



Inscrit dans la réforme du système de santé français, le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) permet aux établissements de soins de disposer d'informations quantifiées et standardisées sur leur activité de manière à mesurer leur production médicale. Retour sur un système de gestion devenu aujourd'hui indispensable dans les établissements aussi bien publics que privés, notamment avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A).

PAR MICHEL MORKOS

L'ACRONYME AU CENTRE DE TOUTES LES CONVERSATIONS

LE PMSI, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Importé des États-Unis et inspiré du Professeur Robert Fetter (Université de Yale) et des modèles DRG (Diagnosis Related Groups) lesquels permettaient, grâce à une homogénéité à la fois médicale et financière, d'aboutir à une construction empirique des coûts d'hospitalisation à partir des informations normalisées collectées sur plusieurs millions de séjours hospitaliers, le projet PMSI est arrivé en France en 1982, dans le but de définir l'activité des établissements et de calculer l'allocation budgétaire qui en découlait. Il avait toutefois plus un objectif de santé publique et épidémiologique que financier, ce qui le différenciait du modèle américain d'origine. Expérimenté à l'échelle

du territoire national durant près d'une décennie, ce projet aboutit au vote d'une loi, le 31 juillet 1991, pour que tous les établissements de santé, aussi bien publics que privés, procèdent à l'évaluation et à l'analyse de leur activité. L'arrêté du 20 septembre 1994 et la circulaire du 10 mai 1995 fixent l'obligation faite aux établissements de transmettre leurs données, et l'ensemble des établissements privés ont dû mettre en place le PMSI dès 1997. Ce dernier est d'ailleurs entré, depuis 2005, dans la mise en place de la T2A, qui doit permettre un nouveau système de rémunération des hôpitaux, basé sur leur activité, selon un classement des données par groupes de séjours présentant une similitude médicale et un coût voisin. Le PMSI est aujourd'hui utilisé dans plusieurs secteurs, avec des modes de recueils différents selon les catégories : il se base ainsi,

Le PMSI permet de disposer de données sur l'activité de chacun des pôles

LE RÔLE DES DIM (CRÉÉS EN 1989)

- Participer à la conception et au développement du système d'information médicale
- Coordonner la formation de l'ensemble des personnels concernés
- Aider les services médicaux à produire et à transmettre les RSS, et procéder à la classification en GHM
- Analyser l'information médicale et expertiser les conclusions tirées
- Assister les médecins dans leur réflexion par l'accès aux bases de données DIM
- Assurer une gestion centralisée des dossiers médicaux
- Veiller à la confidentialité des données nominatives.

Le PMSI est aujourd'hui utilisé dans plusieurs secteurs, avec des modes de recueils différents selon les catégories

pour les séjours hospitaliers MCO (Médecine – Chirurgie – Obstétrique), sur le recueil systématique et le traitement automatisé d'une information médico-administrative, contenue dans le Résumé de Sortie Standardisé (RSS) ; en ce qui concerne le secteur SSR (Soins de Suite et Réadaptation), le recueil est plutôt axé sur le mode de la prise en charge du patient et sur son degré de dépendance. Mais le PMSI est également appliqué pour l'hospitalisation à domicile, pour les urgences, ainsi que pour la psychiatrie.

DES OBJECTIFS NOMBREUX

Ayant pour but la réduction des inégalités de ressources entre les établissements de santé (ordonnance du 24 avril 1996) dans le cadre de la réforme de l'hospitalisation, le PMSI est à la fois à usage externe (services de l'État, assurance maladie) qu'interne (gestion des établissements). Il permet en effet, dans le premier cas, de contrôler et de comparer l'activité des différents établissements. Valoriser cette activité permet par ailleurs de l'évaluer et de la rémunérer en conséquence. C'est là qu'intervient la T2A, rendue obligatoire pour les établissements privés dès le 1er mars 2005, et impliquée à 100% dans la dotation des établissements publics et assimilés à partir du 1er janvier 2008. Il paraît aujourd'hui clair que la T2A n'aurait pas pu être mise en place sans le PMSI, qui est devenu un outil indispensable pour la gestion d'un établissement de soins. Mais le PMSI est également un outil de planification, puisqu'il constitue une source inestimable de renseignements permettant de mieux répartir l'activité médicale et les plateaux techniques sur le territoire, en fonction des besoins quantifiés de la population. Les données qu'il comporte peuvent aussi être utilisées dans un but d'études épidémiologiques, que ce soit à l'échelle nationale, régionale ou locale. Dans le second cas, celui de la gestion interne des établissements, le PMSI permet à ces derniers de disposer de données sur l'activité

de chacun des pôles, de manière à aboutir à une collaboration efficace entre les services de gestion, les services financiers et les services DIM (Direction de l'Information Médicalisée). La répartition des ressources entre les différentes unités fonctionnelles se fera ainsi en rapport avec l'activité, et les prévisions budgétaires peuvent être modulées selon les évolutions de cette activité. Le PMSI est également un moyen de mesurer la production, ce qui permet, en évaluant les coûts inhérents aux différentes pathologies, de disposer d'informations concernant celles qu'il serait utile de développer – parce qu'engendrant une meilleure valorisation, et celles, déficitaires, qui peuvent s'inscrire dans la mission de service public des hôpitaux.

LE CODAGE, ACTIVITÉ ESSENTIELLE

Mais la mesure de l'activité d'un établissement n'est possible qu'après codage des actes et des diagnostics – garantir la qualité et l'exhaustivité de ce codage est en effet au cœur des préoccupations des DIM. Quant à la responsabilité du codage, elle est plutôt portée par les cliniciens, qui sont tenus de fournir l'information médicale. Et c'est peut-être là que réside la limite du PMSI, puisque la moindre erreur (oubli de codes ou usage de codes approximatifs, non-respect des règles de codage...) peut entraîner un changement du GHM (Groupe Homogène de Malades), et donc fausser la facturation. Il faut toutefois noter que l'utilisation du PMSI dans tous les secteurs d'activité devrait aboutir à une amélioration globale de la quantité et de la qualité du codage, et que la mise en place de la T2A, laquelle s'accompagne de contrôle des données, devrait également aller dans ce sens. Enfin, le projet du DMP (Dossier Médical Partagé), qui se référera, lui aussi, aux données contenues dans le PMSI, et qui facilitera la standardisation du format des données, ne pourra qu'aboutir à un gain de qualité en ce qui concerne le codage.

DES BALBUTIEMENTS À AUJOURD'HUI

L'HISTOIRE DU PMSI



Lionel Dassié

Le PMSI, aujourd'hui sur toutes les lèvres, génère de nombreuses interrogations. Curieux que nous sommes de savoir comment on en est arrivé à sa mise en place, nous avons rencontré Lionel Dassié, qui fut délégué par le CNEH (Centre National de l'Équipement Hospitalier) auprès du Ministère de la Santé pour réfléchir aux aspects techniques du PMSI entre 1981 et 1989.

PAR JOYCE RAYMOND

Le PMSI est arrivé des États-Unis.

Lionel Dassié : Ils ont commencé à utiliser un système de classification par DRG (Diagnosis Related Groups) pour payer les frais d'hospitalisation dès 1983, issu des travaux du Professeur Robert Fetter et de son équipe de l'Université de Yale. En France, les parents du PMSI ont été Jean de Kervasdoué, économiste spécialisé qui fut Directeur des Hôpitaux au Ministère de la Santé, et Jean-Marie Rodrigues, Professeur des Universités en santé publique. Mais le pouvoir politique français n'était pas très intéressé par cette nouvelle méthode, même s'il réfléchissait à la régulation du budget global des hôpitaux par rapport à leur activité. Le PMSI n'était donc qu'un outil de connaissance épidémiologique. Il a fallu attendre 1989 pour que le recueil soit généralisé, sans que l'on exploite, pour autant, toutes ses possibilités. Il faut savoir aussi qu'il existait des réticences au sein des hôpitaux, puisque le PMSI mettait le pouvoir des directeurs d'établissements en concurrence avec le pouvoir médical. Et puis, à l'époque, pour régler le déficit des établissements, on augmentait les cotisations, donc le bien-fondé du PMSI n'était pas clair.

Comment le PMSI a-t-il été généralisé ?

La mise en place du recueil des données PMSI (le RSS) a d'abord été autorisée en octobre 1985, puis la version 0

de la classification du PMSI a été publiée en août 1986. Une circulaire a généralisé, en 1989, le recueil du PMSI dans le secteur public et a créé les DIM (Département d'Information Médicale), pour lesquels un effort financier est consenti dès l'année suivante. En 1991, le PMSI devient obligation légale, et est expérimenté dans le privé un an plus tard. De nombreux outils techniques ont donc été testés dans les cliniques, générant de nombreuses discussions autour de la tarification. Cette dernière n'a d'ailleurs été adaptée que bien plus tard, et pendant longtemps les cliniques et les hôpitaux, se sont demandés que faire de leur recueil. Ce n'est en effet que depuis la loi de 2003 sur la Tarification à l'Activité (T2A) que le PMSI a commencé à être utilisé à des fins tarifaires.

Où en est aujourd'hui la mise en place du PMSI ?

Les hôpitaux et les cliniques sont désormais financés en fonction des données qui y sont contenues. Mais le secteur privé a plus rapidement intégré son orientation financière que le secteur public, de culture différente. Le PMSI permet en outre aux établissements de mieux connaître leur activité et de l'adapter, mais l'organisation complexe du système de santé public fait que cette adaptation est plutôt lente. La mise en place d'outils performants tant sur le plan du recueil des données que sur leur analyse, ainsi qu'une organisation efficace, permettra aux établissements d'améliorer leur performance en matière de système d'information médicalisé.

«Ce n'est que depuis la loi de 2003 sur la T2A que le PMSI a commencé à être utilisé à des fins tarifaires»