festa  
Pierre Juhan  
Serge Kannas  
Raymond Lepoutre  
Anne Veber  
Gérard Massé

PLURIELS, 5 avenue d'Italie,  
75013 Paris  
Téléphone 01.53.94.56.90 -  
Télécopie 01.53.94.56.99.  
E-mail : mission@mnasm.com

**Pluriels  
sur internet**

[www.mnasm.com](http://www.mnasm.com)