

**10èmes Rencontres de l'Information Médicale en Psychiatrie
CH Ravenel - MIRECOURT (Vosges) - Le Jeudi 16 septembre 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

RESTONS ZEN.

Information médicale, information médicalisée, PMSI Psychiatrique ou RIMP, T2A ou VAP, un quart de siècle de tergiversations et de velléités nous amène à considérer la situation d'aujourd'hui comme ayant progressé à un train de sénateur vers cette étape essentielle et confortante qu'est la généralisation d'un système de recueil commençant à décrire plus que la présence de patients dans les soins.

Le RIMP de 2010 regarde autant les actes réalisés en ambulatoire que les traditionnels journées d'hospitalisation, quel qu'en soit leurs modes, et fait une place aux exercices de chaque profession composant l'équipe de soin, ainsi qu'une place à la diversité des lieux ou modes de prise en charge.

En cela, une marche qualitative importante a été gravie.

RESUMONS LE PARCOURS.

Un quart de siècle parce que l'information médicale en psychiatrie démarre en **1985** avec l'apparition d'une nouvelle technologie, la micro-informatique. C'est l'occasion, sur plusieurs sites en France, pour des médecins, de concevoir d'abord un dossier du médecin informatisé, puis de la recherche sur les informations recueillies.

A califourchon tantôt sur l'épidémiologie, la tenue de dossier, la bureautique médicale, les premières applications restent souvent cantonnées à l'espace d'un secteur, parfois plus, mais n'atteignent jamais le niveau de généralisation leur permettant de revendiquer une place dans le système d'information de l'établissement de santé.

En parallèle, le souci épidémiologique de la DGS fait naître la fiche par patient pour pouvoir mettre en évidence l'importance du phénomène de suivi ambulatoire dans les prises en charge psychiatriques des secteurs. Ce recensement décrit les venues du patient au cours de l'année (le patient ne pouvant être à deux endroits le même jour, on privilégie la notion d'« écrasement » des données). Cette FPP est très vite et abusivement détournée de sa fonction d'origine pour être considérée par certains comme un reflet de « l'activité » de l'établissement.

La Fiche Par Patient

La FPP-DGS, Fiche Par Patient de la Direction Générale de la Santé, d'abord appelée « fiche par malade » a vu le jour en juin 1986 sur un mode exploratoire et sa généralisation s'effectue à partir du 1^{er} janvier 1988.

Pendant presque 20 ans (1988, 2008), elle constitue le support unique de la description de « l'activité » d'une grande majorité des EPS ayant des secteurs de psychiatrie. En dépit des précautions d'utilisation recommandées dans la circulaire du 14 mars 1990, il en est fait un usage détourné de mesure de l'activité, et

l'extraction des données de la FPP-DGS dans le RAAS (Rapport Annuel d'Activité de Secteur) ou RAS (Rapport Annuel de Secteur) devient une référence incontournable encore en usage dans plus d'un établissement sur deux en fin 2007.

Créée pour apporter une connaissance « épidémiologique » et une connaissance sur l'atteinte de certains objectifs de la mise en place des secteurs, elle énonce pourtant clairement qu'elle ne se préoccupe pas de la mesure des actes. (Lettre circulaire N°552 de la DGS – 7 mai 1986) :

«..., du fait de la complexité et de la multiplicité d'une part, des actions menées pour un même patient qui peuvent nécessiter la participation de toute une équipe et, d'autre part, des actions non liées directement au patient, une simple comptabilité des actes ne saurait bien rendre compte de cette activité.

C'est ainsi que dans le souci de mesurer le service rendu à la population, il apparaît impératif dans un premier temps de comptabiliser très précisément le nombre de malades suivis dans l'année par l'équipe de secteur et d'étudier globalement les modes de prise en charge des patients »

On ne peut pas reprocher à la DGS de ne pas avoir été dans la plus grande transparence quant à ses objectifs d'évaluation. Il faut se tourner vers les acteurs locaux du soin pour demander des comptes sur l'usage détourné de cet outil de mesure.

Dès **1989**, d'abord sous l'égide de la DGS, puis de la DHOS et sa mission PMSI, se met en place un groupe de travail ayant pour mission initiale la recherche d'outils de système d'information adaptés à la psychiatrie (« groupe des treize »). Très vite, dès 1990, sous l'impulsion de la mission PMSI l'objectif change et se tourne vers l'élaboration d'un PMSI pour la psychiatrie.

Les travaux sont synthétisés dans un rapport d'**avril 1994**¹, très peu lu ou souvent mal lu, et en **1995** débutent les travaux techniques qui conduiront à plusieurs phases d'expérimentation jusqu'en 2004.

Une « pré-expérimentation » à lieu en **1996**, une expérimentation sur quelques établissements en **1998**, avant une expérimentation plus large sur quatre régions et sur des établissements volontaires dont des cliniques privées (au total un peu moins de deux cent établissements).

L'exploitation des résultats de ces expérimentations montre des faits remarquables qui ne sont pas obligatoirement mis à profit pour ce qui deviendra le RIMP. Ce dernier sera une simplification de la méthode expérimentale, perdant au passage les espoirs contenus dans le message de la DGS du 7 mai 1986.

De ces travaux et des confrontations avec les instances représentatives de la psychiatrie naît le RIMP (Relevé d'Informations Médicalisé en Psychiatrie) prélude à la VAP (Valorisation de l'Activité en Psychiatrie).

Le RIMP est généralisés à tous les établissements psychiatriques privés et publics au **1^{er} juillet 2006**.

Essentiellement centré sur la nécessité de fournir ces éléments statistiques aux demandeurs (ARH, ATIH), sous formes de RPSA et R3A le RIMP néglige ou écarte l'utilisation de l'évaluation médico-économique à usage interne dans les établissements. Comme le fut la fiche-patient de la DGS à ses débuts, le RIMP est vécu comme une contrainte administrative et/ou une menace sur les pratiques et sur la liberté des patients.

1

□ 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. LOPEZA

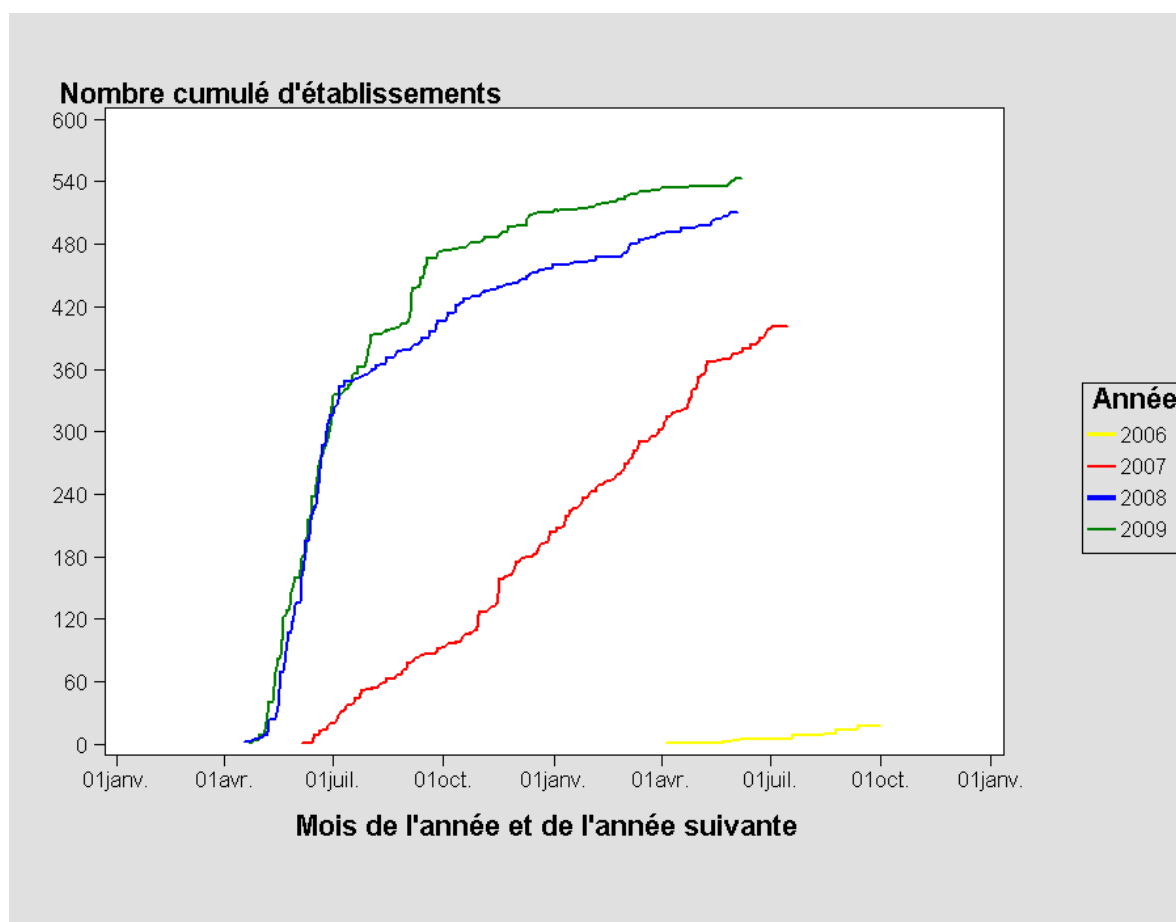
LE PRESENT

En dépit de cette date de généralisation du 1^{er} juillet 2006, il faut attendre mars 2007 et un guide méthodologique moins imprécis et moins sujet à interprétation que celui de 2006 pour voir démarrer les premières applications RIMP et les premiers envois d'informations vers l'ATIH.

Dans la réalité des faits, ce n'est en général qu'en 2008, en dehors des établissements qui avaient participé aux expérimentations, que ce fait la mise en route des premières collectes. Nous ne disposons pas de retour d'information récent sur la proportion des établissements envoyant à ce jour leurs données de façon régulière. Toutefois en 2006 : 17 établissements avaient envoyé leurs données, 401 en 2007, 513 en 2008 et 543 en 2009.

Cette description simplement quantitative ne préjuge en rien de la qualité clinique des données expédiées ni et surtout pas de la fidélité de ces données à la réalité des soins.

Ci-dessous graphe extrait du site de l'ATIH au 09/08/2010



(On remarquera que les 543 établissements expéditeurs de données pour 2009, on fini leurs envois pour 2009 en juillet 2010. Les courbes ci-dessus montrent que le principe de l'envoi dans le mois qui suit le trimestre clôturé reste largement théorique.)

Réalité des collectes d'information et réalité de l'élaboration des RPS et RPA.

Le guide méthodologique de juillet 2006 et celui du 5 mars 2007 sont précédés d'un préambule sous la signature du ministre de la santé de l'époque précisant que l'outil RIMP possède toutes les qualités pour être le couteau suisse de la gestion des établissements :

« ... Les données recueillies sont riches, et les possibilités d'exploitations multiples. Elles peuvent être mobilisées aussi bien au niveau local, pour la gestion interne, pour l'amélioration de l'efficacité et de la qualité des soins, qu'au niveau régional, par exemple, pour l'élaboration des SROS ... »

Dans le chapitre des caractéristiques générales du recueil, page 5 du guide méthodologique, un vœu pieux est émis : « Les informations constitutives du recueil sont extraites du système d'information des établissements... »

Sur le terrain où les serveurs d'identité sont rares, où les recueils des données en temps réel et la saisie à la source sont exceptionnels, où le dossier partagé du patient fait encore figure d'application pionnière, existent, de fait, divers applications spécialisées pour le RIMP comme annexes ou sous-parties du dossier médical informatisé avec des passerelles ou « interfaces » plus ou moins opérationnelles et plus ou moins bidirectionnelles avec les applications administratives de facturation.

La notion attendue par Monsieur le Ministre de la Santé de « données riches et possibilités d'exploitation multiples » reste un objectif à atteindre. En effet, en dehors de la production automatisée de RPS et RPA, par une « boîte noire » peu de choses commodes ou aisément utilisables existent dans les propositions d'applications disponibles sur le marché pour permettre une exploration de l'activité réelle de l'établissement au bénéfice de celui-ci.

Pourquoi ?

Le RIMP fait l'impasse sur le travail indirectement rapportable aux patients ou non rapportable aux patients, notamment les actions pour la communauté figurant dans l'expérimentation pour le PMSI, il permet ou entretient la confusion entre la description de tâches organisationnelles et de tâches réellement thérapeutiques, il maintient le flou sur la description d'activités telles que celles des CATTP, et d'autres caractéristiques pourraient être soulignées.

En quelques sortes, le guide méthodologique reste très interprétable pour certaines de ses parties. Cela fait le jeu de ses détracteurs mais surtout passe à côté d'une demande forte et ancienne des équipes soignantes et ne répond que très mal aux besoins de gestion interne.

Très clairement défini dès 1995 comme une application médico-économique détachée de la gestion interne et au profit de la génération d'une rémunération des établissements, le PMSI-PSY puis le RIMP, se sont quand même parés des plumes de paon d'un outil de gestion multidirectionnel.

Les attentes des équipes ne sont pas prises en compte par les systèmes applicatifs existants. Ces demandes sont pourtant à la fois simples et légitimes. Les équipes, comme l'établissement d'ailleurs, ont besoin de pouvoir décrire leur travail avant d'avoir besoin de décrire leur production.

L'attente RIMP ne porte que sur la description d'une partie de la production selon les spécifications du guide méthodologique et surtout selon les canons de l'ATIH.

Comme le faisait déjà la FPP, le RIMP provoque alors le sentiment d'une contrainte administrative à subir et faute de retour d'information rapide, utile et intéressant pour les équipes, il devient urticant et suscite l'envie d'interpréter ses principes pour pouvoir en tirer ce que l'on attend d'un outil à usage interne.

Cette vision, peut-être un peu moqueuse, est toutefois bien confirmée par la nature des tableaux MA-PSY retournées aux établissements par l'ATIH.

Les tableaux ont comme première caractéristique de ne pas pouvoir apporter d'information concernant les secteurs ni d'information permettant de dégager la spécificité des actions de psychiatrie générale par rapport à celles de psychiatrie infanto-juvénile, à moins de péniblement replonger dans les RPS et RPA avant export.

Dans l'effroyable somme de lignes que composent tous les tableaux, une petite trentaine de lignes seulement est signifiante pour les équipes. On peut donner à lire le tableau 7 et les trois tableaux 11 en faisant abstraction de tout désir de ventilation par secteur ou discipline.

On peut considérer comme naturel que chacun voie midi à sa porte, l'ATIH en premier. Mais que l'on ne s'étonne alors pas de voir chacun désirer son soleil.

Ne pas chercher à concilier les intérêts internes à l'établissement et les intérêts externes, n'aide pas à encourager la progression de l'information médicale en psychiatrie.

LE FUTUR.

Reprenant le préambule au guide méthodologique du ministre de la santé :

La démarche est avant tout évolutive : la parution de ce guide n'est que la toute première étape d'un processus itératif, et c'est l'expérience du terrain qui nous permettra ensemble de l'adapter progressivement aux divers besoins des professionnels.

.... il nous faudra, tous ensemble, faire preuve de créativité pour expertiser de nouveaux modèles et définir une tarification médicalisée. En cela aussi, la collaboration de l'ensemble des acteurs sera précieuse.

Aussi c'est avec confiance que j'invite tous les professionnels à s'approprier et à faire vivre le Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie, qui sera dorénavant notre outil commun pour étayer nos réflexions de données objectives et partagées.

On se dit que depuis 2006 on n'a pas forcément fait beaucoup de travail en commun, qu'on n'a pas forcément beaucoup étayé nos réflexions sur des données objectives et qu'on n'a pas beaucoup partagé nos informations. Il existe bien sur, des régions et des établissements, souvent parmi les premiers expérimentateurs, qui se sont donné les moyens du partage d'expérience et du partage d'information, mais ça reste relativement confidentiel ou localisé.

Le futur devrait alors être une évolution du guide qui n'a pas bougé depuis 2007. En particulier il faut accomplir un travail de lever des ambiguïtés et d'éclaircissement de certaines consignes. Mais aussi, il faut penser le guide comme un conseiller autant que comme un père fouettard. Nos systèmes d'informations sont immatures, les bloquer sur la réalisation d'exigences extérieures à l'établissement n'est pas leur permettre une croissance harmonieuse. Les troubles du développement affectent déjà suffisamment nos établissements pour ne pas les transformer en troubles envahissants du développement.

Ce guide nécessite aussi de repenser la place des actions pour les personnes morales (les ex actions pour la communauté).

Il doit surtout s'ouvrir sur un regard rafraîchi sur les motifs ou causalités expliquant les différences de prise en charge. En 1998, comme en 2002, comme en 2004, il a été assez clairement démontré que l'on avait toutes les peines du monde à corrélérer diagnostic au sens psychiatrique et nature de prise en charge. Nous ne sommes pas dans une relation linéaire du type appendicite-appendicectomie. La prise en charge de la personne est une prise en charge de la personne dans son milieu ou compte tenu de son milieu, en particulier ou plus évidemment encore, en psychiatrie infanto-juvénile. La gravité des troubles, donc la force de la réponse, le coût de prise en charge, en suivant l'expérience des professionnels de santé, ne dépend pas de la structure des troubles mais bien d'un complexe entre la symptomatologie, la réponse à l'environnement et la réponse de l'environnement. *(La première phase d'expérimentation effleurait cette question avec un outil bien difficile à manier qu'était l'EGF).*

De son côté, l'ATIH doit peut-être se pencher sur des retours d'informations aux établissements plus réalistes, ne mettant pas dans un même sac les actes et les journées de pédopsychiatrie et de psy générale et puisque qu'elle dispose dans les RPAA et RPSA de quoi différencier les secteurs, ne pas mettre en vrac l'activité de l'établissement sous des labels standards.

Cet échange gagnant-gagnant n'est pas utopique.