

## L'actualité des sources statistiques en psychiatrie

---

Magali Coldefy\*

Plusieurs systèmes d'informations coexistent actuellement afin de décrire la prise en charge de la santé mentale au sein des établissements de santé. Ils obéissent à des objectifs différents, couvrent des champs différents et recueillent des informations de nature différente.

Quatre sont ici présentés :

- la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les rapports d'activité des secteurs (RAS) de psychiatrie, qui interrogent le producteur de soins (établissement ou secteur de psychiatrie), s'intéressent plutôt aux structures de prise en charge et décrivent essentiellement l'offre proposée aux patients ;
- les enquêtes nationales sur les populations suivies en psychiatrie et le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-Psy), qui suivent une approche « patient », permettant de recueillir des données à la fois sociodémographiques et cliniques.

### **La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et la mise en place d'un bordereau d'enquête spécifique à l'activité psychiatrique<sup>1</sup>**

Mise en place en 1994, la SAE est une enquête administrative annuelle qui concerne tous les établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et départements d'outre-mer). Elle n'est pas spécifique à la psychiatrie, ce qui permet de comparer les données relatives à la psychiatrie à celles des autres disciplines de soins. La SAE a été refondue en 2000 pour mieux rendre compte des facteurs de production de soins et de l'arrivée du PMSI-MCO (programme de médicalisation des systèmes d'information, un recueil sur les séjours hospitaliers et les patients en médecine, chirurgie ou obstétrique), mais aussi pour harmoniser les données entre les établissements publics et privés et améliorer les délais de production et de restitution (grâce à une collecte par internet).

\* DREES.

1. Un exemple d'exploitation de ces données peut être trouvé dans l'article p. 61.

L'unité interrogée est l'établissement (entité juridique ou géographique selon le statut privé ou public de l'établissement, sa qualité mono ou pluri-établissement et son implantation dans un ou plusieurs départements, en particulier pour la psychiatrie). La SAE est issue des « déclarations administratives obligatoires » destinées à recenser et localiser les équipements et personnels – répondant ainsi aux préoccupations de l'administration centrale (organisation de l'offre de soins hospitalière). Elle obéit à un souci de constituer des séries (continuité de concept indispensable). Ses origines la rendent héritière à la fois de la carte sanitaire (au travers des items de type capacité, taux d'occupation, durée moyenne de séjour ou encore équipements lourds), mais aussi des systèmes d'information, hospitaliers essentiellement, articulés autour de la facturation (comptage des journées et des lettres clés). La SAE est commune à toutes les disciplines sanitaires mais permet, pour les données relatives à l'activité et aux équipements, de distinguer ce qui relève de la psychiatrie sectorisée ou non sectorisée, de la psychiatrie générale ou infanto-juvénile. La spécificité de la psychiatrie, son interrogation singulière dans les autres systèmes d'information et la généralisation du recueil d'information médicalisée en psychiatrie au 1<sup>er</sup> juillet 2006 (voir *infra*) ont fait apparaître la nécessité de faire évoluer certains éléments de la SAE. Ces modifications cherchent également à prendre en compte l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé (suppression de la carte sanitaire et raisonnement en objectifs quantifiés de l'offre de soins), ainsi que les besoins d'indicateurs nécessaires à l'évaluation du plan Santé mentale mis en place par le ministère de la Santé pour les années 2005-2008.

En 2006, un bordereau d'enquête spécifique à l'autorisation d'activité en psychiatrie a été élaboré. C'est la première véritable évolution de la SAE touchant la prise en charge de la psychiatrie.

### ***Évolution en termes de comptage des capacités d'accueil***

Jusqu'en 2005 en effet, les données permettant de mieux connaître l'activité psychiatrique au sein des établissements de santé dans la SAE se limitaient à la collecte d'informations sur les capacités d'accueil par type de séjour, décrites de la manière suivante :

- pour les prises en charge hospitalières (type hospitalisation temps plein ou de semaine, hospitalisation de jour ou de nuit, hospitalisation à domicile [HAD]) : en nombre de lits ou places installées et de journées-lits ou journées-places exploitables (dénominateur utilisé pour le calcul des taux d'occupation),
- pour les prises en charge dans des structures extra-hospitalières (type accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de post-cure, centre de crise) : en nombre de lits ou places uniquement.

Ce comptage des capacités avait l'avantage de concerner l'ensemble des établissements de santé publics et privés ayant une autorisation d'activité en psychiatrie générale ou infanto-juvénile. En revanche, il ne donnait aucune information sur les structures ambulatoires telles que les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP), les ateliers thérapeutiques et les centres médico-psychologiques (CMP), structures pivots de la psychiatrie de secteur. Le bordereau spécifique à la psychiatrie mis en place pour l'année 2006 permet de combler ces lacunes, en recensant également le nombre de structures d'accueil en CATTP et ateliers thérapeutiques, de CMP ouverts moins de 5 jours par semaine et de CMP ouverts 5 jours et plus par semaine.

D'autre part, jusqu'en 2005, la SAE ne faisait la distinction qu'entre psychiatrie générale et infanto-juvénile et ne permettait pas d'identifier l'activité psychiatrique en milieu pénitentiaire et l'activité intersectorielle<sup>2</sup>, en fort développement ces dernières années et très mal mesurée par les systèmes d'information actuels.

La SAE 2006 propose donc de décrire ces capacités d'accueil selon qu'elles sont affectées à des services de psychiatrie générale, infanto-juvénile, en milieu pénitentiaire ou encore à des dispositifs intersectoriels formalisés.

Afin de disposer chaque année du nombre effectif de secteurs de psychiatrie et de dispositifs intersectoriels et de suivre les éventuels redécoupages de secteurs, modifications de rattachement d'un secteur à un établissement de santé, la SAE 2006 interroge également les modalités de participation à la sectorisation psychiatrique.

### ***Nouvelles règles de comptage de l'activité***

Pour l'activité réalisée, l'information recueillie était limitée jusqu'en 2005 au nombre :

- de journées et d'entrées (directes et totales) en hospitalisation temps plein et de semaine,
- de venues en hospitalisation de jour et de nuit, en accueil de jour,
- de journées de prise en charge en HAD,
- de journées réalisées en accueil familial thérapeutique, en appartement thérapeutique, en centre de post-cure, en centre de crise,
- de prestations sur le lieu de vie (soins à domicile ou en institution substitutive au domicile),
- de séances de traitements et cures ambulatoires, correspondant pour la psychiatrie aux actes ambulatoires réalisés par du personnel non médical,
- de consultations et soins externes, correspondant pour la psychiatrie aux consultations médicales,
- à la file active (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année).

2. C'est-à-dire couvrant la population de plusieurs secteurs de psychiatrie dans l'objectif de mutualiser des moyens et prendre en charge une population ou une forme de soins spécifiques.

Dans les faits, l'information recueillie ne s'avérait exploitable que pour les données relatives à l'hospitalisation temps plein et partielle (de jour

et de nuit). Les autres données, facultatives pour la plupart jusqu'en 2000 ou aux contours mal définis, ne présentaient pas jusqu'alors une qualité permettant leur diffusion.

En 2006, comme pour la partie relative aux capacités d'accueil, il est demandé aux établissements de décliner leur activité selon qu'elle se fait dans des services de psychiatrie générale, infanto-juvénile, en milieu pénitentiaire ou dans le cadre de dispositifs intersectoriels.

Afin de prendre en compte la généralisation du recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-Psy) et la nouvelle nomenclature des formes d'activité en lien avec l'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003, les établissements devront désormais comptabiliser :

- des journées pour les prises en charge à temps complet, de type hospitalisation temps plein (y compris de semaine), placement familial thérapeutique, accueil en appartement thérapeutique, accueil en centre de post-cure, accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences, en hospitalisation à domicile (HAD) et en séjours thérapeutiques,
- des venues en hospitalisation de jour, de nuit et en accueil en CATTP et atelier thérapeutique,
- des actes, soins et interventions en CMP ou dans l'unité de consultation du secteur, à domicile, en institution substitutive au domicile, en unité d'hospitalisation somatique (y compris les services d'urgences) et en établissement médico-social, protection maternelle infantile (PMI) ou milieu scolaire.

Les règles de comptage de ces journées, venues et actes seront, dans la SAE 2006, adaptées au recueil d'information qui se met en place (RIM-Psy) et s'avèrent homogènes avec celles des rapports d'activité de secteurs de psychiatrie (voir *infra*).

Les données relatives à la file active seront également affinées, puisqu'il faudra désormais renseigner :

- la file active totale de l'établissement,
- la file active exclusivement ambulatoire,
- la file active hospitalisée à temps plein dans l'année,
- le nombre de personnes présentes en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an.

Ces données permettront, à partir de la SAE 2006, d'élaborer une synthèse annuelle de l'activité des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie et d'observer son évolution. Elles devraient contribuer à l'évaluation des effets du plan Santé mentale en matière de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein et de réduction du nombre de personnes hospitalisées au long cours, pour lesquelles la prise en charge sanitaire s'avère inadéquate.

En revanche, la SAE n'apporte pas d'informations sur les structures médico-sociales d'accueil pour les personnes handicapées psychiques, même quand ces dernières sont rattachées à une entité juridique sanitaire. Les structures médico-sociales sont recensées par l'enquête Établissements sociaux (ES). Les deux enquêtes (SAE et ES) s'intéressant surtout aux structures, il est difficile d'avoir une approche globale de la prise en charge de la santé mentale dans sa continuité entre les structures.

Les données relatives aux modes « légaux » d'hospitalisation des patients en psychiatrie (hospitalisation libre, à la demande d'un tiers, d'office, etc.) font aujourd'hui fortement défaut dans le système d'information français. Les seules remontées actuelles proviennent de la Direction générale de la santé (DGS) via les rapports d'activité des commissions départementales d'hospitalisation psychiatrique (CDHP, voir *infra*). Ne portant pas sur des personnes mais sur des mesures, ces données ne permettent pas de savoir si l'augmentation du nombre de mesures correspond à une augmentation du nombre de patients. L'évolution du système d'enregistrement administratif (« HOPSY » pour les hospitalisations en psychiatrie) devrait permettre de répondre à cette question prochainement. Ces données sont également intégrées dans le nouveau bordereau de la SAE.

### ***Nouvelles données sur les personnels psychiatriques***

Jusqu'en 2005, les données sur les personnels exerçant en établissement de santé permettaient de recenser :

- les psychiatres exerçant en établissement de santé quelle que soit la discipline (en effectif pour les salariés et libéraux et équivalent temps plein pour les salariés), selon leur sexe (uniquement depuis 2000) et leur statut (hospitalo-universitaires, praticiens hospitaliers, assistants, attachés, etc.),
- les médecins selon leur statut (mais sans distinction de leur spécialité) et leur secteur (psychiatrie générale ou infanto-juvénile),
- les personnels non médicaux en équivalent temps plein (ETP) exerçant en psychiatrie générale ou infanto-juvénile.

Pour l'année 2006, des items relatifs au personnel exerçant en psychiatrie ont été placés à l'intérieur du bordereau spécifique à cette autorisation d'activité de soins, ce qui permettra de relier directement les personnels à la seule activité de psychiatrie.

Les données demandées permettront de distinguer et de comptabiliser les ETP exerçant en psychiatrie générale, infanto-juvénile, en milieu pénitentiaire ou dans le cadre de dispositifs intersectoriels formalisés, à savoir :

- des médecins psychiatres,
- des médecins non-psychiatres,
- des infirmiers et cadres,

- des aides-soignants,
- des psychologues,
- des personnels de rééducation (incluant masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, etc.),
- des personnels éducatifs et sociaux (éducateurs spécialisés, assistants de service social, etc.).

Au-delà de la distinction selon la nature du service de psychiatrie dans lequel les personnels exercent, il est également demandé quelle part occupent ces différentes catégories de personnels exerçant en unité d'hospitalisation temps plein. Cet indicateur fait partie de ceux demandés dans le cadre du suivi du plan Santé mentale, ainsi que des critères de bonne pratique recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière de santé mentale.

L'exploitation de ces données annuelles devrait permettre de mieux suivre la façon dont les établissements répondent aux difficultés de démographie médicale et infirmière qui se posent à eux, ainsi qu'aux transferts de compétences qui se mettent ou non en place entre les différentes catégories professionnelles.

Pour le suivi et l'évaluation de la mise en place du plan Santé mentale 2005-2008, ainsi que pour améliorer la connaissance et les besoins émergents en matière de données relatives à la santé mentale, la SAE 2006 recense également :

- le nombre de conseils de secteurs,
- la participation de l'établissement à un réseau de santé mentale,
- la participation de l'établissement aux urgences de l'hôpital général,
- l'existence d'une équipe mobile spécialisée,
- l'existence d'une unité spécialisée de géro-psycho-geriatrie,
- l'existence d'une unité spécialisée de prise en charge des adolescents,
- l'existence d'une unité spécialisée dans la prise en charge des patients agités ou difficiles.

### **Les rapports d'activité des secteurs de psychiatrie (RAS) et la collecte prévue en 2008<sup>3</sup>**

Les rapports d'activité des secteurs de psychiatrie (RAS) sont une enquête spécifique à la psychiatrie sectorisée. L'unité interrogée est plus fine que dans la SAE puisqu'il s'agit du secteur (psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile, en milieu pénitentiaire et dispositifs intersectoriels formalisés). Cela permet d'observer les spécialisations de secteurs selon la prise en charge de tel ou tel types de patients, selon les différentes modalités de prise en charge, ou à l'intérieur d'un même établissement.

3. Des exemples d'exploitation de ces données peuvent être trouvés dans les articles p. 23, p. 47 et p. 193.

Les rapports d'activité des secteurs ayant été mis en place à la fin des années 1970, les premières publications comprenant des remontées nationales sont disponibles à partir de 1985. La périodicité de recueil a varié selon les époques. Bisannuel jusqu'en 1999, le questionnaire a été refondu en 2000 suite aux travaux de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) et du centre collaborateur de l'OMS sur l'évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés; depuis, la collecte a été décalée. La dernière remontée date de 2003 et la prochaine est prévue en 2008 (sur l'année 2007).

### ***Collecte spécifique aux établissements ayant une activité de psychiatrie***

Dans cette prochaine collecte, les rapports d'activité seront étendus à l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie. L'unité interrogée restera le secteur pour les établissements participant à la psychiatrie sectorisée et sera l'établissement géographique pour les établissements non sectorisés (établissements privés, services psychiatriques de certains centres hospitalo-universitaires, etc.).

Cette collecte, spécifique aux établissements ayant une activité de psychiatrie, permettra d'avoir tous les 3 ou 4 ans des données plus détaillées sur l'organisation de la prise en charge de la santé mentale par les établissements de santé.

### ***Recueil de données sur l'organisation de la prise en charge de la santé mentale***

Les informations recueillies portent sur l'équipement, l'activité et le personnel, mais aussi sur les modalités d'accueil et d'organisation et le fonctionnement du secteur ou du service.

La partie concernant l'activité et la population suivie était jusqu'alors remplie à partir des éléments recueillis dans la fiche par patient mise en place par la Direction générale de la santé (DGS) en 1988. Elle sera dans la collecte de 2008 renseignée à partir du recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-Psy, voir *infra*) mis en place au 1<sup>er</sup> juillet 2006.

Les RAS étant à l'origine spécifiquement dédiés à la psychiatrie sectorisée, l'analyse de l'organisation de la prise en charge de la maladie mentale dans ces structures y est beaucoup plus fine que dans la SAE et est plus adaptée à la spécificité de la discipline psychiatrique. Le recueil annuel de ces informations détaillées ne s'avère pas utile pour le suivi des politiques de santé, mais il est important de pouvoir décrire aussi finement ces organisations de manière périodique et de voir les évolutions qui se dessinent. De plus, les données recueillies relatives au fonctionnement réel et qualitatif de ces services (accueil des urgences, accueil hors urgence, pratiques en relation avec l'extérieur) devraient, à

l'avenir, pouvoir être mises en regard avec des données de morbidité des patients accueillis, afin de mettre en évidence des modes de fonctionnement spécifiques.

Si, comme la SAE, les RAS comptabilisent les équipements du secteur, ils vont s'intéresser également à leur localisation intra ou extra-hospitalière, à leurs jours et horaires d'ouverture, abordant ainsi les notions d'ouverture vers l'extérieur, d'intégration dans la communauté et d'accessibilité pour le patient. Les notions de distance et les conditions d'accueil hôtelier sont également abordées dans le questionnaire.

La nomenclature de personnel utilisé dans les RAS est elle aussi davantage adaptée à la discipline psychiatrique, certaines catégories de personnel soignant étant davantage détaillées que dans la SAE. Sont notamment pris en compte les moniteurs éducateurs, les aides-médico-psychologiques, etc. La part du personnel exerçant en unité d'hospitalisation temps plein est également demandée.

Enfin, depuis 2000, et avec la prise de conscience des difficultés de recrutement de postes médicaux ou infirmiers, les nombres de postes vacants depuis plus d'un an sont également recueillis, de même que l'investissement engagé par les équipes de secteur en matière de formation et de recherche.

### ***Meilleure prise en compte de l'activité***

L'activité décrite dans les RAS est différente de celle comptabilisée dans la SAE. La notion de file active (nombre de patients vus une seule fois dans l'année) ainsi que le décompte en nombre de patients (et non seulement en nombre de séjours) correspondent mieux à la réalité de la prise en charge psychiatrique. Un même patient va en effet recourir à différentes modalités de prise en charge proposées par le secteur (à temps complet, à temps partiel, en ambulatoire) et va souvent avoir plusieurs recours dans l'année pour une même prise en charge. La mesure de l'activité dans les RAS est adaptée à cette pratique de soins. En plus du nombre de patients et de journées de prise en charge dans les différentes modalités de soins, les RAS recueillent :

- le nombre de primo-consultants dans l'année,
- le nombre de patients vus une seule fois dans l'année,
- le nombre de patients présents en hospitalisation à temps plein depuis plus d'un an.

Les RAS fournissent aussi des informations sur la répartition par sexe et par âge de la file active, permettant ainsi de suivre l'évolution des patients pris en charge (par exemple la prise en charge des adolescents et des très jeunes enfants).

Comme dans la nouvelle SAE, les RAS recueillent depuis 2003 des données sur le nombre de patients et de journées de prise en charge selon les différents modes légaux d'hospitalisation.

Dans les RAS, le nombre de patients pris en charge « exclusivement » sur tel ou tel mode (ambulatoire, temps partiel, temps complet) est également collecté, permettant ainsi de suivre la diversification des modalités de prise en charge proposées à un même patient.

Certaines modalités de prise en charge sont aussi plus détaillées : c'est le cas des soins et interventions aux urgences de l'hôpital général, des soins et interventions en établissement médico-social, en protection maternelle infantile (PMI) et en milieu scolaire pour les enfants. Des questionnements spécifiques sont prévus pour les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire : entretien d'accueil pour les nouveaux arrivants en détention, soins ou interventions au quartier disciplinaire, dans d'autres établissements pénitentiaires que celui d'implantation du service médico-psychologique régional (SMPR).

### ***Description de l'organisation des soins et des pratiques professionnelles***

Mais le principal enrichissement des rapports d'activité depuis 2000 tient à la description de l'organisation des soins et des pratiques professionnelles, grâce à un questionnaire adapté au type de secteur et aux populations traitées.

Plusieurs aspects sont ainsi abordés de manière qualitative, permettant de mettre en évidence des pratiques et modes de fonctionnement différents selon les secteurs :

- Pour l'accueil hors urgence : l'existence d'une permanence téléphonique 24 heures sur 24, le type de professionnel qui reçoit le patient lors de sa première demande de soins, l'existence d'une liste d'attente et le délai minimum pour un premier rendez-vous, les possibilités d'hospitalisation le jour même, les échanges avec les autres secteurs ou établissements en cas de manque de lits, etc.

- Pour l'accueil en urgence : l'existence d'un dispositif de réponse à l'urgence au sein du secteur, son mode de fonctionnement autonome ou *via* un dispositif intersectoriel, le type d'interventions réalisées, la participation aux urgences de l'hôpital général, etc.

- Pour la prise en charge des personnes dans le secteur : le fonctionnement des médecins, la notion d'infirmiers référents pour un patient, l'existence d'une unité d'hospitalisation fermée et son fonctionnement, la pratique de l'isolement, les transferts de patients, la gestion des situations de violence, les tentatives de suicides sur les lieux de soins, les prises en charge spécifiques pour l'accueil mère enfant, pour les adolescents, etc.

- Pour la psychiatrie de liaison : où se fait-elle, sur quel mode, quel personnel est consacré à cette activité ?

– Pour les réseaux et interventions dans la communauté : conventions passées avec des établissements de santé, des établissements médico-sociaux ou sociaux, des organismes de formation ou de réinsertion ; les interventions en milieu pénitentiaire ; les pratiques en relation avec des intervenants extérieurs au secteur (médecins généralistes, psychiatres libéraux) ; la représentation des associations d'usagers et de familles dans le fonctionnement du secteur ; les interventions dans la communauté, etc.

### *Des questionnaires mieux adaptés*

Les questionnaires relatifs aux dispositifs intersectoriels sont très simplifiés jusqu'en 2003 et ne comptabilisent que les équipements, les personnels et l'activité, de manière très succincte et inadaptée à l'importance qu'ont pris ces dispositifs dans la prise en charge de la santé mentale dans les établissements de santé depuis la fin des années 1990. Le questionnaire sera totalement revu pour la collecte des rapports 2008, sur le modèle de celui des secteurs « ordinaires » (de psychiatrie générale ou infanto-juvénile).

Si nombre des aspects abordés dans ce questionnaire restent très spécifiques à la psychiatrie sectorisée et à la variété des modalités de prises en charge recensées (de la prévention, en passant par les soins et la réinsertion), il est important de connaître précisément les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements non sectorisés, aspects non abordés dans la SAE (d'où le souhait d'étendre le questionnaire à l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie). L'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003, à travers l'article L. 3221-1 du Code de la santé publique, invite d'ailleurs les établissements de santé non sectorisés à participer, dans le cadre des territoires de santé, à la lutte contre les maladies mentales, via des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

## **Le RIM-Psy : vers une meilleure connaissance des patients<sup>4</sup>**

Les deux enquêtes décrites ci-dessus, la SAE et les rapports d'activité de secteurs (RAS), s'intéressent plutôt aux structures de prise en charge et décrivent essentiellement l'offre proposée aux patients, l'activité réalisée étant mesurée de manière essentiellement quantitative en nombre de patients, de journées et d'actes. Peu d'informations sont donc collectées sur les patients, exceptée la répartition par sexe et âge de la file active. Qu'en est-il des caractéristiques sociales et morbides de la population qui recourt aux établissements de santé ayant une activité en psychiatrie ?

4. Des exemples d'exploitation de ces données peuvent être trouvés dans les articles p. 183, p. 233 et p. 283.

**Avant le RIM-Psy: la fiche par patient et ses remontées via les coupes transversales (voir les articles p. 145, p. 173 et p. 223)**

Jusqu'en 2003, les RAS étaient alimentés par les données provenant de la fiche par patient, mise en place dans les établissements sectorisés. Les données remontées ne concernaient donc qu'une partie de cette fiche, laquelle contient également des données sociodémographiques et cliniques sur chaque patient vu dans l'année par le secteur.

Ces données à caractère social et clinique sont conservées au sein de chaque établissement et secteur. Elles ont fait l'objet de plusieurs remontées ponctuelles de la part du ministère, en collaboration avec l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) et le centre collaborateur de l'OMS: en 1988 et 1996 pour la psychiatrie infanto-juvénile et en 1993 et 1998 pour la psychiatrie générale. Les secteurs ou établissements interrogés devaient alors faire remonter les données sociodémographiques et cliniques des patients vus un jour donné à temps complet, une semaine donnée à temps partiel et deux semaines données pour les prises en charge ambulatoires, offrant ainsi une « coupe transversale » de la population suivie en psychiatrie à une date donnée.

Cette enquête a été renouvelée en 2003, selon la même méthodologie, par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), en collaboration avec le Groupe français d'épidémiologie psychiatrique (GFEP). Cette enquête exhaustive auprès des établissements publics et privés, sectorisés ou pas, ayant une activité de psychiatrie générale ou infanto-juvénile<sup>5</sup> a cependant rencontré d'importantes difficultés de collecte qui ont retardé son exploitation (voir p. 146).

Les données disponibles dans ces différentes coupes transversales offrent donc des informations périodiques sur les patients présents un jour donné, pris en charge à temps complet, une semaine pour le temps partiel et deux semaines pour l'ambulatoire. Ces données ne sont cependant pas extrapolables à la file active annuelle suivie dans les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie: l'observation transversale tend en effet à surreprésenter les patients aux pathologies les plus lourdes, la fréquence de leur prise en charge augmentant leur probabilité d'être présent le jour d'enquête.

Les données recueillies dans ces enquêtes nationales fournissent donc des informations sur:

- le sexe et l'âge des patients,
- les catégories diagnostiques,
- la situation familiale,
- les conditions de logement ou l'absence de domicile,
- le mode de vie (seul, en couple, chez un parent, etc.),
- les allocations de ressources (allocation pour adultes handicapés, revenu minimum d'insertion, etc.),
- l'activité professionnelle,

5. Comme en 1996, les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), structures médico-sociales accueillant principalement des enfants souffrant de troubles psychiques, ont été également intégrés à l'enquête.

- l'année approximative du premier contact avec la psychiatrie,
- les éventuelles tentatives de suicide dans l'année précédant l'enquête.

Ces informations sont disponibles par nature de prise en charge et par catégorie d'établissement. Elles permettent de mieux connaître les populations prises en charge en psychiatrie, de suivre leur évolution dans le temps (modification de la structure clinique ou sociale de la population suivie), mais aussi de comparer les populations prises en charge par les différentes catégories d'établissements (publics ou privés) et de mettre en évidence la spécialisation de certains établissements ou secteurs dans la prise en charge de certains types de patients (voir l'article p. 145).

Ces données n'étaient jusqu'en 2006 pas disponibles en routine pour l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie. Ce type d'enquête s'avère lourd à gérer pour les établissements car il entraîne une charge de travail supplémentaire pour les équipes soignantes, ce qui peut compromettre la qualité de l'enquête.

Ce type d'enquête n'est pas nécessaire en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), du fait de la mise en place plus ancienne du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'informations)-MCO qui fournit des données sur les séjours hospitaliers, les pathologies traitées, le type d'actes réalisés, les caractéristiques de sexe et d'âge des patients, ainsi que sur leur origine géographique.

En psychiatrie, un tel recueil a été difficile à mettre en place : c'est seulement l'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 de psychiatrie qui généralise un tel recueil.

Auparavant en effet, la fiche par patient mise en place par la DGS en 1988 ne concernait que la psychiatrie sectorisée. Au début des années 1990, lorsque les premiers travaux sur l'élaboration d'un PMSI en psychiatrie ont débuté, la psychiatrie devait, comme les établissements fournisseurs de soins médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux, pouvoir bénéficier d'une évaluation médico-économique de son activité ayant des conséquences sur le financement de la discipline. À l'issue de différents travaux, le recueil PMSI a été expérimenté en 2002 dans quatre régions (Aquitaine, Lorraine, Rhône-Alpes, Réunion) et dans certains établissements volontaires d'autres régions.

Cette expérimentation a été complétée en juin 2004, par un recueil des actes médico-soignants et médico-techniques et des consommations médicamenteuses. Cette collecte a permis d'étudier les coûts directement affectables à la prise en charge du patient. Il n'a en revanche pas été possible de mesurer la capacité de la classification médico-écono-

mique des groupes homogènes de journées, ainsi que celle de chacune des variables recueillies, à expliquer les coûts de prise en charge.

Face à ce constat, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a mis fin en septembre 2005 à l'expérimentation du PMSI-Psychiatrie et a affirmé la nécessité de généraliser un recueil d'information médicalisé et standardisé en psychiatrie, pour explorer de nouvelles pistes de financement de l'activité en psychiatrie, sur un modèle pluraliste<sup>6</sup>.

### **Mise en place du RIM-Psy par l'arrêté du 29 juin 2006**

L'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 de psychiatrie, à application immédiate, a donc mis en place le RIM-Psy. Cet arrêté précise les informations qui seront transmises aux services de l'État et viendront alimenter à partir de 2008 les données disponibles au niveau national sur les populations suivies en psychiatrie.

Les résumés par séquence (RPS) pour les prises en charge à temps complet et à temps partiel et les résumés d'activité ambulatoire (RAA) qui seront remontés chaque trimestre auprès de l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) permettront de disposer en routine des informations suivantes :

- âge et sexe du patient,
- code de résidence,
- durée de séjour (et de séquence) pour le temps complet et temps partiel,
- nature de la prise en charge,
- mode d'entrée et de sortie du séjour,
- mode légal de séjour en hospitalisation,
- indicateurs de sortie d'essai,
- nombre de jours d'isolement thérapeutique,
- diagnostics ou motifs de prise en charge principal et associés (codés en CIM-10), le cas échéant,
- la dépendance aux activités de la vie quotidienne,
- l'indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire, pour les actes ambulatoires, le lieu de l'acte, la catégorie professionnelle des intervenants, la nature de l'acte.

Ces données seront disponibles par établissement ou secteur de psychiatrie et pourront donc être mises en regard avec des données disponibles par ailleurs sur ces structures (voir ci-dessus). Un identifiant permanent du patient permettra de faire le lien entre les différents séjours et actes reçus par un même individu, et ainsi, de suivre sa trajectoire de soins à l'intérieur de l'établissement. Le code de résidence permettra de réaliser des études relatives à l'attraction ou zone de desserte des

**6.** Les éléments participant au modèle de financement à l'étude sont : une part tarification à l'activité, une part dévolue aux missions d'intérêt général, une part de part de financement des coûts spécifiques, une part proportionnelle aux spécificités de la population desservie, un financement particulier des médicaments coûteux.

hôpitaux, de mesurer beaucoup mieux le phénomène des patients « hors secteur » et donc d'enrichir les réflexions en matière de territoires de santé. Le RIM-Psy représente un enrichissement considérable des sources d'informations en psychiatrie, comblant ainsi le manque de connaissance sur les populations suivies et leur évolution clinique. Les évolutions relatives aux prises en charge de telle ou telle pathologie seront également mieux observées.

Ces données constituent aussi un outil important d'aide à la décision au niveau de la planification régionale, mais aussi au niveau des établissements (voir l'article p. 283).

### ***Recueil de données à caractère social***

Le recueil minimum obligatoire des établissements de santé ayant une activité en psychiatrie comprend également des données à caractère social, mais ces dernières ne nécessitent pas de remontées annuelles au niveau national. Elles feront l'objet de demandes ponctuelles de transmissions de la part de la DREES afin d'étudier l'évolution sociodémographique de la population suivie, ainsi que les différences qui peuvent exister entre établissements selon les types de populations prises en charge. Ces données ressemblent fortement à ce qui était autrefois demandé sur le recto de la fiche par patient et faisait l'objet de remontée lors des « coupes transversales », tout en étant actualisées.

Ces données permettront ainsi de connaître périodiquement :

- la nature du domicile du patient (stabilité, précarité, problèmes spécifiques des patients hospitalisés au long cours, etc.),
- le mode de vie,
- la situation scolaire et professionnelle,
- les prestations sociales ou liées à un handicap,
- la responsabilité légale et la nature de la protection.

Ces items seront donc intégrés au recueil minimum obligatoire effectué par les établissements de santé pour chaque patient, en homogénéisant et standardisant l'information collectée, déjà disponible dans le dossier médical du patient. Ils pourront donc facilement être extraits, ce qui évitera une charge de travail supplémentaire pour les équipes soignantes, comme cela était le cas pour les enquêtes nationales sur les populations suivies en psychiatrie. Cela améliorera également la qualité des données recueillies et devrait permettre, à terme, d'exploiter et de diffuser plus rapidement les résultats.

Par leurs approches complémentaires, en termes d'offre, de prise en charge et de patientèle, la SAE, les RAS et le RIM-Psy qui se met en place, permettent donc de couvrir plus globalement l'activité psychiatrique. C'est un grand pas dans l'amélioration de la connaissance de cette discipline et des populations qu'elle prend en charge. Il reste cer-

tes encore de nombreux aspects non abordés. Il s'agit notamment des questions d'entrée dans le système de soins, des relations avec les soins de ville, des relations avec le champ médico-social qui se situe à la fois en amont, en aval et parallèlement à la prise en charge psychiatrique.