

NOTICE

Bien des hypothèses ont été échafaudées autour de ce manuscrit de Péhaimécý roi que la Lettre grise publie aujourd'hui pour la première fois dans son intégralité. Comme on le sait, le manuscrit est une suite probablement incomplète de fragments relatifs à un drame conçu avant la disparition de la psychiatrie hospitalière. Certains ont voulu y voir d'abord une première version d'une pièce à succès de Sophocle. Inutile de s'attarder sur une conjecture aussi saugrenue : le lecteur vérifiera de lui-même que si le dramaturge comme à son habitude a emprunté à une tradition certes moins répandue que celle que nous attribuons maintenant à Homère, nous sommes ici en présence d'une source originale et fondatrice.

D'autres ont cru pouvoir affirmer que certaines tournures de langage, présentes en quelques endroits de ces fragments, prouvent qu'il s'agit là d'un des tous derniers documents de travail de la Fédération Unifiée des Praticiens Psychiatres Chimiofreudiens (canal historique). Selon cette interprétation, ce groupuscule moribond aurait tenté de façon quasi désespérée, en une sorte d'attentat suicide, arrimé à la seule planche qui pouvait le sauver, d'introduire un virus autodestructeur dans le programme démedicalisé de survie informatique de la direction du healthcare. Il aurait alors nécessairement ignoré que l'ordinateur de ce service avait été débranché depuis longtemps et que la direction utilisait déjà la méthode dite du Palmarès Médiatique Standardisé International pour les attributions de crédits annuels. Comme il est peu vraisemblable que les psychiatres aient connu un tel retard médico-technologique et soient restés à l'écart de la Cotation par Versement Spontané auprès de l'agence Figma.com, on est conduit à chercher une autre piste.

Encore plus déroutante est l'affirmation selon laquelle la secte Pénombre, qui fit tant de ravages avant que la statistique et la démographie soit enfin réunies dans notre transparente Maison de la Vrainumérologie, aurait pu jouer un rôle quelconque dans l'histoire du manuscrit de Péhaimécý roi. Probablement moins connue de nos lecteurs qui pourraient lui accorder quelque crédit, cette rumeur mérite notre attention.

Après avoir introduit dans les esprits de nos iCitoyens une grande confusion à propos du vrai chiffre du crime, du vrai chiffre de l'immigration clandestine, de l'optimisme toujours record des Français (qui se rapproche déjà de moins 20 à l'époque où se situent les faits) et de l'accélération de la décroissance du différentiel d'augmentation du chômage de notre province au sein de l'Union, des membres de cette association auraient rencontré quelques médecins ou responsables administratifs du secteur public psychiatrique.

À cette époque donc, que l'on peut situer à l'été 1998, un groupe se proclamant « groupe de travail de Pénombre sur les usages du nombre en santé mentale » aurait vu le jour. Pendant plus d'un an, il aurait réuni des personnes intéressées par la mise en place d'un nouvel outil d'évaluation dans le domaine de la psychiatrie. Échanges d'information, confrontation de points de vue, circulation d'idées à propos de la statistique, de la psychiatrie, de la politique auraient permis de baliser une zone non couverte par les groupes habitués à intervenir dans chacune de ces « sphères ». Zone grise où pourraient s'observer et se dire les enjeux d'une opération aux finalités incertaines. L'entreprise n'allait pas de soi, les participants s'observaient, les enjeux ne se disaient pas facilement. Vint alors une demande pressante d'une sorte de conseil élargi de l'association, que certains participants du groupe voyaient plutôt comme un comité central, d'organiser une « nocturne ». Le sens de ce mot est particulièrement obscur : certains prétendaient qu'il s'agissait de porter les débats au grand jour ! D'autres croyaient que c'était l'ultime répétition avant le grand soir ! Et quelques-uns se demandaient ce qu'on pourrait acheter à cette nocturne... Bref, l'affaire aurait traîné en longueur jusqu'à ce que l'on décide de mettre d'abord noir sur blanc les propos échangés dans la zone grise... ainsi serait né ce manuscrit.

Le lecteur pourra juger que la lumière n'est pas totalement faite sur cet épisode confus de la période obscurantiste pré-vrai-chiffre. En attendant les résultats promis par un autre groupe de travail « Enquête et origines » qui nous en apprendra sans doute plus sur ces mythes

anciens, nous souhaitons maintenant que cette pièce connaisse enfin l'épreuve du public. Et si le cadre grandiose et fastueux des nocturnes ne se prête pas à l'examen serein d'une situation en pleine évolution, qu'un nouveau cycle de débats s'ouvre sur l'agora du nombre.

Lucio Nero

© Pénombre 2001

PÉHAIMÉCY ROI

Personnages de la pièce

Par ordre d'entrée en scène

Péhaimécy
 Premier psychiatre : Olivier Boitard
 La voix d'une ombre : Élisabeth Zucker-Rouvillois
 Le dim : Denis Dehgan
 Deuxième psychiatre : Jean-Paul Liauzu
 Le dernier psychiatre : Bernard Odier
 La sociologue : Anne Depaigne
 L'évaluateur : René Padieu

La scène est à Paris, dans les parages du ministère.

PROLOGUE

Péhaimécy :

"Mes enfants, croissance nouvelle du vieux Hachpée,
 Qu'est-ce, la raison que vous avez d'être assis devant moi comme cela,
 Couronnes de branches suppliantes ?
 La ville est pleine d'encens, pleine
 De prières et de gémissements mêlés.
 J'estimais, mes enfants, que d'autres ne devraient pas m'en instruire,
 Autres que moi, des messagers. Je suis venu ici moi-même,
 Moi, qu'on appelle en tout lieu Péhaimécy le Grand.
 Parle, toi, vieillard, puisque tout te désigne pour prendre la parole en leur nom !
 [...]

Le premier psychiatre :

Eh bien ! Péhaimécy, seigneur de ma terre,
 Tu nous vois avec nos âges, assis
 Près des autels qui sont à toi ; les uns, n'ayant pas la force encore
 De voler loin, les autres, lourds, avec leur vieillesse,
 Psychiatres -moi de l'Appée- et ceux-là, la fleur
 Des jeunes hommes. Le reste du peuple, sous ses couronnes,
 Siège sur la place, et auprès du double sanctuaire
 De Pallas, et encore dans la cendre prophétique d'Isménos.
 Car la ville, tu le vois toi-même, est submergée
 Si dangereusement à l'heure qu'il est ! pour sortir la tête
 Des abîmes de la houle meurtrière, elle n'a plus de force ;
 Elle se meurt dans les fruits des coques de la terre,
 Elle se meurt dans les pâturages des troupeaux de bœufs, et dans les enfantements
 Sans naissance des femmes. Là le dieu porte-feu
 S'abat et frappe la ville, peste la plus haineuse,
 Et par lui se vide la demeure hachepéenne. Et, noir,

Hadès s'y engraisse des gémissements et des pleurs.
 Ce n'est pas que nous t'égalions à un dieu,
 Ni moi ni ces enfants, assis près de ton foyer,
 Mais nous voyons en toi le premier des hommes,
 Dans les événements de la vie et dans le commerce avec les dieux ;
 Toi qui, à ton entrée dans la cité hachépéenne, as payé pour nous
 Le tribut de la dure chanteuse,
 Et cela, sans que nous t'en ayons dit plus,
 Et sans apprentissage, mais on dit, on croit,
 Qu'un dieu t'a aidé à relever notre vie.
 Et maintenant, toi, Péhaimécý, l'homme le plus fort de la terre,
 Tous ici, tournés vers toi, nous te supplions
 De trouver pour nous un recours, que tu tiennes ton savoir
 De l'un des dieux, pour avoir entendu sa parole, soit d'un homme peut-être
 Quand l'expérience est acquise, les circonstances mêmes
 De la décision, je les vois garder aussi toute leur force !"

PETITE HISTOIRE DU P.M.S.I. EN PSYCHIATRIE

C'est sans aucune prétention scientifique que nous souhaitons décrire rapidement ici
 telle que nous l'avons vécue et sans y être directement impliqué –
 l'histoire du P.M.S.I. en psychiatrie.

Si le caractère subjectif de ces lignes n'échappera pas au lecteur,
 elles reflètent cependant les sentiments de nombreux psychiatres de secteur public.

Tout commença par ce qu'on a appelé le « groupe des treize ». Alors que le
 « Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information » était établi dans les hôpitaux
 fournisseurs de soins médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux (donc dits M.C.O.), treize
 psychiatres estimèrent que la psychiatrie devrait -elle aussi- « bénéficier » de cette évaluation
 statistique avec ses conséquences sur le financement des hôpitaux.

Leur motivation ? Selon les treize, il fallait lutter contre la « spécificité » de la
 psychiatrie trop souvent première étape de la ségrégation. Être logé à la même enseigne que
 M.C.O. était pour eux une garantie d'avenir d'une discipline soupçonnée trop souvent d'être
 contaminée par son objet : la folie.

Les collègues psychiatres les plus indulgents plaidaient qu'après tout il valait mieux
 préparer la sauce avec laquelle nous serions mangés. Les plus réalistes ne s'étonnaient point
 que la profession compte en son sein quelques masochistes.

Des groupes de travail furent donc mis en place au ministère. L'un d'entre eux centra sa
 réflexion sur la « fiche par patient » qui décrivait tous les actes effectués autour du patient,
 qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires.

Cette fiche d'évaluation avait été mise en place bien avant l'instauration du P.M.S.I. en
 M.C.O. et avait acquis au fil des ans sa légitimité au sein de la profession grâce à sa
 simplicité. Invention française, issue de la psychiatrie, la fiche par patient était tout sauf
 « tendance ». Ce groupe d'études tomba vite en quenouilles.

L'autre groupe avait pour but d'établir un programme permettant d'établir une
 comparaison avec les établissements de M.C.O. : le ministère tenait beaucoup à pouvoir enfin
 comparer l'activité des psychiatres à celle des médecins régis par la règle des trois S :
 somatiques, scientifiques, sérieux. Comme on l'a vu les treize ne voulaient pas s'éloigner du

programme M.C.O. mais ne pouvaient oublier que la psychiatrie publique exerçait désormais la majorité de ses activités en dehors des murs de l'hôpital dans les structures dites sectorielles : centre médico-psychologique (C.M.P.), centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (C.A.T.T.P.), hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques, maisons communautaires et bien d'autres. Il fallait donc trouver une méthode pour évaluer l'ensemble des activités des secteurs de psychiatrie.

Ce groupe se mit au travail à la vitesse d'un train d'honorable parlementaire jouissant de la vue sur le jardin du Luxembourg : ce dont personne ne se plaignit en dehors des autorités ministérielles. Il élaborait un programme informatisé d'évaluation à expérimenter sur quelques secteurs de France et de Navarre dont on trouvera le détail par ailleurs.

De l'avis des « spécialistes », ce programme était plutôt bien établi et les collègues qui s'y étaient engagés fournirent leurs données avec sérieux. Viennent les résultats : totalement inexploitable. Des statisticiens, amateurs comme certains collègues psychiatres mais aussi d'éminents professionnels expliquent ici pourquoi, et nous ne nous risquons pas à évoquer les écarts types, moyennes ou autres variances. Une chose est certaine : le programme mis en place ne peut pas être appliqué à grande échelle tel quel.

La représentante du ministre reconnaissait à demi-mot ce qui était considéré comme un échec par nos autorités.

Pour notre part, nous eûmes une bouffée d'estime pour tous ceux qui avaient travaillé sur le sujet : monter une expérience et constater qu'on ne retrouve pas les résultats attendus est une preuve de sérieux scientifique. Ministère, élaborateurs, expérimentateurs n'avaient pu aboutir mais au moins n'avaient pas triché.

Las ! Chassez le mauvais politique, il revient au galop. Les responsables ministériels nous indiquèrent quelques semaines plus tard qu'en y regardant de plus près, tout compte fait, à part naturellement quelques résultats aberrants mais accessoires, on peut tout à fait utiliser la méthode à grande échelle et que bien sûr, le P.M.S.I. en psychiatrie entrera en vigueur comme prévu en 2001. Ce « scrogneugneu » administratif, que l'on croyait réservé à quelques badernes dépassées, ne laisse pas d'étonner les statisticiens du groupe Pénombre et d'inquiéter l'immense majorité des psychiatres.

Le P.M.S.I. sera-t-il appliqué dans notre discipline même si, S.I. en psychiatrie veut dire statistiquement impossible ?...

Dr Olivier BOITARD

PREMIER ÉPISODE

Créon :

"La sphinge aux airs changeants nous contraignait
À laisser l'affaire obscure, pour regarder à nos pieds.

Péhaïmécy :

En reprenant au début, je vais l'éclaircir une nouvelle fois, moi comme vous.

[...]

Le Chœur fait son entrée ; il restera sur la scène jusqu'à la fin de la pièce.

Le Chœur :

Oh ! innombrables les fléaux
Que je supporte ! Tout l'équipage
Est malade, et, dans ma pensée, pas d'arme
Avec quoi se défendre : ni les pousses
De la noble terre ne croissent, ni les femmes en gésine
Ne se relèvent des douleurs hurlantes – pour accoucher !
On peut les voir l'un après l'autre, comme un oiseau à l'aile rapide
S'élancer plus fort que le feu irréductible vers le rivage du dieu vespéral."

MESURE POUR MESURE OU FÉTICHE CONTRE FICTION

Anna O. et le PMSI, ou petite histoire d'un groupe de travail et les réflexions qui s'en suivent

Avertissement

Cette saynète s'est efforcée d'éviter les patois locaux. La traduction étant cependant parfois malaisée, le traducteur a dû recourir à des apartés sous forme de notes dont les initiés pourront se dispenser.

Question qui découle de l'avertissement :

L'accès au langage psychanalytique rencontrerait-il plus de résistances que l'accès au langage statistique et mathématique ?

Deux ou trois choses que je sais du groupe de Pénombre

Le groupe de travail de Pénombre sur le PMSI en psychiatrie¹ aura travaillé deux ans ou un peu plus. Deux ans, c'est court pour une psychanalyse, surtout si les séances sont espacées et qu'il s'agit d'analyser le PMSI, mais chacun pourra au terme de ce travail sur soi et sur son institution continuer son auto-analyse personnelle, professionnelle et institutionnelle.

Particulièrement inspiré, l'un d'entre nous, un soir, déclara : " En somme, si le PMSI psychiatrie est vraiment destiné à maîtriser l'immaitrisable et servir de guide au financement de la psychiatrie, c'est un adjuvant, aux effets secondaires incontrôlables et probablement aggravants pour les soignés. En revanche, s'il est abandonné, il aura fonctionné comme une fiction dont la construction aura été pour chacun un moyen de réfléchir à sa propre pratique, et aura permis un échange, dans l'accord ou dans le conflit, entre tous ceux qui ont en charge la psychiatrie ”.

La première hypothèse semble hélas se réaliser, et risque de rendre gris, après leur avoir montré de belles couleurs², tous ceux, soignants et soignés, que la psychiatrie a saisis.

Lors d'une nouvelle réunion, un autre, inspiré à son tour, réfléchit à haute voix devant le groupe et s'exclama : " Voyons, imaginons face à ce système de comptabilité, imaginons Anna O... ³". L'étonnement, l'exaspération, même une sorte de frayeur se peignit sur le

¹ Le PMSI en psychiatrie est le personnage central de l'intrigue, nous lui consacrerons une présentation détaillée le moment venu. Que les lecteurs de Pénombre déroutés par cette lente progression se rassurent. Ils sauront tout de Péhaimécy arrivés "au cœur du P.M.S.I." (page 29).

² Cf. le texte de René Padieu.

³ Anna O. est une patiente de Breuer puis de Freud, c'est le troisième personnage de cette scène, que nous présenterons à son tour.

visage de quelques-uns et quelques-unes : confusion entre Anna O., et celle d'*Histoire d'O*¹ ? ou rejet de toute référence à Freud ? Il n'en reste pas moins que le raccourci fut saisissant. Cela marquait sans doute le retour du patient, un patient qui a une histoire et dont l'existence dérange manifestement.

Je me suis interrogée sur l'origine de l'effet de surprise ou de l'effet comique provoqué par cet "Anna O. et le PMSI" : une jubilation dans ce rapprochement comme aurait opéré un mot d'esprit. Anna O. à côté du PMSI, c'était confronter deux approches quasi irréductibles où le patient était censé occuper le centre du débat mais de façon incommensurable. Comme si l'on rapprochait une fiction quasi mythique et un fétiche !

Mais, comme dans la comédie, donnons maintenant la parole à chacun et écoutons ce qu'ils nous disent.

Le PMSI et son petit frère, le PMSI en psychiatrie

Le PMSI fait partie des nombreux instruments de gestion érigés en fétiche, propres aux processus de "modernisation" du service public mis en œuvre depuis une vingtaine d'années². Parmi ces processus, un d'entre eux est constant : il s'agit d'appliquer à l'organisation des services publics, ici l'organisation hospitalière, des approches, des méthodes et des recettes qui auraient fait leurs preuves dans le domaine industriel et marchand. La transférabilité de ces outils n'étant pas assurée, leur mise en œuvre tend à transformer leur objet, ici l'hôpital, de telle sorte qu'il s'adapte à ce qui serait une évolution inéluctable, le sens de l'histoire³. Version moderne d'un mythe ancien, qui consiste à modifier la réalité de l'hôpital et de ses agents pour qu'elle soit conforme au modèle de l'entreprise, au moule de la gestion et au lit de Procuste⁴.

Dans la mise en place des outils de gestion, l'urgent est constamment favorisé aux dépens de l'important. Le PMSI-MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) importé des États-Unis, a été mis en place au pas de charge et sans concertation, en réponse à une absence de tradition forte de production de données médicales et à l'absence d'un système d'information comptable. Le PMSI est présenté comme une méthode qui permet une réelle redistribution des ressources entre les établissements, sur la base de la mesure de leur produit médicalisé. Autrement dit, le soin est un produit et l'hôpital une entreprise qui produit du soin. Le PMSI est parfaitement adapté aux opérations de l'appendicite et aux accouchements, à condition qu'aucune complication ne les accompagne. Désormais les groupes homogènes de malades (GHM) doivent devenir la base du calcul de la dotation budgétaire annuelle, les comparaisons interhospitalières se faisant sur une base rationnelle qui permet de mener une révision systématique des bases budgétaires afin de réallouer les moyens en fonction de l'activité. Michel Naiditch et Gérard de Pouvourville ont analysé comment la construction PMSI-MCO

¹ Roman érotique de Pauline Réage, publié en 1954. Ce roman, attribué à Jean Paulhan et à Aragon, raconte l'histoire d'une femme présentée tantôt comme une prostituée se soumettant aux situations les plus dégradantes tantôt comme une amante sublime. Ce n'est qu'à la fin de sa vie que Dominique Aury, traductrice et critique littéraire, a reconnu en être l'auteur.

² Voir sur ce thème Jean-Pierre Le Goff, *Les illusions du management*, La Découverte, 2000.

³ Philippe Mossé : *Le lit de Procuste. L'hôpital : impératifs économiques et missions sociales*, éd. Erès, 1997.

⁴ Procuste était un brigand que la légende grecque décrit comme celui qui adaptait la taille du corps d'un grand nombre de voyageurs à celle des lits qu'il avait disposés sur leur chemin. Il étirait les membres des petits et raccourcissait ceux des grands, pour que tous soient conformes à ses modèles.

s'est faite sans véritable débat public, ni tentative de négociation avec le monde professionnel et grâce à une coalition d'acteurs qui lui était favorable¹.

L'adaptation de cet outil de gestion à la psychiatrie, qu'aucun autre pays que la France n'avait envisagé, aurait dû permettre de répondre à l'injonction exprimée par la Cour des comptes en 1988 qui dénonçait les insuffisances du système d'information. Celle-ci demandait la mise en œuvre d'outils au niveau national pour analyser les disparités régionales et entre établissements et conduire les restructurations permettant une meilleure répartition de l'offre de soins. Dans la logique administrative, il faut aboutir, disposer d'un outil qui conforte la fiction de l'égalité d'accès aux soins, et qu'importent les variances qui fâchent.

Finalement, après bricolages nombreux, le PMSI pourrait mesurer correctement (statistiquement s'entend), les troubles mentaux organiques, c'est-à-dire les démences de type Alzheimer, et les troubles graves du développement physique et psychique rencontrés dans l'enfance. Comme l'indique Jean Paul Liauzu², les meilleurs niveaux de variance expliqués se rencontrent dans les cas de dépendances majeures, comme pour les deux groupes de malades précédemment cités et qui représentent environ 6% des hospitalisations. Les cas d'hospitalisations les plus nombreux, les psychoses (dont la schizophrénie) et les névroses ont une part de variance expliquée ne dépassant pas 11%. Comment dans ces conditions, ne pas considérer l'outil PMSI-psychiatrie autrement que comme une échelle de mesure qui enferme le soin dans une définition restrictive qui servira de justification pour des politiques au service d'une planification qui est la résultante de plusieurs tendances : rigidité contre souplesse, moyens contre fins, régionalisation contre centralisation, etc. Un tel système ne peut que privilégier les prises en charge médicamenteuses dont les résultats doivent être rapidement obtenus ; il ne peut qu'encourager la progressive désaffection à l'égard de la pratique analytique des psychiatres au profit de la délégation du soin à toute la pharmacopée des psychotropes.

Cette désaffection se double d'un essoufflement, voire de la disparition, des générations qui ont défendu la psychothérapie institutionnelle³, où le soin se trouve largement diffusé dans la vie même de l'établissement : repas, moments de loisirs, télévision, activité de groupe, accès au parc de l'établissement et activités diverses (théâtre, ateliers, art-thérapie). On comprend que le PMSI qui mesure des points ISA, calculés par la somme des soins directement appliqués au patient, compte pour peu de choses cet environnement qui a permis dans l'espace institutionnel le développement d'un freudisme sans divan. Tous ceux qui ont

¹ Michel Naiditch et Gérard de Pourville : 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 2000.

² Cf. son article dans ce numéro "Y'a pas de raison !".

³ La psychothérapie institutionnelle a été introduite par le catalan, François Tosquelles, à Saint Alban en 1940. Sa pratique sera poursuivie par Lucien Bonnafé à partir de 1942. Ce courant, qui refuse la doctrine figée des constitutions (pour laquelle une personne est dotée d'une constitution qui ne pourra évoluer : par exemple neurasthénique, hypocondriaque, maniaque) et ouvre une perspective dynamique dans le traitement des maladies mentales, participe au vaste mouvement d'hygiène mentale né de l'intégration pragmatique de la psychanalyse à la psychiatrie. La psychothérapie institutionnelle se situe à un carrefour d'idées contradictoires. D'un côté, elle conteste à travers Freud l'organisation asilaire fondée sur la doctrine des constitutions, et de l'autre, elle dote le pouvoir médical de moyens de surveillance qui n'ont pas toujours grand-chose de commun avec l'éthique de la psychanalyse lorsqu'ils conduisent à son évitement et ne sont pas considérés seulement comme des passages qui ouvrent à une thérapie de type analytique. L'insulinothérapie, l'électroconvulsivité, puis, plus tard, les neuroleptiques, les tranquillisants et les antidépresseurs sont devenus le symbole d'une forme nouvelle d'appropriation du savoir psychiatrique (Cf. Elisabeth Roudinesco, *Histoire de la psychanalyse en France*. T. 2, Seuil, 1986).

vu le film “La moindre des choses” qui montre comment une troupe de comédiens a monté avec des malades mentaux un spectacle théâtral à la clinique de La Borde pourront s’interroger sur ce que ferait le PMSI de ce travail.

Venons-en maintenant au rapprochement du PMSI et d’Anna O. avec son étrangeté. Le point commun des deux termes de la comparaison réside dans leur lien avec la pathologie mentale.

Anna O. et la fiction freudienne

Anna O.

L’histoire d’Anna O. est l’un des cas fondateurs de la psychanalyse avec quelques autres, appliquée à l’analyse de l’hystérie. Il a fini par prendre place de mythe. L’un des intérêts de l’histoire d’Anna O., dans l’histoire de la psychanalyse, provient de ce qu’elle permet de suivre par recoupements de divers témoignages, comment se croisent différents récits se rapportant à la vie d’un patient et comment ils aboutissent à une construction que l’on pourrait appeler fiction ou mythe. Cette fiction ou ce mythe traduit une logique qui renvoie au fonctionnement inconscient qui apparaît dans diverses expressions : mots tels que le patient les énonce, fantasmes manifestés par des symptômes, lapsus et contretemps (*untoward event*, tel que l’écrit Freud -en anglais- dans une communication sur Anna O.).

Anna O. est une jeune fille soignée par le médecin viennois Breuer de 1880 à 1882 pour des symptômes hystériques liés à la maladie de son père. Ce cas d’hystérie est présenté comme un modèle de guérison par la cure cathartique.

L’histoire officielle raconte qu’Anna aurait d’abord été sujette à des hallucinations, des contractures et des quintes de toux. Puis, elle a des troubles de la vision, du langage et de la motricité. Elle mélange plusieurs langues, ne sait plus s’exprimer en allemand et finit par choisir l’anglais. Breuer la soigne par les procédés de la cure par la parole et la méthode cathartique, ce qu’Anna désigne comme le « ramonage de cheminée », qui est une forme de remémoration. Les symptômes alors s’aggravent. Breuer fait interner Anna dans un sanatorium et la soigne par la méthode de l’auto-hypnose. La dernière période se caractérise par la levée progressive des symptômes. La malade parle de nouveau en allemand et guérit de sa paralysie.

Anna et Bertha

Une autre version est racontée par Jones qui révèle le vrai nom d’Anna O., Bertha Pappenheim. Dans cette version, Breuer aurait été l’objet d’un transfert amoureux de la part de la jeune fille, qui aurait développé une grossesse nerveuse, ce qui aurait effrayé le thérapeute et l’aurait conduit à interrompre la cure par crainte de voir son mariage menacé. Le transfert amoureux d’Anna O. sur l’analyste, révélé par un contretemps (*untoward event*) survenu au moment où la jeune fille exprimait son fantasme, est, bien sûr, au cœur de la cure, puisqu’il permet de travailler sur le refoulement du désir amoureux d’Anna pour son père¹.

D’autres travaux² démentent cette version : Bertha aurait été soignée par hypnose, puis par d’importantes doses de chloral puis de morphine qui auraient fait d’elle une morphinomane. Par ailleurs, Bertha n’aurait jamais eu de grossesse nerveuse, correspondant à

¹ Le transfert condense le report sur l’analyste des mouvements de l’inconscient du patient. On appelle amour de transfert, l’amour inconscient porté à l’analyste pendant la cure, cet élan condense les autres désirs amoureux.

² Notamment ceux d’Henri Ellenberger, en 1970, puis ceux d’Albrecht Hirschmüller, en 1978.

un amour de transfert sur Breuer et l'ensemble du récit que Freud fait à son épouse Martha dans sa correspondance puis racontée par Jones semble contredit par les faits.

Bertha aurait surmonté sa maladie par un engagement militant d'où était bannie toute relation charnelle avec les hommes. Différents psychanalystes ont repris à leur compte l'ensemble des variantes du récit des cures et de la vie de Bertha pour mieux suivre comment Freud a construit son interprétation et le mythe d'Anna O., c'est le cas de Mustapha Safouan et de René Major.

Au contraire, à partir de 1985, aux États-Unis, plusieurs chercheurs se sont attachés à démontrer que Freud était un mystificateur et aurait falsifié la vérité pour promouvoir la psychanalyse comme unique méthode de guérison des maladies psychiques. Selon les adeptes de cette thèse, la patiente aurait fait semblant d'être hystérique pour se moquer de son médecin.

Dans la conclusion de leur article sur Bertha Pappenheim, Élisabeth Roudinesco et Michel Plon¹ concluent qu'à force de méconnaître l'histoire de la conscience subjective des savants, de réduire les mythes fondateurs à des mystifications et de passer du culte positiviste de l'archive à la dénonciation antifreudienne, l'historiographie révisionniste américaine aura fini, en 1995, par adopter, à propos de Anna O., la méthode interprétative dénoncée par Jones et par épouser au nom de la différence des sexes, les thèses les plus rétrogrades des médecins de la fin du XIXe siècle qui regardaient l'hystérie comme une simulation².

Le patient, le fétiche et la fiction

Sûr de la justesse de ses hypothèses et face à la sauvagerie du traitement des maladies mentales et notamment de l'hystérie, on comprend que Freud ait voulu faire valider sa théorie dont l'enjeu est la reconnaissance du patient comme sujet de sa guérison, ce qui n'exclut pas qu'il soit l'objet de soin. Nous voici donc bien au cœur d'une guerre scientifique, au sens où l'entend Isabelle Stengers³.

Et d'abord le versant freudien. Pour faire valoir le bien-fondé de leurs travaux par la présentation du cas d'Anna O., il fallait, pour Freud et Breuer, dont Anna était la patiente, prendre Pierre Janet de vitesse. Celui-ci était l'auteur de la théorie de l'automatisme psychologique appliquée à des patientes identiques à celles de Freud et Breuer. Il valait mieux pour les médecins viennois ne pas trop s'arrêter à l'écart qui pouvait exister entre le cas présenté dans les communications savantes et l'histoire de Bertha Pappenheim.

Aujourd'hui donc la chose est avérée : l'histoire d'Anna O., telle que l'a narrée Jones, est une fiction construite à partir de l'observation d'un cas d'hystérie et de l'auto-observation de Freud. Il s'agit bien d'une reconstruction du cheminement inconscient, assumée comme telle, permettant comme pour Œdipe, une mise en mouvement d'associations qui s'ouvrent sur une parole qui ne pourrait être énoncée sans cet appareil, sans cette interprétation. Avec cette parole, le patient reconstruit une vérité de lui-même qui ne pourrait se dire, sans recourir à une transposition. On pourrait exprimer la chose autrement en disant que le patient se

¹ *Dictionnaire de la psychanalyse*, Fayard, 1997.

² À propos du traitement de l'hystérie, les récits abondent. Un des plus saisissants est raconté par Stanislas Tomkiewicz (*L'adolescence volée*, Calmann-Lévy, 1999). Dans l'ensemble, et jusqu'à une date récente, ces traitements étaient d'une extrême violence (le récit de Tomkiewicz remonte aux années cinquante).

³ In Baudoin Jurdant ed., *Impostures scientifiques, les malentendus de l'affaire Sokal*, La Découverte, 1998.

reconnaît dans une métaphore de lui-même que lui renvoie l'analyste : “ Je est un autre ” selon la déclaration de Rimbaud.

Aujourd'hui, sur l'autre versant de la guerre menée par la psychanalyse, on ne trouve plus Pierre Janet, mais c'est la communauté des professionnels de santé, médecins hospitaliers et gestionnaires qu'il faut convaincre. Lisons Jean de Kervasdoué, ancien directeur des hôpitaux¹, principal promoteur du PMSI en France, dès 1981. L'ancien directeur des hôpitaux s'inquiète de la disparité observée entre les régions et les établissements et s'en prend à la disparité des soins, “la plus choquante de toutes, qu'il s'agisse des différents domaines, bio, psychosocial, systémique, comportemental, ethnologique, etc. Si, en France, la psychiatrie et son exercice sont contrôlés, ce n'est pas le cas de la psychologie et de la psychanalyse. Les pratiques sont-elles toutes aussi efficaces les unes que les autres et, si c'est le cas, pourquoi ne pas retenir la moins coûteuse ?”.

Qui peut désigner la pratique la moins coûteuse sur le moyen ou long terme ? Certainement pas le PMSI-psychiatrie. On aurait affaire à ce que la psychanalyse décrit comme un fétiche : artifice magique qui fait prendre la partie pour le tout, ou encore, tenant lieu de ce que le gestionnaire croit comprendre et maîtriser. Le PMSI mesure une partie très minoritaire de l'activité psychiatrique. Cette part du tout n'est pas construite comme est construit un échantillon représentatif de l'ensemble dans une enquête par sondage. Il s'agit du morceau de l'ensemble qui conforte le gestionnaire dans son désir que le modèle fonctionne. Celui qui veut maîtriser les dépenses de santé par un redéploiement des moyens à partir de l'homogénéisation des signes cliniques ou de dépendance présentés par les malades peut croire effectivement que les malades sont homogènes et les dépenses maîtrisables. L'opération ne considère que ce qui concerne sa construction, de la même façon que le fétiche protège le fétichiste de son angoisse de castration et de sa désillusion devant le corps de sa mère.

Le Coryphée

Les gestionnaires du PMSI « savent ». Les psychanalystes, lorsque la théorie ne leur cache pas le patient, savent seulement qu'ils sont « un parmi d'autres » et qu'ils sont « supposés savoir », rien d'autre. Il existe de mauvais analystes qui « savent », que la théorie rend sourds aux patients et pour qui les fictions ne fonctionnent plus que pour produire des normes. Il existe aussi de bons gestionnaires qui connaissent les limites de leurs outils. L'inquiétant n'est pas le doute de l'analyste, sa résistance ou son contre-transfert, l'inquiétant ne peut provenir que de la mystification et de son utilisation comme outil de pouvoir.

« Dans les textes de Freud, souligne Maud Mannoni, on peut toujours marquer la présence d'un double discours : l'un ouvrant sur une fascination pour la science, l'autre laissant parler les mythes et nous rappelant que le savoir nous dupe² ». Dans l'affaire du PMSI comme dans le cas d'Anna O., ce sont deux modes d'approche de la souffrance psychique qui sont proposées. Pour le PMSI, il s'agit d'un outil qui masque l'effroi provoqué par la folie et en permet le déni, ce qui est très exactement le rôle du fétiche. L'histoire d'Anna O., on pourrait dire les histoires, nous propose une fiction dynamique, où les versions multiples de l'hystérie

¹ Jean de Kervasdoué : Quel avenir pour la psychiatrie, *Halopsy*, Janssen-Silag, n°28, janvier 2000.

² Maud Mannoni, *La théorie comme fiction*, éd. du Seuil, 1979.

peuvent se reconnaître et permettre à chacun d'accepter sa folie. C'est pourquoi il nous a plu de rapprocher Anna O. et le PMSI.

Élisabeth ZUCKER-ROUVILLOIS

Péhaimécy :

"Tu demandes. Et pour cela – si tu veux bien
Recueillir en écoutant, et te faire le serviteur de la maladie -,
Tu pourras trouver force, et soulagement de tes maux
Dans les paroles que je prononcerai en étranger à cette déclaration,
En étranger à ce qui s'est fait. Car sinon je ne suivrais pas
Ce long chemin, qu'avec un indice je n'aurais pas pris.
Mais maintenant – citoyen tard venu parmi les citoyens –
Je proclame bien fort ceci pour vous tous, Hachepéens :
Quiconque d'entre vous sait de Laïos, fils de Labdacos,
Sous les coups de quel homme il a péri,
Je lui ordonne, à cet homme, de tout me faire connaître."

**HISTOIRE CONJOINTE DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE 1950 - 2000
ET DE LA MISE EN PLACE D'OUTILS D'ÉVALUATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE**

La psychiatrie produit des chiffres sur son activité depuis plusieurs siècles¹. La culture statistique ne devrait pas lui être étrangère.

Pourtant, le " PMSI² ", relevé médico-économique fondé sur la mesure de l'activité des établissements psychiatriques, que le ministère veut mettre en place en 2001, soulève une importante levée de boucliers dans le corps médical.

L'histoire récente de la psychiatrie (c'est-à-dire son histoire depuis l'après-guerre) explique en grande partie ces réticences. C'est cette histoire que nous allons analyser.

Durant les années 50, le modèle de la psychiatrie publique d'avant-guerre, peu ou prou vieux d'un siècle (loi de 1838), est reconduit, même s'il est contesté. La psychiatrie se fait alors essentiellement sous la forme d'hospitalisations longues, sous le régime du " placement " autoritaire, décidé par le Préfet ou sollicité par les familles.

Les éléments qui permettent alors de faire des statistiques sont les registres légaux qui recueillent une information sommaire concernant l'admission des patients, ainsi que le comptage des " journées ", fondement du budget hospitalier. En effet, l'asile est rémunéré selon le " prix de journée ". Plus nombreux sont les patients hospitalisés, plus longs sont leurs

¹ Comme en témoigne par exemple l'excellent article de Michel Caire, " Un état des fous de Bicêtre en 1792 ", *Nervure*, Tome VI, n°7, septembre 1993.

² Nous reviendrons plus loin sur la signification de cet acronyme.

séjours, plus l'hôpital gagne de l'argent. On comprend que le nombre de journées aille croissant.

À cette époque, les thérapeutiques médicamenteuses ne sont pas encore efficaces. L'asile est pour l'essentiel un endroit où l'on *conserve* les patients qui posent un problème d'ordre public, et où l'on tente de les traiter avec les moyens modestes de l'époque. Sa nécessité pour le corps social ne fait aucun doute. Son coût est modéré : personnel peu qualifié, moyens faibles, nombre de patients relativement peu important – car on ne reçoit que les plus gravement atteints.

De 1960 à 1985, on observe deux révolutions (dont l'une est facteur de l'autre) :

- les chimiothérapies deviennent efficaces dans un certain nombre de cas ; l'état du patient s'améliore au point qu'on peut envisager de le faire sortir après quelques mois (voire semaines) de traitement ;
- des psychiatres (rapidement suivis par des directeurs) considèrent qu'il serait bénéfique de mettre en place une continuité de soins entre l'hospitalisation et la période où le patient est sorti, mais requiert encore une surveillance médicale ; à cette fin, on divise la France en " secteurs " (d'environ 70 000 habitants) ; chacun de ces secteurs est confié à une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, infirmiers, psychologues, assistantes sociales) placée sous l'autorité du médecin-psychiatre chef de secteur.

Pour organiser le lien entre l'hôpital et le patient sorti, on crée des dispensaires (sur le modèle de la lutte contre la tuberculose) dans les secteurs, c'est-à-dire proche du domicile du patient - l'hôpital psychiatrique traditionnel étant en général plutôt excentré. On peut ainsi faire sortir plus précocement les patients, et exercer une surveillance médicale tout en les laissant retrouver leur milieu de vie habituel : " Fondée sur les notions d'accessibilité et de continuité des soins, la sectorisation vise à promouvoir une évolution du dispositif de soins sortant d'une logique institutionnelle au profit de prises en charges diversifiées et de proximité adaptées aux besoins des patients " ¹.

De ces deux révolutions résulte une ouverture sans précédent de l'asile. Cette ouverture dans le sens de la *sortie*, s'accompagne aussi d'une ouverture dans le sens de *l'admission* : de plus en plus de patients viennent à l'hôpital sous le régime du placement libre, et non plus du placement préfectoral. Ils n'y restent que quelques semaines. L'image de la psychiatrie se modifie insensiblement, l'asile fait place à l'établissement de soins.

À cette époque, les moyens financiers ne font pas défaut. Les projets sont facilement budgétés. Le contrôle financier porte sur les dépenses - mais absolument pas sur la justification des hospitalisations.

Toutefois, la diminution du nombre de journées d'hospitalisation finit par inquiéter les directeurs d'hôpitaux. D'autant que le financement des dispensaires est à part – il ressort des Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS). Car il n'y a donc pas prise en charge globale du patient sur le plan financier : si la cure psychiatrique relève du prix de journée, la post-cure, elle, relève de la dotation de la DDASS.

Ainsi, la diminution du nombre de journées (et le déficit budgétaire qu'elle entraîne) ne pourra donc être compensée – pour le directeur d'hôpital - par une augmentation du budget destiné aux structures ambulatoires, géré par les DDASS. Or, l'un des principaux soucis d'un

¹ Guilmin A., *L'offre de soins en psychiatrie : des "modèles" différents selon les départements ?*, Études et résultats n°48, Janvier 2000, DRESS, ministère de l'Emploi et de la solidarité.

directeur d'hôpital n'est-il pas d'équilibrer son budget – qu'il vaut mieux important et en augmentation qu'étriqué et s'amenuisant ?

Mais l'État finit par s'alarmer du caractère inflationniste des dépenses dans tous les secteurs de la médecine. Le prix de journée fait alors place au budget global (1985) : la dotation de chaque établissement est figée une fois pour toutes. Avec cette enveloppe, l'hôpital doit faire face à l'ensemble des dépenses requises par les soins (et *in fine*, par la population). Seule, une petite modulation est permise à travers le “taux directeur”, fixé annuellement par l'État et reventilé par les DDASS.

En psychiatrie, la “globalisation” intervient encore à un autre niveau. En effet, la budgétisation des structures extérieures à l'hôpital (dispensaires, qui s'appelleront désormais “CMP”, centre médico-psychologiques) est retirée aux DDASS et échoit à l'hôpital psychiatrique qui gère désormais la continuité de la prise en charge du patient psychiatrique. Ce dont psychiatres et directeurs se félicitent pour des raisons différentes. Les psychiatres voient la globalité du “secteur” inscrite dans la lettre même de la budgétisation. Les directeurs voient restauré leur volant d'action financier, corrodé au cours des années précédentes par la diminution du nombre des journées.

Cette situation de gel budgétaire est censée être provisoire : on pense déjà à mettre en place des outils de recueil d'information destinés à mesurer l'activité des établissements pour en déduire leur dotation. C'est la naissance du “PMSI”, qui s'installe d'abord dans les disciplines “MCO” (médecine, chirurgie, obstétrique) – décalque direct du modèle américain des DRG ou “*diagnostic related groups*”.

PMSI signifie “programme de médicalisation des systèmes d'information”. Ce terme plutôt ambigu et peu compréhensible exprime une chose : la volonté du ministère d'introduire un descriptif de l'activité médicale dans l'arbitrage budgétaire. Le but de l'opération est non seulement de rationaliser les dépenses, mais aussi de corriger des inégalités régionales importantes (et donc, d'une certaine manière, de sortir du “gel” du budget global).

Pour mettre en place ce système d'information “médicalisé”, l'État crée des Départements d'Information Médicale (DIM). Un corps de médecins rompus au recueil de ces données est créé. Ces médecins sont censés représenter l'indispensable maillon¹ entre données médicales nominatives (protégées par le secret médical) et données agrégées, globalisées.

La mise en route du PMSI en MCO ne se fait pas sans difficulté (adaptation des modèles américains au fonctionnement hospitalier français, prise en compte de l'évolution des pratiques, notamment ambulatoires). Mais le PMSI finit par s'imposer et entrer dans les habitudes. On s'accorde à dire qu'il décrit assez bien l'activité en chirurgie, mais qu'il peine un peu en médecine.

Parallèlement, certains ne manquent pas de souligner qu'il y aurait eu d'autres voies pour corriger les inégalités régionales (travaux de E. Coca²), en utilisant des données existant déjà, données essentiellement économiques et démographiques. Mais cette voie semble pour l'instant abandonnée au profit du “tout PMSI”.

¹ Indispensable ? probablement – mais il n'existe pas aux États-Unis...

² On consultera par exemple son ouvrage “*Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : le PMSI*” édité chez Berger Levraut.

Or, pour la psychiatrie, il n'existe pas de modèle américain directement exportable.

Peut-être pour combler ce vide, la direction Générale de la Santé met en place dans les hôpitaux psychiatriques un recueil statistique dès 1988 : c'est la " fiche par patient ", descriptif à la fois du patient lui-même et des soins dont il bénéficie – avec l'idée de connaître la trajectoire des patients dans les différentes structures de soin.

Les items qui décrivent le patient (qui apparaît nominativement) sont plus sociaux que médicaux, bien que le diagnostic soit recueilli dans la fiche.

Les items concernant l'activité médicale (au sens large) ne réfèrent pas à chaque soignant individuellement, il ne s'agit pas d'une " fiche par intervenant ".

La mise en place de la fiche par patient se fait dans la mauvaise humeur. En effet, les restrictions budgétaires ont commencé à poindre : rationnement et rationalisation sont confondus.

L'exploitation de la fiche patient au niveau national, régional voire départemental est rendue difficile par l'insuffisance et le flou des consignes de codage (qui ne seront pratiquement pas revues - de la création de la fiche en 1986 à aujourd'hui). Pourtant, au niveau de l'établissement et du secteur, en comparatif sur plusieurs années, c'est un outil qui permet une bonne compréhension du fonctionnement des institutions psychiatriques¹ – pourvu que la saisie en soit solidement encadrée. C'est dans cet esprit que la DDASS de Paris a commandé aux DIM du département la rédaction d'un guide commun de codage, guide qui a rendu les données plus homogènes et leur exploitation plus pertinente.

Avec le temps, la fiche par patient a fini par entrer dans les mœurs. Les analyses statistiques qu'elle permet servent assez peu la recherche épidémiologique proprement dite, mais sont volontiers utilisées par les directions hospitalières, et un peu moins par les médecins. Au niveau national, elle aboutit à la publication de moyennes " molles ", étant donné la disparité des modes de saisie. Mais dans tous les cas, elle joue un rôle fondamental - rôle symbolique- celui de précurseur, d'annonceur du PMSI avec lequel, à tort, elle est souvent confondue.

Au cours de la décade 1990 - 2000, de manière générale, l'ambiance dans les secteurs devient de plus en plus morose. Les restrictions jouent un rôle évident, mais d'autres facteurs semblent aussi très importants - c'est la perte d'un certain nombre d'illusions :

- désillusions dans le domaine de la psychanalyse, qui allait - selon certains - jusqu'à prétendre pouvoir guérir les psychoses (les maladies psychiatriques les plus lourdes) dans les années cinquante ;
- déceptions plus tardives, dans le domaine de la psychiatrie biologique, qui n'a pas tenu les promesses qu'elle faisait dans les années 75 ;
- enfin le secteur lui-même montre ses limites, en déplaçant la " chronicité " de la maladie mentale hors des murs de l'asile, mais sans la supprimer.

Deux autres facteurs liés à la gestion du corps des psychiatres des hôpitaux contribuent à cette morosité :

¹ Ou du moins suscite de bonnes questions.

- la perte de la mobilité des psychiatres¹, qui était facteur de brassage et de renouveau ;
- la diminution du nombre des internes (engendrée par l'application drastique du *numerus clausus*) : les psychiatres ont eu des “ maîtres ”, les initiateurs du secteur, mais ils n'auront pas d'élèves ni de postérité spirituelle – ce qui n'est guère stimulant.

Enfin, depuis la mise en place du budget global, les directeurs d'hôpitaux exercent une pression importante sur les secteurs pour supprimer des lits : un grand nombre de journées d'hospitalisation engendre des dépenses, alors que le budget doit rester constant. De réticents qu'ils étaient dans les années 70, ils deviennent moteurs dans la réduction du nombre de lits. À l'inverse, les psychiatres voient avec inquiétude diminuer les capacités d'hébergement de l'hôpital, alors que ces lits ne sont pas toujours remplacés par des places dans des structures intermédiaires, loin s'en faut : entre 1990 et 1997, la hausse de 25% des capacités d'hospitalisation partielle (+4 861) ne compense pas la diminution de 32% des lits d'hospitalisation complète (-26 711) ; il en résulte un recul de la capacité totale en lits et places de 21% en sept ans².

En 1990, la Direction des Hôpitaux lance une double opération :

- incitation des hôpitaux psychiatriques à créer des Départements d'Information Médicale ;
- recrutement (sur dossier) de quinze psychiatres de terrain censés venir à Paris une fois par mois, jeter les bases d'un PMSI psychiatrique. Ces 15 psychiatres verront leur nombre diminuer, et on les appellera le “ groupe des treize ”.

Leurs travaux seront interrompus deux ans (94 – 96), puis repris – jusqu'à aboutir aux résultats dont on trouvera un résumé un peu tendancieux dans la “ lettre d'information de la mission d'appui... ” de décembre 1999³. Tendancieux, en effet, car ils présentent les travaux de la mission PMSI comme une réussite presque complète. Pourtant, les résultats obtenus (lien faible entre critères prédictifs de la dépense et dépense elle-même) permettent de douter de l'efficacité de l'outil qui sera mis en place.

Mais aux critiques, la réponse du ministère est univoque : il faut d'abord lancer le recueil de données en routine, quitte à le modifier en cours de route en fonction des résultats obtenus.

C'est donc dans un contexte de désillusion et d'amertume que va être mis en place un outil qui semble encore bien imparfait – et qui suscite plusieurs craintes chez les psychiatres :

- la mise en place du recueil va aboutir à un surcroît de travail pour l'ensemble des équipes (codage pour les intervenants, saisie pour les secrétariats) ; par ailleurs, que deviendra la fiche par patient avec le PMSI⁴ ? Va-t-elle engendrer une double saisie statistique ? Ne va-t-on pas passer son temps à dire ce qu'on fait, au lieu d'agir ?

¹ Consécutives à la disparition des primes à la chefferie de service ; en effet, un jeune chef de service se devait de muter dès qu'il accédait à cette nouvelle fonction ; il s'éloignait alors du centre universitaire près duquel il avait fait son internat, et ne s'en rapprochait que graduellement, à l'ancienneté ; certes, un praticien “ non chef ” pouvait rester sur place, mais la différence de salaire entre un chef et un non chef incitait l'immense majorité des praticiens hospitaliers à passer dès que possible le concours de la “ chefferie de service ”.

² A. Guilmin, *op. cit.*

³ “ Pluriels ”, la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale – 74 bis, avenue Edison, 75013 Paris – Directeur de la publication : G. Massé.

⁴ il n'est peut-être pas anodin que la fiche par patient et le PMSI proviennent de deux entités distinctes du ministère de la Santé : la fiche patient (spécifiquement psychiatrique) est une production de la Direction

- l'outil risque d'aboutir à des sanctions économiques – peut-être injustes en raison de son imperfection ; il ne servira qu'à gérer la pénurie ;

- le but du PMSI est de créer des étalons et de faire des comparaisons ; ce “ jugement ” porté sur leur travail est vécu par les psychiatres comme une dépossession d'autorité : les critères d'évaluation professionnelle ne sont plus simplement médicaux, ils sont devenus médico-économiques.

Rien d'étonnant, dans ces conditions, que le débat sur le PMSI soit passionné, partisan et fâcheusement rempli d'amalgames.

Denis DEHGAN

Générale de la Santé, alors que le PMSI a été élaboré par la Direction des Hôpitaux ; par ailleurs, la DGS recueille annuellement des renseignements très généraux sur l'ensemble des établissements de santé (publics et privés, court séjour, moyen séjour et psychiatriques) à travers la “ SAE ” ; l'existence de la fiche patient n'a jamais dispensé de remplir la SAE.

DEUXIEME ÉPISODE

Péhaimécy :

"Toi donc, sans nous refuser ni le message rendu par les oiseaux
Ni aucune route explorée dans ton art prophétique,
Libère-toi, et la ville, libère-moi,
Lave la souillure de l'assassinat.
Nous te sommes livrés ; servir les autres, suivant ce qu'on peut,
Jusqu'aux limites de ce qu'on peut, c'est pour l'homme le plus glorieux des travaux !

Deuxième psychiatre :

Eh là ! Quelle chose affreuse pour celui qui a la connaissance que de l'avoir,
Si elle n'a pas d'efficace. Cela je le savais bien,
Mais je l'ai réprimé. Sinon, je ne serais pas venu ici.

Péhaimécy :

Que se passe-t-il ? Quel est ce défaitisme avec lequel tu nous arrives ?"

« Y'A PAS DE RAISON ! »

La soirée s'annonçait bien. Le temps était encore clément sur cette fin d'année 1999. Le groupe parisien de Pénombre, chargé de la question du PMSI, avait ce soir là, proposé à quelques invités de marque de nous rejoindre et de nous éclairer sur ce qui faisait encore pour quelques-uns d'entre nous point d'obscurité. L'heure avançant, je faisais part de plusieurs doutes et prenais une position contradictoire quant à l'exposé assez complet qui venait d'être fait concernant l'outil PMSI¹. Un de mes confrères, non-psychiatre, me lança alors cette apostrophe « *Y'a pas de raison que la psychiatrie ne participe pas au PMSI. Vous les psychiatres, vous nous répétez toujours les mêmes arguments. C'est toujours pareil avec vos raisonnements, vos défenses théoriques, vous entretenez le flou...* ». Désolé de l'incident qui venait d'affecter la confrérie, je décidais, participant au groupe de Pénombre depuis ses débuts, de reprendre mon travail et de reposer une nouvelle fois l'ouvrage sur le métier. Quelque chose m'avait décidément échappé. Cette reprise est l'objet de ce premier article : examiner ce qu'est le PMSI comme l'outil, sa situation et ce qu'on promet de son évolution. Les intentions énoncées ou supposées font l'objet d'un second texte.

Tout d'abord un très bref rappel de l'histoire du PMSI. D'autres en traiteront bien mieux que moi dans les pages de cette Lettre Grise (textes d'A. Depaigne, de D. Dehgan). Le PMSI paraît s'imposer en médecine, chirurgie, obstétrique, mais aussi dit-on en psychiatrie, comme l'instrument permettant de corriger les effets statiques produits par la réforme introduisant le budget global en 1985. Celle-ci permet, pour une part à la psychiatrie, de

¹ Les anecdotes, vraies ou fausses, mentionnées dans ce texte ne sont présentes que pour illustrer les débats assez vifs auxquels donnent lieu entre professionnels le PMSI. Mon propos y participe.

s'individualiser de façon plus marquée, mais dans d'autres cas, elle n'était pas sans laisser planer, voire agir, quelques menaces : celle d'une sous-estimation de l'activité psychiatrique notamment en hôpital général face à des services médicaux ou chirurgicaux dont le niveau de technicité ne cessait de se développer et donc, face à ces pratiques de pointe, la crainte d'une réduction des moyens accordés aux services de psychiatrie et un étiolement redouté par nombre de mes confrères. D'autres enjeux étaient en cause, je ne les développerai pas plus : le budget global venait d'une certaine façon renforcer les inégalités entre hôpitaux, départements ou régions, en prenant appui sur l'existant dans une période où le développement de la psychiatrie de secteur était tout à la fois très loin d'être achevé et très inégalement réparti sur le territoire.

Parmi les dispositifs destinés à corriger ces inégalités, le PMSI mit quelques années à apparaître. Il fonctionne aujourd'hui dans l'ensemble des disciplines médicales, hors la psychiatrie. Quelques-uns de mes collègues psychiatres, saisis par l'inquiétude d'en être exclus, et, donc d'en faire les frais, s'attelèrent à réfléchir à un outil pouvant rendre probantes nos pratiques, en proposant une image fidèle de nos activités. Nous avons entendu, quelques années auparavant, un membre important du ministère indiquer que le personnel psychiatrique (notamment infirmier) constituait un « gisement » à répartir vers d'autres spécialités.

Le propos de mon interlocuteur « *Y'a pas de raison* » réagissait donc au retard d'intégration de la psychiatrie dans le PMSI ; à moins qu'il n'ait voulu que chacun porte dans sa discipline une partie de la croix. L'enthousiasme qui soutenait son propos me fit privilégier la première hypothèse.

Il faut donc reprendre de façon brève quelques étapes de ce long chemin du PMSI en psychiatrie où l'on verra que les obstacles furent multiples et, autant le dire par avance, ils demeurent, à mon sens, inchangés.

A. Un triage préalable :

Une large enquête fut, après plusieurs années de débats, lancée en 1997-1998. Les résultats en ont été rigoureusement étudiés et après une analyse complexe de la pertinence des données recueillies, la mission PMSI en psychiatrie vient de les commenter et les juge suffisamment satisfaisants. Les détails de cette étude sont, de façon précise, accessibles au public, sans dissimuler les bonnes ou mauvaises efficacités. Rendons cette justice à la mission PMSI.

Mais avant de partir vers une dernière vérification qui permettra un « recueil de routine » en 2001, il faut rappeler quelques débats parfois vifs, aujourd'hui oubliés, que suscita cette première enquête. Je n'en retiendrai que deux. Anne Depaigne a dans un travail précédent (cf. « Enquête sur le recueil de la base de données du PMSI en psychiatrie », décembre 1997-janvier 1998) détaillé les effets de cette première expérimentation sur les équipes soignantes, les opinions contrastées, les oppositions, la valorisation attendue pour certains, la sous-estimation de leur travail pour d'autres...

a) Je reprends une première impasse présente lors du recueil de la base de données que l'on veut trop vite forclure. Tout acte psychiatrique (hors injection IM ou IV) ne pouvait faire l'objet d'une comptabilisation que s'il excédait 10 minutes. Comment souligner l'absurdité de cette comptabilisation dès lors qu'elle prétend refléter et éclairer l'activité psychiatrique ? Dans le cadre d'une hospitalisation psychiatrique à temps plein, c'est dans le côtoiement

quotidien, dans la multiplicité des signes, des paroles échangées que s'établissent et s'ajustent les soins. Sans faire référence à la psychothérapie institutionnelle, c'est sur ce travail (rigoureusement hors toute mesure, quand bien même le recueil porterait sur 5 minutes) que se fondent, pour parler simple, la relation, la prise en compte de signes feutrés qui indiquent une amélioration ou à l'inverse la perspective d'une aggravation, d'une menace... Ces rencontres multiples à longueur de journée, si elles ne résument pas à elles seules le travail des équipes soignantes, valent autant (ni plus, ni moins) que les entretiens dûment répertoriés dès lors qu'ils excèdent les 10 minutes. L'argument des 10 minutes est tout à fait recevable dans une analyse épidémiologique qui voudrait analyser quelques-unes de ces données, mais pas dans un objectif cherchant à rendre compte, au plus près, de l'activité psychiatrique. Cette mesure du travail psychiatrique néglige une part fondamentale, celle qui requiert le plus de temps, et donc de coût, de l'activité en milieu hospitalier.

b) Deuxième point : l'environnement pour prendre un terme très général. Que le lieu d'hospitalisation soit en centre ville, dans une campagne isolée, ou dans une banlieue brûlante, l'origine géodémographique et sociale des patients n'est pas relevée de façon pertinente par l'enquête. L'échelle globale de fonctionnement, l'A.D.L., la mise en chambre d'isolement, quelques éléments familiaux, ne permettent pas d'établir de différences entre les services et les contextes dans lesquels ils travaillent. Ces instruments de mesure (je ne doute pas que l'on en ait cherché de plus performants) sont inadéquats à ce qu'ils veulent évaluer. Là aussi, sur ce que veut définir le PMSI, l'obstacle est infranchissable. Pour être plus simplement entendu, prenons le cas de deux collèges ou lycées. L'un peut choisir ses élèves, l'autre n'a pas cette possibilité. Élèves comme enseignants souffrent des pressions internes et externes d'un lien social désintégré. Que vaut la mesure si elle néglige ce point dont je reconnais bien évidemment la difficulté à toute saisie objective ? Quelle valeur accorder dès lors à des résultats bruts, chiffrés, qui omettent ce dont ils voudraient rendre compte. Je ne fais là que renvoyer à un exercice précédent de Pénombre concernant le classement des lycées et les réussites au baccalauréat. J'aurais pu aussi prendre l'exemple de deux prisons ou de n'importe quelle institution. Les scores relevés dans les items que je citais ne traduisent en rien ces situations.

Avant de passer à l'analyse de quelques résultats, je souhaite ajouter une précision : en relevant ce qui me paraît être des manques, je ne demande pas à ce qu'ils soient comblés par des mesures encore plus fines. Je veux dire simplement, et j'y reviendrai pour conclure, que l'outil PMSI ne répond pas à ce qu'il met en avant et que sans doute une ambition plus modeste aurait donné de meilleurs résultats (cf. article de B. Odier p. 23), en complétant les instruments déjà en place, détaillant des points jusqu'ici négligés, ouvrant sur d'autres questions... On me répondra que le PMSI n'est là que pour pondérer les dotations budgétaires et non comme mesure unique d'ajustement des ressources. Corriger donc, mais à partir de quoi ?

B. Deuxième étape : les éléments jugés pertinents dans le recueil de données :

L'analyse du bilan telle qu'elle nous a été proposée en mai 2000 était concomitante de la parution d'une circulaire, ultime mise au point avant le lancement d'un « recueil de routine ». L'affaire est donc entendue !

L'outil, on ne cesse de nous le répéter, doit être médico-économique. Est-ce à dire que le médecin est requis dans cette évaluation, ou qu'il a à se soumettre à ce que seraient censés

produire ces chiffres comme forme de vérité révélée ? L'analyse des données est disponible sur Internet. Encore faut-il la lire, s'y plonger et, ce que je vais dire n'est pas critique vis-à-vis de ses rédacteurs, mais me paraît être le reflet de la méthode elle-même. Pour m'y être livré, comment réfléchir encore, prendre quelque distance, sur ce chemin où nous traînent ces kyrielles de chiffres ? Comment éviter une forme de perplexité qui nous prend dans les méandres de ces pages, de ces tableaux, de ces retours imposés sur les proportions retenues, de ce qu'il en est du nombre de patients, et ce qui n'est pas équivalent, des « Groupes Homogènes de Journées »... ? Formes d'empêchement de penser, dirais-je dans d'autres lieux, mais cette appréciation n'engage que moi comme lecteur. Je laisse aux statisticiens de Pénombre le soin de faire une analyse claire de ces « niveaux de variance expliquée ».

Parmi ces différents chapitres, deux retiennent notamment mon attention :

a) Le premier : un certain nombre de catégories psychiatriques sont recensées sous le titre de « performance de la classification économique ». Nous y trouvons les catégories majeures diagnostiques retenues. Parmi celles-ci, les troubles mentaux organiques (F1, traduction sommaire : démences de type Alzheimer) et les troubles graves du développement psychique rencontrés dans l'enfance sont les plus performants (F84). Ces troubles, pour les plus graves, exigent, à l'évidence, une très forte mobilisation du personnel. Sur les catégories observées, les meilleurs niveaux de variance expliqués se rencontrent dans les cas de dépendances majeures. Dans ce cas, les cotations sont plus cohérentes, puisque ce que va retenir le PMSI se fonde largement sur des critères de dépendance (4 données sur 7 cf. infra). Dans les catégories psychiatriques citées, l'assistance est quasiment constante dans la vie quotidienne, le soutien par un soignant indispensable.

Par contre, les groupes concernant les névroses et les psychoses (dont la schizophrénie) ont un coefficient de variance expliquée ne dépassant pas 11 %. Ces deux groupes constituent pourtant l'essentiel de la clientèle du psychiatre des hôpitaux (dans un CH psychiatrique comme celui de Cadillac, F1 et F84 représentent 6 % des hospitalisations). En hospitalisation à temps plein, les populations qui recueillent le moins mauvais score statistique représentent une des parts les plus faibles de l'activité d'une équipe soignante en psychiatrie. Gênant tout de même pour la réputation de performance de l'outil : les pathologies majoritaires en psychiatrie recueillent les niveaux de variance expliquée les plus médiocres¹.

Ce point suffit à indiquer qu'un des objectifs du PMSI se trouve invalidé : mieux répartir les moyens. Je ne vois pas, sauf par une greffe supplémentaire, mais incompatible avec ce que génère l'outil, comment rectifier les budgets entre des structures hospitalières très différemment développées. Le modèle proposé n'est en rien prédictif.

Cet écueil aurait dû suffire, à mon avis, à invalider l'étude. Mais il convenait de passer outre.

b) Le second point prolonge ma perplexité. Le recueil des données du PMSI en psychiatrie se fera à partir des points suivants. Je cite :

- *l'âge (car les enfants et les adolescents coûtent plus cher que les adultes) ;*
- *l'ancienneté dans le séjour ;*
- *le placement du patient en chambre d'isolement ;*
- *la pathologie somatique ;*

¹ Si j'ai indiqué en général, c'est que les positions concernant la mise en place du PMSI sont loin d'être convergentes chez les psychiatres, d'où la narration du petit épisode qui ouvre ce texte.

- la dépendance ;
- l'échelle globale de fonctionnement ;
- le diagnostic psychiatrique. « Ce dernier critère a été retenu, non au titre de l'explication des coûts (nous ne sommes pas arrivés à établir une relation entre diagnostic, quel qu'il soit, et coût), mais au titre de la lisibilité de la classification ». Le diagnostic vient donc de surcroît. Est-ce une mesure de clémence et un témoignage de bonne volonté pour que le psychiatre ne s'égare pas ?¹

Que conclure de cette première approche laborieuse ?

Ce n'était plus une soirée, mais un après-midi, dans les Alpes de Haute Provence. Un directeur hospitalier m'apostrophait ainsi : « Si les psychiatres n'en tirent rien, rien ne laisse penser que les gestionnaires n'y trouveront pas un outil pertinent ». Faux. Comment une classification économique de l'activité psychiatrique fondée sur ce qui ne la caractérise pas pourrait-elle la mesurer ?

La machine n'est pas au point. Mais qu'importe, elle doit tourner, nous affirme avec diligence le ministère. Quelques remises au point pourraient être effectuées et le PMSI devenir plus performant. Mais sur quoi ? Comment replacer ce qui a été éliminé d'entrée de jeu ? « Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) vise à introduire une dimension médicale dans l'information collectée sur l'activité hospitalière, afin de décrire et mesurer celle-ci mieux que ne le font les indicateurs administratifs traditionnels. Le PMSI constitue ainsi un outil de gestion interne des établissements et services en fournissant des données utiles à l'analyse des pratiques des différents professionnels des établissements hospitaliers (médecins, soignants et gestionnaires) »². Ceci n'est pas une exhortation, une incitation, mais un commandement.

J'allais oublier le second champ de l'activité psychiatrique exploré par le PMSI : l'ambulatoire (pour simplifier l'expression : les consultations). Il est loin d'être marginal puisqu'on y retrouve 70 % des patients rassemblés lors du recueil de la base de données³. Les critères pertinents sont beaucoup plus minces que ceux retenus pour l'activité hospitalière. Ils portent sur le nombre d'actes, leurs durées (courts, moyens, longs) s'il est le fait d'un médecin ou non, s'il s'agit d'un groupe, d'un accompagnement, etc. Les résultats s'accordent avec ce que chacun pouvait supposer : les variables constitutives du coût sont fonction des différents actes pratiqués. « Il n'y a pas d'influence des caractéristiques cliniques et sociales du patient sur le coût de l'acte ponctuel » ! Je ne sais ce que le ministère fera de ces résultats, mais au moins, ne cherchant pas à effectuer un recueil trop exhaustif, l'enquête qui n'a pas voulu sauter trop haut, retombe sur ses pieds. Position paradoxale sans doute pour quelques-uns de mes confrères, mais je m'en félicite. Les résultats sont modestes, mais au moins, ils ne sont pas faussés par des cotations qui veulent, au plus près, chiffrer l'activité « médico-économique » de la psychiatrie. Ceci n'empêche pas le ministère d'affirmer d'un ton

¹ M. Rineau, « Le PMSI, mode d'emploi », *Santé Mentale*, Octobre 1999, page 33.

² Circulaire DH/PMSI n° 2000-238 du 3 mai 2000, Direction des Hôpitaux de Paris, page 163, « Circulaire relative à la réalisation d'une enquête, préalablement à la mise en place du PMSI en psychiatrie, vient à faire l'inventaire des systèmes d'information centrés sur le patient en psychiatrie auprès des établissements de santé publics et privés – non lucratifs PSPH, non lucratifs non PSPH, lucratifs, ayant une activité de psychiatrie ».

³ Quel enseignement pour la pratique intra-hospitalière ? La base de données concernant l'hospitalisation représente 20 % du nombre total des patients sur lesquels l'étude a porté. Autre question : pour les groupes qui présentent le meilleur niveau de variance expliquée (F1 ou F84) quel est le nombre de patients qui a été retenu ? Je n'ai pas trouvé de réponse (mais ma recherche a peut-être été trop limitée).

déterminé : « *C'est aussi un outil de gestion externe, qui contribue à rendre l'allocation budgétaire plus équitable et plus efficiente, en tenant compte du niveau d'activité des établissements et des prestations qu'ils assurent effectivement au bénéfice de la population* »¹. Où trouver, à partir de ce recueil, « la dimension médicale de l'information collectée » ? Sur quelle base établir une démarche cohérente entre « allocation budgétaire » et « niveau d'activité, prestation » ?

Ce long processus conduit par la mission PMSI fait oublier la raison de sa mise en place : la nécessité, l'obligation de cadrer et de réguler une évolution des dépenses sanitaires que l'on annonce désastreuse et qui fait suite à « une crise de l'État providence », pour reprendre le terme de Rosanvallon.

Comment tenter de saisir ce discours, non ce qu'il produit mais ce dont il se constitue et ce qu'il exclut (soit la part du politique dans cette évaluation économique) ? Une réflexion d'Elias Coca² vient, sans contester la progression très forte des dépenses de santé, relativiser ce que seraient censés nous dire par eux-mêmes les chiffres. Évoquant la situation des États-Unis qui occupent, sur le plan des dépenses sanitaires, le premier rang mondial, E. Coca rappelle que ce type de classement méconnaît qu'une « *part très importante de sa population [est] exclue de tous les soins autres que de grande urgence, de bas de gamme, et dans des conditions de dignité souvent difficilement acceptables* ». Aux États-Unis, 37 millions de personnes ne possèdent aucune couverture sociale³.

La psychiatrie est une bien étrange machine. Elle prit naissance à la fin du XVIII^{ème} ou, selon que l'on est foucaldien ou pas, un nouvel élan avec la révolution. Dans le dépôt des hospices, parmi les misérables, les délinquants de l'époque, Pinel choisit les aliénés. De ce choix, de ce que la psychiatrie isola rapidement et de ce qu'elle a laissé, nous sommes encore dépositaires. Le découpage n'était pas fondé sur une assise scientifique et ses premiers pas étaient peu assurés. Les psychiatres se l'entendent régulièrement rappeler. Il leur est demandé de réparer, de traiter le malaise social, et quand ils ne le peuvent pas, de rabattre une partie de leur pratique sur des enquêtes, d'étudier, d'observer, de chiffrer. La commande de rapports en tous genres paraît aujourd'hui prendre place d'instrument de traitement.

Nos imperfections nous poursuivent. Faut-il s'en étonner ? Elles sont constitutives. Cette position induit nécessairement quelques difficultés dès lors que l'on veut poser cette discipline en objet isolé, aux bords bien délimités et tranchés.

Alors le PMSI, utopie ou volonté de maîtrise ? Ce point est l'objet d'un second texte. Il est bien évident que la question des ressources et de leur utilisation en psychiatrie doit être réfléchie, mais quel est cet instrument qui est destiné plus au politique (d'où sans doute cette volonté affirmée et inflexible du ministère) qu'à l'économie et à nos pratiques ?

Pour revenir à la machine, il est certain qu'il y a quelque chose qui cloche là dedans, mais faut-il pour autant y retourner immédiatement ? Mon premier interlocuteur avait peut-être raison lorsqu'il me rétorquait : « *Y'a pas de raison !* ». Difficile en psychiatrie de rester

¹ Circulaire DH/PMSI n° 2000-238 déjà citée.

² Elias Coca : l'Isa et le PMSI : « *Comment mieux gérer les établissements hospitaliers* » - Berger Levraut, 1998.

³ F. Engel, F. Kletz, J.-Cl. Moisdon, D. Tonneau « *La démarche gestionnaire à l'hôpital. Le PMSI* », T. 2, Séli Arslan, 2000.

obstinément logique, et lorsqu'on l'est trop, qu'on ratiocine à l'excès sur des données improbables, la raison justement s'égare.

Dr Jean-Paul LIAUZU

Le chœur :

"À nous, il semble, si tu veux notre avis, que les paroles de cet homme
Ont été jetées dans la colère – comme les tiennes, Péhaimécy ;
Nous n'avons pas besoin de cela. Comment le plus dignement
Répondre à l'oracle du dieu, c'est cela qu'il faut voir.

Deuxième psychiatre :

Tu es le roi, mais il te faut établir dans l'égalité
L'égalité de la contradiction. Car cette autorité, je l'ai aussi."

LES DONNÉES MOLLES SE REBIFFENT

La description comme politique

Le projet de PMSI-psychiatrie mérite une analyse détaillée en tant qu'outil de description de l'activité des équipes psychiatriques. Il vise à ce que soit mieux connu « qui est soigné, et de quoi ». Il peut être analysé de l'intérieur (ses mécanismes, ses règles...) et de l'extérieur dans le rapport à la réalité qu'il cherche à décrire (ses options, ses choix, ce qu'il retient, ce qu'il écarte). Dans le texte qui suit on le considère comme un outil de description au service d'objectifs, mais on l'analyse plus fondamentalement comme un objectif en soi dans une stratégie dont il serait une des tactiques. Dans cette hypothèse, on décrit les rapports qu'il entretient avec les systèmes d'information concurrents, on cherche la cohérence de ses présupposés avec les objectifs poursuivis par ses promoteurs, et l'on examine l'hypothèse selon laquelle la description qu'il organise est un moment d'un procès en réduction de la réalité, au service d'une orientation stratégique qu'on essaie de préciser. D'une façon générale, on considère cette entreprise de description comme tenant d'une politique et d'une façon générale toute description (ou toute « évaluation ») sous le triple aspect d'origine, de constituant, et de résultat d'une politique.

1985, année-charnière

Obtenue de haute lutte cette année-là, la légalisation du secteur psychiatrique a conduit la Sécurité sociale à financer en totalité l'ensemble des activités des secteurs psychiatriques (jusque-là, et depuis 1955, l'activité extra-hospitalière¹ était financé par l'État à un niveau décidé par les Conseils généraux selon la procédure des dépenses obligatoires, tandis que la Sécurité sociale finançait la seule hospitalisation). En échange, les secteurs psychiatriques adoptaient un système d'information mesurant sur l'année les prestations dont chaque malade (potentiellement assuré social) était l'objet. La Sécurité sociale y voyait une confirmation de sa logique de financeur d'un système de soins « centrée sur le malade », et les équipes de secteur y trouvaient chaque année une représentation, dans leur succession, de leurs interventions auprès des patients. La « fiche par patient » bénéficiait des enseignements des

¹ Ce terme désigne les traitements ambulatoires par opposition aux traitements hospitaliers.

expériences-pilotes qui avaient été menées les années précédentes, dont elle s'inspirait par exemple pour la nomenclature des actes ambulatoires¹. Dans les années qui suivirent, la « fiche par patient » se généralisa. Mais l'époque était au déclin de la politique de santé mentale. Le Bureau de la Psychiatrie² ne cessa par la suite de s'affaiblir, et la collecte pourtant nationale de la « fiche par patient » ne donna lieu qu'à de rares analyses (une année sur deux !), toujours sommaires, toujours partielles, toujours publiées avec deux ou trois ans de retard. Il fallut l'I.N.S.E.R.M. et une enquête³ à part pour que l'on ait dix ans plus tard une vision globale de la population traitée dans les secteurs. Non exploités, les Rapports Annuels de Secteur tirés des « fiches par patient » ne furent guère crédités, malgré l'informatisation croissante des établissements psychiatriques, et l'augmentation lente mais régulière des moyens consacrés à leur confection. Cette jachère, et même ce gâchis sont des illustrations parmi d'autres du délaissement par l'État de la politique de santé mentale. Ce ne sont pas d'hypothétiques inconvénients intrinsèques de la « fiche par patient » qui l'ont mise progressivement hors jeu, c'est l'ensemble des logiques de soins et de financement qu'elle illustre qui s'est affaibli. Se sont progressivement reconstituées les conditions du retour à une politique hospitalo-centrique, vis à vis de laquelle le développement de la psychiatrie de secteur depuis 1970 était en rupture.

Un changement de logique

La place manque ici pour décrire comment se sont retraduits dans le champ spécifique de la psychiatrie publique l'hégémonie grandissante de l'économie libérale, le dépérissement de l'État, et l'évolution de la Sécurité sociale. *De facto*, la Sécurité sociale se désengage lentement de la prise en charge des soins et traitements par le service public, mais plus fondamentalement elle ne s'est pas tournée (sauf exception) vers le financement d'actions de prévention comme l'idéal de solidarité nationale qui l'organisait l'y destinait.

Tout ceci a progressivement placé le secteur psychiatrique en porte-à-faux. Sa définition territoriale (desservir une population géographiquement déterminée) l'inscrivait dans une politique très volontariste à la croisée des grandes ambitions nourries pour un service public se voulant également accessible à tous, et d'une volonté de régulation économique et sociale par la planification et l'aménagement du territoire. La politique de Santé Mentale (c'est à dire la généralisation puis le développement des secteurs psychiatriques) conduite par la D.G.S. et financée solidairement par la Sécurité sociale et l'État était l'expression de ce projet jusqu'en 1985. Si dans cette première phase la réduction du recours à l'hospitalisation était une conséquence attendue du développement des alternatives à l'hospitalisation, et que dans une seconde phase (de 1986 à 1991) le développement de celles-ci s'est auto-financé de la part d'hôpital devenue inutile, une troisième phase (depuis 1992) voit la redistribution des moyens des secteurs psychiatriques et des établissements qui les fédèrent vers les hôpitaux généraux et vers le médico-social.

Cette redistribution obéit à plusieurs logiques. Elle tient compte de l'orientation générale des dépenses régionales qui organise le rattrapage par les régions moins dotées d'un

¹ On la trouve déjà dans : Deniau (A.), Escaffre(J.P.), Guillou(M.), Odier(B.), Comment (se) soigne-t-on ? *Info.Psy*, 61, 5, 1985 -une nomenclature reprise en partie dans la fiche par patient, puis plus largement dans "EDGARS".

² Rattaché à la Direction Générale de la Santé (D.G.S.).

³ Quemada (N.), Boissguérin(B.), Parayre(C.), *Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, données de morbidité*, C.C.O.M.S. & D.G.S., 1996.

niveau moyen de ressources par habitant. Parfois cette redistribution se fait dans le cadre d'une « enveloppe régionale psychiatrique constante », et se limite à permettre l'équipement des secteurs les moins développés avec le supposé excédent de moyens des secteurs déjà développés. Enfin le nombre croissant des secteurs psychiatriques centrés sur des hôpitaux généraux nécessite un glissement de moyens des C.H.S. (centres spécialisés) vers les C.H.G. (centres généralistes), avec le risque au passage de volatilisisation des moyens consacrés à la psychiatrie tant il est difficile d'empêcher qu'ils soient happés par les services « somatiques ».

Rien n'indique sur le plan de la science économique¹ qu'une analyse du « produit hospitalier » soit indispensable à la gestion et à la planification des établissements hospitaliers. Mais l'époque est ce qu'elle est, et par analogie avec les analyses habituelles du système de production, l'hôpital est analysé comme entreprise, et le secteur comme de la gestion de stock. Si la science économique ne refuse pas cette tâche, et montre un zèle aveugle en contribuant à rationaliser le rationnement, c'est qu'elle montre là comme ailleurs une indulgence coupable pour ce qu'elle devrait dénoncer comme scientisme : mais ne serait-ce pas scier la branche sur laquelle elle est assise ?

Ceux qui ont la charge de conduire ces redistributions aimeraient disposer d'une meilleure connaissance de l'activité psychiatrique ; et ce, d'autant plus que les lois de décentralisation² d'abord (et paradoxalement), puis les ordonnances Juppé, ont concentré dans les mains des D.D.A.S.S. ou des A.R.H. (Agences Régionales d'Hospitalisation) ensuite la tutelle financière des établissements hospitaliers et au passage des secteurs psychiatriques. Comment procéder à autant d'arbitrages (entre régions, entre disciplines médicales, entre établissements, entre secteurs) en étant aussi loin des acteurs de terrain (directions d'établissement, équipes de secteur, municipalités...) sans rêver de disposer d'une main invisible qui à la façon du marché pourrait arbitrer les redistributions à opérer. Toutes les conditions sont réunies pour que la Direction des Hôpitaux, les A.R.H., et les directions d'établissement éprouvent une véritable impatience à disposer d'un outil de description médico-économique qui leur permette d'asseoir leurs décisions. Les A.R.H. n'ont d'ailleurs pas attendu le P.M.S.I. pour concocter leur indice composite d'activité « maison »³, voire n'ont fait que suivre en cela les indications d'autres services du ministère⁴. La D.G.S. elle-même avait projeté le sien en 1985, projet resté sans suite.

Direction des Hôpitaux recherche Avion-renifleur

C'est à la fin des années quatre-vingt que la Direction des Hôpitaux a commencé à considérer la psychiatrie publique comme un gisement de moyens. Il restait du « gras de jambon⁵ » dans les hôpitaux psychiatriques. Il fallait le localiser, et ceci sans toujours

¹ Escaffre (J.P.), Gervais(M.), Thenet (G.) : *Le contrôle de gestion à l'hôpital public demande-t-il nécessairement un calcul de coûts par produit ?*, Cahiers de recherche de l'Institut de Gestion de Rennes, 44, 1993, 18p.

² La légalisation du secteur l'a placé sous la tutelle des DDASS-État, le déconnectant ainsi des Conseils généraux.

³ Comme en Aquitaine, Auvergne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Midi-Pyrénées pour la campagne budgétaire 2000.

⁴ Note Herlicoviez (27/4/99), note Delahaye-Guillocheau (25/5/1999) émanant du Bureau du financement des hôpitaux, rapport Sueur.

⁵ Les métaphores charcutières sont fréquentes dans ce registre (charcutage, dépeçage..), elles ont conquis la une récemment dans le cadre de problématiques analogues (« la mauvaise graisse », Juppé, 1995, « dégraisser le mammoth », Allègre, 1996).

bénéficier de l'authentique concours des acteurs de terrain. D'où la nécessité d'un outil de détection des zones de moindre productivité. Des données existantes, l'on pouvait faire un certain nombre d'hypothèses. Dans certains hôpitaux psychiatriques, la proportion de patients de plus de soixante-cinq ans dépassait les cinquante pour cent des présents¹. Dans les régions qui concentraient ces établissements, l'on observait un défaut de structures médico-sociales de long séjour et d'hébergement spécialisé. Il fallait favoriser les glissements de moyens des uns vers les autres. Mais chaque tentative se heurtait à une forte résistance politique locale. C'est que l'argent des hôpitaux provenait de la Sécurité sociale, tandis que les autres relevaient largement de financement par les ménages et par l'aide sociale départementale. A défaut d'une politique volontariste et planificatrice décidée qui aurait traité ces disparités comme des inégalités, la Direction des Hôpitaux choisit une méthode plus lente et plus complexe. Il lui suffirait d'un instrument de mesure de la productivité médico-économique, et de description des cohortes traitées. Il faudrait que ce soit son instrument (et pas celui de la D.G.S., qui malgré son affaiblissement continuait à représenter le courant « planiste »). Il suffirait qu'ensuite elle rémunère moins les zones de basse densité d'actes, et les choses se réguleraient d'elles-mêmes. Or au même moment le P.M.S.I. se déployait dans le champ des hôpitaux généraux.

Besoin de détection à distance, recherche de gisements de moyens (prélevables) et croyances scientifiques bon teint sont trois points communs entre l'affaire des avions-renifleurs² et le projet de P.M.S.I.-psychiatrie qui serait en voie d'adoption. Manque dans le cas du P.M.S.I. la dimension d'escroquerie : il serait injuste de lui assimiler les intérêts des professionnels de l'information médicale, et l'esprit d'entreprise du lobby informatico-industriel.

Compter les actes qui comptent

Si l'accent est mis sur la « médicalisation » du système d'information, c'est qu'il s'agit de transformer le système d'information administratif en le nourrissant d'informations médicales, en organisant un mode de transfert d'information des médecins vers les administrations. Il s'agit de constituer un système administratif d'informations médicalisées, pas de construire un système médical d'information. Ce transfert est asymétrique, plus transparent dans un sens que dans l'autre. Persuader l'ensemble des médecins que cela les valorise est difficile sauf peut-être pour le médecin responsable du système d'information qui se retrouve à une place stratégique sur le plan institutionnel. Pour les autres, le sentiment qu'ils deviendraient un peu plus incontournables est entretenu par les promoteurs du P.M.S.I. qui placent chaque groupe de prise en charge économiquement homogène à l'enseigne d'un diagnostic, soulignent auprès des médecins les subversions des logiques administratives qu'ils opèrent (par exemple en découpant les hospitalisations en traitements hospitaliers plutôt qu'en séjours au sens administratif), classent les différentes hospitalisations selon leur contenu en actes médicaux, etc. L'ensemble a un vernis médical.

Mais en contrepoint, l'administration³ indique ce qu'elle considère comme « vraiment » médical, édicte implicitement un certain nombre de normes, et suggère des objectifs. Par exemple, choisir de décliner l'hospitalisation par niveaux selon sa densité en actes conduit à retenir pour classer les hospitalisations psychiatriques une méthodologie adoptée pour les

¹ Étudiés par les « coupes transversales » réalisées par la Sécurité sociale.

² De 1976 à 1979, avec la bénédiction de l'Etat, Elf a financé les soi-disant inventeurs d'une technique aérienne de prospection pétrolière. C'était une escroquerie. *in* Pean P., Enquête sur l'affaire des avions-renifleurs.

³ Dans cette phase, l'administration s'entoure de professionnels du champ.

« soins de suite et de réadaptation ». Or la Direction des hôpitaux conteste depuis longtemps le financement de type « court séjour » attribué à l'hospitalisation psychiatrique. Le mode de description qu' elle propose est donc cohérent avec sa volonté d'en déclasser une partie. De même, classer ces niveaux d'hospitalisation selon leur contenu en actes directs conduit à désigner ceux-ci, à les compter, et... à ne pas en trouver beaucoup ! La catégorie complémentaire créée *ipso facto*, et qui comporte le quotidien, le communautaire, le global, le collectif, l'institutionnel et l'interstitiel accède pêle-mêle au statut de reste. S'opère ainsi un renversement complet de proportion qui produit une image de l'activité des services orientée par la valorisation sélective de l'activité médicale et soignante « discrète¹ », ce qui traduit la confiance presque exclusive mise aujourd'hui dans le modèle médical d'activité.

La variabilité et la plasticité des pratiques psychiatriques les exposent tout particulièrement à être sensibles à des inductions lorsque la description de l'activité et la valorisation économique qui en résulte portent sur des « détails ». On sait par exemple que du fait de leur facturation rémunératrice dans les cliniques privées, les perfusions y sont beaucoup plus souvent pratiquées qu'ailleurs. Faut-il craindre de la même façon que demain la pratique de la mise en chambre d'isolement se répande ? En effet celle-ci a été retenue comme acte classant synonyme d'intensité des soins. L'effet global de ces inductions organisera des convergences et constituera un facteur de normalisation et de standardisation. Plus subtilement, une règle comme celle de ne compter que les actes de plus de dix minutes instaure subrepticement un optimum de productivité médico-économique : l'acte de dix minutes² ! Ce qui est compté comme acte définit les actes qui comptent.

« Fiche par patient » contre « PMSI-psychiatrie » : match nul ?

¹ Au sens mathématique, c'est à dire isolable, discontinu.

² En moyenne, une consultation de généraliste dure 9 minutes aux Pays-Bas, et 16 minutes en France.

			Projet PMSI- psychiatrie (au 19/5/2000)	Fiche par patient (DGS 30/11/87)
Description	Patients	Description socio-démographique	Age(3 classes),	Sexe,age,mode de vie, sit.de fam.,prot.soc., activ.prof.,prot.civ.,dom.
		Description clinique	ADL(dépendance), EGF(sévérité),Diag.princ.	Diagnostic, Année début traitement
	Traitements	Hospitalisation	isolement thérapeutique ancienneté du séjour par semaine de séjours 237gr. hom. de journées	en nombre de journées
		Nomenclature traitement ambulatoire	"EDGAR":entretiens, démarches,groupees, accompagnements, réunions,soins.	consultations,soins à dom.,soins à l'hop.gén., soins en inst. subst., autres soins ambul.
Temps	Découpage temporel		par séjour, par acte	par jour
	Chaînage des séjours et des actes		non	oui
Traitements des données	Rythme		type MCO	biennal ou triennal
	Méthodes d'analyse		descr.,explic., classif.	descriptive
Tableaux de sortie	Totalisation		par service, par établissement, par départ., par région,...	par patient, par service, par établissement, par départ.,par région,..
	Consommation annuelle par patient		non	oui
Objectifs	Visées		décrire l'activité et mesu- rer la performance médico-économique	description clientèle et activité
	Rapport au marché		introduction d'une concurrence entre services,établissements,	non
	Indicateur synthétique d'activité		oui,en perspective	non
Développements	Facture individuelle		oui, en perspective	non
	Comparaison Psy. publique/Psy.privée		oui, en perspective	non
	Comparaison Psychiatrie/Méd.-Chir.-Obs.		oui,en perspective	non
	Typologie des trajectoires de soin		non	oui

Rien ne résiste à l'administration française

Comme le laissaient craindre les mises en garde autorisées d'experts français ayant conduit des analyses analogues, et comme le laissaient prévoir les échecs des pays étrangers s'étant engagés dans cette démarche, les performances métrologiques du P.M.S.I. sont très faibles. La mission P.M.S.I. n'a pu se résoudre à préconiser le recueil des seules données qu'elle avait identifiées comme les plus classantes. Comme pendant ce temps-là le groupe technique du ministère qui analysait en termes de trajectoire de soins la « fiche par patient » aboutissait dans ces travaux, la dignité de la fiche par patient (et des données qu'elle recueille) en fût restaurée. Dans sa dernière mouture, le ministère ajoute aux données classantes celles de la « fiche par patient » (F.P.P.), et pour faire bon poids y ajoute d'autres données « apparues » entre-temps comme importantes¹. L'objectif initial de l'ensemble de la procédure d'analyse statistique (alléger la saisie en la réduisant aux seules données

¹ Mode d'hospitalisation (contrainte ou non), quatre diagnostics supplémentaires par patient, description des facteurs environnementaux et des causes externes.

« classantes ») est abandonné sans tambour ni trompette. Et les médecins sont appelés à faire double paperasse¹ !

Attention ! Données douces à ne pas durcir !

Quand la direction des hôpitaux veut faire honneur à la psychiatrie en lui durcissant les données, les psychiatres tremblent. Leur formation clinique leur permet de se contenter de données floues et ils savent ce que peut avoir de fallacieuse la clarté des informations qu'on leur demande et qu'ils transmettent. En l'absence de théorie généralisée du travail psychiatrique, il n'y a pas de description unique et canonique possible. Le relevé des apparences, aussi méticuleux soit-il, n'a pas de portée ontologique. Puisqu'il ne porte pas sur l'essentiel, le modèle de description est forcément partiel et partial. Il est d'une impossible neutralité. Indissolublement, il regroupe et distingue, retient et écarte, et *in fine* promeut et condamne. Les choix faits, entre ce qui compte ou pas, sont autant de facteurs de réification des pratiques. Lorsqu'ils sont redoublés d'une valorisation économique, ils alimentent toutes les dérives activistes et inflationnistes, mais surtout ils infléchissent les formes que prend le désir de soigner. Ce type de problèmes surgit dans tous les domaines qui visent le changement humain à long terme comme l'éducation, la formation, la réinsertion, ... On y rencontre à la fois des niveaux variés d'interactions entre les acteurs et les objets (souvent des sujets), pas de lien univoque entre actions et résultats, et des échelles de temps variées (temps de l'acte, rythme de l'acteur, période d'effets).

Actuellement la Direction des hôpitaux est face à l'hostilité unanime de la profession. Après plusieurs reculs, elle semble malgré tout décidée à s'engager dans des préparatifs à la généralisation du P.M.S.I.. Peut-on médicaliser un système d'information contre les médecins ? A suivre.

Dr Bernard ODIER

Péheimécy:

"Comme tout ce que tu dis est énigmatique et imprécis !

Deuxième psychiatre :

N'est-ce pas toi le champion, dans ce genre de découvertes ?

Péheimécy:

Insulte à ces exploits où tu découvriras ma grandeur !

Deuxième psychiatre :

Ce succès pourtant a causé ta perte !"



¹ Le 9 Janvier 2001, le Directeur des Hôpitaux annonce la généralisation ultérieure du P.M.S.I.-psychiatrie : « Le niveau atteint permet d'envisager un passage à l'acte » (sic).

I-Le P.M.S.I., Programme de Médicalisation du Système d'Information

Depuis 1982, année du lancement du projet en France, divers objectifs ont pu être assignés au Programme de Médicalisation du Système d'Information (P.M.S.I.). Les promoteurs du projet ont pu hésiter entre une orientation qui ferait du P.M.S.I. un instrument de gestion interne et celle qui en ferait un outil d'aide à l'allocation externe. C'est cette seconde finalité qui a été privilégiée. Par ailleurs, des utilisations nouvelles de l'instrument, souvent conçues par des acteurs extérieurs au projet, ont fait leur apparition (positionnement stratégique des cliniques, élaboration de palmarès des hôpitaux...).

Le P.M.S.I. a donc aujourd'hui, comme objectif essentiel d'établir un lien entre l'allocation budgétaire et le service rendu par les hôpitaux ou les services de soin. L'élaboration de cet outil qui permet à la tutelle ministérielle de comparer la « productivité » des établissements de soin comporte plusieurs étapes.

(A) L'élaboration de classifications médico-économiques

La mise au point de ces classifications médico-économiques suppose de rechercher, à partir des données recueillies auprès d'un échantillon d'établissements les informations concernant le patient et son traitement (dites « variables explicatives ») permettant d'expliquer les coûts des prises en charge. Il s'agit de trouver les caractéristiques du patient (diagnostic, âge...) et des interventions qu'il subit (existence d'une intervention chirurgicale...) qui ont un lien statistique avec la variance¹ des coûts des séjours hospitaliers.

Ces variables permettent de définir des groupes de séjours ou de séquences de soins présentant une certaine homogénéité, à la fois clinique et statistique. On cherche à ce que les groupes soient aussi homogènes que possible, c'est-à-dire d'une part que les caractéristiques cliniques des séjours d'un même groupe soient proches, d'autre part que les différences en coût entre séjours à l'intérieur d'un même groupe soient aussi faibles que possible. Corrélativement, les écarts de coût entre les groupes sont alors maximaux. Plus on a ainsi des écarts marqués entre groupes, plus l'appartenance à tel groupe plutôt que tel autre rendra compte du coût. On dit alors parfois que cette appartenance est « prédictive » du coût : voulant dire que si l'on sait qu'un malade appartient à tel groupe, on peut prévoir avec une bonne approximation ce que sera le coût de son traitement.

Ce programme a tout d'abord été développé pour les courts séjours des disciplines dites MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique). Dans ce cas, la démarche générale exposée ci-dessus correspond à peu près aux attentes. Les unités observées, soit les séjours hospitaliers, sont classées en fonction du diagnostic médical ou des interventions justifiant ce séjour. On obtient des GHM ou « Groupes Homogènes de Malades » (en fait, plus

¹ C'est-à-dire la moyenne des carrés des écarts à la moyenne. On choisit cette mesure en raison de ses bonnes propriétés mathématiques. En effet la variance totale peut être décomposée, lorsque des groupes sont constitués, en une variance entre les groupes (que l'on appelle en général variance « expliquée ») et une variance à l'intérieur des groupes.

exactement, groupes homogènes de séjours) considérés comme pertinents à la fois du point de vue médical et du point de vue économique.

(B) Les étapes de la construction d'un outil d'aide à l'allocation budgétaire

Afin que la classification en GHM puisse être utilisée à des fins budgétaires, plusieurs autres étapes sont nécessaires :

1. Il faut d'abord déterminer des coûts de référence par GHM : une enquête auprès d'un échantillon d'établissements permet de déterminer les coûts des séjours. Le coût médian observé dans cette base de données pour chaque GHM, est considéré comme le coût de référence du GHM.

2. Il s'agit ensuite de construire une échelle de coûts relatifs par GHM. Chaque GHM est affecté d'une valeur en points ISA (Indice Synthétique d'Activité). Par convention, on attribue une valeur de 1000 points ISA au GHM 540 (accouchement par voie basse sans complication). Tous les autres GHM se répartissent par rapport au GHM 540. Cette échelle est réactualisée tous les ans.

3. Ainsi, chaque établissement peut déterminer, à partir de son « case-mix », c'est-à-dire le nombre de cas traités classés dans les divers GHM, le nombre de points d'activité, ou points ISA, qu'il a généré dans l'année. On obtient ainsi une mesure de la quantité de service réputé fournie par l'établissement. Par exemple, s'il y a eu, dans un hôpital A, au cours d'une année, 10 séjours classés dans le GHM 540 « accouchement par voie basse sans complication » et 8 dans le GHM 225 « appendicectomies non compliquées, âge inférieur à 70 ans, sans co-morbidités associées » :

$$\begin{array}{rcl}
 10 \text{ (nombre de séjours)} \times 1\,000 \text{ (valeur du GHM 540 en points ISA)} & : & 10\,000 \text{ points ISA} \\
 8 \text{ (nombre de séjours)} \times 1\,139 \text{ (valeur du GHM 225 en points ISA)} & : & 9\,112 \text{ points ISA} \\
 \hline
 \text{nombre de points ISA produits par l'établissement au cours de l'année} & = & 19\,112 \text{ points ISA}
 \end{array}$$

4. On peut alors calculer la valeur du point ISA pour l'établissement et la comparer à la valeur du point ISA pour un autre établissement, ou l'ensemble des établissements publics, ou participant au service public hospitalier (PSPH) au niveau d'une région ou au niveau national¹. Cette valeur s'obtient toujours en divisant les dépenses MCO (pour la nation, la région ou l'établissement) au cours d'une année par le nombre de points ISA « produits » au cours de cette année (par la nation, la région, l'établissement respectivement). Supposons que les dépenses totales de l'établissement A aient été de 100 millions et qu'il ait « produit » 10 millions de points ISA :

$$\begin{array}{l}
 \text{Valeur du point ISA de l'établissement A} = \\
 (\text{total des dépenses MCO de l'établissement A : 100 millions de francs}) / \\
 (\text{nombre de points ISA de l'établissement A : 10 millions de points}) = \underline{10 \text{ francs}}
 \end{array}$$

¹Les opérations décrites ici s'appliquent aux établissements publics et privés dits « PSPH » (participant au service public hospitalier). Dans la suite du texte, pour plus de commodité, nous utiliserons le terme « nation » ou « région » mais il faut entendre « l'ensemble des établissements publics ou PSPH de la région ou de la nation ».

Le même calcul étant fait pour un autre établissement, pour la région ou pour la nation :

$$\frac{\text{Valeur du point ISA national}}{(\text{total des dépenses MCO au niveau national : 100 milliards de francs}) / (\text{somme des points ISA de tous les établissements : 20 milliards de points})} = \underline{5 \text{ francs}}$$

C'est la différence entre la valeur du point ISA de l'établissement A et celle de l'ensemble des autres établissements qui permet d'évaluer sa sur ou sous-dotation. L'hôpital A apparaît ici comme sur-doté.

En rapportant le budget MCO d'un hôpital à une mesure de son niveau d'activité dans ces disciplines, et en permettant une comparaison de ce rapport avec la valeur qu'il prend pour l'ensemble ou une partie des autres établissements, cet indicateur semble fournir une mesure simple, donc maniable, et évocatrice de la « productivité » d'un hôpital. C'est pourquoi la valeur du point ISA par établissement (« Mon - votre - point ISA est à 10 francs, 15 francs, 20 francs... ») est devenue l'indicateur le plus important pour les acteurs de la négociation budgétaire.

5. On peut ainsi en procédant par multiplication et non plus par division, calculer ce que serait le budget de l'hôpital si, pour la même production, son coût unitaire était celui observé en moyenne pour la nation. On calcule un budget théorique de chaque établissement en valorisant le nombre de points ISA de l'établissement par la valeur du point ISA national ou régional. Par exemple :

$$10 \text{ millions (nombre de points ISA de l'hôpital A)} \times 5 \text{ francs (valeur nationale du point ISA)} = \underline{50 \text{ millions de francs}}$$

Ce budget théorique est, enfin, confronté au budget réel de l'établissement :

Dépenses MCO établissement A :	100 millions de francs
Dotation théorique établissement A :	50 millions de francs
	Soit une <u>sur-dotation de 50%</u>

En pratique, les acteurs de la négociation sont familiarisés avec l'indicateur « valeur du point ISA » et ses implications en matière budgétaire, et n'éprouvent plus le besoin de passer par cette dernière étape que constitue la confrontation du budget théorique et du budget réel.

II- « Soins de Suite et de Réadaptation »

Il existe aussi une classification médico-économique et un P.M.S.I. destinés aux moyens séjours, dits « soins de suite et de réadaptation ». Elle n'opère plus un classement de séjours entiers comme le P.M.S.I. MCO, mais de séquences de soins. En effet, dans les établissements de moyen séjour, même lorsque les caractéristiques des patients et des traitements sont similaires, on observe une grande variation des durées de séjour ; donc aussi de leur coût : il est impossible d'appliquer la méthode utilisée pour le P.M.S.I. MCO et de constituer des groupes de moyens séjours suffisamment homogènes sur le plan statistique. En revanche, les caractéristiques des patients peuvent expliquer les variations de coûts lorsque l'unité d'observation n'est plus un séjour mais une journée ou une

semaine de soins. Dans ce cas, un même séjour peut comporter plusieurs séquences de soins qui peuvent relever de groupes différents. Les données sont organisées en séquences de soin d'une semaine. L'analyse de la variance s'effectue, quant à elle, sur des coûts de journées. Cette classification en « groupes homogènes de journées » (GHJ) diffère aussi de celle du P.M.S.I. MCO du point de vue des variables « explicatives » des coûts. Plus que le diagnostic ou les actes réalisés, ce sont les échelles de dépendance qui apparaissent comme les meilleurs indicateurs de la consommation de soins en ce qui concerne le moyen séjour. On atteint ainsi (du moins c'est ce à quoi on vise) un indicateur prédictif du coût en fonction des caractéristiques de la population accueillie.

III-Le P.M.S.I. « psy »

En ce qui concerne les hospitalisations psychiatriques, c'est cette procédure d'observation et de classement de « journées » qui a été retenue pour la constitution d'une base de données en vue de la phase analytique.

Le découpage de l'activité observée dans le cadre du recueil de données qui a eu lieu au cours de deux périodes de deux semaines chacune, fin 1997 et début 1998, auprès de 122 services publics et privés de psychiatrie, a conduit à la construction de deux classifications de GHJ, « Groupes Homogènes de Journées », l'une pour l'hospitalisation temps plein, l'autre pour l'hospitalisation à temps partiel, et à un catalogue d'actes pour les soins en ambulatoire ou les interventions dans la communauté.

(A) Les deux classifications médico-économiques

Les données concernant l'hospitalisation ont été recueillies afin de pouvoir constituer des « semaines-patient », qui comprennent les coûts rapportables à un patient ainsi que certaines de ses caractéristiques observées sur une semaine.

Celles-ci ont d'abord été regroupées en 15 « Catégories Majeures de Diagnostic » ou CMD selon une grille issue de la Classification Internationale des Maladies, la C.I.M.10. Ces CMD ne sont pas utilisées en tant que variables explicatives mais en tant que principe de regroupement des observations¹. Cette procédure est censée assurer la lisibilité clinique de la classification. Il y a 15 CMD. Une CMD rassemble les patients de moins de 3 ans. Les 14 autres correspondent aux têtes de chapitres de la C.I.M.10, dont 3 catégories « fourre-tout ». Ces quinze CMD sont donc :

- F0 : troubles mentaux organiques
- F1 : troubles liés aux substances
- F2 : schizophrénie, troubles schizotypiques, troubles délirants
- F3 : troubles de l'humeur
- F4 : troubles névrotiques
- F5 : syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques ou à des facteurs physiques
- F6 : trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte
- F7 : retard mental

¹ Qu'il s'agisse du P.M.S.I. MCO ou du P.M.S.I. psy, le diagnostic peut et est utilisé de deux manières :

- comme principe d'organisation des données ; c'est le cas du découpage par CMD ; on ne cherche pas à savoir si le diagnostic « explique » les coûts mais on se contente de regrouper les observations par diagnostics afin de rendre la classification plus lisible du point de vue clinique ;
- comme variable ; on cherche si le diagnostic « explique » les coûts.

- F8 : troubles du développement psychologique
- F9 : troubles comportementaux et émotionnels apparaissant habituellement dans l'enfance et l'adolescence
- F99 : trouble mental sans précision
- F1 avec F3 ou F6 : co-morbidité
- Z00 : examen psychiatrique général, non classé ailleurs
- R : symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
- <3 ans : patients âgés de moins de trois ans.

A partir de ce découpage, la recherche de variables « explicatives » des coûts a été menée. L'analyse a fait apparaître sept variables pour l'hospitalisation temps plein qui sont les suivantes.

- L'âge (de 4 à 11 ans, de 12 à 19 ans, plus de 19 ans).
- L'isolement thérapeutique (oui/non).
- L'existence d'une pathologie somatique lourde (oui/non).
- L'ancienneté du séjour excepté pour la CMD F8 (seuils de 3 et 6 mois).
- L'EGF (Échelle Globale de Fonctionnement) : « elle permet d'indiquer un jugement sur le niveau de fonctionnement global de l'individu, au moyen d'une note unique entre 1 -le plus bas niveau correspondant au fonctionnement le plus dégradé- et 100 -le plus haut niveau correspondant à un bon fonctionnement-. Elle doit être cotée en tenant compte uniquement du fonctionnement psychologique, social et professionnel ou scolaire »¹. Finalement, les cas sont répartis en deux groupes avec un seuil égal à 20.
- Le score de dépendance physique « calculé en additionnant les cotations des quatre variables suivantes : dépendance à l'alimentation, dépendance à l'habillage, dépendance au déplacement, dépendance à la continence. Ce score prend, par cumul des quatre cotations, des valeurs allant de 4 (indépendance pour les quatre activités) à 16 (assistance majeure pour les quatre activités). »
- La dernière division concerne des sous-groupes psychiatriques définis dans chaque CMD (entre deux et six selon les CMD). Il s'agit à nouveau de variables « cliniques », peu explicatives sur le plan statistique mais qui ont été intégrées au modèle afin d'affiner la description clinique des patients.

La combinaison de ces critères conduit à la constitution d'environ 240 classes. Elles sont présentées selon une arborescence de critères établie pour chaque CMD séparément mais en fait assez semblable de l'une à l'autre.

Pour l'hospitalisation à temps partiel, principalement les hospitalisations de jour et l'accueil en C.A.T.T.P. (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel), la même procédure est appliquée, l'analyse faisant apparaître cinq variables statistiquement « explicatives » :

- le mode de venue (journée entière/demi-journée) ;
- l'âge (de 4 à 11 ans, de 12 à 19 ans, de 20 ans à 69 ans, 70 ans et plus) ;
- le mode de scolarisation des patients de moins de 19 ans (non scolarisé ou en milieu médical, scolarisé en milieu normal ou d'enseignement spécialisé) ;
- la dépendance relationnelle (les scores « comportement » et « communication » de l'échelle ADL (*Activities of Daily Living*, une échelle de dépendance), avec le seuil de 4, le minimum étant de 4 et le maximum de 8)
- l'EGF (cf. ci-dessus avec un seuil de 36, le score allant de 1 à 100).

Enfin pour la CMD F8, on classe à part le sous-groupe F84 (« troubles envahissant du développement » dont « autisme »). On arrive ainsi à constituer environ 150 classes pour l'hospitalisation à temps partiel.

¹ Présentation officielle du P.M.S.I. psychiatrie (<http://www.le-pmsi.fr/psy/presentationgenerale/index.html>). Les citations suivantes sont issues du même document.

Ce sont donc ces 150 classes réparties entre les différentes CMD qui constituent les groupes de séquences de soins dont les coûts moyens directs mais aussi les caractéristiques médicales sont proches. Ce sont les GHJ, « Groupes Homogènes de Journées ».

Mais en l'occurrence l'homogénéité des coûts à l'intérieur des GHJ n'est pas très forte par rapport à la variation totale des coûts. En effet, la part de variance totale attribuable aux variables entrant dans leur construction est de 22,4 % pour l'hospitalisation temps plein et de 19,8% dans le cas de la classification « hospitalisation à temps partiel » (toutes CMD confondues). Cette « variance expliquée » n'est pas la même dans chaque CMD : pour l'hospitalisation temps plein, la part de variance expliquée va de 10,4 % pour la CMD F4 (troubles névrotiques), 10,9 % pour F2 (schizophrénie, troubles schizotypiques, troubles délirants) à 34,1 % pour la CMD F8 (troubles du développement psychologique).

(B) Le catalogue d'actes

En ce qui concerne les multiples activités de soins ambulatoires en psychiatrie, les experts ont renoncé à constituer des groupes homogènes à la fois du point de vue clinique et économique. En effet, l'analyse n'a fait apparaître aucun pouvoir explicatif des caractéristiques cliniques et sociales du patient sur le coût de l'acte ponctuel.

Il n'est donc pas prévu de décrire l'activité de soin en ambulatoire au moyen d'une classification médico-économique mais au travers d'un catalogue d'actes, dit « EDGARS » (entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion et soins physiques). Une deuxième grille permettant de rendre compte des interventions dans la communauté, c'est-à-dire des interventions qui ne concernent pas les patients de la file active mais des institutions extérieures à la structure psychiatrique, avait été prévue. Il semble qu'elle ne fera pas partie du recueil de données spécifique au P.M.S.I. mais sera intégrée à une autre partie du système d'information en psychiatrie, le rapport annuel de secteur.

IV-Ce qu'il reste à faire : l'échelle des coûts et des points ISA, le « recueil standard »

(A) L'échelle nationale de coûts par Groupe Homogène de Journées. Vers un point ISA psychiatrique

Jusqu'à présent, le travail de construction de la classification portait sur des coûts directs, soit les dépenses directes affectées au patient. Ces coûts directs ont été obtenus par l'application de coûts « théoriques » correspondants aux actes, volumes horaires de différentes catégories de personnels effectuant les séquences de soins... Il s'agissait de coûts identiques pour tous les établissements participant à l'enquête de 1997-1998.

Afin que le P.M.S.I. en psychiatrie puisse être utilisé à des fins budgétaires, la pondération économique des Groupes Homogènes de Journées (GHJ) devrait se faire en coûts complets, donc en ajoutant les coûts indirects : charges indirectes des services cliniques et médico-techniques, dépenses de logistique... Il convient alors, à partir des données fournies par un échantillon d'établissements, de construire un coût de référence pour chaque GHJ. Comme nous l'avons vu à propos des GHM dans la première partie (I.B.2), l'objectif est de positionner chaque GHJ sur une échelle de coûts relatifs en attribuant un certain nombre de points ISA à chaque GHJ. Cette échelle serait actualisée

tous les ans. Les différentes valeurs du point ISA psychiatrique pourraient ainsi être calculées et confrontées. Mais les règles d'imputation des coûts indirects ne sont pas encore définitivement établies et de nombreuses incertitudes demeurent quant à la construction du point ISA en psychiatrie, notamment en ce qui concerne les activités ambulatoires.

(B) *Le « recueil d'information standard »*

En 2001, il est prévu de tester puis généraliser le questionnaire dit « standard », c'est-à-dire comportant les items qui serviront à affecter les séquences de soin aux différents GHJ et ceux qui permettront de déterminer une mesure de la quantité de service fournie en ambulatoire. Cependant, il faut noter que l'élaboration et la mise en œuvre de ce « recueil standard » semblent avoir fourni l'occasion d'une refonte plus large des systèmes d'information hospitaliers en psychiatrie. Ont ainsi été inclus dans le questionnaire « standard » de nombreux items qui n'ont pas de pertinence du point de vue du P.M.S.I. mais sont censés fournir des informations sur l'activité de soin aux responsables des systèmes d'information hospitaliers.

Il a été envisagé de mener les premières campagnes budgétaires à l'aide des données du P.M.S.I. « psy » en 2002 ou 2003. Cependant, la mission P.M.S.I. ayant récemment proposé de lancer des expérimentations régionales, le calendrier de la mise en œuvre du P.M.S.I. en psychiatrie est susceptible d'être modifié.

Texte élaboré dans le cadre du groupe de travail de Pénombre¹ par **Anne DEPAIGNE**

CHRONOLOGIE DE L'ÉLABORATION DU PMSI EN PSYCHIATRIE

1990-1994 : LE "GROUPE DES 13"

- 11 avril 1990 : circulaire DGS/DH relative à l'expérimentation de la gestion de l'information médicale en psychiatrie. Cette circulaire prévoit la création de DIM expérimentaux en psychiatrie chargés de développer un PMSI en psychiatrie. Conjointement, est lancé un appel à candidature destiné à sélectionner les établissements qui participeront à une expérimentation de la gestion de l'information médicale en psychiatrie. C'est ainsi qu'est créée la première commission dite "groupe des 13".

- 7 décembre 1990 : 1ère réunion du "groupe des 13", groupe de travail sur l'information médicale en psychiatrie composée des médecins responsables du DIM des 13 établissements expérimentateurs, mais aussi :

- d'un directeur désigné par les membres de la conférence nationale des Directeurs de CHS,
- d'un président de CME désigné par les membres de la Conférence nationale des Présidents de CME de CHS (Comité Médical d'Établissement de Centre Hospitalier Spécialisé),
- d'un médecin inspecteur de santé qui pilotera le groupe jusqu'en 1994,
- de représentants de l'administration, l'un de la mission PMSI de la Direction des Hôpitaux et l'autre de la Direction Générale de la santé.

Au fil des mois le groupe s'étoffera et comprendra d'autres membres, considérés plutôt comme des "observateurs", notamment des directeurs d'établissements, des psychiatres issus du secteur privé, d'autres médecins inspecteurs de santé publique, une statisticienne.

¹ L'auteur remercie pour leurs remarques et suggestions les membres du groupe de Pénombre, et en particulier Bruno Aubusson, Denis Dehgan, René Padieu.

- *septembre 1992* : protocole d'étude pour l'hospitalisation temps plein. Ce protocole propose déjà un modèle proche de celui qui sera adopté : un modèle de prix de journée pondérée par les caractéristiques médico-sociales des patients.
- *10 novembre 1992* : réunion inaugural du "Groupe Privé" rassemblant des représentants de l'hospitalisation privée, déjà admis en tant qu'observateurs au sein du "groupe des 13". L'accord du 4 avril 1991 et la loi du 31 juillet 1991 jettent les bases de la réforme de la tarification des établissements privés. L'élaboration d'une tarification à la pathologie se ferait sur la base des données recueillies par le PMSI.. Les établissements privés psychiatriques commencent donc à s'intéresser de près au PMSI.
- *1993* : expérimentation du PMSI dans des cliniques privées. Cette expérimentation ne parvient pas à mettre en évidence des critères permettant d'expliquer la variation des coûts.
- *décembre 1992 - mars 1994* : débats et travaux concernant le relevé de l'activité hors hospitalisation temps plein.
- *mars 1994* : rapport du "groupe des 13".

1995-2000 : LES GROUPES TECHNIQUES

- *été 1995* : deux groupes techniques sont mis en place et sont chargés d'explorer deux hypothèses différentes évoquées par le "groupe des 13" :
 - le groupe technique n°1 développera une approche transversale pour l'hospitalisation et constituera un catalogue d'actes pour l'ambulatoire ; la commission s'élargit aux professions de santé mentale, infirmiers, psychologues ;
 - le groupe technique n°2 est chargé d'exploiter les données de la fiche par patient (FPP) et de mettre en évidence des trajectoires de soin au travers des diverses prises en charge.
- Un comité de suivi est créé "dont le rôle est triple, assurer un relais vers le terrain, mobiliser les équipes hospitalières et faire l'écho des difficultés rencontrées par ces équipes, valider les options proposées par le groupe technique et réorienter le cas échéant les travaux". Il est composé de membres de groupes d'intérêts et de services administratifs concernés par les travaux d'élaboration du PMSI en psychiatrie.

A-Le groupe n°2. La voie difficile

- *1996* : Constitution d'une base de données. Exportation des bases de données des établissements constitués à partir de la fiche par patient, généralisée en 1988 sous l'impulsion de la Direction Générale de la Santé, qui permet le recueil d'un certain nombre de caractéristiques et d'actes pour les patients des secteurs de psychiatrie générale des files actives.
- *janvier-juin 1997* : analyse des bases de données.
- *juin 1998* : rapport de synthèse du groupe n°2. Le constat est fait de la difficulté, pour l'instant, de dégager un lien entre les caractéristiques des patients et leur prise en charge sur une longue durée (1 à 3 ans) et donc de constituer des "groupes homogènes de trajectoires". Les travaux se poursuivent.

B-1995-2000 : groupe n°1. Les étapes de la construction du modèle retenu

- *1995-1997* : élaboration du protocole d'enquête, incluant le catalogue d'actes.
- *décembre 1997 et janvier 1998* : recueil de la base de données.
- *1998-1999* : élaboration de la classification médico-économique pour les hospitalisations temps plein.
- *1999-2000* : élaboration de la classification médico-économique pour les hospitalisations à temps partiel.
- *été-automne 2000* : mise au point et test du " recueil standard ".

Étapes futures (?)

- généralisation du recueil.
- constitution d'une échelle de coûts de référence (points ISA) et généralisation du recueil standard.
- 1ère campagne budgétaire.

A.D.

Le chœur :

"Terrible, terrible, le désordre amené par le savant augure !
 Pas de vraisemblance, pas d'argument pour me confondre ! Ce que je dois dire, je ne le sais pas.
 Je vole sur des attentes, je n'arrête mes yeux ni sur le présent ni en arrière !
 Quel était le sujet de dispute des Labdacides,
 Ou du fils de Polybe ?
 Pour moi, je n'ai rien appris, ni autrefois,
 Ni maintenant encore, en raison de quoi,
 avec une preuve sûre, [---]
 je pourrais attaquer la réputation
 De Péhaimécý dans la ville et me porter
 Au secours des Labdacides dans le cas d'un meurtre obscur."

“ COMMENT EN EST-ON ARRIVÉ LÀ ? ”¹

Le modèle de PMSI en psychiatrie qui serait mis en œuvre dans les années à venir se présente comme la combinaison de deux classifications et d'un catalogue d'actes. La première classification concerne l'hospitalisation temps plein, l'autre l'hospitalisation à temps partiel. Un catalogue d'actes permettrait de rendre compte des activités ambulatoires.

“ Ce modèle a-t-il “ gagné ” ? et comment ? ”

Le champ professionnel de la psychiatrie est pauvre en instruments standardisés d'évaluation, mais il a récemment fait l'objet de maintes tentatives de construction d'indicateurs (des coûts, de la qualité, des besoins). Il se trouve aujourd'hui dans ce moment, précédant l'adoption d'une innovation ou encore l'harmonisation d'instruments de mesure, très souvent marqué par l'existence de plusieurs instruments ou standards : qu'est-ce qui va faire la différence entre les différentes options ?

Les réponses à cette question oscillent souvent entre la vision d'une science indépendante et celle d'un processus de production des faits scientifiques et des innovations techniques assujetti à des forces extérieures. La première reproduit l'image que les scientifiques ou les techniciens tendent (ou tendaient) à donner de leur activité et de ses résultats : telle innovation technique est un succès parce qu'elle se fonde sur des faits scientifiques “ vrais ”. Ici, le succès du modèle adopté pour le PMSI en psychiatrie serait dû à sa capacité, supérieure à celles des autres modèles, de rendre compte de l'activité des structures de soin en psychiatrie et, plus largement, la capacité de cette information à fonder une allocation équitable des ressources. Une autre réponse met au contraire l'accent sur l'absence d'autonomie de la science et sa dépendance vis-à-vis des intérêts sociaux ou des diverses instances du pouvoir, social, économique ou politique.

¹ L'auteur de ce texte prépare une thèse de doctorat en science politique portant notamment sur l'élaboration du PMSI en psychiatrie.

Entre ces deux visions, une troisième réponse ni positiviste, ni relativiste, est possible. Elle est soutenue en France notamment par Bruno Latour¹ et Michel Callon². S’y apparente la sociologie et l’histoire des statistiques développée par Alain Desrosières³.

Selon ces auteurs, le succès d’une innovation ne résulte ni d’un procès purement rationnel (entendu comme conformité aux règles affichées de la méthode scientifique) ni d’une imposition sociale ou politique. Un instrument tel que le PMSI sera adopté non pas parce que les mesures qu’il produit sont exactes ou l’objet d’une manipulation, mais parce qu’elles sont rendues “solides”. Cette solidité est envisagée comme la capacité à créer et maintenir des associations, entre personnes, choses, instruments, données... Les innovations sont ainsi envisagées comme le résultat d’un processus de constitution et de mobilisation d’un réseau d’entités hétérogènes. C’est l’existence de ce réseau “socio-technique” et sa capacité à maintenir ces liens qui fera la différence et expliquera l’échec ou le succès d’une innovation. Faire une telle hypothèse pour analyser le processus d’innovation n’implique pas que « tout se vaut pourvu que ça tienne ». Au contraire, cette démarche vise à rendre plus clairs ces liens, afin de rendre possible le débat à leur sujet.

Ce schéma d’analyse aide à rendre compte de l’élaboration du PMSI en psychiatrie : on peut l’envisager comme une innovation technique et suivre les opérations et négociations qui vont peu à peu créer et densifier un réseau socio-technique. Mais l’un des épisodes récents du processus d’élaboration et d’adoption du PMSI en psychiatrie me paraît constituer une sorte de “couac”, d’anomalie : la décision prise par le Directeur des Hôpitaux en juin 1999 de généraliser le modèle de PMSI en psychiatrie ne s’insère pas dans cette série d’opérations. Cela rend à la fois critique à son égard et pessimiste sur ses chances de mise en œuvre.

Je me borne ici à évoquer deux séquences, l’une au début du processus d’innovation, l’autre à la fin. Il apparaîtra que la réponse à la question “comment en est-on arrivé là ?” est différente selon que l’on examine l’un ou l’autre moment. La naissance du projet et les négociations qui ont présidé à la mise en place de la première commission, constituent un bon exemple des opérations décrites par la sociologie de la traduction. En revanche, certaines décisions prises au cours de la phase de validation échappent à ce modèle. Et apparaissent, selon moi, injustifiées et peut-être vouées à l’échec.

I. Au début : l’invention de la bombe atomique

Une des caractéristiques de l’analyse en terme de traduction est de supposer que les acteurs sont transformés et recomposés au cours du processus d’innovation. Cette recomposition de l’identité et des intérêts des acteurs ferait partie du processus d’innovation. Les acteurs de l’innovation s’efforcent en permanence de faire en sorte que choses et personnes se mettent à adopter leur façon de poser le problème. Ce faisant, ils définissent aussi ce que veulent et ce que sont ces entités avec lesquelles ils veulent passer alliance : cette entreprise de définition de problèmes, d’intérêts, d’identités est l’un des aspects - mais non le seul - de la “traduction”.

¹ Bruno Latour, *La science en action*, Paris, La Découverte, 1989.

² Michel Callon, “Eléments pour une sociologie de la traduction, La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc”, *L’Année sociologique*, 1986.

³ Alain Desrosières, *La politique des grands nombres*, Paris, La Découverte, 1993.

Un exemple souvent avancé est celui des scientifiques atomistes aux États-Unis, qui, durant la Seconde Guerre mondiale, ont su faire adopter leur programme de recherche par le gouvernement américain. On peut dire, très grossièrement, que ces scientifiques ont inventé et fait exister l'intérêt du gouvernement américain pour la bombe atomique.

Le point de départ du PMSI en psychiatrie ressemble un peu à celui de la bombe atomique... en plus compliqué.

Avant la création d'une commission chargée d'élaborer le PMSI en psychiatrie, on trouve une instance administrative, la Mission PMSI, très affairée au développement d'un nouvel outil de gestion hospitalière, le PMSI. En 1989, cet instrument ne concerne que les courts séjours de MCO, Médecine, Chirurgie, Obstétrique dont on estimait qu'ils constituaient presque 90% des dépenses hospitalières. L'extension du système aux moyens séjours fait partie de l'agenda des promoteurs du projet, mais il s'agit, à l'époque, d'un horizon lointain. La psychiatrie n'est pas évoquée, elle est encore moins prioritaire que le moyen séjour : c'est l'indifférence.

En juillet 1989 une circulaire relative à la généralisation du PMSI et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics est adressée aux hôpitaux. Elle prévoit la généralisation et le financement des Départements d'Information Médicale (DIM). Seuls les hôpitaux de courts séjours MCO sont concernés. Les hôpitaux psychiatriques ne bénéficient pas de ces mesures puisqu'ils ne font pas partie du champ du PMSI.

Or, s'il n'existe pas -par hypothèse- de DIM en psychiatrie, il existe, au sein de certains hôpitaux psychiatriques des spécialistes de l'information médicale. Il s'agit en général de psychiatres hospitaliers qui animent de petites unités d'information médicale. Ils s'efforcent d'élaborer et de développer des instruments de mesure et d'évaluation, de l'activité de soin, des besoins, de l'évolution des patients. Ils forment une myriade de petits laboratoires, dotés d'instruments différents et vont devoir faire face au gros laboratoire que constitue la mission PMSI, doté de ressources plus importantes, en particulier d'un instrument dont le champ d'application est plus étendu, et surtout qui forme déjà une boîte presque noire, c'est-à-dire est en voie de constituer un instrument accepté, reproduit et utilisé (le PMSI MCO en 1989-1990). Dans cette histoire, il n'y a donc pas, on le voit, de répartition a priori des rôles : il y a un ensemble de laboratoires. Aucun de ces acteurs, qu'il s'agisse de la mission PMSI ou des spécialistes de l'information médicale, n'a le monopole du " politique " ou du " scientifique ".

Dès la parution de la circulaire, les spécialistes de l'information médicale en psychiatrie vont, tels les scientifiques des laboratoires à la recherche de financement se mettre à adopter un comportement très classique de groupe d'intérêt : ils veulent bénéficier de la manne financière du PMSI pour développer leurs projets de recherche. Pour ce faire, ils nouent des alliances avec d'autres acteurs, une association de directeurs d'établissement, un conseiller technique, une direction ministérielle, la DGS, (Direction générale de la santé) afin d'obtenir des avantages financiers et des postes. Il leur faut mettre fin à l'indifférence de l'administration et faire naître un intérêt pour les DIM en psychiatrie.

Soumise à cette pression, la mission PMSI va agir, elle, comme les groupes de scientifiques c'est-à-dire faire dévier les objectifs des autres acteurs et tenter de les " faire passer " par son programme de recherche : avant de mettre en place des DIM en psychiatrie, la mission PMSI veut ainsi que l'on réponde à la question " peut-on prédire les coûts en psychiatrie ? ". L'appel à candidature et la sélection des sites expérimentateurs qui président à

la création de la première commission technique sont le moyen mis en œuvre par la mission PMSI de s'assurer des alliés dont les problématiques sont proches des siennes.

Mais ceux-ci sont moins dociles qu'on ne l'aurait supposé. Les sites expérimentateurs sélectionnés sont autant de petits laboratoires qui ont fabriqué des instruments ou souhaitent les développer. Leurs experts vont tenter de transformer la commission du PMSI en psychiatrie en un espace de circulation pour leurs " produits " scientifiques et techniques, ou en une ressource pour la mise en œuvre de leurs propres projets de recherche. Pendant un an, ils essayent à leur tour et de nouveau de déplacer les buts et les intérêts de la mission en PMSI et de reformuler le problème et le programme de recherche de façon à préserver leurs projets. Mais cette nouvelle tentative de détournement est un échec. Pendant la première année d'existence du projet de PMSI en psychiatrie, les spécialistes de l'information médicale rassemblés au sein de la commission ont des solutions -leurs instruments- mais ne trouvent pas de problème -un objectif commun qui se substituerait à celui de la mission PMSI.

Comme on le voit, lors de cette première séquence, les opérations ne sont pas menées par un seul acteur. On assiste à une série de négociations portant sur la définition d'un problème et des rôles : parfois l'un des acteurs ne se satisfait pas au rôle qui lui a été assigné, comme la mission PMSI qui ne veut pas se cantonner au rôle de financeur, et tente à son tour de déplacer les buts de l'autre. Le premier round a été dominé par les spécialistes de l'information médicale qui se sont efforcés de créer un intérêt pour l'information médicale en psychiatrie au sein de l'administration. Le second est gagné par la mission PMSI qui agit comme un acteur de l'innovation à part entière puisqu'elle formule un problème et réussit à en faire un point de passage obligé pour les autres acteurs, en particulier les spécialistes de l'information médicale. Le dispositif mis en place pour stabiliser la problématique n'est sans doute pas suffisant puisque par la suite, comme nous l'avons vu, les experts tentent une nouvelle fois de faire dévier la formulation du problème. Au cours de l'épisode suivant que nous ne traiterons pas ici, la mission PMSI fera accepter une problématique de compromis. Presque deux ans d'entre-définitions et de déplacements ont été nécessaires aux acteurs de l'innovation pour se trouver un problème commun.

Comme on le voit, on ne peut pas raconter les débuts du projet du PMSI en psychiatrie comme l'histoire de la fabrication d'un outil de contrôle par un Léviathan administratif. Il n'y a pas eu non plus comme on l'entend encore parfois un " malentendu " au début du projet. Il n'y a pas eu une administration manipulatrice qui aurait imposé ses objectifs économiques et des médecins trompés qui pensaient pouvoir développer l'information médicale en psychiatrie. On ne trouve pas, à l'origine du projet une volonté unique. Le PMSI en psychiatrie n'est pas non plus né d'une initiative administrative mais d'une série de négociations et d'opérations d'entre-définition entre plusieurs acteurs. Qu'il s'agisse de la mission PMSI ou des spécialistes de l'information médicale en psychiatrie, ils peuvent être considérés comme autant de laboratoires tentant de faire passer les autres acteurs par le chemin qu'ils ont tracé. Bien sûr, il y a une inégalité de ressources entre ces acteurs, mais ces ressources sont utilisées plutôt pour enrôler que pour imposer. Et tout n'est pas joué dès le début.

II. À la fin : un pétard mouillé

L'échec ou la réussite d'une innovation dépend en dernier ressort de ce qu'on peut appeler des " chaînes métrologiques ". Les maillons de ces chaînes sont faits de mesures ou de formes standardisées qui, par exemple en assurant la reproduction des conditions d'une

expérimentation d'un laboratoire à l'autre, vont permettre de contrôler si les prédictions des scientifiques ou des techniciens s'accomplissent. La réussite des innovations dépendrait donc en dernière instance de la capacité du réseau socio-technique de s'étendre en s'articulant à ces chaînes métrologiques, voire même en les fabriquant et en s'efforçant de les généraliser. Dans notre cas, elles permettraient de reproduire au sein des services hospitaliers les conditions élaborées par la commission d'experts... et d'assurer la réalisation de ses prédictions.

Dans le cas du PMSI-MCO, ce sont les standards et protocoles de soin qui constituent l'un des maillons du réseau métrologique soutenant la réussite de ce modèle d'explication des coûts hospitaliers. En effet, pour que les coûts des prises en charge puissent être prédits, il faut que celles-ci soient prévisibles- c'est une tautologie mais la sociologie de la traduction décrit précisément une boucle tautologique-. Le protocole a pour effet de calibrer cette réalité que l'on veut mesurer, de la rendre prévisible. C'est le haut degré de protocolisation des disciplines chirurgicales qui assurent la réussite du PMSI dans ces disciplines, c'est-à-dire en fait un instrument de mesure précis. Or, comme cela est souvent souligné, il n'y a pas ou il y a peu de protocoles ou de standards de soin en psychiatrie. C'est la raison principale de l'échec -peut-être temporaire- des tentatives du groupe n°2 qui s'est efforcé de dégager des trajectoires de soin. Avec les projets de PMSI en psychiatrie nous avons affaire à des réseaux trop courts, auxquels il manque des fondations métrologiques.

Comment le modèle qui est en voie de généralisation a-t-il dès lors gagné ? On pourrait imaginer que la méthodologie choisie a mieux réussi à “ piéger ” les régularités, en isolant des zones de la psychiatrie qui peuvent être métrées. C'était bien l'objectif que le groupe n°1 poursuivait en limitant la constitution de groupes homogènes à l'hospitalisation et en procédant à une coupe transversale, sans essayer comme le groupe n°2 de constituer une classification qui intégrerait toutes les prises en charge sur un temps long. Or, cet objectif n'a pas été atteint. Si les résultats obtenus pour l'hospitalisation temps plein sont remarquables si on les compare aux DRG psychiatriques¹ ou aux autres tentatives de prédire les coûts en psychiatrie, la valeur prédictive de la classification peut être considérée comme insuffisante (22,4% de variance expliquée... pour 237 groupes). Bien sûr, la détermination du niveau de variance expliquée à partir duquel une classification pourra être considérée comme “ bonne ” est un objet de controverses. Mais, dans le cas du PMSI en psychiatrie, l'évaluation de la valeur prédictive de la classification fait l'objet d'un consensus. Tous, y compris les acteurs favorables à la généralisation, s'accordent pour considérer que la classification n'est pas suffisamment prédictive. Pourtant, en juin 1999, le directeur des hôpitaux a lancé la généralisation -immédiate- du modèle. On peut douter du bien-fondé et des chances de réalisation de cette décision, à court terme. Non pas parce qu'elle serait une décision “ politique ” par opposition à une décision “ technique ”, puisque le type d'analyse que j'utilise fait au contraire apparaître l'hétérogénéité des acteurs et des activités qui interviennent dans le processus d'innovation. Plus encore, les analyses des sociologues de l'innovation ne confèrent pas à l'activité scientifique de spécificité par rapport aux autres domaines de l'action sociale. Vue de près, l'activité scientifique consiste en une série de négociations, passations d'alliances et ressemble fort à l'activité des entrepreneurs politiques. Cette décision me semble contestable justement parce qu'elle ne joue pas ce jeu de la recherche d'alliances, que ce soit avec des choses ou des gens : dans le cas du PMSI en psychiatrie, ni les choses ni les gens ne semblent accepter la façon de voir de ses concepteurs et/ou promoteurs. D'une part, le matériau que constituent les patients et les soins en

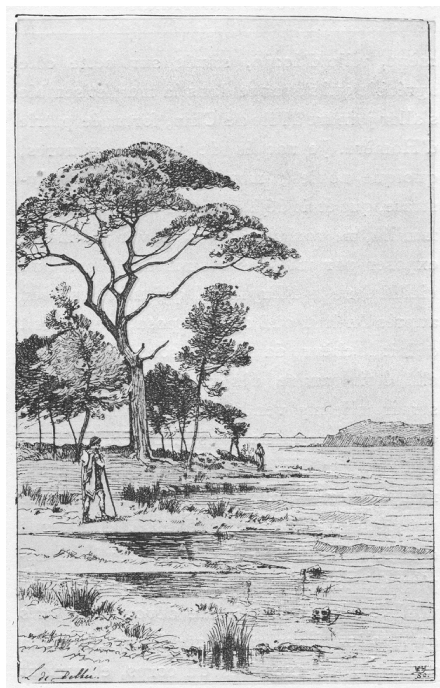
¹ *Diagnostic Related Groups* : l'équivalent américain des Groupes Homogènes de Malades (GHM).

psychiatrie ne semble pas répondre pas aux sollicitations de l'analyse statistique. D'autre part, il est difficile de trouver de chauds partisans du modèle proposé parmi les acteurs de la psychiatrie, y compris au sein de l'administration. Il existe bien un besoin en données chiffrées sur la psychiatrie qui émane notamment des acteurs de la négociation budgétaire, les Agences Régionales d'Hospitalisation et directeurs d'établissement. Mais même ces acteurs ont fait un accueil mitigé au PMSI en psychiatrie dans sa forme actuelle. Ni les acteurs, syndicaux, politiques, ni les mesures, les choses ne constituent des alliés fiables. Or, on aurait dû trouver un réseau de personnes, d'objets, de mesures, sous-tendant la décision, lui donnant sa solidité. Ce n'est pas le cas : il devrait y avoir un constat d'échec ou de semi-échec, éventuellement une réorientation de la recherche. Même en ne considérant pas les interventions de groupes d'intérêts ou de forces politiques comme des parasitages affectant les processus d'innovation scientifique et technique, plutôt même comme ses éléments essentiels, même en ne s'effarouchant pas facilement, la décision de généralisation immédiate du PMSI en psychiatrie paraît difficilement justifiable et réalisable pour l'instant. Non parce qu'elle serait de nature politique et ne serait pas fondée du point de vue technique, mais parce qu'elle ne s'appuie pratiquement que sur elle-même.

Anne DEPAIGNE

Le chœur :

"Un Zeus, un Appolon ont l'intelligence des choses, et ils connaissent
 Les affaires des mortels. Chez les hommes, qu'un devin l'emporte sur moi,
 Cette différence n'a pas de fondement. Certes, le savoir de l'un
 Dépasse celui d'un autre.
 Mais moi, jamais avant que
 je ne voie la parole conforme, je ne dirais oui devant les
 accusations !
 On a bien vu la vierge
 ailée venir l'attaquer
 autrefois ; on a vu sa science,
 Et la ville avait une preuve pour l'aimer. Aussi n'est-ce pas
 De mon cœur que viendra jamais la condamnation !"



INTERMÈDE

Politique, Médecine, Statistique et Ineptie
ou
- les sept couleurs du vertige -

Jaune
la psychiatrie

Bleu
la statistique

Rouge
la politique

Vert

Violet

Orange

Gris

JAUNE

LA PSYCHIATRIE

Autrefois, inexplicable, la folie était vue comme une manifestation des dieux. Mais, ensuite, la société entendit se prémunir contre les désordres mentaux, qu'ils soient sans cause visible ou résultent, par exemple de l'alcoolisme et de l'intempérance. L'anomalie mentale ayant quelque paraître avec l'anomalie du corps, la médecine fut convoquée pour en traiter. Les aliénistes développèrent une compétence (au double sens du terme) pour s'occuper de ce qu'on appellerait désormais les malades mentaux : pour les soigner, peut-être, aussi pour dire s'il convenait de les enfermer. Depuis, toutefois, le champ s'est étendu aux troubles, au mal-être des sujets sans que l'ordre social y soit nécessairement impliqué.

C'est donc par analogie avec les concepts de la maladie somatique que cette discipline s'est développée : maladie, symptômes, diagnostic, nosographie, traitement, guérison,...

Or, si le corps est une mécanique bien complexe, dont nous sommes encore loin de connaître tous les ressorts, il semble que l'esprit est plus complexe encore. Pour l'un, même si de grandes plages d'ignorance subsistent, on identifie assez précisément l'organe malade (le foie, le cœur, l'œil,...), l'affection (rougeole, entorse, chorée,...), les symptômes qui en général la manifestent et les traitements qui, plus ou moins efficaces, la tempèrent ou en viennent à bout. Pour les maladies de l'âme, les choses sont plus problématiques.

Certes, on observe des comportements ou des plaintes et on dresse un catalogue des troubles. De même que pour les maladies somatiques, les psychiatres ont établi une nomenclature, plusieurs même, sur lesquelles ils s'opposent¹ : DSM, CIM, etc., qui visent à catégoriser raisonnablement le diagnostic. Sur cette base, on a un pronostic d'évolution : évolution incertaine, mais enfin quelque chose qui autorise une certaine conduite thérapeutique. Et, l'on a aussi des protocoles de traitement, médicamenteux, comportemental, analytique : controversés, incertains, mais qui doivent avoir un minimum d'efficacité puisqu'on y adhère².

Dans les revues, dans les amphes, dans les prétoires, les experts s'expriment : avec prudence, avec nuance, mais avec assurance aussi. Ils qualifient le trouble (schizophrénie, dépression,...) ils en exposent l'étiologie, la physiopathologie, les implications, et enfin donnent des avis sur ce qu'il y a lieu de craindre ou de faire. Le recours ainsi à la panoplie médicale confirme la représentation populaire : il s'agit d'une maladie et ça se soigne, même si la science n'a pas encore toutes les réponses. Et, l'adhésion à ce modèle rassure aussi les professionnels, confrontés qu'ils sont à l'insaisissabilité, souvent, de cette pathologie. Du coup, toute la société est tentée de transposer là ce qu'on attend et ce qu'on exige de la médecine ordinaire.

Or, à la différence de celle-ci, les concepts et catégories sont moins nets. Une catégorie diagnostique, l'entité pathologique qu'elle est censée cerner, ne conduisent pas de façon univoque à l'indication d'un traitement. Non seulement, la modalité de celui-ci n'est pas déterminée par le diagnostic, mais le besoin même de soin ne l'est pas toujours. Le schéma de la MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) : une pathologie $\Rightarrow$ un geste, ne s'applique pas. Autrement dit, l'homogénéité diagnostique de divers cas n'implique pas l'homogénéité clinique³. On ne saurait confondre entité pathologique, besoin de soin et modalité de soin. Si celle-ci s'exprime par un protocole, le diagnostic ne conditionne qu'assez partiellement le

¹ Controverse dans laquelle nous n'entrons pas ici. Les auteurs américains de la DSM III pensaient échapper à l'affrontement des écoles en le concevant comme « athéorique » : prétention elle-même contestée par une partie de la profession.

² « Puisque » est ici à double entente. D'un côté, on peut penser que l'adhésion repose sur une expérience : c'est la présomption d'une part de vérité. (Bien que l'on ait des exemples historiques d'adhésion controuvée par la suite : telle la mode des saignées au XVIII^e siècle...) De l'autre côté, l'adhésion en elle-même, dans un domaine où la subjectivité est prégnante, peut avoir une vertu performative : être par elle-même source d'efficacité.

³ C'est peut-être bien pour cela que la variance « expliquée » par le modèle statistique élaboré par la mission PMSI est si faible.

choix du protocole. Pis : le couple diagnostic + thérapeutique ne prédit pas l'évolution de la pathologie, ou alors avec une large plage d'indétermination.

De même que les mathématiciens savent parfois démontrer que quelque chose est indémontrable, de même, on peut s'expliquer que quelque chose ne soit pas explicable : c'est-à-dire échappe à nos tentatives d'en saisir les causes et les comportements. Dit de façon sommaire : lorsqu'on a affaire à un système complexe - c'est-à-dire constitué de beaucoup d'éléments liés par beaucoup d'interactions - le nombre et la variété des états possibles de ce système excède notre possibilité de les énumérer, ni même de les classer en quelques catégories raisonnablement homogènes et séparables. Et, les trajectoires par lesquelles ce système passe de l'un à l'autre de ces innombrables états sont elles-mêmes incroyablement variées : on ne peut non plus en dresser un catalogue, les ranger dans une classification, les ramener à quelques lois d'évolution.

Pour le corps, qui est très complexe, mais dont le fonctionnement repose néanmoins sur une chimie assez déterministe, les régulations, les homéostasies jugulent un peu la fluctuation et l'on a des catégorisations possibles et des enchaînements moyennement aléatoires. Pour les fluctuations de l'esprit, la complexité du système nerveux est largement supérieure à celle du soma et il est plus ouvert sur l'extérieur, tant par le contrecoup de ce qui affecte le corps que par les échanges symboliques dont est faite la vie sociale. De sorte que la maladie mentale n'est pas seulement une anomalie de fonctionnement interne ; elle est à la fois un trouble de la relation. S'ensuit notamment qu'une intervention thérapeutique s'accompagne inévitablement de la poursuite de ces interactions externes, autant que de la poursuite des élaborations internes. La faible maîtrise que l'on en a s'ajoute à l'incertitude étiologique et diagnostique pour rendre la cure incertaine. Et, dans cette incertitude, l'échelle du temps est souvent dilatée de façon tout aussi insaisissable.

Est-ce à dire que, dans cet océan d'incertitude, rien de sérieux ne peut être dit ni fait ? Sans doute pas. Il reste que l'on est loin d'une théorisation ferme et d'une maîtrise thérapeutique. On a des guides, on accompagne les évolutions par des décisions précaires, continues, intuitives. La cure n'est pas l'administration d'un remède que l'organisme exploite selon ses propres règles jusqu'à recouvrer un état réputé normal (guérison) ou acceptable (palliatif), mais une interaction interpersonnelle où l'être du thérapeute est engagé dans la durée. On ne saurait évaluer une thérapeutique sans y englober celui-ci : ce qui veut dire qu'il n'y a pas non plus de nomenclature (objective) de traitements.

La notion même de maladie demande à être questionnée. L'état, le comportement, la plainte même du sujet sont des réponses, des réactions aux circonstances internes et externes. Comme telles, elles traduisent peut-être un optimum, non pas dans l'absolu, mais compte tenu de ces contraintes. La "maladie" est alors un aménagement, le meilleur aménagement ici et maintenant. "Soigner", "guérir" est alors rechercher un autre aménagement, en déplaçant certaines des conditions que le monde et lui-même font au sujet. C'est changer le référentiel, par étapes, par tâtonnements. Mais : en vue de quoi ce changement ? Quels critères orientent cette recherche ? Le bien-être du sujet ? l'élimination des périls pour lui-même et pour autrui ? une normalité sociale ? l'idéal propre au thérapeute ? ...

L'impossibilité, donc, de construire un modèle simple¹, la nécessité cependant de s'en donner, au moins approximatifs, au moins provisoires, afin d'avoir une compréhension minimale qui donne prise à une conduite (entre appréhension et compréhension, une préhension) débouchent sur de telles constructions, mais où les positions professionnelles sont hétérogènes : selon les expériences, les écoles,... Et, cette controverse, dont la vertu est de garder à la pratique sa plasticité, contribue à obscurcir et le phénomène et l'intervention.

"Il est donc conforme à l'expérience d'affirmer que le jaune donne tout à fait une impression de chaleur et de bien-être. Ce pourquoi aussi, en peinture, il apparaît du côté éclairé et actif."

¹ Le modèle du psychiatre n'est pas le modèle du statisticien, dont on parle par ailleurs. La clinique résultant de la tension entre la généralité théorique du modèle et la singularité du cas.

...
Cette couleur est, dans sa pureté et à l'état clair, agréable et égayante ; dans toute sa force elle a quelque chose d'enjoué et de noble ; par contre, elle est sensible à l'extrême et fait une impression très désagréable lorsqu'elle est salie ou incline quelque peu vers le Moins. Ainsi la couleur du soufre, qui tend vers le vert, a-t-elle quelque chose de désagréable."

(J.W. GÖTTE, *Zur Farbenlehre*)

BLEU

LA STATISTIQUE

La statistique est la science du nombreux. Non pas, comme on le croit souvent, une science du nombre. Elle n'est pas seule à s'exprimer en nombres ; et, elle ne s'exprime pas qu'en nombres : elle construit des catégories (typologies), elle met en évidence des corrélations, répond par oui ou non à diverses questions (tests), etc. Mais elle parle en termes simplifiés, synthétiques, d'une pluralité d'objets. Étymologiquement, science de l'état, elle décrivait une société d'hommes ; de là, on en a étendu les techniques à toute collection d'objets.

Elle parle d'une collectivité. Soit elle dénombre les membres de ce collectif qui ont un trait commun (sur ce territoire, tant de personnes ont 25 ans), soit elle donne de ce collectif une caractéristique (moyenne, proportion, inégalité) qui n'appartient en propre à aucun d'eux. Dans cet énoncé qui porte sur le collectif, les personnalités disparaissent : pour la statistique, les individus sont impersonnels, équivalents. À un moment ou un autre, la statistique opère ainsi, sur la population d'intérêt, une mise en équivalence. C'est pourquoi elle sera grande consommatrice (ou, productrice) de nomenclatures, de catégories.

Mais, si la statistique a besoin de mettre les individus en paquets, elle ne dispose pas pour autant du pouvoir de dire quels paquets ont un sens. Sommé de dénombrer les chômeurs ou les cyclistes, ou encore d'analyser la composition par métiers d'un ensemble d'ouvriers, le statisticien commence par demander ce qu'est un chômeur, un cycliste, un métier, un ouvrier. Il ne peut le déterminer par lui-même ; toutefois, comme il a aussi besoin que la définition soit précise pour être opératoire, il aura une exigence envers son informateur et, en pratique, tous deux collaboreront pour établir ces définitions. De sorte que le sous-produit premier de la statistique est de fixer le sens des mots. Elle met en circulation à la fois un vocabulaire et la mesure des faits correspondants. Elle est source de langage social.

Elle offre aux acteurs dans la société un langage commun : des mots, des concepts, des faits. Comme tout langage, ceci présente les avantages et les inconvénients d'une norme. Avantages, car cela permet de se parler, de se comprendre, de partager des jugements. Inconvénients, car le résumé écrase la diversité : il porte à méconnaître les faits minoritaires, à attribuer aux moyennes une valeur de normalité. Ce, encore que la statistique puisse au contraire, différemment construite, mettre en évidence la minorité ou rendre compte des écarts à la moyenne : mais il faut pour cela l'avoir orientée de façon appropriée, ne pas perdre en route de vue ce qu'on avait décidé de mettre en lumière et, *a contrario*, ce qu'on avait décidé d'ignorer. Ce qui veut dire encore que la statistique est une aide à la pensée, mais ne dispense pas de penser. Une voiture vous aide à vous déplacer : encore faut-il que vous usiez des pédales et du volant à bon escient.

Simplifiant une réalité composite que la raison ne saurait embrasser, la statistique offre des résumés simples (dénombrement, proportion, moyenne, indice d'évolution,...) et d'autres moins simples mais encore saisissables : des modèles. *Un modèle* retient un nombre limité de caractéristiques ou "variables", liées par un nombre limité de relations logiques ou algébriques. Les valeurs particulières prises par ces variables pour chaque individu

n'obéissent pas nécessairement aux relations du modèle ; mais le modèle est considéré comme acceptable et utile si elles ne s'écartent pas trop ou pas trop souvent de ce que le modèle assigne. On peut ainsi, entre plusieurs modèles choisir celui qui est le plus proche de l'ensemble des observations.

Noter que ledit modèle doit être établi sur la base de l'activité observée et non pas à partir d'une norme théorique (que l'on établirait, par exemple, à dire d'experts ou de toute autre manière). Le modèle, par construction, tend donc à légitimer ce qui se fait.

Dans un modèle statistique, on distingue en général deux types de variables : les unes, auxquelles on porte intérêt pour les buts poursuivis, sont dites "expliquées" et les autres "explicatives". Voulant dire que les variations des unes apparaissent liées à celles des autres : de sorte que, lorsqu'on connaît les variables "explicatives", on s'attend à quelque chose pour les variables "expliquées", on s'explique au moins en partie ce que l'on trouve. Ce vocabulaire est traditionnel, mais cependant un peu malencontreux. "*Explicatif*" suggère en effet une relation causale : les variables dites explicatives étant données, cela provoquerait quelque chose (pas nécessairement rigoureusement déterminé, mais un peu cadré néanmoins) pour les variables dites expliquées. Cela entraîne souvent des interprétations fausses ou du moins infondées (« c'est parce que ceci est arrivé, que cela s'est produit »)¹. Les statisticiens ont beau mettre en garde, disant qu'une corrélation n'est pas une causalité, rien n'y fait.

De ce point de vue, la commande d'un modèle prédictif des dépenses, faite par le PMSI à la statistique, semble correcte : on n'a pas à s'interroger sur l'existence et le sens d'éventuels enchaînements ; le constat d'un type de clientèle permet d'augurer une consommation de moyens et c'est tout ce qu'on souhaite.

Reste à trouver le bon modèle pour le PMSI. On dispose a priori de diverses variables candidates à être « explicatives » du coût (qui sera la variable expliquée). Mais leurs combinaisons sont innombrables : pour que le modèle soit commode, on les utilisera pour définir un nombre limité de catégories de patients, à chacune desquelles sera attribué un coût standard (les « points ISA »). Or, il y a une quasi-infinité façon de combiner ces variables pour constituer plus ou moins de groupes plus ou moins vastes et plus ou moins homogènes. C'est précisément des groupes aussi homogènes que possible, que l'on souhaite constituer. Car, plus ils sont homogènes, quant au coût (plus par contre-coup les différences entre eux sont fortes) et plus l'appartenance à un groupe détermine plus sûrement le coût. Or, il suffit de démultiplier les groupes, de les éclater de plus en plus finement, pour en augmenter l'homogénéité. À la limite, lorsque chaque patient ferait un groupe à lui tout seul, tous ces groupes seraient parfaitement homogènes ! Mais ce serait sans intérêt car, pour une prévision, il faut que les groupes soient permanents, donc que d'autres patients puissent venir s'y ranger. Il y a donc un arbitrage à trouver entre un petit nombre de groupes, qui rend le modèle maniable, et un nombre suffisant pour assurer qu'ils soient suffisamment homogènes.

La technique - dite de classification automatique - revient à déterminer, entre les myriades de découpages possibles celui qui donne le meilleur rapport simplicité/homogénéité. Dans cette quête, on s'attend à ce que certaines des variables envisagées initialement se révèlent en fait peu « explicatives » et soient éliminées. Les groupes constitués (les GHM ou GHJ) seront le résultat du calcul. Le meilleur modèle sera celui qui maximise la part « expliquée » de la variabilité interindividuelle totale des coûts. On verra ailleurs dans ce document que ce maximum reste modeste, ne révélant qu'une corrélation fort lâche, de 22 %, avec les variables descriptives des patients et de leur pathologie. Les « groupes homogènes » ne le sont pas beaucoup. Le meilleur modèle serait seulement le moins mauvais.

¹ Si les variations de B apparaissent liées à celles de A, nous ne savons pas si A a entraîné B, mais nous pouvons dire que, si nous savons que A s'est produit, alors nous pouvons nous attendre à ce que B se soit produit aussi (du moins assez souvent ou approximativement). « *Prédictif* » est à cet égard un peu moins fâcheux. Mais, cette prédiction de B, connaissant A, n'impose pas que A soit la cause de B plutôt que l'inverse, ni du reste n'exclut que A comme B, sans lien direct entre eux, soient tous deux la conséquence d'un troisième facteur (C) inconnu. Certains, notamment anglo-saxons, disent « variables dépendantes » et « indépendantes ». C'est peut-être encore pis. Cela suggère que les premières seraient causées par les secondes (sous leur dépendance) ; et on se demande à l'égard de quoi ou de qui celles-ci sont « indépendantes »...

Cela étant, pour être prédictif, quant au futur, le modèle doit traduire une stabilité des choses. La classification établie pour le PMSI l'a été sur les données de quatre semaines : rien ne garantit que, un an ou deux plus tard, on trouverait les mêmes groupes.

On revient plus loin sur la genèse et l'utilisation de ce calcul ; mais ce qu'il faut voir, c'est qu'un calcul aboutit toujours à un résultat. Quelles que soient les données mises dans la machine, l'algorithme se déroule et l'on a quelque chose à la sortie. On vous a demandé un chiffre ; vous livrez un chiffre. À cette nuance près que, ici, on a aussi un second chiffre, qui mesure la qualité du premier. Et, sur cette qualité aussi, on devra revenir.

"Comme nous suivons volontiers un objet agréable qui fuit devant nous, nous regardons volontiers le bleu, non parce qu'il se hâte vers nous, mais parce qu'il nous attire.

Le bleu nous donne une impression de fraîcheur, et aussi nous rappelle l'ombre. Nous savons qu'il est dérivé du noir.

Des chambres tapissées uniquement de bleu paraissent dans une certaine mesure grandes, mais en fait vides et froides.

Un verre bleu fait voir les objets dans une lumière triste."

(J.W. GOETHE, Zur Farbenlehre)

ROUGE LA POLITIQUE

Parce que les troubles mentaux ont de tout temps interpellé les sociétés, parce que dans nos sociétés modernes l'État organise un système de santé, parce que la santé mentale est depuis plus d'un siècle l'objet d'une politique publique, les soins de psychiatrie relèvent largement de l'action publique, de la gestion de la cité.

L'État pourvoit donc à la formation d'infirmiers, éducateurs et médecins. Il établit des hôpitaux, en règle le fonctionnement et en assure le financement. Qu'une partie des coûts puisse le cas échéant être mise à la charge des intéressés ou d'un système d'assurances, notamment de la Sécurité Sociale, ne change pas substantiellement l'abord budgétaire : dussent-elles être récupérées ensuite, les dépenses d'investissement comme de fonctionnement ont à être prévues.

L'aspect financier n'est pas le seul. Parce qu'il paye, l'État demande légitimement compte de l'emploi des deniers publics. Mais, parce qu'il décide de l'existence et de la vocation d'un système de soins, l'État légitimement demande à vérifier que les buts en sont atteints.

Deux paradigmes sont affirmés pour juger du système de soins, comme de tout programme public (enseignement, défense, transports) :

- celui de la dépense. On la veut efficace. En pratique, on s'attache à la réduire. En principe, l'efficacité ne suppose pas cette réduction systématique : elle met en rapport la dépense et ce qui est produit. Réduire la dépense ne risque-t-il pas de compromettre la production ? Mais, la posture des autorités étatiques - de la direction du budget et, par contrecoup, du ministère de la Santé - est de peser à la baisse. Elles savent ce qu'est une dépense ; comment sauraient-elles ce qu'est une bonne thérapeutique ? Le soin de maximiser l'utilité de la dépense est laissé aux professionnels et au système de soins. On escompte que, soumis à l'austérité, ils tireront le meilleur parti de l'argent alloué ; ou que, si l'efficacité commande un surcroît de dépense, ils sauront s'en faire les avocats. Sans doute on encourt là le risque que le plaidoyer ne soit pas seulement inspiré par l'intérêt de la population, mais aussi par des ambitions corporatistes. Ce risque, en retour, justifie la posture restrictive et suspicieuse des autorités budgétaires. Laquelle développe chez ses interlocuteurs une

propension à « forcer la note » ; etc. Et, l'on espère que l'équilibre du rapport de forces s'établira au mieux de l'intérêt public ou de celui des patients... ;

- celui de l'égalité d'accès des citoyens aux services publics. Ceci suppose que la charge des soins soit assurée, pour les patients qui ne peuvent l'assumer ; mais, suppose aussi un équipement (territorial) équitable eu égard à la répartition et aux besoins présumés de la population. C'est là un critère distributif, à la différence du précédent. Alors que la restriction peut se jouer dans un marchandage, une juste répartition appelle des chiffrages, donc des indicateurs statistiques. Sauf à se borner à une simple « capitation » : au prorata de la population.

Curieusement, du moins dans le cas qui nous occupe ici, un troisième paradigme n'est pas évoqué : celui de l'intérêt public. (Dont les critères ne seraient du reste pas aisés à établir.)

Le projet était initialement porté par la direction générale de la santé et par la direction des hôpitaux. La première s'en est en fait progressivement retirée. Ceci a dû contribuer à l'évolution des objectifs.

Nous touchons là ce fait que les structures de l'État (de la République « une et indivisible ») ont chacune des objectifs et des stratégies distincts. L'État est en cela à l'image de la société tout entière, divisée qu'elle est en catégories diverses (organisations, professions, classes sociales, etc.) chacune mue par ses intérêts. La vie sociale et économique est ainsi faite d'interactions, souvent constructives, souvent conflictuelles, où le rôle de l'État est précisément de mettre un peu d'ordre. Entre une « demande sociale » multiple, donc pas forcément cohérente, de surcroît mouvante, et l'offre intéressée des producteurs de biens ou de services onéreux ou gratuits, il est censé rechercher l'intérêt général, l'équilibre de compromis acceptables. Et, parmi les tensions et les tentations entre lesquelles arbitrer, il doit compter celles de ses propres services ; tout comme les dissensions et les clientélismes des élus du peuple.

Pour mettre un peu d'ordre dans cet entrelacs, on se réfère à quelques principes moraux, juridiques ou pragmatiques. Mais la complexité est telle qu'on ne saurait la ramener à un ordonnancement paisible. Qui disait que la politique est l'art de donner des solutions provisoires à des problèmes insolubles ?

Dans cette affaire du PMSI psy, les corporations en présence sont mues par des ambitions disparates. Des objectifs divers ont pu être caressés, pas toujours exprimés, pas toujours reconnus, qui ont un temps sous-tendu les solutions recherchées avant d'être supplantés par d'autres. Tandis que, le besoin d'une règle pour allouer les subsides est bien réel et pressant. Il a relégué les autres finalités.

Or, tant qu'un fondement réputé scientifique ne prévaut pas, toute règle d'attribution est acceptable... dès lors qu'elle est acceptée par les parties en présence. Opératoire de fait, elle justifie *post-hoc* le critère ou le procédé. Sa pertinence n'est pas d'ordre objectif, mais de l'ordre du consensus. La fonction d'une telle règle est d'obtenir une allocation qui ne soit pas efficacement contestée. À la limite, on prendrait n'importe quoi (capitation, tirage au sort, ancienneté du chef de service,...) : dès lors que l'on serait d'accord, la nécessaire fonction de répartir serait assumée.

Dans cette perspective pèse aussi la considération que, au moins vu du ministère, il faut à toute dépense un facteur limitant. Au pire, le PMSI n'aurait-il aucun lien avec une prétendue réalité, mais pour caractéristique essentielle d'engendrer beaucoup de formalités, de mobiliser des avis d'experts, d'avoir un coût pour fonctionner et donc plus encore pour être contesté, cela seul suffirait pour qu'il fasse son office.

"L'effet de cette couleur est unique comme l'est sa nature. Elle donne une impression de gravité et de dignité aussi bien que de bienveillance et de grâce. La première lui est propre lorsqu'elle est concentrée et sombre, la seconde lorsqu'elle est diluée et claire. Ainsi la dignité de l'âge et la gentillesse de la jeunesse peuvent-elles s'habiller de la même couleur."

L'histoire nous rapporte bien des choses sur la convoitise que les régents nourrissaient envers le pourpre. Un environnement de cette couleur est toujours solennel et somptueux."

(J.W. GOETHE, *Zur Farbenlehre*)

VERT

STATISTIQUE ET PSYCHIATRIE

Dans cette rencontre, la statistique apporte la méthode, mais la psychiatrie est gardienne de l'objet.

La psychiatrie n'est pas par principe hostile à la quantification, si l'on se souvient qu'elle a démarré avec des nombres. Aussi, ce qui fait scandale pour elle, ici, n'est pas le principe d'évaluation quantitative, mais la convention de mise en équivalence envisagée.

Dans la complexité qui a été décrite, les histoires individuelles sont uniques, irréductibles. Les mettre en catégories fait horreur. Ce, quand bien même la psychiatrie invoque des catégories diagnostiques. Car, elle sait que celles-ci n'ont qu'un lien lâche avec la conduite thérapeutique et avec ses effets. Or, c'est bien de ceci qu'il semble s'agir : enserrer dans des déterminismes ce qui y semble irréductible. Ou, du moins, qui est déterminant de façon si ténue qu'on refuse de se laisser juger là-dessus.

Du reste, cette histoire des sujets est longue, autant que leur vie peut-être. Ce qu'on en saisit, durant un épisode hospitalier laisse de côté une part significative. L'épisode hospitalier, lui-même, n'est pas fermé. Il faudrait embrasser l'ambulatoire. Mais, la modélisation proposée pour le PMSI s'en tient précisément à l'hospitalisation. C'est là amputer le sujet des soins ; et, donc, l'objet de l'analyse statistique.

Sans doute, ce premier exercice fait pour l'hospitalisation « temps plein » est complété pour l'hospitalisation de jour et l'ambulatoire (avec moins de raffinement statistique). Mais, même ainsi : ces trois modalités sont traitées isolément. Sans égard au fait que certains patients passent de l'une à l'autre ; ni, à l'éventualité qu'on optimise la cure en reportant certaines prises en charge de l'une à l'autre.

Sans doute aussi a-t-on dès le départ envisagé de regarder la trajectoire des patients. Un deuxième groupe de travail a été réuni. Il n'a toutefois pas (encore) abouti.

De plus, pour l'hospitalisation temps plein, l'inégalité considérable des durées de séjour va conduire à normer le recueil : l'unité statistique choisie n'est pas même le séjour ; c'est la semaine de séjour. Autrement dit, un séjour de six mois va engendrer, dans la base de données, 26 unités statistiques distinctes, traitées séparément dans les calculs.

La notion cardinale du PMSI en MCO est le groupe homogène de malades (GHM), c'est-à-dire un groupe homogène de pathologies, lui-même très lié à un groupe homogène de thérapies. Ici, rien de tel : non seulement un GHM ne renvoie pas à un groupe de thérapies, mais on a en fait, par découpage, des groupes homogènes de semaines-patient.

Naïvement, on penserait que ce que coûte un patient dépend d'abord de sa durée de séjour. Que celle-ci dépende du diagnostic et des caractéristiques du patient est une idée assez naturelle, quoiqu'il ne soit pas sûr qu'il en aille ainsi. Si elle n'en dépend pas, on renonce à savoir ce qui commande ce facteur déterminant du coût. Et, si elle en dépend, en tronçonnant on se prive de la prendre en compte. À quelques modulations près, ne revient-on pas implicitement à calculer (et allouer) un « prix de journée » ? Si cela est, on pouvait revenir à cet ancien système plus simplement...

Si, pour le médecin, ce tronçonnage est une perte de sens, pour le statisticien, il se traduit par des « grappes », faites d'unités statistiques très corrélées entre elles puisqu'elles

sont relatives à un même individu¹. Rien ne nous dit si cette corrélation a été prise en compte dans l'analyse de variance : était-ce bien 22% de variance expliquée qu'il fallait trouver ?

En revanche, une autre objection est moins valide : les variables retenues dans le modèle n'auraient pas de pertinence clinique. Or, coter quelque chose qui ne serait pas significatif du point de vue médical laisse possible néanmoins un lien de fait entre les caractéristiques du patient et ce qu'il coûte. De ce point de vue utilitaire, les objections du clinicien ne sont pas décisives. (Les écarter ne signifie pas pour autant que la liaison statistique en cause est acquise *ipso facto*.)

Cela étant, l'étape suivante de la démarche consiste à attribuer un coût standard aux divers GHM ou GHJ, sous forme de points ISA. On revient plus loin sur les doutes qu'on peut avoir quant à la pertinence du modèle statistique à l'égard des objectifs assignés.

Dans ces conditions, qu'est-ce qui peut bien motiver l'entrée des données démographiques et cliniques dans un modèle prédictif des dépenses ?

Deux arguments sont donnés en faveur de l'acceptation, deux arguments d'ordre plutôt sociologique, ce qui n'ôte rien à leur intérêt. L'un est que l'existence des chiffrages en question aurait une vertu d'apaisement : entre services, entre hôpitaux et avec la tutelle. L'autre est que l'adoption de ce langage de forme objective signe l'inscription sociale de la discipline et de l'activité psychiatrique.

En revanche, certains professionnels redoutent un effet pervers : quelque efficace et juste que le dispositif puisse être (n'eût-il aucune signification, pertinence ou utilité clinique) quant à l'allocation des ressources et la bonne administration de la médecine, il est à craindre que sa présence, les enjeux présentés, mais peut-être simplement les modes d'enregistrement des données (les catégories mobilisées pour ce faire et les nombres qui s'ensuivent) induisent un changement des pratiques. Ce serait là introduire dans une pratique déjà bien incertaine une perturbation étrangère à sa finalité.

"Sans doute est-il indiqué ici de parler du vert en général. Il apparaît à nos yeux au sens atomistique éminemment et en outre parfaitement pur lorsqu'on combine le jaune et le bleu ; et déjà un jaune sali, impur, nous donne à lui seul l'impression du vert. Le jaune et le noir ensemble donnent déjà le vert ; mais ce phénomène se déduit aussi du fait que le noir est apparenté au bleu...Et de même un bleu imparfait est perçu vert..."

De tout ce qui précède, il semble découler qu'il existe une certaine faille entre le jaune et le bleu, faille qui peut être supprimée toutefois atomiquement par interférence et mélange, donnant alors le vert ; mais en fait, seul le rouge assure la médiation véritable entre le jaune et le bleu."

(J.W. GOETHE, Zur Farbenlehre)

VIOLET

POLITIQUE ET STATISTIQUE

Dans le millénaire colloque entre l'autorité du prince (déontique) et l'autorité des faits (épistémique), la statistique est ici porteuse du message et de l'image de la science. Or, le succès considérable de la science moderne lui a donné un poids non seulement pour comprendre et gouverner le monde physique, mais pour comprendre et diriger le monde des hommes. Le politique lui est donc tenu à révérence. Encore qu'il supporte mal sa perte

¹ Cette corrélation pouvant du reste être positive ou négative.

d'autonomie. Et que, du reste, il n'y aurait aucune légitimité à substituer les décrets de la science à ceux de l'État.

Mais, une gestion « mathématique » de la cité donne une image de modernité. Le prestige et l'autorité du gouvernement s'en trouvent renforcés. Le développement d'indicateurs justifie la politique. Des indicateurs non pertinents, pourvu qu'on ne le sache pas trop, permettent également cette justification. D'où, au pire, les tentations de manipulation ; et, au mieux, l'indifférence du politique à la pertinence des indicateurs. Ceux-ci ne l'intéressent que pour la fonction qu'ils remplissent et qu'il a, lui, à remplir : cette fonction ne comporte pas de s'interroger sur la nature du monde ; elle ne comporte pas de cultiver le doute comme vertu cardinale.

Constitutivement, la statistique parle du politique. Les statisticiens ne le savent pas tous. Et, elle s'adresse au politique. Elle a pour lui une fonction de miroir. Or, le politique est paranoïaque, qui récuse le miroir. Les statisticiens ne réfléchissent pas toujours.

Cela dit, le discours politique est parfois prudent et, dans notre affaire de PMSI, il semble l'être de plus en plus. Car il sait que ce qu'il réclame de la science peut à tout moment être scientifiquement réfuté. L'image de modernité, de rationalité, est une arme qui, comme toute arme engendre ses surenchères.

D'un autre côté, tant du point de vue de la société que des dirigeants, le traitement rigoureux (statistique) des données donne corps aux représentations qu'il produit ou qu'il étiaie. Il permet d'enserrer la question. Ou, il donne l'impression de l'enserrer. Là où la démarche scientifique est une inquiétude perpétuellement vigilante envers des résultats toujours pris pour provisoires, le sentiment populaire au contraire évolue vers la certitude et la confirmation. Le résultat produit par la science induit à persévérer.

Tout chiffre est un outil de dialogue. Il est fascinant de voir combien un énoncé illisible, qui prétend éclairer, est instrumentalisé. Il s'établit une sorte de compromis social : on réclame un chiffrage, on n'y parvient pas, on peine, on a quelque chose que l'on critique ; mais on dit « ça avance ! » Par delà ce qu'il peut dire, l'énoncé échangé - surtout s'il est investi d'un fort pouvoir symbolique, comme l'est le nombre aujourd'hui - joue pour l'ordre social un rôle somme toute assez comparable à celui de la parole (y compris du délire) pour l'ordre mental du sujet.

Le nombre, le modèle mathématique, le PMSI pour ce qui nous occupe ici, a ainsi une vertu fétiche. C'est un voile, qui préserve d'une réalité indéchiffrable : en la chiffrant, ce n'est pas qu'il la déchiffre, mais elle cesse d'être ressentie comme indéchiffrable. Quoique : le fétichisme d'un indicateur simple peut se voir cassé par un surcroît de chiffres, qui rompt l'unité explicative, ouvre à nouveau le vertige des possibles et des obscurs. Le chiffrage serait ainsi, potentiellement, son propre antidote.

Dans le cas du PMSI, d'abord en MCO puis en psychiatrie, on a demandé à la statistique de fournir *un modèle prédictif des ressources nécessaires à l'activité*. L'association escomptée entre le type de clientèle et les ressources nécessaires sera d'autant plus pertinente qu'elle sera apparue étroite et stable. Or, on peut avoir trois inquiétudes :

- les groupes réputés homogènes et explicatifs ont été établis au vu des données d'une époque. Rien ne garantit qu'ils soient stables dans le temps, qu'ils restent les meilleurs possibles et gardent le même pouvoir explicatif. Seuls seront actualisés (par le « recueil de routine ») les coefficients ISA qui leur seront attribués ;

- le modèle obtenu rend compte de 22 % de la variabilité totale des coûts directs. Autrement dit, 78 % de leur variation échappe à la « prédiction » du modèle, est liée à autre chose (si même elle est liée à quoi que ce soit). Mais on ne nous dit pas non plus ce que cette variation (dont un petit quart est « expliquée ») représente par rapport au coût direct lui-même. Par exemple, si celui-ci varie de 100 à 110, on a expliqué 22 % de 10, qui est minime par rapport à 100 (*a fortiori* par rapport à un coût total 5 fois supérieur) : au point qu'on ne voit pas bien l'intérêt du modèle par rapport à l'adoption d'un chiffre uniforme (105 par exemple). Si au contraire le coût direct pouvait aller de 10 à 1 000, là il serait intéressant d'avoir un modèle qui rende compte de la variation : mais le meilleur modèle ne rend compte que d'une modeste part... ;

- il s'agit d'allouer les ressources : ensemble coûts directs et coûts de structure. Or, pour déterminer ces fameux groupes homogènes, il fallait relier les ressources utilisées aux caractéristiques des patients : seuls les actes directs ont été pris en compte. Les coûts de structure échappent donc à l'analyse. Si l'on se propose d'allouer les budgets hospitaliers, il faut donc imputer les coûts indirects aux séquences de soin. Va-t-on asseoir le tout sur une partie fort réduite (15 à 20 % nous dit-on) ? Le faire au prorata¹ de ce que donne le modèle reviendrait à postuler une proportionnalité des coûts indirects. Cette hypothèse semble lourde. À la date où nous écrivons, alors que, dans les plans du ministère, le recueil « de routine » aurait déjà dû être lancé, on ne sait pas encore comment ce point sera réglé. Qu'on ait du mal à s'accorder sur la façon de faire dénote que la solution reposera sur une large part de convention ou d'arbitraire. À 20% de la dépense totale, qui est mollement corrélée aux variables « explicatives » s'ajoutera donc 80% réparti de façon forfaitaire. On ne saura pas trop l'impact que cette convention aura sur le résultat. Ou, si on cherche à le savoir, par exemple en faisant plusieurs variantes, il y fort à craindre que la solution choisie le sera plus pour ses effets que pour ses vertus réputées objectives !

Au total, pense-t-on que le modèle aura serré utilement la réalité ?

Quoi qu'il en soit, tant que l'apparence tient, l'existence du modèle a une vertu normative. Elle comble un vide : celui de l'absence de consensus entre les praticiens sur ce qui constituerait les « bonnes pratiques psychiatriques », celui de l'absence pour l'administrateur des critères d'une bonne allocation.

"Le bleu s'intensifie doucement en direction du rouge, et prend par là un caractère d'efficacité, bien qu'il se trouve du côté passif. Mais son charme est de toute autre nature que celui du jaune-rouge. Il anime moins qu'il n'inquiète. L'intensification elle-même ne peut être freinée, et de même on souhaite continuer à cheminer avec cette couleur, non pas pour avancer activement, mais pour trouver un point où l'on puisse se reposer.

...

Cette inquiétude augmente quand l'intensification progresse, et l'on peut bien affirmer qu'un papier de tenture d'un rouge-bleu saturé tout à fait pur serait en quelque sorte une présence insupportable...

...

Le fait que le haut clergé se soit attribué cette couleur inquiète permet sans doute de dire que, sur les degrés mouvants d'une ascension toujours progressante, il aspire irrésistiblement à la pourpre cardinalice."

(J.W. GOETHE, *Zur Farbenlehre*)

ORANGE

PSYCHIATRIE ET POLITIQUE

Historiquement, la psychiatrie a eu de la puissance publique le mandat de gérer les fous. Puis, plus large, on est passé à la gestion de la déviance. L'homme est un animal social : la normalité mentale de l'homme social n'est jamais loin de la normalité sociale.

Ou alors, plus tard, on a regardé la psychiatrie comme un service public : offert aux particuliers pour traiter leur mal-être. De même, l'État offre des routes, l'adduction de l'eau ou des musées. Il doit alors veiller à la qualité de ce service.

¹ Un tel prorata brutal n'est certes pas annoncé par le ministère. On voit mal toutefois comment l'exercice entrepris interviendra, autrement que par une proportionnalité au résultat. Et, s'il doit être complété ou tempéré par d'autres éléments, rien n'est annoncé à leur égard.

Dans le premier cas, la psychiatrie est l'outil de la régulation étatique, dans le second, elle est l'objet de cette régulation. Dans les deux cas, elle dépend du politique. Mais, dans le second, qui est plutôt la conception présente, c'est elle qui est garante des objectifs. L'État les valide par avance, sans pouvoir les assigner par lui-même, sans pouvoir en juger¹.

Or, c'est cette incapacité qui va nouer le problème. Existentiellement dépendante de l'État, la psychiatrie en est essentiellement autonome. L'État lui donne les moyens et même la mission de pourvoir à ce qui lui échappe. Et, il doit contrôler l'accomplissement de cette mission dont la fin est insaisissable. À l'administrateur, l'insaisissable fait horreur.

Mais, précisément, l'État renvoie à la psychiatrie les problèmes de la société qu'il ne sait résoudre. (Ce qui veut dire qu'il attend d'elle de plus en plus !) Il ne peut donc éluder de lui donner un mandat qu'il ne sait contrôler ; puisque le mandat est justement de faire quelque chose avec ce dont on ne sait quoi faire.

Les professionnels sont pris dans la réfraction de cette contradiction de leur mandant. Ils se demandent : pourquoi le ministère nous talonne-t-il ? A-t-il même un objectif ? Alors, ils cherchent ailleurs la justification de leur mandat. Leurs référents respectifs, qui sont divers, reflètent la place à eux assignée par le corps social. Armée de cette légitimation et face aux injonctions de l'État, la profession se dit : pour survivre, il faut plier, se plier à un formalisme dont on ne voit pas le sens et dont on reconnaît la finalité, lors même qu'on y discerne des finalités contradictoires.

La locution « médicalisation des systèmes d'information » peut surprendre. Il ne s'agit pas d'asseoir l'organisation médicale sur une information (on dirait : information des systèmes médicaux). L'administration hospitalière repose déjà sur un traitement d'informations ; mais, celle-ci fait assez peu référence aux caractéristiques démographiques et sanitaires des patients : il s'agirait donc bien d'introduire cette dimension médicale dans le système d'information. Un objectif pouvait être de donner aux hôpitaux le moyen d'analyser leur propre activité. En cours de route, on a basculé dans une optique d'allocation budgétaire. Sans qu'on soit du reste assuré que les indicateurs imaginés pour la première finalité restaient pertinents pour la seconde.

Les motifs de cette évolution ne sont guère explicites. Le retrait de la DGS a pu jouer (mais par quoi celui-ci était-il motivé ?). Peut-être la technicité, l'opacité du système proposé par la Mission PMSI ne facilitaient-elles pas que les responsables d'hôpitaux (administratifs ou médicaux) s'en saisissent pour leur propre évaluation ; peut-être les professionnels ont-ils éprouvé un doute rédhibitoire quant à la prétention de "prédire" les ressources à partir des caractéristiques de la population accueillie ? Le PMSI en psychiatrie se présente comme une extension de celui mis en place pour la MCO, qui est supposé satisfaisant. On conçoit que ce secteur soit un peu plus difficile à englober, d'où des études préalables et des groupes de travail ; mais avec des efforts on devrait y parvenir...

Très tôt les experts ont eu l'idée que le PMSI ne pouvait être, en psychiatrie, comme en MCO. Certains se disaient : ça ne se fera pas ; d'autres : ça n'aura de PMSI que le nom. La rationalité bureaucratique ne peut s'attaquer à ce qui renvoie à une indétermination foncière.

Mais on disait aussi : pour le financement, il n'est pas nécessaire de prendre en compte les choix thérapeutiques. Une heure vaut une heure : si vous dites qu'il faut une heure de traitement, nous paierons une heure. Mais, quelle assurance aura-t-on qu'il faut vraiment une heure ? L'argument pour accroître les moyens vient-il de l'augmentation du nombre (de patients, d'actes) ? Mais, l'augmentation du nombre ne peut-il venir de celle de l'offre ? Ou, se fondera-t-on sur l'évolution des divers types de patients, de pathologies, due à l'évolution de la société, de ses exigences, de ses conflits, des sinistres sociaux peut-être induits par la politique même ? Ou bien, craindra-t-on que cet argument, d'une évolution qualitative, non mesurable, soit dévoyé pour justifier une évolution quantitative des ressources ?

Il fallait objectiver : on a convoqué la science, la statistique.

¹ La psychiatrie n'est pas le seul secteur où cette disjonction s'observe entre le payeur et le prescripteur ou évaluateur. C'est le cas aussi pour la médecine somatique, pour la recherche scientifique, etc.

"Le jaune pur passe très facilement au jaune rouge ; de même l'intensification de ce dernier vers le rouge-jaune ne peut être freinée. Le sentiment d'agréable enjouement que nous donne encore le jaune-rouge s'aiguise jusqu'à une impression insupportable de violence dans le rouge-jaune intense. Le côté actif est ici dans son énergie la plus intense, et il n'est pas surprenant que les gens vigoureux, bien portants et frustes trouvent un agrément particulier à voir cette couleur. On a nettement remarqué que les peuplades sauvages ont un penchant pour elle."

(J.W. GOETHE, *Zur Farbenlehre*)

GRIS

L'État organise les soins psychiatriques. Il paie ; il est tenté de restreindre, mais d'abord, il doit répartir. Il doit et il veut contrôler. Or, il n'a aucune mesure du besoin ni du résultat de l'intervention qu'il commande : car il n'en est aucune mesure possible. Force lui est de s'en remettre peu ou prou à ceux qu'il s'agit de soutenir et contrôler.

La psychiatrie n'a guère davantage la mesure de ce qu'elle doit faire ni la maîtrise de ce qu'elle produit. Au contact de ce qu'elle traite, elle est cependant le mieux à même d'en avoir une appréciation. Mais, elle est juge et partie, donc suspecte. Et, en son sein, les appréciations, les doctrines, les méthodes font l'objet de controverses. De là, des positions également discordantes sur l'attitude face aux pouvoirs publics. L'unanimité serait du reste tout aussi suspecte. Toutefois, le désaccord des experts, s'il offre une perspective d'autocontrôle, contribue aussi à obscurcir le problème.

Les fins poursuivies par l'État ne sont quant à elles pas plus claires. Les administrations ne sont pas unanimes. Elles ont, aussi, des enjeux institutionnels. Les objectifs évoluent. Les motifs en sont rarement exprimés.

Peut-on au moins objectiver un peu le débat, s'appuyer sur des faits enregistrables ? On décide de recueillir des données, de les analyser, de faire dire aux chiffres quelque chose qui ne soit pas gauchi par l'imagination ou l'intérêt. Le ministère consulte des experts par lui nommés. (Qui aurait le pouvoir de déterminer qui est expert ?) Faut-il s'y rendre ? On trouve des professionnels qui sont d'accord pour participer à une démarche. Où elle doit conduire n'est pas entièrement clair. Mais, on la dit expérimentale : on jugera sur pièces. Et puis, une fois qu'on est dans le groupe, on se prend au jeu. Chacun a des intuitions, dont la somme constitue un avis d'expert. On a deux idées : observer des séjours ; ou bien des trajectoires. La seconde approche est plus séduisante. Plus ardue aussi. On décide que l'on fera les deux, mais on commence par la première. Bien plus tard, l'autre a l'air abandonnée. Posez la question : si, si ! on y pense encore.

Bref, une fiche est établie, une période est choisie, on mobilise les services, une base de données est constituée. Alors entre en scène le statisticien. Il a le secret de faire parler les données. On établit une typologie qui préserve une signification clinique tout en présentant une homogénéité statistique au regard de divers critères de prise en charge. On calcule des coefficients, de futurs points ISA peut-être. On mesure la variance "expliquée" : elle n'est pas bien grande ; on améliore un peu le modèle ; mais elle n'augmente guère.

Va-t-on dire que l'analyse ne conduit à rien de significatif ? Tout ce travail pour rien ! Mais non, des experts se sont réunis, des ordinateurs ont calculé. On a des résultats : on peut

donc s'en servir. Les statisticiens ont-ils dit assez fort que la signification était limitée ? Ont-ils osé ? Les a-t-on écoutés ? Mais, non : vous n'êtes pas là pour dire qu'on ne peut rien dire. Le juge n'a pas à se déclarer incompetent. Les chiffres ont été convoqués comme arbitres dans le débat entre l'administration et la profession : à cela ils doivent servir, à cela ils serviront. Et l'on continue.

Le système court sur son erre : le PMSI sera mis en place. C'est un non-sens ? Peut-être : et alors ? Imperturbable, l'administration déroule sa stratégie. La profession, perplexe, laisse venir. Elle ni l'administration n'ont compris ce que le statisticien disait. Elle se divise : quelques irréductibles (beaucoup, en fait) continuent à soutenir que tout ceci n'a pas de sens médical. On les fait taire : le problème n'est pas clinique, mais budgétaire. Quelques-uns croient à la science des chiffres. D'autres voient à s'en servir une position tactique.

C'est ainsi qu'une statistique sans signification (ni signifiante pour la psychiatrie, ni significative pour la statistique) joue son rôle social, politique, mêlant en son creuset calculatoire et ses procédures opératoires les influences de l'État, de la population, de la profession, de la finance.

Dans cette forme nouvelle de poker menteur, chacun tient son rôle et chacun trouve son compte. Le statisticien mouline du non-sens. Peut-être le sait-il ? Mais il fait ce qu'on attend de lui : fournir au débat une base chiffrée. On est content de lui. Le politique a son instrument. La profession, tout en protestant, s'en accommode : car elle y voit le moyen de fixer le politique.

Dans un autre contexte, on dirait en effet qu'il est "fixé". Du médiateur à la dope ! La statistique assure la maintenance d'une société ivre, dont les instances en conflit ont trouvé ce seul moyen, donc pleinement légitime, pour réguler le vertige de l'injonction paradoxale : maîtriser l'immaîtrisable, celui des sujets et celui du service public.

René PADIEU

DERNIER ÉPISODE

Péhaïmécy :

"Tu ne vas pas me laisser tranquille, et t'en aller loin d'ici !

Créon :

Je vais me mettre en route,
Incompris de toi ; pour eux, je suis leur pair.

Le chœur :

Femme, qu'attends-tu pour le conduire à l'intérieur de la maison ?

Jocaste :

Je veux d'abord apprendre ce qui s'est passé.

Le chœur :

Une opinion a surgi, ignorante, dans des paroles.
L'accusation mord, même injuste.

Jocaste :

S'est-elle formée à la fois chez l'un et chez l'autre ?

Le chœur :

Oui.

Jocaste :

Et de quoi parlait-on ?

Le chœur :

C'est bien assez, assez, à mon sens, quand la terre

Souffre déjà tant, que la discussion en reste là où elle s'est arrêtée !"

**LE P.M.S.I. EN PSYCHIATRIE :
PETITE CONVERSATION POLIE ENTRE GENS DE BONNE COMPAGNIE**

- *Les critiques adressées au PMSI ne sont-elles pas souvent injustes ?*
- Pour diverses raisons, la mise en place du PMSI entraîne des réactions passionnées dans les établissements psychiatriques. Ainsi, on entend dire que le PMSI servira à étrangler les hôpitaux, déjà rationnés depuis plusieurs années. Or il n'y a pas besoin du PMSI pour diminuer les budgets, la démonstration en a déjà été faite. Par ailleurs, la pression sociale hospitalière est déjà suffisamment forte pour que le PMSI « n'en rajoute pas ». Je n'ai strictement aucun doute quant à la prudence avec laquelle sera appliqué le PMSI - du moins au cours des premières années. Je ne vois pas quel serait l'intérêt du ministère de mettre les établissements à feu et à sang.
- *On prétend que le PMSI va aboutir à la primauté de l'économie sur le médical...*
- Pour l'instant, il est simplement envisagé d'introduire de l'économie dans un champ jusque là exclusivement médical, au nom d'un principe de réalité maintenant bien connu, la santé a un coût, et ce coût ne peut croître indéfiniment.
- *On dit aussi que la démarche PMSI va aboutir à l'uniformisation des modes de soins – en faveur du modèle biologique.*
- Hormis quelques déclarations fracassantes d'anciens directeurs, on ne voit pas ce qui justifierait cette assertion. La vocation du PMSI est financière, et il me semble qu'il serait abusif d'imaginer on ne sait quel complot contre tel ou tel modèle de soins à travers la rationalisation des coûts. Le PMSI n'arbitrera pas directement le choix des modèles thérapeutiques.

En revanche, il serait naïf de croire qu'à l'échelon local, les gestionnaires n'exerceront pas de pressions pour favoriser les modèles qui leur sembleront les moins coûteux, pour peu que le PMSI permette de faire sérieusement des comparatifs de coûts – ce dont on peut douter. Mais on n'empêchera pas les interprétations imprudentes, les conclusions hâtives... avec en retour de possibles effets fâcheux¹.

¹ À ce propos, je ne peux m'empêcher d'évoquer la position des associations de consommateurs lors de l'émergence des supermarchés ; les constats qu'ils faisaient alors incitaient sans ambiguïté l'acheteur à se tourner vers les grandes surfaces au détriment des commerces de proximité ; après vingt ans d'usage, le journal de l'une de ces associations a publié une révision déchirante de ses positions, regrettant la disparition du petit commerce. Mais de là à comparer certaines démarches thérapeutiques à l'épicerie du coin de la rue – je ne tiens pas à me faire lapider...

- *Il y a quand même des arguments en faveur du PMSI... ?*

- Certes. Les excellents arguments pro PMSI développés par A. Lopez dans son article datent déjà de 1993, mais ils sont toujours d'actualité :

- il faut tenter de réduire les inégalités criantes entre les régions, sinon les hôpitaux d'une même région ;

- il faut pouvoir présenter face au MCO un équivalent du PMSI MCO qui rende la psychiatrie crédible lors de la répartition des budgets. Pour cet argument, il est vrai que notre collègue se fondait sur le fait que les enveloppes MCO et psychiatrie étaient communes, alors qu'il semble qu'elles soient maintenant distinguées. Mais la question de la crédibilité d'une psychiatrie qui ne pourrait fournir aucun état chiffré de ses services, et surtout de la pertinence de ses revendications tient toujours.

Comme l'écrit J.C. Pénocet,

« il est assez naturel qu'une nation qui consacre près de 700 millions à ce secteur d'activité (i.e. la santé), finisse tout de même par se préoccuper des destinations de cette somme et de la qualité du service fourni »¹.

Toutefois, de même que A. Lopez affirme qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un PMSI pour brider les dépenses², on pourrait se demander s'il y a vraiment besoin du PMSI pour faire une répartition plus juste. Mais là n'est pas la question : si ce PMSI pouvait faire l'affaire, nous nous en contenterions.

- *Concrètement, que sera le PMSI en 2001 et dans les années suivantes ?*

- Sans aucun doute, une douloureuse épreuve pour les établissements... Rien de comparable avec la fiche par patient, qui, en pratique, n'impliquait que les secrétaires médicales. Avec le PMSI, toutes les catégories soignantes vont être mobilisées : les médecins qui seront censés coder les diagnostics motivant la prise en charge (et non plus les diagnostics *longitudinaux*, nettement moins variables et plus faciles à coder), les infirmiers pour les items de dépendance, et tous les autres membres de l'équipe qui devront noter leurs actes de la façon la plus exhaustive. Avec parfois des relevés quelque peu exotiques, comme les coups de téléphones des assistantes sociales, à la condition qu'ils durent plus de dix minutes, mais en excluant le temps nécessaire pour obtenir l'interlocuteur...

Enfin, le rythme hebdomadaire des relevés sera rapidement vécu comme infernal – avec un risque grave de déperdition de données si l'on prend ne serait-ce que quelques semaines de retard.

- *Épreuve coûteuse, aussi ?*

- Certainement. Diverses évaluations du coût unitaire du résumé d'hospitalisation standardisé ont déjà été faites. On a parlé de 33 francs, 40 francs, voire 80 francs... Il ne peut s'agir que d'approximations. En effet, il faudrait pouvoir rapporter précisément au PMSI la part du prix de revient (investissement et maintenance) du réseau informatique nécessaire au fonctionnement du PMSI, avec les dépenses en temps d'informaticien, études, conseil, mises à jour, etc. L'amortissement du logiciel PMSI mais aussi le prix de revient du chaînage de ce logiciel avec le logiciel de gestion administrative des patients, lui aussi indispensable, doivent

¹ *Evaluation et organisation des soins en psychiatrie*, ouvrage coll., éd. Frison-Roche, p. 299.

² Et fait, en d'autres termes, assez justement observer qu'il ne faut pas confondre *rationalisation* des coûts et *rationnement* des ressources.

être considérés. La formation continue, la rémunération du temps des secrétaires et de celui du DIM seront prises en compte. Le plus onéreux, c'est bien sûr le temps soignant. Lors de l'expérimentation de novembre 2000, on a avancé le chiffre de 2,8 équivalents temps plein pour un secteur de 100 lits (y compris le temps médical), ce qui représente un coût de 600 000 FF par an par secteur : c'est loin d'être indolore. Dans la mesure où aucune contrepartie ne semble proposée par le ministère, il s'agit d'une amputation pure et simple du dispositif soignant.

- *Mais 600 000 FF représentent sans doute sensiblement moins de 5% du budget du secteur. Et si le PMSI se révélait un franc succès...*

- On peut en douter. En effet, son application va peut-être rencontrer quelques problèmes techniques.

D'abord, le système sera tout aussi inflationniste qu'un budget fondé sur le prix de journée, car ce n'est pas le nombre de journées qui sera encadré. Ainsi, pourra-t-on continuer d'hospitaliser beaucoup (si l'on dispose de lits), mais on aura simplement des semaines « légères » en coût et rémunération si l'on garde des patients stabilisés.

Bien entendu, l'objection – le caractère inflationniste du système – n'est pas neuve. J. Dubois-Lefrere (de la mission PMSI) l'évoquait déjà en 1993 :

« Mais il ne s'agit pas de produire des prestations dans le seul but de gonfler son volume global d'activité : encore faut-il s'assurer que les prestations réalisées sont de qualité et opportunes.

Cela implique bien évidemment que des procédures d'évaluation de la qualité des soins dispensés soient développées et mises en place ; mais il s'agit d'un outil différent, qui reste à développer [...]

De la même façon, il conviendra de s'assurer de l'opportunité des prestations réalisées, ce qui est d'ores et déjà le rôle des médecins conseils de l'assurance maladie et des médecins de la tutelle. »

Sept ans plus tard, disposons-nous de ces procédures d'évaluation de la qualité adaptées aux spécificités du nouveau mode d'allocation budgétaire selon l'expression même de J Dubois-Lefrere ? Quant à l'opportunité des prestations réalisées, bien malin...

- *Y aura-t-il une unité financière commune entre PMSI MCO et PMSI psychiatrique ?*

- Oui, le point ISA annuel moyen, bien entendu. La référence commune de coût restera les 1 000 points ISA correspondant à la dépense nationale moyenne pour un accouchement par voie basse sans complications. À partir de cet étalon, il sera simple de rapprocher les dépenses moyennes obtenues pour chacun des groupes homogènes de la psychiatrie. Il sera alors possible de dire par exemple : une semaine-PMSI en hospitalisation complète d'un schizophrène passé en chambre d'isolement avec un score EGF inférieur à 21 et une échelle de dépendance à 4 coûte en moyenne telle somme, et vaut donc tant de points ISA en telle année¹. Cette parité sera fondée sur l'observation des dépenses psychiatriques, en principe elle ne sera pas arbitraire.

- *Par conséquent, les craintes qu'on a pu avoir concernant une marée financière emportant les fonds de la psychiatrie vers le MCO vous semblent irraisonnables ?*

¹ car le calcul sera refait tous les ans en fonction des résultats de l'année précédente ; c'est ce qui donnera un aspect dynamique au PMSI

- Tout à fait. D'autant que les enveloppes seraient maintenant séparées.
 - *Y aura-t-il une unité financière commune « naturelle » entre l'ambulatoire et l'hospitalier ? Bref, pourra-t-on enfin comparer les coûts respectifs de l'un et de l'autre ?*
 - En théorie, oui. Après, bien entendu, que l'expérimentation sur les coûts réels ait été achevée - prochaine étape prévue par le ministère. Certains hôpitaux seront sollicités pour cette expérimentation, à condition qu'ils disposent d'une comptabilité analytique performante. On observera alors le prix de revient moyen de chaque type de journée et de chaque type d'acte (ce qui, par parenthèse, ne sera pas si simple). Il sera alors possible de regrouper à l'intérieur d'une même échelle de coûts l'ensemble des éléments qui constituent le PMSI, qu'il s'agisse d'éléments ambulatoires ou d'hospitalisation. Comme il s'agit d'une expérimentation, on ne disposera pas de données régionales et nationales d'emblée. Mais dans un second temps, le recueil généralisé permettra de disposer d'une grille unique d'actes et de journées « valorisés ».
 - *Pourrait-on imaginer de jouer sur la parité du point ambulatoire¹ versus point hospitalier, afin d'encourager celui-là au profit de celui-ci ?*
 - Vous voulez dire : de substituer à la grille observée expérimentalement une grille de rémunération qui favoriserait les établissements produisant plus d'ambulatoire ? C'est possible en théorie. Mais on ne pourra jamais aboutir à une parité qui favoriserait *effectivement* l'ambulatoire. Car il faudrait faire subir à la grille une distorsion telle qu'elle perdrait toute signification – il faudrait valoriser les activités ambulatoires à un degré qui mettrait en danger l'ensemble de l'hospitalisation. Il sera toujours plus intéressant pour un établissement de produire des journées (même sous-évaluées) que des actes. Et il n'est donc pas exagéré de dire que dans son état actuel, le PMSI favorise l'hospitalocentrisme.
 - *On prétend que l'expérimentation ne portait que sur 10% des dépenses hospitalières, et que l'application du PMSI à 100% de ces dépenses est une folie...*
 - Non, pas forcément. En effet, l'expérimentation PMSI a porté sur les coûts directs, c'est-à-dire les coûts engendrés directement par les soins au patient : quoi de plus logique ? Qu'on établisse ensuite comme règle que les coûts globaux devront être proportionnels à ces coûts directs semble assez raisonnable. Si l'on avait fait différemment, les expérimentateurs n'auraient pas manqué d'être vertement taxés d'oublier le patient au profit de l'intendance voire de l'administration. Bien sûr, on imagine qu'il pourrait y avoir des mécanismes de seuil, des économies d'échelle suivant la taille des établissements – mais après tout, rien jusqu'ici n'a démontré qu'un gros hôpital coûtait proportionnellement moins cher qu'un petit...
- Ensuite, il faut se rappeler que l'application du PMSI ne portera que sur une fraction infime du budget² : l'équilibre sera donc en quelque sorte rétabli.
- *On critique aussi les indicateurs qui seront relevés en routine et qui sont considérés comme « classant »³...*

Cette critique me semble nettement plus fondée. En effet, ces indicateurs ne seraient explicatifs des dépenses qu'à hauteur de dix ou vingt pour cent dans la plupart des groupes

¹ Point, ou indice synthétique d'activité (ISA), soit l'unité de compte de l'activité – peu importe la terminologie.

² C'est d'ailleurs, me semble-t-il, un reproche qu'aurait fait la Cour des Comptes au PMSI : tant d'argent dépensé pour moduler une somme aussi infime en proportion.

³ Classant dans tel ou tel groupe homogène de diagnostic et de coût.

homogènes ainsi définis : on peut s'inquiéter du manque de puissance de l'outil qui va être mis en place.

J'ai interrogé des responsables à la mission PMSI sur cette faiblesse du dispositif. On m'a répondu que l'outil s'améliorerait au fil du temps, à travers les ajustements successifs obtenus par les constats annuels des dépenses par groupe homogène. J'avoue ne pas comprendre le principe de cette amélioration. Il me semble que s'il existe à la base une importante dispersion des coûts dans la plupart des groupes (soi-disant) homogènes, aucun calcul ultérieur de moyenne ne pourra y remédier.

- *On dit pourtant que l'outil ne cesse de s'améliorer en MCO...?*

- Sans doute sont-ils partis de bases plus solides, de groupes plus homogènes, à l'intérieur desquels il est encore parfois possible d'isoler des sous-groupes et de créer de nouvelles catégories. Rien ne permet de l'espérer en psychiatrie. Malheureusement, je ne peux guère en dire plus : ce qui est très regrettable, c'est l'obscurité absolue dans laquelle avance le ministère sur cette affaire. En effet, les différentes catégories de semaines homogènes viennent juste d'être publiées sur le site internet du PMSI – *après* l'expérimentation de faisabilité. Les calculs qui ont abouti au découpage des catégories restent enfouis dans les tiroirs. De même, la valorisation des différents groupes lors de l'expérimentation semble considérée comme un secret défense.

- *C'est une manière comme une autre de couper aux critiques.*

- Si le ministère acceptait un peu plus facilement les critiques (qui ne sont pas toujours négatives, loin s'en faut), il en tirerait sans doute profit pour présenter des outils de meilleure qualité... Mais ma grande inquiétude vient d'ailleurs. Ainsi, tout laisse augurer que la qualité des recueils d'information sera désastreuse – comme déjà dans bien des établissements MCO et SSR.

- *Pourtant, les taux d'exhaustivité y frisent les 100%... ?*

- On parviendra sans doute à de tels taux d'exhaustivité en psychiatrie. Mais pour la qualité, c'est une autre affaire... Sans moyens supplémentaires, il n'y aura guère de formation des cotateurs, donc un codage approximatif. Le rythme hebdomadaire du remplissage fera très vite des relevés PMSI une corvée à laquelle on sacrifiera à regret, à la sauvette, en reconduisant les renseignements fournis la semaine précédente. Quand on ne délèguera pas, purement et simplement...

- *Que faites-vous des contrôles de qualité pratiqués par les DIM ?*

- Ils seront presque impossibles à réaliser. En effet, la nature même des items relevés ne permet quasiment pas de recoupements, car ces items sont éminemment variables dans le temps, et comportent une part non négligeable de subjectivité. Sans parler de la pression interne, l'angoisse d'être lésé par rapport aux autres, qui voudront qu'on ait tendance à coder « un peu plus grave ». Selon qu'on code 20 sur 100 ou 21 sur 100 pour l'item EGF, on passe d'une catégorie à l'autre. La tentation sera forte.

- *Vous faites là un procès d'intention à vos collègues...*

- Alors disons que je n'aie rien dit...

- *En somme, si je vous résume, le PMSI est un outil imparfait dans son application. Mais vous reconnaissez que son principe est difficilement critiquable... ?*

- Si vous parlez de la logique qui conduit à contrôler les dépenses, je ne puis qu'être d'accord, je vous l'ai déjà dit.

- *Non. Je veux parler de la logique interne du PMSI. Rappelez-vous ce que dit J. Dubois-Lefrere – que vous citez il y a un instant : « la logique du PMSI consiste à décrire l'activité des établissements hospitaliers et à en déduire le financement adéquat pour chaque structure, en tant que ce financement dépend de l'activité médicale ». On ne saurait être plus clair.*

- Ce raisonnement peut-il s'appliquer dans le contexte psychiatrique ? Il n'est pas interdit d'en douter. En effet, s'il y a bien une discipline où, au delà d'un certain niveau, l'offre de soin crée la demande, c'est la psychiatrie. Dans ces conditions, comment prétendre mesurer l'activité médicale pour déterminer son financement, alors qu'il serait tout aussi possible et non moins inexact de faire l'inverse, c'est-à-dire prédire l'activité médicale à partir de son financement¹ ?

- *La problématique de la poule et de l'œuf...*

- En quelque sorte... Heureusement, ce sont de vieilles lunes. On n'en est peut-être plus tout à fait là : ce qui compterait, c'est justement le rapport entre l'activité médicale et son financement, en quelque sorte le prix de revient de l'unité de prestation.

- *La rentabilité des structures de soin... ?*

- Si le mot ne vous froisse pas trop...

- *Et vous accepteriez donc que le PMSI en psychiatrie ne réponde pas au cahier des charges de 1982, et que l'on substitue à un système inflationniste un autre système inflationniste ?*

- Ce n'est guère brillant, mais qu'y faire ? La tâche entreprise par le ministère était peut-être trop ambitieuse. En tout état de cause, le PMSI ne sera pas le seul facteur limitant des budgets.

- *Certes non !... Mais je reprends : fondé sur un principe louable (le contrôle des dépenses de l'État), centré sur un outil acceptable (le coût relatif de l'unité de prestation), le PMSI va échouer sur des écueils techniques (l'absence de prédictivité des coûts des items classants, l'absence de qualité des données)...*

- C'est à peu près cela. Ce qui n'empêchera pas forcément le PMSI en psychiatrie d'être considéré comme une réussite...

- *À quel titre ?*

- En raison du rôle qu'il va jouer dans la mentalité des uns et des autres : lorsque le directeur de mon établissement abordera le directeur d'un autre établissement en disant : « Mon point PMSI est à douze francs. À combien le vôtre ? », le pari du ministère sera gagné. Les administrations ne peuvent fonctionner indéfiniment sans chiffres. Le PMSI comblera ce vide insupportable. Même si les chiffres en question n'auront, je le crains, qu'une parenté assez lointaine avec la réalité du travail accompli dans chacun des établissements.

Denis DEHGAN

¹ À l'échelle d'un secteur, et toutes variables tenant à la gestion de l'établissement égales par ailleurs.

Le messenger :

"Mais sais-tu donc qu'en droit aucune de tes craintes n'est fondée ?

Péheimécy :

Comment pourraient-elles ne pas l'être si je suis bien le fils né de ces parents-là ?

Le messenger :

C'est que Polybe ne t'était rien par le sang.

Péheimécy :

Que dis-tu là ? Ce n'est pas Polybe qui m'a fait ?

Le messenger :

Pas plus, en rien, que ton serviteur, juste autant.

Péheimécy :

Et comment lui qui m'a fait peut-il être personne ?

Le messenger :

Disons que ni lui ni moi nous ne t'avons fait.

Péheimécy :

Mais à la suite de quoi alors m'appelait-il son fils ?

Le messenger :

Comme un cadeau, pardi ! qu'il avait reçu de mes mains !"

« SOYEZ TRANSPARENTS ! »

Telle paraît être, depuis quelques années, la consigne du ministère, des agences régionales, des DDASS, concernant nos pratiques. Le PMSI sera-t-il la boîte noire dont l'ouverture mettra enfin en lumière nos obscurs exercices ? J'ai souhaité revenir sur quelques points que nos tuteurs me paraissent négliger dans leur souci de vérification et de validation de ce qu'est (ou doit être et devenir) ma discipline. À ces petites rectifications, j'ajouterai d'autres questions qui me paraissent, non seulement négligées, mais radicalement éliminées.

A. Conditions d'émergence :

Un outil de mesure, ici médico-économique, n'apparaît jamais seul. Ses conditions d'émergence sont contemporaines d'un ensemble d'autres mesures, de réflexions, dites ou non, repérables dans d'autres champs que celui de l'outil lui-même. Ce texte cherche à prendre en compte quelques éléments climatiques affectant ma profession et ses tutelles.

Nous aurons à parler de statistiques. Il me fallait donc trouver une définition¹. En voici une proposée par le PMSI : « *Une statistique est construite pour répondre à des questions en*

¹ R. Padieu, dans la préparation de ce numéro de la Lettre grise de Pénombre, m'indique qu'il ne s'agit pas d'une définition mais d'une finalité de la démarche statistique, finalité avec laquelle il est en plein accord. Cette position peut être tout à fait partagée, mais elle amène au moins une réserve sur ce qu'introduit le mot action. D'autant que l'action, ici, porte une démarche qui, dépassant la statistique, rallie une décision politique dont les

relation avec un objectif. Elle n'est pas contemplative, mais tournée vers l'action »¹. Les quelques définitions de ce qu'est une statistique m'en donnaient, jusque là, une toute autre idée. Sans être pour autant inertes ou contemplatives, elles ne constituent pas, en elles-mêmes, un élément décisionnel. Souvenir ancien, une phrase, dont je ne garantis ni le style, ni la source, me susurre encore à l'oreille : « *Les chiffres ne disent rien, mais on les fait parler* ».

Le PMSI en psychiatrie, certes annoncé de longue date, arrive dans une période très particulière. Les demandes faites aux médecins et aux psychiatres sont surabondantes : mises en garde en série, exigences de transparence, vérifications et enquêtes multiples... Je ne les énumère pas pour deux raisons : leur liste est longue et par ailleurs, elles émanent de points multiples portant sur des objets différents. De cette masse de documents réclamés, le plus souvent en urgence, il nous est difficile de prévoir et l'usage et l'utilité. Quels subtils recoupements permettent-ils, ou reposent-ils inertes dans des archives jamais utilisées ? La réponse échappe aux psychiatres. Quant aux commanditaires, en prennent-ils connaissance ?

Quoi qu'il en soit, c'est dans une situation où avertissements et menaces s'accumulent si nous n'obtempérons pas (mais à qui finalement ?) que le PMSI advient. F. Engel nous narre la commande qui lui a été faite, dans le début des années 80 par la direction des hôpitaux de l'époque : « *Comment passer d'un système d'information [...] à des outils de gestion utilisables en interne et en externe, c'est-à-dire au niveau de la régulation ? [...] un troisième concept se présentait spontanément : les coûts associés aux différents groupes homogènes de malades* »². La justification de la démarche est explicitée quelques lignes plus haut : « *Cette difficulté du management à être prescripteur, alors qu'il en ressent la nécessité, fait perdurer un fonctionnement où le corps médical définit seul le processus de production ; mais encore faut-il préciser qu'il le fait dans une absence de connaissance [...] sur la relation entre choix thérapeutiques ou diagnostics et la consommation de ressources* »³. Je peux entendre l'argument mais, si en tant que médecin j'ai à connaître le coût de mes actes, je ne peux pas penser pratiquer, pour un patient, la politique du moindre coût pour le bonheur de la collectivité au détriment de ce que ce patient est en droit d'obtenir de mes soins. Raisonnements contradictoires, irrecevables peut-être ? Mais c'est ce qu'on peut attendre d'un médecin ou d'un thérapeute. Deux logiques s'affrontent ici. Elles ne sont pas conciliables.

Le ton est donné et, si j'ai cité ce passage, c'est parce qu'il met en avant, un ancien directeur des hôpitaux dont une publication récente nous indique ce qui sous-tend le PMSI, comme ensemble d'opinions, même s'il ne nomme pas celui-ci. C'est à ce titre, et non pour son titre, que je citerai M. de Kervasdoué à plusieurs reprises. Je vais tenter dans ces quelques pages de donner, via un instrument en lui-même illogique, ce que je perçois de la logique de sa construction.

Le titre de cette brève communication est éloquent : « *La psychiatrie : spécialité de référence ou en voie de disparition* »⁴. La phrase qui ouvre l'article laisse perplexe : « *Il n'existe en France aucun débat public sur la politique de santé des personnes atteintes de*

motivations excèdent, et de très loin, la seule analyse du chiffre. C'est le cas du PMSI, et de façon plus large, ce que P. Rosanvallon, dans son dernier ouvrage, pointe via l'usage systématique du sondage « Le Peuple introuvable. Histoire de la représentation démocratique en France ».

¹ G. Wagenaar, "Le PMSI à quoi ça sert ?", *Santé Mentale* n° 41, Octobre 1999, p. 24.

² F. Engel et Coll. (FR. Kletz, J.Cl. Moisson, D. Tonneau), La démarche gestionnaire à l'Hôpital : le PMSI, Séli Arslan, 2000, p. 20.

³ *Ibidem* p. 12

⁴ *Halopsy* n° 23, Janvier 2000.

maladies mentales. Lorsqu'une discussion s'ouvre sur le sujet, elle est souvent limitée et confidentielle, et ne fait jamais les titres de la presse ».

Passé le temps de sidération, faut-il préciser à qui lit la presse, quel qu'en soit le titre, écoute la radio, ouvre sa télévision que de la psychiatrie et de la maladie mentale, on en parle beaucoup, beaucoup trop à mon avis quant aux capacités de réponse supposées du psychiatre face à tous les maux sociaux, depuis la pauvreté, la marginalisation jusqu'à un certain nombre de formes de perversion... Créditions M. de Kervasdoué qu'un débat lui manque encore. Il s'agit sans doute de ce qu'il indique en terme de politique de santé, encore faudrait-il s'entendre clairement sur ce qu'on entend par ce terme. Ce numéro pénombrien pourra peut-être combler une partie de l'insatisfaction de notre ancien directeur des hôpitaux.

B. L'expérience américaine :

Le concept de PMSI vient des États-Unis. Versions américaine et française diffèrent dans le recueil de données, mais la genèse comme l'esprit de ces démarches sont communes. Un article de V. Kovess et de D. Soyris nous trace quelques étapes de la démarche américaine¹. J'en extrais quelques commentaires. Le premier ne porte pas sur la psychiatrie, mais quand même... : « *On reproche aux financements hospitaliers par groupes homogènes de malades [en médecine, chirurgie, obstétrique, de ne pas tenir compte] de l'augmentation des coûts due aux nouvelles technologies et aux problèmes d'emplois particulièrement en milieu rural...* ». Des hôpitaux pourraient ainsi se trouver en situation difficile du fait de leur éloignement de centres d'urgence ou de maisons de retraite, ce qui tend à augmenter la gravité des pathologies dans une même catégorie de patients. La classification en groupes homogènes de malades devient de ce fait péjorative pour les hôpitaux et leurs malades. On peut imaginer que le PMSI français donnerait un résultat autre, voire inverse, mais rien au demeurant, vu la carence de l'outil, ne peut permettre de l'affirmer.

Deuxième point : aux États-Unis, où est engagé depuis longtemps le PMSI, les services de psychiatrie ont été exclus de l'évaluation à l'exception des patients hospitalisés dans des lits de médecine ou de chirurgie. Sur quelles difficultés se sont arrêtés les évaluateurs d'Outre-Atlantique ?

- les diagnostics principaux ne « prédisent » pas les durées de séjours et les coûts « *dont ils expliquent, en général, moins de 10 % de la variance* ». Déculpabilisons-les, les groupes homogènes de séjours, made in France, ne font guère mieux ;
- les procédures de soins sont parfois très différentes pour des états cliniques semblables. Il s'agit là d'une donnée flagrante en psychiatrie. On peut le regretter mais, au-delà des équipements et des budgets, cette discipline se fonde sur une rencontre et ses aléas, sauf à rêver d'un corps de métier avançant du même pas, doté d'une pensée unique, qui progresse quels que soient les obstacles rencontrés.

Retenons encore de l'expérience américaine cette remarque : « *Quand le GHM n'est basé que sur le diagnostic, certaines structures risquent d'être pénalisées. Une telle modification pourrait mettre en péril tous les acquis récents de la psychiatrie aux USA. Les hôpitaux généraux pourraient, alors, refuser les patients « non-rentables » qui seraient très*

¹ V. Kovess et D. Soyris, "Les groupes homogènes de malades. L'expérience américaine", *L'Encéphale*, 1994, n° XX, pp. 37-45.

vite exclus du système »¹. En quoi les groupes homogènes de séjour, remplaçant les groupes homogènes de malades, permettent-ils d'éliminer cette menace ? FAUT-IL DIRE QUE C'EST CE QU'UN CERTAIN NOMBRE DE PSYCHIATRES CRAIGNENT LE PLUS ? Ce que j'entends là, en termes policés, c'est l'annonce d'abandons de soins, de nouvelles exclusions. Sont-elles d'ailleurs si nouvelles que cela, la psychiatrie s'est construite autour de ces glissements, de ces désintérêts progressifs. Est-ce une erreur d'interprétation que d'entendre avec le terme de « rentable » des discriminations à venir ?

C. Rhétoriques :

Pour le PMSI, l'absence de pertinence de l'outil, la volonté affirmée malgré des défauts évidents de le généraliser en psychiatrie en 2001, suscitent quelques questions sur l'intention des promoteurs. Je ne parle pas là des membres de la mission PMSI, mais de ceux qui, sans le connaître, en exigent la réalisation : les politiques. Alors, c'est sûr qu'à mon tour, je ratiocine. C'est une forme de pensée où me pousse l'outil. Il n'est pas si imperméable que cela, mais il exige de son lecteur quelque chose de plus que l'attention : une forme de participation. Suivre la logique du PMSI, s'appliquer à la comprendre, c'est s'y associer et, dès lors ne plus la jauger mais s'y perdre. C'est peut-être là un des effets les plus négatifs produit par le PMSI. Il induit, par son agencement, sa technicité, son imperméabilité, un désintérêt, un détournement de ce qui décidera de la pratique psychiatrique.

Face à face, deux arguments. Ils peuvent paraître contradictoires, mais un même fil les relie, le mépris :

➤ le premier : il est le fait d'un certain nombre de psychiatres et de psychanalystes qui, avec de grandes exclamations scandalisées et doctrinales, récusent le PMSI dans une méconnaissance complète de l'outil au bénéfice d'une autre obscurité qui pourrait concerner leur pratique. Le mépris se met là au service, non seulement d'une approche thérapeutique, mais d'un savoir tout autant ininterrogeable. Ces arguments ne sont pas très originaux mais ils traduisent, au-delà des adhésions ou des adversaires, l'effet produit par cet instrument sur le corps soignant en psychiatrie : passions partisans ou réactions violentes, indifférence et lassitude la plupart du temps ;

➤ le second : je citais tout à l'heure J. de Kervasdoué. Parlant des théories de la personnalité, de la psychanalyse et des psychothérapies, il conclut ainsi : « *Une opinion partagée par un grand nombre de gens ne suffit pas et ne remplace pas la preuve clinique : l'autorité ne se substitue pas à la démonstration* »². Quel est le fond de cet argument qui balaye la centaine d'années qui nous séparent de l'essentiel de l'œuvre freudienne, de ce qu'elle met en avant du désir qui, c'est bien le moins qu'on puisse en dire, n'a pas de place attribuée dans le PMSI. Comment un outil économique peut éliminer la question du désir du gestionnaire ? De quoi d'autre participe une volonté de réguler à tout prix ? L'économie, la gestion seraient

¹ V. Kovess, D. Soyris, "Les groupes homogènes de malades. L'expérience américaine", *Perspectives psychiatriques*, 1993, 32^{ème} année, n° 36.1.

² R. Padieu, toujours dans la préparation de ce numéro, m'objectait une citation de Laplace « *La vérité ne se décide pas à la pluralité des voix* ». Évidence que le psychiatre redécouvre au quotidien. Si la recherche de la vérité est au point de départ de la démarche psychothérapique ou psychanalytique, le déroulement de ce travail montre que la vérité ne peut être traquée et que l'errance est assurée pour ceux qui prétendent la détenir par avance.

donc sans désir ? Qui peut soutenir ce point ? La mise en place du PMSI, via la circulaire citée dans un texte précédent, montre le contraire.

Une machine à calculer destinée à produire des résultats qui vont au-delà des calculs, et donc de ce qu'est la statistique, peut devenir folle à force de vouloir être rationnelle, précise, non dans les chiffres produits, mais dans leur utilisation. L'eugénisme, il y a un peu plus de 50 ans, là aussi dans un souci « médico-économique » et dans une adhésion massive d'esprits qui n'hésitaient pas à se qualifier de scientifiques et de philanthropes, a produit quelques effets. Je ne cite qu'Édouard Toulouse, mais des articles, des livres entiers, avant-guerre, reprennent à l'identique cette position : « *La critique la plus juste que l'on puisse faire à nos asiles, c'est qu'ils ne répondent pas à un but nettement déterminé [...] le séjour de tous ces chroniques inoffensifs dans nos asiles où la vie est presque une extravagance d'assistance [...] pourquoi tant dépenser pour cultiver en serre chaude et prolonger l'existence d'un si grand nombre d'idiots et de déments ? Les uns n'ont jamais pu donner et les autres ne pourront jamais plus donner aucun profit à la société. Cette dernière doit les assister congrûment et réserver le reste de son argent pour des malades aigus [...]* »¹.

D. Les stratégies ou le non stratifié : la pensée du dehors (le pouvoir)

J'emprunte ce titre à G. Deleuze². Dans un long chapitre, il interroge ce que M. Foucault indiquait des rapports du pouvoir et des formes du savoir. Ces rapports ne sont pas cohérents, voulus, pensés préalablement dans leur ensemble. Le pouvoir n'est pas localisable dans telle ou telle instance ; instable ou diffus, il n'émane pas d'un point central. Si le pouvoir, dans ses foyers multiples, est un exercice, le savoir s'établit comme un règlement. Cette différence « *n'empêche pas qu'il y ait présupposition et captures réciproques, immanences mutuelles* ».

Le PMSI est bien là : une stratégie du pouvoir mais qui, parmi bien d'autres hétérogènes, très dissemblables croisent un temps une forme de savoir. Le PMSI ou l'utilisation du chiffre en santé mentale procède de cet agencement dont la construction n'est plus lisible après coup. Dans une argumentation énoncée comme traduction du seul outil technique, se lit la question du savoir, et la place du politique : « *ce qui peut ressortir des données collectées pour le PMSI est une série « de profils » de prise en charge susceptibles de venir interroger ce que l'on croyait savoir sur la pratique quotidienne. Le retour sur information sera donc ce que chaque établissement voudra bien en faire dans la mesure où sa capacité d'écoute est suffisamment ouverte* »³ !

La question du bien traverse d'un bout à l'autre la logique du PMSI : tout est là pour un budget plus juste, produisant un mieux pour l'ensemble des patients : produire le meilleur soin pour le plus grand nombre possible.

La formulation, reprise par le PMSI, a un antécédent de taille. Il s'agit de la formule utilitariste la plus puissante et de ses multiples déclinaisons : la meilleure répartition du bonheur pour le plus grand nombre possible. Elle trouve son plus ardent propagandiste avec Jeremy Bentham. Cet homme passa toute son existence à mettre en œuvre cette formule dans

¹ Édouard Toulouse : Rapport sur l'existence des aliénés en France et en Ecosse, Conseil Général de la Seine (1898) in R. Castel, « La gestion des risques », Éditions de Minuit, 1981, p. 80.

² G. Deleuze, « Foucault », Collection « Critiques », Éditions de Minuit, 1986, p. 81.

³ G. Wagenaar, « Le PMSI : À quoi ça sert ? », *Santé Mentale*, n° 41, Octobre 1999, pages 22 à 28. Les portions de phrases soulignées sont de mon fait.

l'ensemble du corps juridique et législatif anglais sur le temps où la France proclamait la République.

Il nous est connu aujourd'hui par l'exhumation que firent M. Foucault et M. Perrot du « Panoptique »¹. Prison modèle, pour l'acceptation de laquelle Bentham dilapida l'ensemble de sa fortune mais qui n'eut pas, ou très peu, d'applications. Il y est abondamment question de transparence, de visibilité absolue et constante. Pour Bentham, il s'agit d'une inspection d'un genre nouveau, d'un dispositif révolutionnaire dans le monde pénitentiaire qui peut aisément trouver d'autres applications dans le domaine hospitalier, l'entreprise, les maisons de correction... La prison est circulaire : à la périphérie des cellules, au centre, la tour du surveillant, entre les deux édifices, une cour. Chaque cellule est percée par deux ouvertures : une vers l'extérieur, l'autre, protégée par une grille, donne sur la cour. Les prisonniers sont ainsi constamment visibles et la nuit, un habile circuit d'éclairage permet de voir les prisonniers à contre-jour. La tour, elle-même percée de petites fenêtres, permet à l'inspecteur, par un seul mouvement du corps, d'examiner la situation de chaque prisonnier sans qu'il puisse être vu. « *L'inspecteur invisible lui-même règne comme un esprit... fût-il absent, l'opinion de sa présence est aussi efficace que sa présence même* ». L'économie réalisée, du point de vue de la surveillance et des coûts en personnel, est considérable. L'inventeur du Panoptique met régulièrement en avant cet argument convaincant.

L'intention est limpide : chaque prisonnier, placé dans l'illusion d'une surveillance permanente, devient son propre gardien. Un appareil construit pour observer et surveiller devient machine à monopoliser la pensée. La force de cette injonction ne permet pas au détenu de trouver de cesse. L'objet de la surveillance n'est plus l'observation du prisonnier mais, par ce détour, la surveillance en elle-même.

Bénéfice supplémentaire, cette construction permet de voir et de juger l'autre d'une place imprenable où on ne peut être saisi comme observateur².

Du Panoptique, M. Foucault, fit une des figures exemplaires de notre modernité, de la multiplicité de ses systèmes de contrôle.

Mais Bentham n'est pas seulement architecte de prison modèle et de modifications législatives³. Une partie de son œuvre, redécouverte très récemment, concerne « *La théorie des fictions* ». Il ne s'agit en rien d'un genre littéraire. « *Elle ne doit pas être confondue avec l'entité imaginaire* »⁴. Les fictions, pour indiquer vite, et sans doute mal, ce que Bentham entendait par-là, sont des formes de représentations mentales indispensables à toute forme de discours. Le recours à la fiction est absolument obligé du fait de la place première du langage. « *Dans la mesure où les mots font exister les choses, toute tromperie devient possible si l'on ne prend pas soin de distinguer ce qui est réel de ce qui est fictif dans ce qu'ils désignent* »⁵. Cette mise en garde de Bentham concernant le caractère de fiction de la langue, le fait que les mots ne soient pas innocents à ce qu'ils veulent décrire, peut-elle rester lettre morte, au

¹ J. Bentham : « Le panoptique » précédé de « L'œil du pouvoir », entretien avec Michel Foucault, postface de Michèle Perrot, Belfond, 1977, p. 9.

² Je passe sur la tuyauterie et autres accessoires permettant à l'inspecteur de se faire entendre et laisse à chacun le soin de placer les différents protagonistes du PMSI dans les cases qui lui paraissent appropriées.

³ Élie Halévy avait tenté, dans « La formation du radicalisme philosophique » (1901-1904, l'ouvrage vient d'être réédité), de résumer l'ensemble de l'œuvre.

⁴ In J. Bentham. « Le pouvoir des fictions » par Christian Laval, PUF, 1994.

⁵ J. Bentham : « Le panoptique », *op. cit.*

moment où l'on prétend dire le vrai sur le vrai de l'activité médico-économique¹. La mise en valeur du chiffre vient, dans le cadre du PMSI, prendre place de fiction au sens où Bentham la dénonce.

Que la psychiatrie ne soit pas une science ne veut pas dire que ce qui s'y effectue en termes d'actes soit hors de toute mesure. Nous touchons là une évidence, lorsqu'un exercice est rémunéré, payé par la communauté, il faut qu'il soit mesuré. Ceci va de soi. Mais quel est le sens de cet appel réitéré au terme d'égalité dans les textes prônant la valeur du PMSI ? Ce préambule ou cette rhétorique finissent par me faire redouter l'inverse. L'égalité, on le sait, participe totalement du discours politique, du plus démocratique au plus tyrannique. C'est toujours au nom du bien de l'autre, et de l'égalité dans la communauté, qu'on inflige les pires discriminations.

E. La Psyché, une cervelle ?

Les quelques éléments que je vais évoquer, pour conclure, s'éloignent du recueil de routine qu'on nous annonce pour le PMSI. Celui-ci repose cependant, dans son expérimentation en 1997-1998 comme dans ses préliminaires sur des notions plus ou moins formulées qui lui ont donné configuration quand bien même la pauvreté actuelle de l'outil paraît l'aseptiser de ses prolégomènes, de ses intentions dites ou suggérées.

1. Ce qu'exclut ce discours gestionnaire, c'est tout simplement la part du sujet. Il n'a certes pas à le prendre en compte dans son ouvrage. Mais peut-on ignorer avec autant d'obstination les effets d'un calcul sur ce qu'il entend mesurer. Peut-on imaginer que la mise en place du PMSI n'infléchira pas l'approche, le travail des praticiens et que les soins n'en seront pas affectés ?

Par ailleurs comment prétendre mesurer la place d'un seul des protagonistes de la scène médicale : le patient ? Comment le second, le médecin, peut-il s'extraire de l'opération ? Par quelle forme de fiction peut-il être extérieur à l'opération et chiffrer un dialogue, ou un acte dont il est partie prenante ? Quel est le support objectif qui permettrait en psychiatrie au soignant de se dégager de ce qui s'y déroule ? Contrairement à ce que l'on a pu en dire, la position du psychiatre n'est jamais neutre.

2. Traiter à moindre coût, au plus vite, avec le meilleur résultat possible :

Pour revenir sur un autre argument de M. de Kervasdoué, comment trouver une psychothérapie qui en vaille une autre en terme de résultat et à meilleur coût ? Quelques études mesurent depuis longtemps les résultats comparés des médicaments et de la psychothérapie. Mais est-il inconvenant de dire (sans réduire la place des médicaments) qu'il ne s'agit pas du tout de la même chose. L'une, la médication, se pose sur le registre du signe, l'autre se fonde sur la prise de parole. Méthode, déroulement et résultats ne sont en rien superposables. Je cite encore notre ancien directeur des hôpitaux : « *Si en France, la psychiatrie et son exercice sont contrôlés, ce n'est pas le cas de la psychologie et de la psychanalyse. Ces pratiques sont-elles aussi efficaces les unes que les autres ? Et si c'est le*

¹ Le Panoptique édité sur ordre de l'Assemblée Nationale eut un destin très court. Il fut très vite oublié. Les positions de Bentham n'étaient pas étrangères à ce projet avorté. Édité par l'Assemblée Nationale, fait citoyen d'honneur de la République, il critique très vite la notion d'égalité. Le concept, en lui-même, dans l'aurore de cette démocratie naissante, lui paraissait plus proche d'un slogan que d'une volonté politique effective et efficiente. Ce curieux personnage qui forgea tant de néologismes et de mots (dont déontologie), lui trouvait un parfum d'imposture.

cas, pourquoi ne pas retenir la moins coûteuse ? ». En quoi consiste l'efficacité : effacer un ou des signes du malaise (pour prendre un terme général) ou offrir la possibilité de parler ce malaise, de donner au sujet les moyens d'envisager dans quel contexte, sur quel temps ce mal-être est apparu ?

On affirme beaucoup en ce moment, du côté de l'industrie pharmacologique, l'intérêt de ces pilules qui effacent la douleur, la souffrance et bientôt, grâce à la génétique, la question que se pose toujours un sujet sur son destin. Ces nouvelles générations de médicaments permettraient non seulement de prévenir, mais d'éliminer dans un bon nombre de cas la maladie avant même qu'elle ne se manifeste. Les congrès de l'American Psychiatric Association abondent de publications scientifiques qui nous promettent, pris à temps, avec les médicaments adéquats, sinon la disparition, mais la diminution d'une bonne partie de devenir pathologiques déjà tracés !!! Le rêve américain est là. Les congrès mondiaux multiplient les communications dans ce registre. Quelques laboratoires doivent se frotter les mains du travail fait à leur place, dans des opérations publiques, qu'ils n'auraient pu produire sans un tel couvert scientifique. La schizophrénie peut être objectivée par avance. La prévention rejoint la prédiction. L'avenir s'enferme dans son œuf. Le destin du sujet humain se déplace sur la cellule et le génome. Œdipe reviens ! Tu n'as plus à t'interroger : ta tragédie ne te concerne pas. Comment avait-on pu ne pas te le dire ?

3. Arrivé là, il n'y a qu'un pas. Je sais qu'on m'en fera procès. On pourra me rétorquer que je vais beaucoup plus loin que ce que cherche à démontrer cet outil. Ce pas, c'est celui de l'organicité. La psyché n'existerait pas, ce serait une affaire de cervelle. Il y a deux siècles, c'était à la boîte crânienne, à ses bosses, à l'encéphale et à ses circonvolutions qu'on s'intéressait. Les choses ont évolué avec les progrès de la science. C'est un débat de plus, mais il me paraît central dans cette affaire.

Ce qui est demandé au psychiatre d'aligner, le diagnostic venant de surcroît, c'est, je ne sais pas le dire autrement, de ranger la psyché, comme une appendicite ou n'importe quel organe. Certes, me dira-t-on, « vous voilà bien encore les psychiatres... ». Faux. L'expression la plus courante déjoue le prétendu outil. « Tu me fends le cœur » réplique Marius sur sa terrasse. De quoi s'agit-il : de sa carte, de sa stratégie, d'un jeu d'esprit ou de l'ensemble ? Et s'il faut être plus sérieux, reprenons « Le marchand de Venise » de Shakespeare. Le morceau de chair ne pèse, malgré les allégations de Shylock, ni le poids, ni le prix que lui fixerait le plateau de la balance. Toute la pièce le démontre.

Alors, désolé pour la balance qui d'ailleurs n'en a cure, nous sommes en psychiatrie. C'est bien à ce qui fait le poids, pour le sujet, qu'aucune balance ne viendra jamais mesurer, et, non à la « lourdeur » de sa pathologie qu'on a affaire. Le morceau de chair ne se résume ni à sa pesée, ni au papier, ni à l'emballage mais au langage qui lui donne place de corps.

Il me faut conclure. Il fut un temps, il n'est pas tout à fait comparable. L'histoire ne suit jamais le même tour. Comment ne pas voir sur la fin du XIX^{ème}, à l'apogée du courant de la dégénérescence, dans ses tracés héréditaires, dans l'étude des générations, dans ce travail monumental, babélien qui allait donner naissance à l'eugénisme, surgir une affection inclassable : l'hystérie. Charcot crut un moment s'en faire le maître et fut reconnu comme tel. Ce fut elle, multiforme, hypnotisable, se cabrant à souhait, devant un public ébahi, sur l'injonction du maître, qui le tira par le bout du nez. Quelque temps après, Freud reprenait l'ouvrage mais dans un tout autre sens.

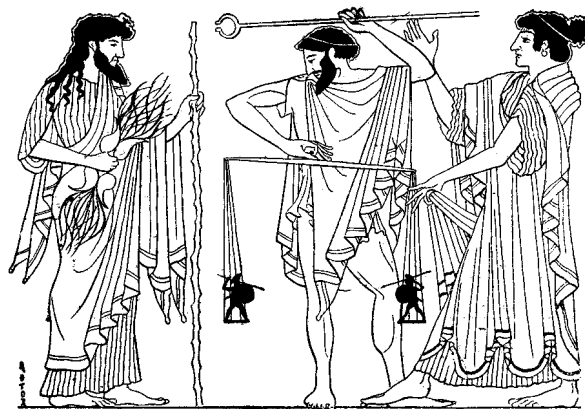
La même opération est à l'œuvre. Dans ces nations où règne la norme, posée en vertu collective, où la jurisprudence est portée à son comble, dans le monde anglo-saxon d'où nous importons le PMSI, une nouvelle entité clinique resurgit : les personnalités multiples. Elles déjouent organisations et classifications si bien ordonnées. Artefact répondra-t-on. Bien sûr si l'on ne juge que ses propres performances, celles qui entrent dans la machine et celles qu'on exclut. Mais la psychiatrie est là pour quoi ? Pour sarcler sans cesse son jardin des espèces, jeter les herbes inutiles ? Ou tenter d'entendre et de suivre ce qui ne cesse de la dépasser ?

Dr Jean-Paul LIAUZU

Le chœur :

"O vous, qui habitez la Thèbes de vos pères ! regardez cet Œdipe,
Qui savait les énigmes, l'homme le plus fort au monde,
Lui qui n'a eu d'égard ni pour l'émulation des citoyens ni pour leur succès,
Dans quelle vague, quel effroyable malheur il est arrivé !
Ainsi, en mortel qu'on est, devant le spectacle de la grande journée,
La dernière qu'il vit, on n'attribuera le bonheur à personne, avant
Qu'il n'ait franchi la borne de la vie sans avoir souffert."

Le rideau tombe



LA PESÉE DES AMES

SIGLES

-ARH : Les ARH, Agences Régionales d'Hospitalisation, ont été créées par l'ordonnance d'avril 1996. Elles exercent la tutelle des établissements de soin et détiennent donc l'autorité en matière d'allocation des budgets aux établissements. Elles remplacent les DDASS, Directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

-CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, version n°10, publiée par l'OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Elle est utilisée pour coder les diagnostics.

-CMD : Catégorie Majeure de Diagnostic. Les semaines d'hospitalisation à temps plein et à temps partiel ont été, lors de la construction des classifications, et seront, " en routine ", classées dans 15 CMD, dont une rassemble les patients de moins de 3 ans, les 14 autres correspondant aux têtes de chapitres de la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement issue de la CIM 10. Les CMD opèrent une partition a priori, qui n'a pas de valeur explicative du point de vue statistique mais permet d'améliorer la lisibilité clinique des classifications.

-DGS : Direction Générale de la Santé

-DH : Direction des Hôpitaux

-DIM : Département d'Information Médicale. Au sein d'un établissement de soin, " Le D.I.M. a la vocation d'être un lieu privilégié de l'information hospitalière. Avec ses outils informatiques et ses compétences, il est au service de tous les acteurs hospitaliers, pour ce qui concerne notamment :

- la connaissance des activités cliniques ;
- la liaison entre les données économiques et médicales ;
- le suivi des soins infirmiers. " (circulaire DH/P.M.S.I du 24 juillet 1989).

-DRG : Diagnosis Related Groups. La classification des DRG a été élaborée aux Etats-Unis dans les années 1970. Elle permet de classer des séjours hospitaliers en groupes relativement homogènes du point de vue économique et médical. Les DRG ont servi de modèle au PMSI.

-EDGARS : Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion et Soins physiques, catalogue d'actes pour les soins ambulatoires en psychiatrie.

-FPP : Fiche Par Patient. Depuis 1988, les secteurs de psychiatrie générale sont tenus de recueillir une fiche par patient contenant des informations sur le patient et les actes. La FPP fut mise en place par la DGS, Direction Générale de la Santé.

-GHJ : Groupe Homogène de Journée. Les classifications en GHJ du PMSI en psychiatrie reposent sur le classement des séjours à temps plein et à temps partiel dans, respectivement, 237 et 144 groupes de séjours présentant une homogénéité à la fois clinique et économique.

-GHM : Groupe Homogène de Malades constitués à partir du diagnostic médical ou des interventions justifiant le séjour dans le cadre du PMSI-MCO.

-ISA : Indice Synthétique d'Activité. Unité d'œuvre permettant de mesurer l'activité des établissements de soin.

-MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique.

-PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

Citations

La pièce de Sophocle, *Œdipe roi*, est citée dans la très belle traduction de Jean et Mayotte Bollack, parue aux Éditions de Minuit (1985), avec l'autorisation de l'éditeur.

Sont reproduits les vers 1-10, 14-45, 130-132, 168-176, 216-226, 310-319, 404-409, 439-442, 484-498, 499-511, 676-686, 1014-1022, 1524-1530.

De lui-même, le lecteur aura rétabli les personnages, par ordre d'apparition : Œdipe (alias Péhaimécy), Le grand-prêtre de Zeus (premier psychiatre), Créon (lui-même), le Chœur, Tirésias (deuxième psychiatre), Jocaste (en personne), le messager (dont on ne connaît jamais le nom).

Dans les citations, le nom d'Œdipe a été remplacé par son alias, celui de Cadmos par Hachpée. Les prêtres (de Zeus) sont devenus des psychiatres (de l'Appée) : effet facile de mise en scène.

Les citations de J.W. Goethe proviennent de son *Traité des couleurs* (Tr. H. Bideau, Centre Triades, 1980).

Les illustrations des pages 28 et 71 ont été composées à partir d'illustrations de Notor, celle de la page 42 à partir d'une composition de L. de Bellée, toutes issues des *Aventures d'Aristonoüs* de Fénelon, Flammarion, 1920.

Mise en scène : Bruno Aubusson de Cavarlay



Table des matières

Notice de Lucio Nero	1
Petite histoire du P.M.S.I. en psychiatrie, par le Dr. Olivier Boitard	4
Mesure pour mesure ou fétiche contre fiction, par Elisabeth Zucker-Rouvillois	6
Histoire conjointe de la psychiatrie publique 1950-2000 et de la mise en place d'outils d'évaluation médico-économique, par Denis Dehgan	12
« Y'a pas de raison ! », par le Dr. Jean-Paul Liauzu	18
Les données molles se rebiffent, par le Dr. Bernard Odier	24
Au cœur du P.M.S.I., par Anne Depaigne	31
Chronologie de l'élaboration du P.M.S.I. en psychiatrie, par la même	37
« Comment en est-on arrivé là », par Anne Depaigne	39
Politique, Médecine, Statistique et Ineptie ou les sept couleurs du vertige, par René Padieu	46
Le P.M.S.I. en psychiatrie : petite conversation entre gens de bonne compagnie, par Denis Dehgan	60
« Soyez transparents », par le Dr. Jean-Paul Liauzu	66
Sigles	75
Citations	76
Table des matières	77