

ce qui relève de la prise en charge, l'exigence est sans doute moins impérieuse.

### Conclusion

Détermination des besoins et externalisation des intentions sont, conjointement, le gage de la transversalité des approches territoriales. Elle permettent aux différents acteurs d'adhérer à une entreprise décloisonnée

recherchée tant par les acteurs sanitaires que par ceux de l'aménagement du territoire.

Ce fait est sans doute plus encore perceptible à l'échelle du local, lorsque se développe la politique de la ville, les programmes régionaux de santé ainsi que les schémas régionaux d'organisation sanitaire. Ces initiatives ne sont-elles pas toutes de grandes consommatrices d'analyses de besoins locaux ? ■

## Où en est le PMSI en psychiatrie ?

L'objectif des travaux menés par la direction des Hôpitaux consiste à étendre le PMSI à l'ensemble des activités des établissements publics et privés afin de répondre aux exigences de la réforme hospitalière de l'hospitalisation publique et privée (ordonnance du 24 juillet 1996) concernant la réduction des inégalités de ressources entre les différentes régions et les différents établissements.

À l'heure actuelle, seules l'activité d'hospitalisation de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)) en hospitalisation complète ou partielle et l'activité de soins de suite et de réadaptation disposent d'un tel outil.

Dès 1982, l'idée d'une maîtrise médicalisée des dépenses hospitalières a vu le jour. Le principe retenu selon le modèle des *Diagnostic Related Groups* américains, pour les soins de médecine, chirurgie, obstétrique, repose sur la constitution de groupes homogènes de patients visant à décrire les malades soignés et réunissant au sein de chaque groupe, des pathologies ayant une certaine cohérence médicale et des coûts de prises en charge équivalents. Mais la méthode des GHM s'est avérée impossible à étendre à la psychiatrie et aucun développement propre à la spécialité n'avait été réalisé dans un pays étranger.

Depuis 1990, une réflexion est menée par un groupe de travail au sein de la direction des Hôpitaux. L'une des orientations retenues est de définir un modèle s'articulant autour d'une classification médico-économique à la journée pondérée pour les prises en charge « avec hospitalisation » et un système de « paiement à l'acte » pour les activités ambulatoires.

La deuxième orientation, qui pour l'instant n'a pas abouti, repose sur la recherche de typologies de patients selon leur consommation globale au travers de la trajectoire de soins et sur une longue période, de l'ordre d'une année. Cette deuxième piste qui n'est pas abandonnée pourrait utilement bénéficier des résultats obtenus par l'exploitation de la première orientation.

En 1997, une expérimentation a été menée sur un échantillon d'établissements tirés au sort pour alimenter une base de données constituée par un certain nombre de caractéristiques médico-sociales supposées prédictives de consommation de soins

et par l'ensemble de l'activité concernant ces patients, afin de déterminer un nombre de séquences courtes de prises en charge, homogènes au point de vue clinique et en consommation de ressources (le recueil a été réalisé sur des périodes de prises en charge hebdomadaires, la consommation de ressources reposant sur les temps d'intervention de chaque soignant).

L'objectif est d'isoler des variables prédictives en nombre suffisamment restreint pour être utilisées en routine, descriptives de l'état clinique du patient et prédictives du poids économique des prestations réalisées. Ainsi un patient lors d'un même séjour, en fonction des variables recueillies pourrait être classé *a priori* dans un groupe économique correspondant à un tarif forfaitaire particulier. On voit qu'à la différence du PMSI MCO, la durée de séjour n'est pas prise en compte puisque le forfait est renouvelable, éventuellement dans une autre classe.

En hospitalisation de jour et de nuit, la tendance est d'utiliser le modèle de l'hospitalisation à temps complet.

À l'issue de cette expérimentation et en hospitalisation complète, les sept critères retenus pour le recueil standard concernent :

- l'âge (les coûts de prises en charge des « enfants » sont beaucoup plus élevés que pour les adultes),
- l'ancienneté dans le séjour (pour les adultes : plus le séjour est long, moins le coût est élevé alors que pour les enfants, le phénomène est inversé),
- l'isolement thérapeutique, la pathologie somatique lourde, la dépendance qui élèvent le coût de la prise en charge,
  - l'échelle globale de fonctionnement
  - le diagnostic bien qu'aucune relation entre le coût et la pathologie n'ait été mise en évidence lors du traitement de la base de données mais qui présente un intérêt médical.

L'expérimentation a permis de se rendre compte que la prédictivité de ces variables est insuffisante pour permettre l'utilisation du système en terme d'allocation de moyens. L'objectif est néanmoins de généraliser le système d'information ainsi construit dès l'année 2001, une phase de toute façon nécessaire à son amélioration progressive. ■

**Jean-Claude Pénochet**  
Psychiatre  
des hôpitaux  
**Jocelyne Pitiot**  
Assistante, CHU  
de Montpellier