

10^{èmes} rencontres de l'information médicale en
psychiatrie

CH Ravenel – MIRECOURT - 16/09/2010

Information médicale en Psychiatrie : passé - présent - futur

Madame E. MOLINS

Directrice du CH RAVENEL à MIRECOURT

Dr. G. WAGENAAR

DIM EPS Barthélémy Durand ETAMPES

Un quart de siècle, Des périodes de 5 ans.

1985 – 1990 : les prémisses

1990 – 1995 : PSY versus MCO

1995 – 2000 : un outil spécifique, une pré-
expérimentation

2000 – 2005 : une expérimentation nationale

2005 – 2010 : la montée en charge du RIMP

1985 – 1990 : les prémises

L'informatique « légère », le Personnel Computer, permettent l'émergence des dossiers médicaux informatisés.

La fiche par patient de la DGS est le premier système national.

La notion de système d'information est encore loin.
Systèmes administratifs et médicaux vivent chacun leur vie.

1990 – 1995 : PSY versus MCO

Réunions régulières sous l'égide de la mission PMSI.

Le groupe des treize.

Un premier rapport et une première modélisation.

Un outil spécifiquement psychiatrique insistant sur les soins en ambulatoire (*EDGAR et MIPAX, actes pour la communauté*) mais restant hospitalo-centrique et orienté psychiatrie de CHS.

Historique **1995 – 2000 : un outil spécifique**

Travaux techniques et politiques.

Une pré-expérimentation en 1996, les GHJ.

Une seconde phase en 1998.

Préparation d'une expérimentation nationale.

L'échec de la notion de diagnostic.

Historique

2000 – 2005 : une expérimentation nationale

Travaux techniques et politiques.

Réduction des conclusions de
l'expérimentation
pour une « simplification » du recueil.

Préparation d'un guide méthodologique.

Préparation de la généralisation.

Historique

2005 – 2010 : la montée en charge du RIMP

Un démarrage laborieux.

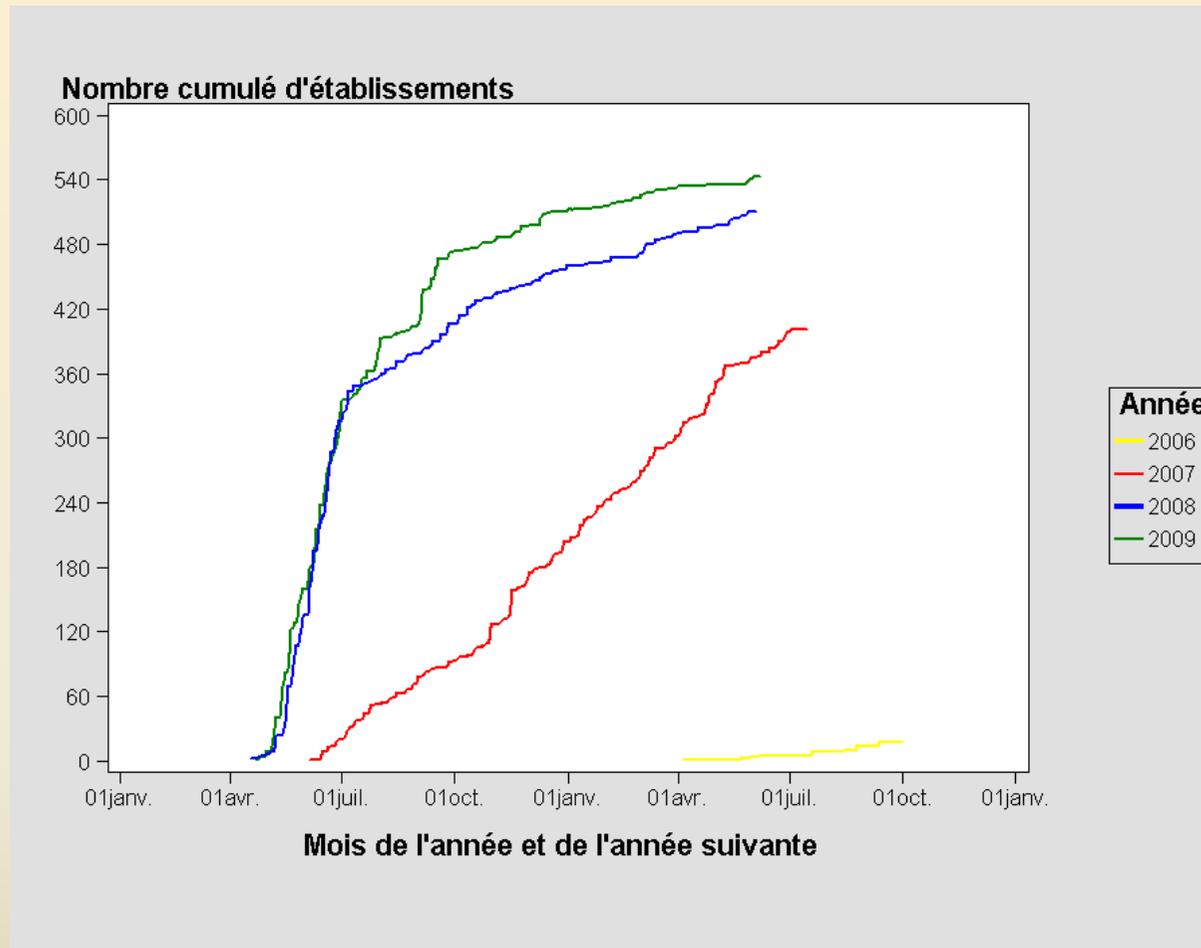
Des outils informatiques non disponibles.

Presque deux ans de mise en place.

Des retours d'information sommaires.

Une promesse d'évolution non tenue.

la monté en charge du RIMP



Le futur du RIMP

Renforcer et fiabiliser la description des actes.

Changer de paradigme pour la causalité des soins.

Entendre les besoins internes aux établissements.

Améliorer les retours d'information.

Tenir la promesse d'évolution.