

Le PMSI en psychiatrie : un exemple d'utilisation dans le cadre d'un projet interétablissement

Christophe Schmitt*, **Vincent Robert****, **Pascal Sacha*****, **Sylvie Hottier*****

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) est un outil médico-économique d'analyse de l'activité de court séjour des établissements de soins (encadré 1). Après avoir été appliqué aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), le PMSI a été expérimenté sur les activités de psychiatrie en 2002 dans quatre régions : Aquitaine, Lorraine, Rhône-Alpes, Réunion, ainsi que dans une centaine d'établissements volontaires.

Dès le départ, cette expérimentation a visé deux objectifs : mettre en place un recueil d'activité médicalisé spécifique pour la psychiatrie et rechercher un modèle de financement à partir des données recueillies. Cette expérimentation n'ayant pas permis de dégager des modèles de financement pour l'activité en psychiatrie à partir d'une constitution de groupes homogènes de journées, le PMSI-Psychiatrie a été abandonné en septembre 2005.

En revanche, un recueil d'information médicalisé en psychiatrie a été mis en place (RIM-Psy, version simplifiée du PMSI expérimental) afin de répondre au premier objectif des différents PMSI, à savoir la meilleure connaissance de l'activité des établissements. Dans les établissements où elle a été mise en place, l'expérimentation du PMSI-Psychiatrie a permis de redonner un nouvel élan à la production des données concernant l'activité en psychiatrie. La présente étude a été réalisée par les départements d'information médicale (DIM) de deux établissements expérimentateurs pour la région Lorraine. Elle illustre la manière dont on peut utiliser des données relatives à l'activité en psychiatrie pour élaborer des projets médicaux dans le cadre d'un projet interétablissements.

* Médecin départemental d'information médicale du CHS de Jury-lès-Metz.

** Médecin départemental d'information médicale du CHR de Thionville.

*** Département d'information médicale du CHS de Jury-lès-Metz.

ENCADRÉ 1

Le PMSI: grands principes, objectifs et expérimentations

La connaissance de l'activité des établissements permet notamment d'améliorer le fonctionnement interne de l'établissement, d'évaluer des activités et la qualité des soins et ainsi, de faire des prévisions. Le PMSI a aussi pour objectif de nourrir un dialogue constructif entre les établissements de santé, les tutelles et l'ensemble des partenaires du système hospitalier¹. Parce qu'il permet d'établir un lien entre des caractéristiques relatives à chaque patient et le coût de sa prise en charge, ce dispositif est le fondement d'une analyse médicalisée des budgets hospitaliers. Il répond ainsi aux objectifs des ordonnances du 24 avril 1996 (réduction des inégalités de ressources entre établissements de santé, entre départements et entre régions).

En 1991 (à la suite de la loi du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière), le PMSI a d'abord été appliqué aux activités de court séjour (MCO – médecine, chirurgie, obstétrique) puis étendu entre 1998 et 2003² aux établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) et, plus récemment en 2005, à l'hospitalisation à domicile (HAD). Si l'objectif et les grands principes du PMSI sont les mêmes, à savoir « l'analyse de l'activité des établissements de soins à des fins de réduction des inégalités budgétaires », la classification et le mode de recueil des informations ont été choisis en fonction des caractères spécifiques de chaque discipline. Il en va de même pour le PMSI-Psychiatrie.

L'utilisation des informations recueillies dans le PMSI pour déterminer les budgets des établissements n'a été effective dans les disciplines de MCO qu'à partir de 1997. Auparavant, le financement des établissements se faisait à la journée, indépendamment des données du PMSI. L'exploitation de ces informations à des fins de réallocation budgétaire avait été expérimentée en Languedoc-Roussillon en 1994, puis sur l'ensemble du territoire durant la campagne budgétaire 1995-1996³. Ces deux expériences ont montré que le PMSI s'inscrivait « au premier rang des améliorations techniques susceptibles d'infléchir les conditions d'allocation de ressources aux établissements dans le sens d'une plus grande équité en même temps que d'une incitation à l'efficience », fournissant un éclairage sur les inégalités infra-régionales.

De 1996 à 2005, le montant du budget de chaque établissement est fixé en tenant compte de son activité et des coûts, comparés à ceux des autres établissements de la région et de la France entière, à travers l'utilisation d'une échelle de pondération, révisée chaque année, qui permet d'affecter à chaque groupe homogène de malades (GHM en MCO) ou groupe homogène de journée (GHJ en SSR) un poids différent et de créditer chaque séjour d'un certain nombre de points, en fonction du GHM dans lequel il est affecté. Cette échelle de pondération, qui existe en MCO depuis 1994, est en cours d'élaboration en SSR.

En 2005, la réforme du financement des établissements de santé par l'instauration d'une tarification à l'activité, notamment appréciée au travers des informations du PMSI, conduit à considérer le recueil d'unité médicale (RUM) comme l'un des supports de la tarification.

1. Circulaire DH/PMSI n° 303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du PMSI et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics.

2. 1998 pour les établissements publics ou privés participant au service public hospitalier et 2003 pour les autres établissements privés.

3. Circulaire DH/PMSI n° 96-495 du 6 août 1996 relative aux conditions d'utilisation des données issues du PMSI pour la fixation des budgets 1997 des établissements de santé publics et privés sous dotation globale.

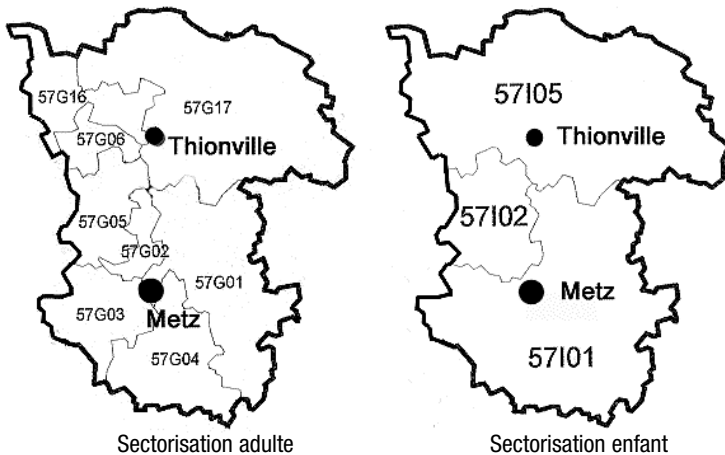
Si le caractère expérimental du PMSI en psychiatrie a engendré certaines difficultés¹, la qualité des données s'est améliorée au sein des deux établissements. L'implication croissante des acteurs de terrains dans l'expérimentation s'est traduite par des demandes de plus en plus importantes concernant l'exploitation statistique des données produites. En 2005, lors de l'élaboration du projet d'établissement, les médecins des départements d'information médicale (DIM) en charge du codage ont été sollicités pour en alimenter la réflexion et l'élaboration.

Contexte local du projet interétablissements

L'établissement de Jury-lès-Metz, localisé à Metz, recouvre six secteurs de psychiatrie adulte et deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile² (voir cartes). Quatre secteurs de psychiatrie desservent l'agglomération messine (57G01, 57G02, 57G03, 57G04). Deux secteurs desservent des communes situées entre Metz et Thionville (57G05 et 57G06), formant une fédération, dénommée « fédération 56 » dirigée par un seul chef de service. Thionville et les environs regroupent deux secteurs de psychiatrie adulte (57G16 et 57G17) et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

CARTE 1

La sectorisation de la Moselle Nord-Ouest



1. Du fait de logiques différentes entre le PMSI et la Statistique annuelle des établissements (SAE), de la difficulté à définir une frontière entre les actes de groupe et l'activité des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), de problèmes d'exhaustivité pour le recueil des diagnostics, etc.

2. Il existe également des activités intersectorielles : urgences, addictions, psycho-gériatrie, patients gravement déficitaires.

Contrairement aux secteurs de Jury-lès-Metz qui dépendent d'un établissement spécialisé, les secteurs de Thionville dépendent d'un hôpital général. Les agglomérations de Metz et de Thionville sont distantes de 30 kilomètres.

Depuis longtemps, des patients résidant sur les secteurs de Thionville sont pris en charge au centre hospitalier spécialisé (CHS) de Jury-lès-Metz et réciproquement certains patients résidant dans les secteurs 57G05 et 57G06 sont traités à l'hôpital général de Thionville. Cela s'explique par le manque de places pour les patients originaires de Thionville et inversement par la proximité géographique de Thionville pour certains patients originaires des secteurs 57G05 et 57G06. Par ailleurs, les hospitalisations d'office ne sont prises en charge que par le CHS de Jury-lès-Metz.

Ces « échanges » de patients ont parfois été source de friction entre les deux communautés médicales. Mais depuis les années 2000, des réunions de concertation ont permis d'élaborer une réflexion globale sur les problématiques rencontrées.

Début 2006, la direction du centre hospitalier régional (CHR) de Thionville a envisagé de construire un nouveau bâtiment dédié à l'hospitalisation psychiatrique. En concertation avec la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), les établissements de Jury-lès-Metz et de Thionville se sont réunis afin de définir un projet territorial d'offre de soins psychiatriques pour la Moselle Nord-Ouest.

Dans un premier temps, la réflexion a concerné les secteurs de psychiatrie adulte – les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile seront associés dans un second temps.

Au total, quatre secteurs de psychiatrie sont impliqués dans ce projet :
– les secteurs 57G05 et 57G06 (fédération 56) pour Jury-lès-Metz,
– les secteurs 57G16 et 57G17 pour Thionville.

Mise en place d'un comité de pilotage

Un comité de pilotage réunissant directeurs, responsables médicaux, infirmiers et un médecin inspecteur de santé publique a été constitué. Lors de la première réunion, il s'est avéré nécessaire de disposer de données chiffrées concernant les activités respectives des secteurs. Les départements d'information médicale (DIM) ont donc été sollicités et une réflexion commune a été menée pour identifier les données nécessaires et élaborer une trame commune. Parallèlement, des acteurs de terrains (médecins, cadres de santé, infirmiers, etc.) se sont rencontrés afin d'échanger sur leurs pratiques respectives et de préparer les réunions du comité de pilotage.

Lors de la première réunion du comité de pilotage, plusieurs objectifs ont été fixés :

- dimensionner l'offre de soins aux besoins de la population, en particulier en ce qui concerne le nombre de lits d'hospitalisation,
- répartir cette offre de soins entre les deux établissements,
- mieux définir les filières de soins,
- développer des complémentarités entre les secteurs.

Données descriptives de secteurs

Les profils des deux ensembles formés par les secteurs rattachés au CHR de Thionville et ceux de la fédération 56 sont assez différents.

La fédération 56 couvre une population plus faible et son activité est plus orientée vers l'hospitalisation complète (tableau 1). Sur la région de Thionville, un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) complète le dispositif.

TABLEAU 1

Caractéristiques des secteurs

Secteurs	CHS de Jury-lès-Metz (fédération 56)		CHR de Thionville	
	57G05	57G06	57G16	57G17
Population générale des secteurs	60 828 hab.	58 222 hab.	73 633 hab.	87 996 hab.
Total	119 050 hab.		161 629 hab.	
Personnels médicaux et non médicaux (en équivalent temps plein, ETP)				
- Psychiatres	- 4 ETP +2 internes		- 4,8 ETP +2 internes	
- Infirmiers	- 42,1 ETP pour 3 unités d'hospitalisation +12,5 ETP pour l'activité ambulatoire		- 28,1 ETP pour 2 unités d'hospitalisation +17,2 ETP pour l'activité ambulatoire	
- Aides-soignants	- 6,8 ETP		- 12,25 ETP	
- Psychologue	- 1 ETP		- 1 ETP	
Structures existantes				
- Nombre de lits d'hospitalisation temps plein	- 33 lits (sur deux unités fonctionnelles)	- 20 lits (sur une unité fonctionnelle)	- 22 lits sur une unité fonctionnelle	- 22 lits sur une unité fonctionnelle
- Nombre de CMP (centre médico-psychologique)	- 1 CMP et une antenne CMP	- 1 CMP	- 1 CMP et une antenne CMP	- 1 CMP et deux antennes CMP
- Nombre de CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel)			- 1 CATTP intersectoriel	- 1 CATTP intersectoriel

Il n'existe pas d'hôpital de jour pour l'ensemble des secteurs.

Données d'activité

La file active des deux secteurs de Thionville est significativement plus importante que celle des deux secteurs dépendant de Jury-lès-Metz (tableau 2). Cela s'explique par deux raisons :

- la population des deux secteurs de Thionville est plus importante,
- la part importante de la file active à Thionville provient de l'activité de liaison aux urgences, comme en témoigne le nombre important de patients qui y sont vus une seule fois.

Les femmes représentent un pourcentage plus important dans la file active de Thionville. La moyenne d'âge des patients y est plus élevée et la tranche d'âge des 65 à 84 ans y est plus importante.

Le pourcentage de patients bénéficiant de l'allocation pour adultes handicapés (AAH) et du revenu minimum d'insertion (RMI) est plus important dans les secteurs dépendant de Jury-lès-Metz, de même que les patients

TABLEAU 2

File active globale (intra et extra hospitalière) en 2005

	CHS de Jury-lès-Metz (fédération 56)	CHR de Thionville
Nombre de nouveaux patients	1 268	2 498
Dont vus une seule fois	101	1 055
Répartition par sexe		
Hommes	50,16 %	41,90 %
Femmes	49,84 %	58,10 %
Âge moyen	37,4 ans	43,8 ans
Répartition par tranches d'âge		
Moins de 15 ans	0,08 %	-
15 à 19 ans	5,05 %	2,60 %
20 à 24 ans	7,41 %	7,20 %
25 à 44 ans	48,58 %	42,60 %
45 à 64 ans	30,21 %	34,70 %
65 à 84 ans	7,65 %	12,00 %
Plus de 84 ans	1,03 %	0,80 %
Répartition par ressources		
AES	0,00 %	0,00 %
AAH	21,14 %	8,80 %
RMI	10,33 %	4,70 %
Invalidité	4,73 %	5,40 %
Autres prestations	3,39 %	3,90 %
Sans ressources	2,13 %	-
Pathologies (diagnostic longitudinal)		
F00 - F09 Troubles mentaux organiques Nombre de patients (1,57 %)		
F10 - F19 Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives Nombre de patients (5,07 %)	26 (2,05 %)	33 (2,20 %)
F20 - F29 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants Nombre de patients (18,67 %)	72 (5,68 %)	119 (7,90 %)
F30 - F39 Troubles de l'humeur [affectifs] Nombre de patients (13,14 %)	337 (26,58 %)	366 (24,30 %)
F40 - F49 Troubles névrotiques Nombre de patients (20,13 %)	179 (14,12 %)	316 (21,00 %)
F50 - F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques Nombre de patients (0,77 %)	468 (36,91 %)	290 (19,30 %)
F60 - F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte Nombre de patients (10,28 %)	4 (0,32 %)	25 (1,70 %)
F70 - F79 Retard mental Nombre de patients (2,52 %)	77 (6,07 %)	310 (20,60 %)
F80 - F89 Troubles du développement psychologique Nombre de patients (0,27 %)	56 (4,42 %)	39 (2,60 %)
F80 - F89 Troubles du développement psychologique Nombre de patients (0,27 %)	5 (0,39 %)	5 (0,30 %)
F90 - F98 Troubles du comportement et troubles émotionnels de l'enfance et l'adolescence Nombre de patients (0,35 %)	13 (1,03 %)	0 (0,00 %)
F99 Trouble mental, sans précision Nombre de patients (0,11 %)	4 (0,32 %)	0 (0,00 %)
Z0 - Bilans Nombre de patients (0,05 %)	0 (0,00 %)	2 (0,10 %)
Non renseigné Nombre de patients (27,08 %)	27 (2,13 %)	993 (39,75 %)

bénéficiant d'une mesure de protection (curatelle ou tutelle). Il n'y a pas de différences significatives en ce qui concerne les modes de vie.

Pour la cotation des diagnostics, on constate un fort taux de non réponse sur Thionville, qui s'explique par le nombre important de patients vus une seule fois aux urgences.

Si les patients psychotiques représentent un quart des files actives de l'ensemble des secteurs, les troubles de l'humeur et les troubles de la personnalité et du comportement représentent une proportion plus importante de patients à Thionville, tandis que les troubles névrotiques représentent une part plus importante de patients sur Jury-lès-Metz. Il est possible qu'une partie de ces différences s'expliquent par des habitudes de cotations différentes dans les deux établissements. Les diagnostics des patients pris en charge dans les deux établissements diffèrent quelque peu.

Hospitalisation

Pour l'hospitalisation temps plein, le nombre de séjours est difficilement comparable, les secteurs dépendants de Jury-lès-Metz ayant une pratique très importante d'hospitalisation dite séquentielle (hospitalisation programmée de courte durée). Toutefois, les taux d'occupation moyen dans les deux établissements sont très élevés (proche de 90%), ce qui entraîne un manque de place chronique et une gestion complexe en terme de lits. Une étude sur les hospitalisations hors secteurs d'origine a montré que les flux de Thionville vers les autres établissements étaient plus importants que les flux inverses. Le nombre de lits par millier d'habitants pour Thionville est de 0,28 (moyenne française : 0,98). Quant au nombre de lits pour Jury-lès-Metz, il est de 0,44. On constate donc un sous-dimensionnement de l'offre de lits d'hospitalisation à temps complet comparativement à la moyenne française, plus prononcée à Thionville.

La durée moyenne de séjour peut paraître beaucoup plus courte pour la fédération 56, mais elle s'explique en partie par les hospitalisations séquentielles (tableau 3). Rapportée aux patients, la durée moyenne de séjour annuelle s'y révèle plus longue.

Pour les hospitalisations sans consentement, hors hospitalisations d'office (HO), on constate que les prises en charge en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) sont plus nombreuses à Jury-lès-Metz qu'à Thionville.

La répartition par mode d'entrée confirme qu'un nombre très important de patients hospitalisés à Thionville proviennent des urgences.

La répartition par mode de sortie montre que l'influence de la pratique des hospitalisations séquentielles se mesure par le nombre très important de sorties temporaires.

TABLEAU 3

Hospitalisation en 2005

	CHS de Jury-lès-Metz (fédération 56)	CHR de Thionville
Hospitalisation temps plein		
Nombre de patients	356	409
Nombre de séjours	1 608	632
Nombre de jours	19 030	14 376
Durée moyenne de séjour (DMS)	11,8	22,7
Durée moyenne par patient	53,4	35,1
Répartition par modes d'hospitalisation		
Hospitalisation libre (HL)		
Séjours	954	422
Journées	8 964	10 068
Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)		
Séjours	504	205
Journées	7 801	4 307
Hospitalisation d'office (HO)		
Séjours	33	-
Journées	863	-
Ordonnances provisoires de placement (OPP)		
Séjours	46	-
Journées	407	-
Répartition par modes d'entrée : en provenance d'un service de...		
MCO (1,56 %)	9 (0,56 %)	26 (4,11 %)
Psychiatrie (10,36 %)	123 (7,65 %)	109 (17,25 %)
Urgences (14,82 %)	81 (5,04 %)	251 (40,70 %)
Médico-social (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
Long séjour (0,22 %)	5 (0,31 %)	0 (0,00 %)
Du domicile (68,93 %)	1 323 (82,28 %)	221 (34,97 %)
Total (100,00 %)	1 608 (100,00 %)	632 (100,00 %)
Répartition par modes de sortie		
Mutation (7,68 %)	100 (6,22 %)	72 (11,39 %)
Transfert (2,95 %)	30 (1,87 %)	36 (5,70 %)
Essai (3,17 %)	62 (3,86 %)	9 (1,50 %)
Temporaire (51,38 %)	1 126 (70,02 %)	25 (4,10 %)
Définitive (29,24 %)	214 (13,31 %)	441 (69,78 %)
Sans autorisation (1,03 %)	6 (0,37 %)	17 (2,80 %)
Décès (0,09 %)	2 (0,12 %)	0 (0,00 %)
Total (100,00 %)	1 608 (100,00 %)	632 (100,00 %)

Prise en charge en ambulatoire

La file active ambulatoire est deux fois plus importante à Thionville (tableau 4). Cela est dû essentiellement à l'activité aux urgences du CHR de Thionville.

L'activité ambulatoire est décrite en dehors des réunions et des groupes. L'activité CATTP et « groupe » est difficilement comparable entre les secteurs de Thionville et la fédération 56. La logique de cotation est différente entre ces deux entités, Thionville comptabilisant son activité de CATTP exclusivement en groupe, ce qui n'est pas le cas dans la fédération 56. Les modalités de prise en charge de « groupe » sont également disparates. Pour ces raisons, nous avons donc écarté ce type d'activité de cette analyse.

Les entretiens avec soins physiques n'ont pas été individualisés dans la fédération 56. Le nombre d'actes est donc logiquement supérieur à Thionville. Le nombre d'actes par patients est en revanche doublé pour la fédération 56.

Une différence notable mérite d'être soulignée. L'activité médicale de consultation est plus importante sur les secteurs de Thionville, alors que le nombre de médecins est presque identique à celui de la fédération 56. Cela résulte d'une politique de service qui, pour la fédération 56, installe les infirmiers en première ligne dans le dispositif de prise en charge ambulatoire et positionne le médecin généraliste traitant comme pivot de la prise en charge médicale des patients psychotiques chroniques. Dans cette configuration, l'activité infirmière est inversement proportionnelle. Le nombre d'infirmiers qui se consacre à l'activité ambulatoire est, pourtant, sur le papier quasi identique (5 ETP d'infirmiers sur 17 dans les secteurs de Thionville sont affectés au CATTP).

L'activité des psychologues est plus élevée dans les secteurs de Thionville que dans les secteurs de la fédération 56.

TABLEAU 4

Les prises en charge en ambulatoire en 2005

	CHS de Jury-lès-Metz (fédération 56)	CHR de Thionville
File active ambulatoire		
Nombre de patients	1 107	2405
Activité suivant la grille EDGAR (1)		
Entretien	11 263	13 098
Entretien + soins physique	0	2 214
Démarche sans déplacement	1 160	628
Démarche avec déplacement	440	144
Accompagnement	322	112
Total	13 685	16 196
Densité des actes	12,36	6,73
Activité suivant la grille MIRAPEX (2)		
<i>Activité médicale de consultation</i>		
Entretien (consultation)	1 091	9 632
<i>Activité infirmière</i>		
Entretien	11 275	1 905
Entretien + soins physiques	0	2 212
Démarche sans déplacement	1 630	596
Démarche avec déplacement	542	139
Accompagnement	331	112
Total	13 778	4 964
<i>Activité des psychologues</i>		
Entretien	986	1 420

(1) N'inclut ni les réunions, ni les groupes qui sont analysés avec le CATTP.

(2) La grille MIRAPEX est utilisée dans le PMSI-Psychiatrie expérimental (ou RIM-Psy) pour coder la catégorie professionnel de l'intervenant pour les actes ambulatoires.

Orientations

La présentation et l'analyse de ces données dans le cadre des différentes réunions ont permis de dégager certaines orientations consensuelles. Le potentiel de lits à répartir entre les quatre secteurs doit tenir compte d'une différenciation entre les modes de prise en charge : hospitalisation temps plein, hospitalisation temps plein séquentielle, hospitalisation temps partiel de jour.

Même si le taux de lits d'hospitalisation à temps plein se situe au-dessous de la moyenne régionale et départementale, augmenter de façon importante ce nombre de lits serait onéreux et se heurterait à des problèmes insolubles de démographie médicale. Il conviendrait plutôt de proposer une offre diversifiée et complémentaire. Ainsi, 100 lits d'hospitalisation à temps plein sur l'ensemble des secteurs (contre 97 actuellement) paraissent suffisants, à condition qu'ils soient complétés par :

- une unité de vie de 15 à 20 lits destinée à l'accueil de patients en hospitalisation longue durée dont la filière sera identifiée (patients chroniques inadaptables) – cette unité pourrait être implantée au CHS de Jury-lès-Metz,
- des lits d'hospitalisation séquentielle sur le site de Thionville – cette modalité de prise en charge n'existe pas actuellement sur Thionville,
- un hôpital de jour intersectoriel sur le site de Thionville, d'une capacité minimale de 15 places.

La filière « urgences » devrait être redéfinie sur Thionville et les agglomérations proches. En effet, les secteurs thionvillois assurent cette prise en charge dans le cadre de leurs missions sectorielles, mais les moyens mis à disposition sur le CHR de Thionville sont insuffisants. Sur les secteurs de Jury-lès-Metz, cette filière se structure autour d'un service de psychiatrie d'urgence et de liaison intersectorielle, au sein des urgences du CHR de Metz, tandis qu'à Thionville, la prise en charge est assurée à tour de rôle par les médecins des secteurs.

Les activités des CATTP et de groupe sont en cours d'étude. Il sera nécessaire pour mieux les comparer, d'harmoniser les recueils. La généralisation en 2007 du RIM-Psy, qui deviendra recueil d'information médicalisé en psychiatrie sera un facteur favorisant.

À partir des différentes pratiques, histoires et cultures, il sera sans doute possible de développer des complémentarités entre les quatre secteurs étudiés.

L'activité ambulatoire est très liée à une organisation et une philosophie de la prise en charge centrée autour du travail infirmier pour la fédération 56. Pour les secteurs de Thionville, la prise en charge est plus « classique » et diffère peu des prises en charge que l'on rencontre dans d'autres secteurs de psychiatrie adulte. Il existe une pression

importante sur les médecins des secteurs de Thionville pour les demandes de consultation. Les projections à venir (départ en retraite des médecins) sont assez inquiétantes et poseront à terme la nécessité d'appréhender différemment les prises en charge de patients dans les centres médico-psychologiques (CMP).

En conclusion, l'analyse des données d'activité peut être un outil précieux pour élaborer des projets médicaux. Il est en effet possible de comparer les activités de plusieurs secteurs et, comme le montre ce projet interétablissements, de secteurs appartenant à des établissements différents. Cependant, même si le recueil des données obéit à des règles précises et communes à l'ensemble des établissements, l'absence d'exhaustivité et le flou qui entoure la description de certaines activités freine cette comparaison. La généralisation du recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RMI-Psy) en 2007 devrait permettre d'améliorer la fiabilité de ces données et d'en faciliter la comparaison.