

Olivier Dembinski,

Maître de conférences en sociologie, UTBM

Récits/Clersé

## **Le PMSI Psy : une tentative de construction gestionnaire du produit de la psychiatrie.**

Le Programme Médicalisé du Système d'Information est un outil d'évaluation des coûts construit à partir d'informations standardisées et quantifiées. Ce système d'information doit permettre une description des soins prodigués dans un cadre donné au cours d'une période donnée ; une analyse médico-économique de l'activité des établissements d'hospitalisation ; l'élaboration de projets d'établissements. Avec l'accréditation, il constitue la base du dispositif de contrôle de gestion des établissements de santé.

Il est aussi présenté comme une des clés de répartition des ressources entre régions et établissements avec pour objectif de participer à la réduction des inégalités par une plus grande transparence des décisions. Une transparence qui repose sur des outils d'objectivation de la production de soins dans lesquels le profil de prise en charge moyen par pathologie puisse être retrouvé. Cette introduction de la connaissance sur la pathologie dans les outils de gestion est considérée comme un moyen d'améliorer la qualité du dispositif de gestion et par contre coup des soins. Ces outils n'ont donc pas pour objectif de modifier les pratiques de soins mais d'intervenir sur le cadre dans lequel elles prennent sens. Régulièrement enrichi (de données liées à la charge de travail au dossier médical), le PMSI doit informer les décideurs sur la performance des établissements et les éclairer dans leurs choix. Ces nouvelles normes, définie par les outils de gestion, vont imposer des changements organisationnels mais aussi pour les personnels et les patients.

Progressivement généralisé à l'ensemble des établissements, le PMSI est testé en psychiatrie au cours des années 90 avant d'être abandonné en 2004 sur décision du ministre de la santé. Cette décision s'inscrit dans un contexte particulier qui a placé la psychiatrie au centre de l'actualité et révélé au grand public une partie des difficultés auxquelles elle est confrontée. Au-delà d'un simple moratoire sur la fermeture des lits et de l'utilisation du PMSI en psychiatrie, cette décision fait écho à la protestation d'une partie des professionnels. Leurs critiques portent sur les distorsions que le PMSI fait subir à la réalité afin de rendre la production des établissements et des secteurs psychiatriques évaluable et comparable. Trop partiel et partial, le système d'information ferait courir un risque de dissolution de la psychiatrie dans le médical et l'économisme.

L'objet de ce texte est de revenir sur cette tentative de transfert du PMSI à la psychiatrie. Il commence par une analyse de son utilisation dans le cadre de l'hôpital où ses effets sur l'organisation et les représentations sont observables depuis plusieurs années. Dans une deuxième partie, ce sont essentiellement les arguments développés par les professionnels et les enjeux qui entourent cette construction gestionnaire du produit de la psychiatrie qui sera questionnée.

## *I- L'exemplarité du PMSI en MCO*

Bien qu'ayant assuré le développement des hôpitaux français depuis les années 50, le financement au prix de journée<sup>1</sup> a accentué la croissance des dépenses de santé issue de la déstructuration des réseaux sociaux et familiaux. Avec la montée du chômage dans les années 70, le gouvernement décide de limiter le déficit du système de protection

---

<sup>1</sup> Dans ce mode de financement, l'assurance maladie remboursait à l'hôpital les séjours des patients en fonction de leur durée.

sociale en mettant en place des contraintes budgétaires plus strictes là où ses pouvoirs sont les plus importants : l'hôpital public<sup>2</sup>.

Dès 1978, le financement de journée est abandonné au profit d'une dotation globale définie ex ante sur la base du budget alloué aux établissements l'année précédente, corrigé d'un taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières. Etendu à l'ensemble des hôpitaux en 1984, le budget global marque la fin de l'adéquation entre les ressources et le volume d'activité des établissements.

Contraint par un budget déconnecté de la quantité de prestations fournies, les établissements tentent de sélectionner les activités les plus rentables et d'adapter leur fonctionnement afin de fournir des prestations à moindre coût<sup>3</sup>. C'est dans cette double optique, que le Programme de Médicalisation du Système d'Information est lancé en 1982 par J.De.Kervasdoue, alors Directeur des Hôpitaux. Fondé sur l'importation du système des « Diagnosis Related Groups » élaboré à la fin des années 70 par R.Fetter<sup>4</sup>, il impose aux établissements d'évaluer leur activité en volume et en coût. A l'origine, l'enjeu consiste à passer d'un système d'information sur le produit hospitalier à un outil de gestion utilisable en interne et en externe c'est-à-dire au niveau de la répartition des moyens entre les départements, régions et établissements. Après de nombreuses hésitations, c'est cette seconde finalité qui sera officiellement retenue lors de sa généralisation même s'il existe aujourd'hui d'autres utilisations (palmarès des établissements, démarches stratégiques, contrôle de gestion, tarification à l'activité, etc.). La construction du PMSI s'est faite sans véritable débat public, ni négociation avec le

---

<sup>2</sup> L'hôpital public représente 75% des dépenses d'hospitalisation soit près de la moitié des dépenses de l'assurance maladie.

<sup>3</sup> Les soignants qui ont connu cette période évoque les situations inextirpables auxquelles ils étaient confrontés. Le manque de moyen ne permettait plus dans de nombreux services de faire face aux dépenses quotidiennes (petit matériel, pharmacie, produit de nettoyage et de désinfection, réparations du matériel, etc.).

<sup>4</sup> R.Fetter ingénieur agronome devenu économiste de la santé à Yale, voyait dans les DRGs un système d'information complet pour les établissements de santé, leur donnant la capacité de connaître leur clientèle et leurs pratiques, d'améliorer leur gestion interne, d'effectuer des choix stratégiques pour se positionner sur des marchés porteurs et d'évaluer la qualité de leurs services.

monde professionnel mais grâce à une coalition d'acteurs (politiques, experts et professionnels de la santé) qui lui était favorable<sup>5</sup>. Développé pour les courts séjours des disciplines dites de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) il sera adapté aux « soins de suite et de réadaptation » (les moyens séjours) avant d'être expérimenté en psychiatrie.

Le PMSI a comme objectif d'établir un lien entre la dotation budgétaire et le service rendu par les hôpitaux ou les services de soins. Son élaboration se fait en deux temps :

*La mise en place d'un recueil d'informations dont l'objectif est d'identifier les principales variables explicatives des coûts de prise en charge des patients.* Ce recueil repose sur un ensemble d'informations médico-économiques quantifiées et standardisées qui définissent le « produit » hospitalier à partir de Groupes Homogènes de Malades (en fait des groupes homogènes de séjours ou des séquences de soins). La validité scientifique du PMSI repose sur l'homogénéité (clinique et statistique) de ces groupes construits à partir d'informations concernant le patient et les interventions subies (les variables dites explicatives). Il faut en effet que les caractéristiques cliniques des séjours soient proches et les différences en coûts entre séjours d'un même groupe soient faibles. Corrélativement, les écarts de coût entre les groupes sont alors importants. L'appartenance à un groupe devient « prédictive » du coût de prise en charge d'un patient<sup>6</sup>.

*La définition d'une échelle de coûts (ou Indice Synthétique d'Activité) pour chaque Groupe Homogène de Séjour.* Cet Indice Synthétique d'Activité est calculé afin de servir de référence pour tous les établissements. Ainsi, chaque structure peut déterminer, à partir du nombre de cas traités et classés dans les divers groupes homogènes, le nombre de

---

<sup>5</sup> M.Naiditch, De.Pourville.G, (2000), « Le programme de médicalisation du système hospitalier : une expérimentation sociale limitée pour une innovation majeure du management hospitalier », *Revue Française des affaires sociales*, n°1 janvier-mars.

<sup>6</sup> En d'autres termes, si un malade appartient à tel groupe, on peut avoir une bonne approximation de ce que sera le coût de son traitement.

points d'activité qu'il a généré dans l'année<sup>7</sup>. On peut alors calculer la valeur en Euro du point ISA pour chaque établissement, service ou région en divisant les dépenses par le nombre de points ISA produit au cours de l'année. Cet indice fournit une base de comparaisons utilisée pour évaluer la sur ou sous-dotation budgétaire d'un service, d'un établissement, d'une région ou d'une nation. C'est la raison pour laquelle la valeur du point ISA d'un établissement est devenue l'indicateur le plus important pour les acteurs de la négociation budgétaire.

Avec les indicateurs financiers, les résultats de l'accréditation et les données environnementales, l'Indice Synthétique d'Activité fait désormais partie du tableau de bord dont disposent les gestionnaires hospitaliers et l'Agence Régionale d'Hospitalisation. A ce titre, le PMSI participe d'un nouvel esprit gestionnaire qui fait consensus en France depuis les années 80 sur la modernisation de l'hôpital. Son succès et sa pérennisation doivent beaucoup à l'apparition d'acteurs nouveaux comme les Directeurs de l'Information Médicale (médecins chargés d'authentifier d'un point de vue médical la collecte des données) et les responsables des systèmes d'informations (chargés de gérer la logistique de cette production routinière de données médico-économiques) sur lesquels s'appuient les directeurs d'établissements pour élaborer leurs choix stratégiques.

D'un certain point de vue, il constitue une avancée dans la connaissance de l'activité des établissements qui jusque là se limitait au nombre de journées d'hospitalisation réalisées et cotées selon une nomenclature déconnectée des moyens mobilisés. Il répond à l'absence d'un système d'informations médico-économiques permettant d'établir des comparaisons inter hospitalières. Progressivement, la valeur du point d'ISA s'est imposée comme l'indicateur de référence pour comparer la productivité des

---

<sup>7</sup> Par convention, on attribue une valeur de 1000 points ISA au GHM 540 (l'accouchement par voie basse sans complication) et tous les autres GHM se répartissent par rapport au GHM 540. Cette échelle de coûts

établissements. Une valeur qui permet aux directions de définir les services ou les pathologies qui constituent les « clefs de la réussite » d'un établissement c'est-à-dire celles qui génèrent beaucoup de points d'ISA.

Le PMSI est aujourd'hui inscrit dans le paysage hospitalier et constitue la base de la tarification à l'activité, destinée à remplacer progressivement le budget global. Ce nouveau mode de financement s'appuie sur les groupes homogènes pour définir le prix moyen auquel un hôpital ou une clinique pourra facturer la prise en charge d'un patient. Il est présenté comme un nouveau moyen permettant de réguler les disparités de tarification entre les établissements (en particulier privés et publics) et d'éclairer les payeurs sur la performance économique des structures de soins.

D'un autre point de vue, après 13 ans d'utilisation dans le cadre du budget global, et en dépit des différentes mesures sensées permettre aux établissements « d'optimiser » leur offre de soins (développement de l'autonomie, mise en place de la contractualisation externe et interne, projet d'établissement et de service, etc.), l'outil montre ses limites comme mode d'évaluation de l'activité hospitalière et d'allocation des ressources<sup>8</sup>.

*D'une part, le caractère trop restrictif et normatif du système d'information.*

Ces critiques sont portées par des experts en gestion ou des économistes qui remettent en cause le modèle retenu pour appréhender les coûts<sup>9</sup>. Leurs arguments s'appuient sur des analyses fines du travail soignant. Ils montrent qu'il y a de fortes variations de la charge en soins directs (pour des patients classés dans le même groupe homogène) et de l'intensité journalière du travail soignant (ce qui rend les raisonnements à partir de

---

relatifs par GHM est réactualisée chaque année. Un service qui a réalisé 10 séjours classés en GHM 540 a donc produit  $10 \times 1000 = 10\,000$  points ISA dans l'année.

<sup>8</sup> C. Suarez (2003), « Synthèse et analyse critique des réformes de financement des hôpitaux publics et privés : du PMSI à la tarification à l'activité », *Document de travail*, CGT.

<sup>9</sup> Pour la MCO, le PMSI considère que le coût d'un patient dépend de sa durée de séjour elle-même dépendante du diagnostic et des caractéristiques du patient.

moyennes sur de longues périodes peu fiables). Dès lors, si on peut considérer que le PMSI donne une image relativement fiable des activités de court séjour, celle-ci se brouille dès lors qu'un évènement vient perturber la trajectoire théorique du patient. Pour les soins de suite et de réadaptation, les longs séjours et plus généralement quand le degré de dépendance du patient augmente, le modèle ne permet plus de prédire les coûts car la charge en soins directs par patient n'est que très partiellement liée au degré de dépendance<sup>10</sup>. En d'autres termes, les groupes homogènes ne le sont pas suffisamment et ne constituent pas une bonne « entrée » pour appréhender le produit hospitalier dans la mesure où une grande partie de la variation totale des coûts échappe au modèle. L'ensemble de ces imprécisions renvoie à un problème de fond commun à toute tentative de modélisation des activités de service. L'absence de processus de production standardisé, la difficulté de définir un horizon temporel à l'activité de soins et le principe de coproduction du service (qui conditionne fortement son résultat) rend difficile ce travail de modélisation<sup>11</sup>.

A ces imperfections s'ajoutent des lacunes liées à la non prise en compte des coûts indirects et des coûts de structure faisant l'impasse sur des paramètres essentiels du fonctionnement et des contraintes propres aux hôpitaux. Ainsi, le travail des personnels (soignants ou non) y est réduit à une succession de gestes techniques liés à l'exécution de protocoles qui masquent les activités cognitives, informationnelles et les évènements qui bousculent l'ordonnancement du travail.<sup>12</sup> De même, les coûts liés à l'utilisation du système d'information ne sont pas chiffrés. Or, on peut légitimement penser que ces missions administratives nécessitent des compétences techniques nouvelles et du

---

<sup>10</sup> Cela jette un doute sur les outils algorithmiques qui lient automatiquement le degré de dépendance et les effectifs soignants ou qui lui attribuent une intensité de travail. J.P.Escaffre, (1998), « Logique de soins, logique de gestion, logiques économiques », *Introduction aux journées nationales de l'API*, Brest.

<sup>11</sup> J.Gadrey, (1996), *Services : la productivité en question*, Ed. Desclée de Brouwer.

<sup>12</sup> L'évaluation des soins directs réalisés renvoie à une description légale de l'activité des soignants. C'est-à-dire, liée à l'exécution de protocoles de soins auxquels s'ajoutent des temps « relationnels » dès lors qu'ils dépassent 10 minutes. Cette amplitude du travail relationnel est conforme à celle qu'utilisent les cadres hospitaliers pour planifier leur dotation en personnels. On peut d'ailleurs établir un lien entre la mise en place de ces outils (qui a eu pour corollaire la baisse de la durée moyenne de séjour, l'intensification du travail, la polyvalence, etc.) et le malaise des personnels hospitaliers.

temps<sup>13</sup> auxquels il faut ajouter le prix du chaînage du logiciel, de la gestion administratif, de la formation continue, d'investissement et de maintenance du réseau, les dépenses d'étude, de conseil, l'impact sur le travail des soignants, etc. Des coûts indirects et cachés qui peuvent rendre ces outils peu rentables au regard des investissements.

Construits pour mesurer la « productivité main-d'œuvre » dans l'industrie, selon des normes de production datée, les outils de gestion tendent à sur évaluer les coûts du travail et à sous évaluer les autres coûts (financiers, de structures, de maintenance, d'équipement, cachés, etc.) mais aussi la valeur, les revenus directs et indirects du travail<sup>14</sup>. Inspiré par ces outils, le PMSI privilégie lui aussi une approche par la productivité directement liée aux soins, qui conduit à une minimisation de ces coûts de main-d'œuvre (en augmentant le flux ou par l'externalisation de certaines prestations). Le rôle du management hospitalier est de favoriser la mise en œuvre de ces normes d'efficacité définies sous la forme d'outils de gestion et de ration. Dès lors, la qualité de ce management devient une garantie de performance perçue comme l'application des « meilleurs » outils permettant d'accroître la productivité mesurée à partir de variables d'ordre physique.

*D'autre part, il aurait généré des résistances, des détournements et des effets pervers<sup>15</sup>.*

---

<sup>13</sup> En dehors des frais liés à l'achat du matériel informatique et du logiciel (pour lesquels les établissements ont touché une enveloppe) les calculs les plus optimistes montrent que le codage et le recueil des données nécessitent 2,8 ETP de soignants pour 100 lits. Un coût qui ne prend pas en compte l'impact de ces tâches supplémentaires sur le travail des soignants.

<sup>14</sup> L'expression première de la performance économique est la productivité. Depuis plusieurs années, il y a une prise de conscience des limites inhérentes à ces outils de gestion classique fondés sur des principes périmés (performances stables dans le temps, performances productives assimilées à une minimisation des coûts de main-d'œuvre, outils comptables qui recherchent la précision par rapport à des résultats financiers, etc.). Dans tous les secteurs, l'élargissement des objectifs à satisfaire fait que les performances visées sont plus globales, complexes, à la fois quantitatives et qualitatives. Dans la production de masse, les coûts de main d'œuvre total sont souvent équivalents à la TVA sur le produit. Une part relative donc au regard des autres coûts qui ne sont pas incompressibles.

<sup>15</sup> « L'aventure » du PMSI est aussi faite d'une « petite histoire ». Sur cotation d'actes, réaffectation des moyens destinés à l'informatisation des services, manque de coordination dans l'achat de matériels informatiques conduisant à des situations ubuesques, etc.

La « culture humaniste » des soignants tendrait à rejeter toute analyse quantitative de leur activité<sup>16</sup>. Pour les « acteurs de la modernisation » il faut combattre cet archaïsme par la pédagogie et la mise en place d'un système de sanctions et de récompenses afin de responsabiliser les soignants. Il est vrai que l'introduction d'une conscience gestionnaire à l'hôpital et de ses outils à visée stratégique (que ce soit en terme de positionnement sur un marché local de soins ou de contrôle de gestion) a d'abord suscité de l'incrédulité chez les hospitaliers avant de les diviser au cours des années 90. Certains sont alors entrés dans une forme de résistance passive qui consiste à déléguer une partie de ces nouvelles prérogatives de gestion aux cadres infirmiers pour ne conserver que la négociation budgétaire avec la direction. D'autres ont tenté de résister à la restructuration, voire à la suppression de leur service (parfois avec le soutien de la population locale ou des élus) sans pour autant parvenir à des résultats durables faute de pouvoir justifier auprès de la tutelle ou de leur direction d'une « productivité » ou d'un nombre de points d'ISA suffisant. Enfin, des praticiens ont saisi les potentialités de détournement stratégique de ces outils de formalisation de l'activité des services y compris en utilisant les imperfections du système d'information qui génèrent du flou dans l'utilisation de ces données<sup>17</sup>. Ils s'en sont servis pour obtenir plus de moyens humains, rénover leurs services et développer de nouvelles spécialités pointues mieux évaluées par le PMSI.

Dès lors, ces faiblesses ont été expliquées par l'absence de contrôle des performances individuelles et collectives<sup>18</sup>. Face à ce constat, les experts (économistes, gestionnaires, consultants en management hospitalier, etc.) s'accordent désormais sur un point : la difficulté d'intervenir dans la gestion de l'hôpital en raison du « facteur humain » qui

---

<sup>16</sup> Honoré B., Samson G. (sous la dir.), (1994), *La démarche de projet dans les établissements de santé*, Ed. Privat.

<sup>17</sup> Un flou qui devient une condition de l'équilibre du système là où la netteté aurait provoquée des conflits entre les différents acteurs hospitaliers. Moisdon J.C., Tonneau D. (1999) *La démarche gestionnaire à l'hôpital, Recherches sur la gestion interne*, Ed. Seli Arslan.

<sup>18</sup>Inscrite dans le « plan hôpital 2007 », l'évaluation des performances permet de reporter la responsabilité de l'organisation sur les individus et de moduler le salaire avec des primes individuelles de rendement et collectives de qualité sans alourdir les charges sociales.

résiste à la modernisation. Le « problème » de l'hôpital, et plus généralement des structures de soins, n'est plus celui de la qualité des indicateurs de gestion mais de leur utilisation pour stimuler une nouvelle organisation des soins plus performante.

Au regard des investissements financiers et humains, le bilan est donc mitigé. Ces deux dernières décennies, les hôpitaux ont, certes, fait des économies, notamment en baissant la durée moyenne de séjours, en augmentant le taux de rotation des lits, en sous traitant certaines fonctions (logistiques et techniques), par le recentrage de leur activité sur les spécialités les plus coûteuses, la rationalisation du travail et de la gestion des unités de soins (sectorisation, mise en place d'outils formels de programmation des soins, chasse au gaspi dans les unités de soins et aux impayés), gel des emplois non médicaux (sauf administratifs), etc. Mais faute d'évaluation de la qualité de la prise en charge et de la pertinence des réponses proposées par les établissements aux besoins de la population locale, on a du mal à percevoir l'impact de ces outils que ce soit pour lutter contre les inégalités et rationaliser les dépenses.

Plus encore, il ne semble pas avoir une utilisation des données pour permettre une meilleure répartition des moyens entre les établissements et les régions, aujourd'hui qualifiées, pour certaines, de « désert sanitaire »<sup>19</sup>. La sous utilisation du PMSI, qui n'intervient que pour une part marginale dans la distribution des dotations<sup>20</sup>, a conduit les gouvernements à accorder un rôle plus important aux Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales aux Agences Régionales d'Hospitalisation et Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (lois de décentralisation, ordonnances Juppé, plan hôpital 2007) pour conduire cette politique de rationalisation des dépenses et de réduction des inégalités qui persistent malgré les différents plans mis en place. Aussi depuis plusieurs années, Direction et tutelles régionales développent une argumentation

---

<sup>19</sup> Ce qualificatif renvoie autant à l'absence de professionnels qu'au manque de structures de soins.

serrée qui s'appuie sur les contraintes budgétaires et contractuelles, sur la nécessité de dégager un excédent pour réaliser le schéma directeur mais aussi sur les aspirations des malades et les innovations technologiques pour réorganiser l'offre de soins.

Dans ce contexte, les établissements cherchent à assurer au mieux certaines missions spécifiques (soins de hautes technologies, unités spécialisées) et à bénéficier d'un financement prioritaire sur les équipements lourds. Mais ce repli vers les missions spécialisées s'accompagne d'une diminution des offres courantes environnantes et provoque l'afflux d'une demande indésirable contre laquelle les Centres Hospitaliers se défendent en accaparant encore plus les moyens de leur spécialisation, ce qui accentue encore la pauvreté de leur environnement. C'est ce cercle vicieux qui a provoqué l'abandon par le service public des maternités de niveau 2 (rentables, mais rapportant peu de points d'ISA), pour se concentrer sur les maternités de niveau 3 (prestigieuses et coûteuses en points d'ISA)<sup>21</sup>.

Cette restructuration de l'offre hospitalière s'appuie sur le PMSI. Elle est présentée comme indispensable pour maintenir la qualité et se positionner face à la concurrence du secteur privé. Pour certains établissements, elle a constitué un effet d'aubaine au même titre que les rénovations dans la mesure où leurs activités étaient mieux cotées et nécessitaient des moyens humains et techniques importants. Pourtant, dans ces jeux de concurrence, les établissements « gagnants » ne sont donc pas les plus vertueux (en terme d'économies) mais ceux qui disposent de ressources négociables (politiques, administratives et professionnelles) auprès des tutelles leur permettant de maintenir une politique d'investissements et d'échapper à la rigueur budgétaire. Les autres sont contraints à la fermeture ou au « déclassement » en centre de longs ou moyens séjours. Cette restructuration de l'offre hospitalière est aujourd'hui achevée comme le montre les études de répartition de clientèle (entre les établissements privés et publics et entre les hôpitaux et les Centres Hospitaliers). Désormais, les Centres Hospitaliers accueillent la

---

<sup>20</sup> Le PMSI intervient pour une part qui varie de 1 à 4% dans la définition du budget.

<sup>21</sup> Ces niveaux correspondent à la complexité des cas pris en charge.

majorité des cas les plus lourds et les plus complexes quelque soit la pathologie. Une spécialisation qui place ces établissements dans une situation financière inextirpable avec la mise en place de la tarification à l'activité. D'une part, elle intervient dans un contexte de sous financement des dépenses hospitalières (+3,5% alors que la reconduction de l'activité en 2005 conduit à une augmentation de +5%). D'autre part, la mise en convergence des tarifs se fait au détriment du secteur public (revalorisation des prix du privé et baisse de ceux du public). Enfin, ces tarifs construits à partir des groupes homogènes ne tiennent pas compte de la complexité des cas pris en charge, des contraintes spécifiques aux structures hospitalières qui génèrent un surcoût<sup>22</sup>. Sommés d'équilibrer les recettes et les dépenses, les administrateurs vont devoir trouver de nouvelles « niches » de productivité avec ou sans l'accord des professionnels.

Le PMSI a donc contribué à modifier le cadre d'exercice de la médecine hospitalière en introduisant l'idée d'une « nécessaire » contrainte financière pour limiter les dépenses. Désormais les établissements doivent équilibrer recettes et dépenses. Paré de la rationalité scientifique, il produit une mise en forme de la réalité, fournit un cadre de perception et de résolution des problèmes à l'intérieur de l'hôpital et fini par imposer des choix. Son action est aussi cognitive dès lors qu'il vise à faire partager des conceptions et définitions communes du produit hospitalier, de l'efficacité, de la santé, du rôle de l'hôpital, etc.

Progressivement, une forme particulière de « culture managériale » innervé l'hôpital pris entre les impératifs économiques de la sécurité sociale et ses obligations de service public réaffirmé par l'Etat (circulaires de 1988, 1993 et 1995). Aussi une partie des personnels n'hésitent plus à déclarer que l'hôpital « ne peut plus tout prendre en charge », à stigmatiser les « fausses urgences » ou à rappeler aux patients ce qu'ils coûtent pour les « responsabiliser ». Une responsabilisation sur les coûts qui s'adresse

---

<sup>22</sup> Promoteur de la tarification à l'activité, les directeurs d'hôpitaux ont manifestés leur mécontentement face à ce qu'ils dénoncent comme une « mise en convergence sauvage » (entre le secteur privé et public) non fondée sur des données objectives.

aussi aux soignants quand la durée moyenne de séjour est trop élevée (ou le flux trop bas dans un service) ou lorsque le budget du service ne suffit plus pour assurer les dépenses quotidiennes<sup>23</sup>.

L'idée même de maîtrise des dépenses de santé, centrée sur une réduction des coûts, en particulier hospitaliers, s'est imposée face à une logique de santé publique visant une meilleure adéquation des recettes aux dépenses, en réponse aux besoins de santé. Dans ce cadre, on peut considérer que le PMSI a joué le rôle d'une passerelle pour la tarification à l'activité comme mode de financement des établissements de santé. Un financement qui doit permettre d'équilibrer les budgets en partant non plus des dépenses mais des recettes générées par les structures.

Cette logique avait exclu de son champ la psychiatrie, moins à cause de la complexité du travail en psychiatrie qu'en raison de la part qu'occupe ce secteur dans les dépenses de santé. C'est à la fin des années 80 que la Direction des Hôpitaux envisage la création d'un instrument de mesure de la productivité médico-économique pour réduire les disparités et outiller une nouvelle répartition des moyens en psychiatrie.

## *II- Dix ans de PMSI en psychiatrie.*

La politique de santé mentale (c'est-à-dire le développement des secteurs psychiatriques) conduite par la Direction Générale de la Santé et financée par la sécurité sociale et l'Etat s'inscrivait dans une politique volontariste en rupture avec l'hospitalo-centrisme dominant jusqu'aux années 1970. La réduction du recours à l'hospitalisation était une conséquence attendue de ce projet basé sur la création d'alternatives à l'hospitalisation et d'actions de prévention. Pourtant la mise en œuvre de la sectorisation intervient lentement et de façon inégalitaire. Soumise à un redéploiement de moyens difficile, dans le cadre d'un budget à coût constant, la sectorisation n'est pas

---

<sup>23</sup> Symboliquement des directeurs hospitaliers ont récemment déclaré leur établissement en faillite.

encore une réalité sur tout le territoire<sup>24</sup>. Face à ce constat, les réponses proposées seront identiques à celles qui ont été évoquées précédemment. La mise en place des schémas régionaux et de l'agence régionale de l'hospitalisation ; la création d'une enveloppe spécifique répartie selon des critères objectifs issus du système d'information, constituent les nouvelles règles de planification régionale pour la psychiatrie.

Dès lors, un consensus s'établit rapidement entre les ARH, la Direction des Hôpitaux et les directions des établissements pour mettre en place un outil de description médico-économique permettant d'asseoir ces décisions d'arbitrage en psychiatrie (entre les régions, les établissements, les secteurs). Or, la construction de ce système d'information pose dès le départ un problème car il n'existe pas d'outil directement transférable par la mission PMSI de la Direction des Hôpitaux<sup>25</sup>. Certes, les psychiatres produisent des informations sur leurs activités, leurs patients, leurs besoins, etc., mais celles-ci ne sont pas ou peu normalisées<sup>26</sup> comme la « fiche par patient » (qui mesure sur l'année les prestations dont chaque assuré social était l'objet), les Rapports Annuels de Secteur auxquels s'ajoutent les indices d'activité mis en place par certaines Agences Régionales d'Hospitalisation, les études par coupes transversales réalisées par la Sécurité Sociale.

Un appel d'offre est donc lancé en 1990 auprès des spécialistes de l'information médicale en psychiatrie pour élaborer le PMSI Psy et mettre en place les Départements d'Information Médicale en psychiatrie. Rapidement, un groupe de travail est constitué

---

<sup>24</sup> La décision de confier la gestion du secteur à l'hôpital, en 1986, est significative des carences politiques à le mettre en œuvre et à lui donner une réelle autonomie. Dans ce contexte, le secteur comme tout autre forme de psychiatrie communautaire doit s'auto-financer de la part de l'hôpital devenue inutile avec la réduction du nombre de lits. Ce qui signifie fermer une activité (à l'hôpital) pour pouvoir en ouvrir une autre dans la communauté. Tous ceux qui n'ont rien à redéployer ne peuvent donc innover. Plus récemment, la croissance de secteurs psychiatriques centrés sur les Hôpitaux Généraux nécessite un nouveau glissement de moyens des CHS vers les CHG lui aussi problématique.

<sup>25</sup> L'expérimentation des DRG en psychiatrie a été abandonnée aux Etats-Unis car ils s'avéraient inadéquats pour prédire les coûts.

<sup>26</sup> Cette situation est identique à celle de l'hospitalisation avant la mise en place du PMSI. La normalisation des recueils existant n'est pas une solution qui sera envisagée. Deux raisons sont invoquées la « nécessaire » centralisation du système d'information à la Direction des Hôpitaux et les difficultés liées à l'introduction de critères économiques dans des recueils conçus pour d'autres objectifs.

avec les médecins responsables du DIM de 13<sup>27</sup> établissements expérimentateurs auxquels s'ajoutent des représentants de la mission PMSI, de la Direction Générale de la Santé, des médecins, des hôpitaux spécialisés, des médecins inspecteur de santé publique, des observateurs.

A la différence d'un système de classification multi-critères fondé sur des pratiques théoriques recommandées et proposées par des experts dans le cadre de conférences de consensus<sup>28</sup>, le PMSI Psy doit s'appuyer sur des pratiques constatées à partir d'un échantillon d'informations, faute de modèle. C'est sur la base de leur propre expérience dans le traitement statistique de ces informations que les membres du groupe de travail vont se regrouper autour de deux orientations différentes pour tenter d'approcher le « produit » de la psychiatrie. Deux groupes techniques vont se mettre en place, recueillir des informations, tenter de construire un modèle qui sera évalué par un comité de pilotage :

*Le premier groupe privilégie la description de Groupes Homogènes de Journées<sup>29</sup> auxquels sont associés des consommations d'actes ou de prestations à partir d'un « catalogue » d'activités. Cette approche est calquée sur le modèle du PMSI développé au sein de la Direction des Hôpitaux. Elle bénéficie de l'expérience de la mission PMSI dans le traitement des informations médico-économiques et mobilise la grille de la Classification Internationale des Maladies pour regrouper les patients par diagnostics. Ce premier groupe cherche à expliquer le coût direct de journée en hospitalisation temps plein<sup>30</sup>. Dans ce cas, ce sont les caractéristiques des patients qui expliquent les*

---

<sup>27</sup> Ce groupe sera appelé « groupe des 13 ».

<sup>28</sup> Comme c'est le cas en médecine ambulatoire par exemple.

<sup>29</sup> La méthode des Groupes Homogènes de Journées est utilisée pour les soins de suite et de réadaptation. Dans les établissements de moyens séjours, le PMSI considère que les caractéristiques des patients peuvent expliquer les variations de coûts lorsque l'unité d'observation n'est plus le séjour mais une journée. Plus que le diagnostic ou les actes réalisés, ce sont les échelles de dépendances qui apparaissent comme les meilleurs indicateurs de la consommation de soins.

<sup>30</sup> Le coût moyen direct de journée comprend les temps des médecins et des soignants en hospitalisation temps plein. Il a été estimé à 150 francs à la suite des premiers tests.

variations de coûts pour une journée (non plus la durée de prise en charge). De même, le diagnostic n'est plus une variable explicative du coût mais est utilisé pour découper la population en 15 Catégories Majeures de Diagnostic pour lesquelles 5 variables explicatives des coûts ont été retenues pour l'hospitalisation à temps partiel (âge, mode de venue, mode de scolarisation, dépendance relationnelle, échelle globale de fonctionnement) et 7 pour l'hospitalisation temps plein (l'âge, l'isolement thérapeutique, l'existence d'une pathologie somatique lourde, l'ancienneté du séjour, l'échelle globale de fonctionnement, le score de dépendance physique, variables cliniques autre). En ce qui concerne les multiples activités ambulatoires, les experts ont renoncé à constituer des groupes homogènes à la fois du point de vue clinique et économique car ces caractéristiques ne permettent pas d'expliquer le coût de l'acte ponctuel. Il a donc été prévu de décrire l'activité de soin en ambulatoire en utilisant un catalogue d'actes dit « EDGARS » (entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion et soins physiques).

*Le deuxième groupe choisit la description de Groupes Homogènes de Trajectoires (ou de parcours de soins) pondérés par certaines caractéristiques des patients (sociales et médicales) et des structures qui les accueillent. Cette seconde approche est présentée comme une alternative au PMSI (de la mission PMSI) par ses promoteurs. Elle s'appuie sur les rapports annuels de secteur (pour les informations sur les structures) et les données des fiches par patient (pour définir les caractéristiques des patients) généralisées en 1988 sous l'impulsion de la Direction Générale de la Santé. Le modèle tente d'identifier des combinaisons-types de modalités de soins (ou trajectoires) afin de les mettre en rapport avec les caractéristiques médico-sociales des patients pour dégager les facteurs prédictifs de la consommation de soins. Les variables retenues sont proches de celles du premier groupe mais leur combinaison diffère dans la mesure où il s'agit ici de construire des Groupes Homogène de Trajectoires et non plus de comptabiliser les consommations de ressources pour des catégories de diagnostics.*

En théorie, avec ces modèles, il suffirait de définir les caractéristiques des patients qui s'adressent à un établissement pour définir un budget de référence correspondant soit au coût des trajectoires de soins (hospitalisation à temps complet, à temps partiel, ambulatoire) ou de journée pondérée. Or, après une phase de recueil et de traitement des informations, le modèle des Groupes Homogènes de Trajectoires s'avère peu opérationnel. L'équipe ne parvient pas à construire des groupes homogènes à partir des caractéristiques des patients et des structures qui les accueillent même si la consommation de soins directs n'est pas aléatoire. Ces travaux ont cependant permis d'introduire les questions du chaînage des différentes actions de soins (donc de la durée) et de l'effet de structure dans le parcours d'un patient. Par ailleurs, ce modèle s'appuyait sur des outils déjà diffusés chez les professionnels ce qui pouvait être considéré comme un élément facilitateur pour l'introduction de critères économiques en psychiatrie.

La construction de Groupes Homogènes de Journées s'avère tout aussi incapable d'expliquer les coûts en psychiatrie car le diagnostic, les actes réalisés comme les niveaux de dépendance ne constituent pas de bons indicateurs de la consommation de soins<sup>31</sup>. Cependant, les informations relevées en routine comportent l'avantage de « piéger » certaines régularités dans la prise en charge des patients hospitalisés et à défaut, de construire un catalogue d'actes pour les soins ambulatoires ou les interventions dans la communauté. Ce sont ces régularités (ou corrélations) observées sur une courte période (quatre semaines) qui, en dépit de leur faible pertinence clinique vont constituer la base du système d'information en psychiatrie.

Au final, le PMSI psy est un « compromis mou » entre experts de la mission PMSI et une partie du groupe des 13. Elaboré sur le terrain de l'hôpital puis extrapolé au secteur, il se

---

<sup>31</sup> Pour l'hospitalisation, l'homogénéité des coûts à l'intérieur des GHJ ne dépasse pas 34,1% car le lien entre les critères explicatifs de la dépense et la dépense elle-même est faible. En d'autres termes, près de 70% des coûts ne sont pas expliqués. L'hypothèse selon laquelle le type de maladie (définie par les Catégories Majeures de Diagnostics) expliquerait les coûts associés à la prise en charge ne se vérifie pas en psychiatrie.

résume à la collecte d'informations concernant les patients, son diagnostic (décrit selon les classifications internationales) et sa prise en charge (médicale et soignante). Il décline l'hospitalisation par niveaux (temps plein, temps partiel) selon leur contenu en actes directs auquel il ajoute une catégorie complémentaire large qui comprend le quotidien, le communautaire, le global, le collectif, etc.

Après 10 années d'expérimentation, la réponse à la question de départ, « peut-on prédire les coûts en psychiatrie ? » reste ouverte dans la mesure où les experts ne sont pas parvenus à construire une échelle relative de coûts pour chaque Groupe Homogène de Journée. Sans Indice Synthétique d'Activité, le PMSI Psy est un système d'information trop riche en variables médico-sociales, et trop pauvre en données économiques pour être utilisable dans le cadre de la comptabilité analytique. Pourtant, sa généralisation est lancée par le Directeur des Hôpitaux en 1999 puis abandonnée en avril 2004 sur décision du ministre de la santé. En dépit des besoins en données chiffrées sur la psychiatrie pour les acteurs de la négociation budgétaire, le « PMSI Psy » aurait échoué en raison du manque de fiabilité statistique du modèle, de soutien y compris de la part d'une partie de ces promoteurs et surtout face à la résistance des professionnels.

### *III - La fin du PMSI ?*

Mise en place au nom d'un principe de réalité selon lequel, la santé a un coût qui ne peut croître indéfiniment, le PMSI Psy a entraîné des réactions passionnées chez les psychiatres.

Pour ses promoteurs, l'outil va permettre une meilleure répartition des moyens sur des critères quantitatifs, scientifiques et donc objectifs. Il doit permettre de réduire les disparités (entre les régions et les établissements) et fournir un équivalent du PMSI MCO qui rende la psychiatrie plus crédible lors de la répartition des budgets. Parce qu'il permet de produire un état chiffré de la production en psychiatrie (même très

approximatif) le PMSI Psy permettra d'appuyer les revendications de la psychiatrie. C'est surtout le caractère national du PMSI qu'ils mettent en avant pour signifier que le PMSI est un outil qui peut servir la psychiatrie sans desservir les psychiatres. S'il modélise le réel celui-ci n'aura pas d'incidence sur la pratique.

Parmi eux, on retrouve les spécialistes de l'information médicale en psychiatrie. Ce sont pour la plupart des Professeurs Hospitaliers engagés depuis plusieurs années dans des recherches qui visent à développer des instruments d'évaluation des besoins et de l'évolution des patients, des pathologies, de l'activité des structures. La création des Départements d'Information Médicale en psychiatrie et la mise en place du PMSI représentent une opportunité leur permettant d'obtenir des moyens et une reconnaissance de leur expertise dans le champ de la psychiatrie.

Leurs préoccupations rejoignent celles d'autres professionnels (directeurs et praticiens) confrontés depuis plusieurs années à la redistribution des moyens vers le médico-social et l'ambulatoire. Une redistribution qui s'opère mal et dont le financement provient surtout d'une réduction de capacité des hôpitaux. Soumis à de nombreuses injonctions (baisse de la capacité d'accueil, délocalisation, réorganisation, ouverture sur le communautaire, etc.) ils ont le sentiment d'être considérés comme un gisement de personnels et de moyens à « redistribuer » vers le secteur ou l'hôpital général. Dans ce cadre, le PMSI, la contractualisation, l'accréditation, l'assurance qualité, etc. sont des passages obligés pour espérer limiter le démantèlement administratif et architectural de l'hôpital psychiatrique. Participer à l'expérimentation du PMSI, c'est montrer son ouverture sur ces nouvelles formes de gestion de l'hôpital mais surtout tenter de faire adopter un modèle d'évaluation et de répartition des moyens qui soit moins défavorable à l'hôpital. C'est aussi dans ce sens qu'il faut percevoir l'intérêt des cliniques privées pour le PMSI dès lors que les données ont été utilisées pour l'élaboration d'une tarification à la pathologie.

Enfin, une partie des psychiatres engagés dans la promotion d'une psychiatrie communautaire s'est saisie de cette demande d'informations. Pour eux, il s'agit d'une

occasion pour montrer le travail réalisé mais aussi parfois d'espérer démontrer que le secteur peut développer des formes de prise en charge performante économiquement<sup>32</sup>. Sollicités dans la phase expérimentale pour fournir des informations, ils ont contribué à complexifier l'image produite par le modèle du PMSI. En intégrant des données sociales, l'effet des structures et de leur environnement, le travail en réseau, les coûts indirects, etc. ils ont tenté une approche plus globale de la gestion mieux adaptée aux réalités de fonctionnement multiforme des secteurs<sup>33</sup>. A travers l'analyse des files actives, ces données montrent aussi les reconfigurations de la psychiatrie avec un hôpital qui se recentre sur gestion de la crise tout en conservant parfois une forte proportion de patients chronicisés et des secteurs inégalement développés qui assurent la prise en charge de tous types de pathologies sur la durée en relation avec un ensemble de partenaires diversifiés.

A côté de ces promoteurs, on trouve les personnels sur lesquels repose une partie du recueil d'informations. Ce sont des personnels administratifs (spécialisés dans le traitement statistique de l'information) mais aussi les soignants et les cadres infirmiers. Avec les procédures d'accréditation, l'animation et la gestion des ressources humaines, la mise en place du PMSI fait désormais partie des dossiers sur lesquels ces cadres peuvent faire valoir leur expertise bien qu'ils n'aient pas été associés à son élaboration. Sous leur responsabilité, il a aussi tous les autres soignants désormais chargés de rentrer quotidiennement les informations par patients, d'y décrire leurs activités dans le cadre qui leur est proposé.

Mais la spécificité du PMSI Psy c'est surtout d'avoir générer une forte résistance chez les professionnels. Sollicités pour transmettre des informations, les psychiatres ont lu les

---

<sup>32</sup> Pour d'autres, la politique de secteur participe d'une nouvelle forme de contrôle social et non d'inclusion sociale avec une prise en charge « continue » au CMP + neuroleptiques retards + Allocation Adulte Handicapée + tutelle.

<sup>33</sup> A titre d'exemple, voir Roelandt J.L, Lequin F, Porteaux C, (2000), *Pluton : une tentative d'évaluation médico-économique en psychiatrie*, CREDES/ISERM/CCOMS.

rapports d'étape, travaillé les modèles, exploré ses failles, recherché l'aide de spécialistes pour décrypter les algorithmes. En cela, ils ont commencé à briser «le tabou de la gestion»<sup>34</sup>. Leurs critiques portent sur la faible performance métrologique du PMSI Psy et plus fondamentalement sur le modèle retenu pour construire une image de la production en psychiatrie. Essentiellement basé sur le recueil des soins directs le modèle prend «logiquement» appui sur ce qu'il y a de plus fonctionnaliste et comportementaliste dans l'idéologie médicale. En contre point, il marginalise la clinique du sujet. En voulant rendre visible le travail sur la souffrance psychique, le PMSI fait subir une distorsion de la représentation du soin réalisé ou à réaliser. Celle-ci décline une partie des actes quotidiens (communautaire, global, collectif, institutionnel, interstitiel, etc.), l'inventivité, l'intuition au profit d'actions symptomatiques, de critères évaluable et comparables (nombre de journées, gestes techniques, prescriptions, etc.). Or, pour les psychiatres, la qualité thérapeutique de leurs interventions, qui concerne la psyché, est fondamentalement dans ses effets subjectifs. Elle nécessite de prendre en compte ce travail «invisible» qui traverse le quotidien du travail thérapeutique, présent dans l'ensemble des échanges et des élaborations entre soignants.

En dépit d'une connaissance accumulée sur la maladie mentale, les psychiatres ne disposent pas de preuve expérimentalement démontrée d'une «meilleure façon de faire» pour un groupe homogène de patients. Le PMSI tente de combler ce vide laissé par l'absence de consensus entre les praticiens sur ce qui constituerait les bonnes pratiques et pour cela produit une image de l'activité des services orientée par la valorisation sélective d'activités médicales et soignantes discontinues. A terme, les psychiatres craignent que cette image édite un certain nombre de normes, suggère des objectifs qui risquent de produire une dissolution de la psychiatrie dans le médical et l'économisme.

---

<sup>34</sup> Les médecins sont acculturés à la gestion et on peut considérer que ce travail d'analyse des outils constitue une première étape pour élaborer des propositions. Pour d'autres exemples cf. J.Lojkine, (1996), *Le tabou de la gestion. La culture syndicale entre contestation et proposition*, Ed. De L'Atelier, Paris.

Ils refusent cette réduction du système d'information à une information de gestion qui risque de favoriser les modèles thérapeutiques les moins coûteux ou les plus profitables économiquement<sup>35</sup>. L'arrêt de la généralisation du PMSI en 2004 a donc été ressenti comme une victoire pour une partie des psychiatres. Une victoire prévisible dans la mesure où la résistance d'une grande partie des psychiatres rendait difficile leur participation au recueil d'informations. On peut d'ailleurs légitimement penser que les experts de la mission PMSI avait pressenti ces difficultés d'où une approche plus pragmatique du système d'information basée sur une liste d'actes présentée comme partielle et évolutive.

Si les données recueillies ont permis de montrer l'hétérogénéité des pratiques, des formes de prise en charge, des trajectoires, elles ont aussi alimenté une réflexion sur les outils à créer et posé une nouvelle fois la question de la redistribution des moyens dans le cadre du budget global. Conscients de ces enjeux, les psychiatres ont appelé de leurs vœux la création d'un système d'information médicale capable d'intégrer des données de santé publique mais pour ce faire, ils opposent la rationalité « économique » fondée sur la seule performance (ou l'économie des moyens du PMSI) à une rationalité « sociale » (fondée sur des besoins et les droits des usagers).

Une opposition qui n'est plus tenable face aux enjeux de santé et au poids prépondérant des outils de gestion dans les services publics. Sans autres critères, que ceux proposés par les experts en gestion, les psychiatres courent le risque de s'engager dans une guérilla sur les coûts avec d'autres services de longs ou moyens séjours mais aussi entre les différents dispositifs qu'ils ont mis en place depuis 40 ans. Un risque qui peut prendre la forme d'une généralisation de la tarification à l'activité (qui s'appuie sur les données du PMSI Psy) et d'une planification régionalisation (à travers les ARH et le SROS) commune avec les autres spécialités.

---

<sup>35</sup> Bien qu'il n'existe pas d'échelle des coûts en psychiatrie, on peut légitimement penser qu'il soit plus « rentable » de multiplier les journées d'hospitalisation de patients « stabilisés » que d'engager un travail long dans la communauté avec une pluralité d'intervenants dont les services seront difficilement évaluables et quantifiables.

Aujourd'hui, l'administration régionale ne peut se passer de chiffres, même approximatifs, sur l'activité des structures qu'elle finance pour asseoir ses arbitrages. Dans ce cadre, si les partisans du PMSI Psy n'ont pas réussi à convaincre, ils ont contribué à lister des actes (auxquels il reste désormais à associer un coût moyen) utilisés les cadres de la comptabilité analytique pour définir leurs coûts directs auxquels seront associés des coûts de structure. Ce faisant, ils ont démontré qu'il était possible d'approcher même partiellement le « produit » d'un hôpital ou d'un secteur avec ces outils « traditionnels »<sup>36</sup>.

### *III- Les enjeux des outils de gestion.*

Les psychiatres observent des comportements ou des plaintes, dressent un catalogue de troubles. Par analogie avec les concepts de la maladie somatique, ils ont établi plusieurs nomenclatures sur lesquelles ils s'opposent (DSM, CIM, etc.) qui visent à catégoriser le diagnostic et autorisent une conduite thérapeutique (des protocoles, des traitements médicamenteux, comportemental, analytique) parfois controversée. De ce point de vue, la folie est progressivement en train de devenir une maladie qui se soigne et on attend des psychiatres les mêmes résultats que ceux de la médecine ordinaire, le même rapport coût/moyen. Or, à la différence de la médecine ordinaire, l'homogénéité diagnostique des cas n'implique pas l'homogénéité clinique. Non seulement les modalités de traitement ne sont pas déterminées par le seul diagnostic, mais le besoin de soins ne l'est pas toujours, ce qui rend toute prédiction sur l'évolution de la pathologie difficile, incertaine. A ces incertitudes étiologiques et diagnostiques, s'ajoutent celles liées à la maladie mentale (à la fois trouble de la relation et anomalie de fonctionnement interne) pour laquelle les thérapeutes cherchent, par tâtonnements successifs des aménagements. C'est alors entre la généralité théorique de ces modèles qui permettent d'avoir une

---

<sup>36</sup> Par traditionnel, il faut entendre les outils de gestion utilisés dans l'industrie et les services marchands

compréhension de la maladie, et la singularité du cas que le psychiatre élabore son travail clinique.

De son côté, le PMSI Psy reposait sur l'hypothèse d'une possible modélisation du produit des structures de soins, contredite par l'hétérogénéité des trajectoires et la plasticité des pratiques. Or, si le PMSI Psy a échoué, ce sont les régularités qui seront, faute de mieux, convoquées comme arbitres dans les débats entre les professionnels et l'administration. La pertinence des données par rapport au réel, n'est pas ici fondamentale comme le montre l'utilisation du PMSI en MCO. Leur fonction est avant tout d'essayer d'obtenir un consensus sur leur utilisation comme modalité de répartition des moyens. Une norme de gestion, dont la force réside dans sa capacité à ne pas être efficacement contestée par les professionnels.

Comme leurs collègues d'autres spécialités, les psychiatres se sont divisés autour de la lecture de ces données et plus généralement autour des modèles retenus. Certains y ont vu un moyen de fixer le politique, d'autres une tentative d'imposition de « bonnes pratiques psychiatriques », enfin, une partie n'y a pas cru. Le PMSI a donc fonctionné comme un étendard qui rend visible sous forme concrète (les modèles) des représentations et des règles sur lesquelles se sont affrontés les psychiatres. Mais l'absence de propositions alternatives et l'approche du financement de la santé à partir du déficit et donc de sa nécessaire minimisation rend l'utilisation de ces outils inévitable. Des outils de gestion, qui, par les critères qu'ils mobilisent, finissent par imposer des choix aux acteurs et les entraînent à agir dans des directions voulues. Aujourd'hui, variables explicatives et modèles sont en passe d'imposer la monorationalité des critères de productivité au travail de soins. De fait, questionner l'efficacité sociale et économique de ces outils, réfléchir à l'élaboration de nouveaux critères qui dépassent le cadre de la rationalité économique c'est dénaturiser les normes gestionnaires et poser la question du sens et des finalités d'une politique de santé. C'est bousculer le système social.

---

dont le PMSI s'inspire.

Les psychiatres n'ont pas utilisé la gestion, (comprise ici comme des dispositifs d'acteurs et des outils construits pour une autre efficacité), comme facteur de mise en mouvement et de confrontation entre différentes logiques (médicale, gestionnaire et de santé publique). Une mise en mouvement qui nécessite de sortir du « monde » dans lequel l'action des acteurs (médecins, soignants, travailleurs sociaux, associations d'usagers, élus locaux, etc.) est traditionnellement enfermée.

Or, dans certaines approches en santé mentale qui tentent d'intégrer les soins à la prévention, les trajectoires singulières à l'histoire collective, les mentalités aux mutations sociales et culturelles, ce mouvement est en germe au niveau des pratiques. Qu'ils soient présentés comme alternatifs ou de secteurs, ces dispositifs établissent des réseaux avec le social, les municipalités, les associations, etc. Ils ouvrent de nouvelles perspectives pour une psychiatrie de secteur qui se cherche une place dans le système sanitaire local et régional. Or, faute de critères adaptés (voire même d'un état des lieux) ces structures risquent de rester des excroissances de l'hôpital avec un financement à « durée déterminée » selon les normes de gestion de l'hôpital et réparti sur la base d'un coût moyen par habitant qui ne tient pas compte des spécificités locales.

## ***Bibliographie***

Gadey J., 1996, Services : la productivité en question, Ed. Desclée de Brouwer.

Honoré B., Samson G., (ss la dir.), 1994, La démarche de projet dans les établissements de santé, Ed. Privat.

Lojkine J., 1996, Le tabou de la gestion. La culture syndicale entre contestation et proposition, Ed. De L'Atelier.

Moisdon J.C., Tonneau D., 1999, La démarche gestionnaire à l'hôpital. Recherches sur la gestion interne, Ed. Seli Arslan.

Naiditch M., De Pourville G., 2000, « Le programme de médicalisation du système hospitalier : une expérimentation limitée pour une innovation majeure du management hospitalier », Revue Française des Affaires Sociales, n°1 janvier-mars.

Roelandt J.L., Lequin F., Porteaux C., 2000, Pluton : une tentative d'évaluation médico-économique en psychiatrie, CREDES/ISERM/CCOMS.

Suarez C., 2003, « Synthèse et analyse critique des réformes de financement des hôpitaux publics et privés : du PMSI à la tarification à l'activité », Document de travail, CGT.