

# INFO en SANTÉ

lettre n° 1  
avril 2002

système d'information, stratégie, qualité



**ÉDITORIAL** .....P. 1  
G. VINCENT, B. GARRIGUES

**CHIFFRES CLÉS** .....P. 1  
Points ISA des différentes régions  
et évolution (public et PSPH)  
B. AUBLET-CUVELIER et T. COURBIS

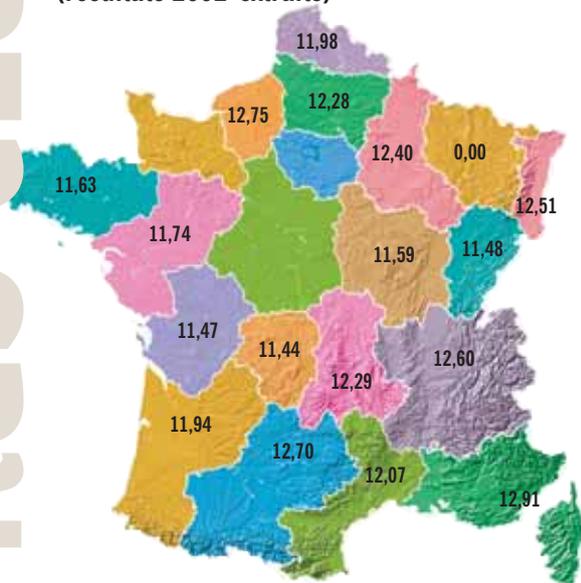
**ARTICLE ORIGINAL** .....P. 3  
OAP - A. BURONFOSSE,  
P. DUPORTAIL, A. DELHOMMEAU,  
S. MARTIN, E. LEPAGE

**POINT DE VUE** .....P. 10  
Tarification à la pathologie  
T. COURBIS

**QUESTIONS D'ACTUALITÉ** .....P. 12  
E. LEPAGE et E. HORNUS

**REVUE BIBLIOGRAPHIQUE** .....P. 12  
P. DUJOLS, B. GARRIGUES

## Enquête sur l'allocation budgétaire PMSI (résultats 2002-extraits)



Point ISA moyen régional vs.  
Point ISA par CHR/CHU  
(après abattement des enseignement & recherche -  
0% Metz, 6% Orléans, 13% les autres)

### 1<sup>re</sup> partie • Objectifs

Pour la septième année consécutive, le CHU de Montpellier, gestionnaire de la base de données PMSI Inter CHR/CHU, établit une enquête portant sur les conditions d'allocation budgétaire des CHR et des CHU.

Cette consultation répond à trois objectifs :

- mesurer l'impact du PMSI eu égard aux procédures d'allocation budgétaire 2002 dans les différentes régions,
- confronter le positionnement de chaque CHR/CHU à l'intérieur de sa région,
- comparer les conditions d'utilisation du PMSI par les ARH.

### 2<sup>e</sup> partie • Modalités

Cette enquête a été réalisée durant les mois de décembre 2001, janvier 2002 et février 2002. Elle a été transmise à tous les établissements membres de la Base PMSI Inter CHR/CHU, soit 30 hôpitaux au total.

### 3<sup>e</sup> partie • Résultats

**Taux de réponse :** 29 établissements sur 30 ont répondu à cette enquête. Le CHU de Fort-de-France n'a pas retourné de réponse. ■

## ÉDITORIAL

V oici le premier numéro d'Info en Santé, dont la parution tient à la volonté de la Fédération hospitalière de France, soutenue par le Collège national de l'information médicale.

Il n'existait jusqu'alors plus de publication en langue française consacrée à l'information hospitalière, administrative, médicale, concernant aussi bien des données quantitatives que qualitatives. Nous avons l'ambition, avec cette publication multidisciplinaire, de combler cette lacune.

*Info en Santé* comportera des articles scientifiques originaux, des points de vue, des questions d'actualité, des chiffres clés, des rapports officiels, des analyses bibliographiques, un courrier des lecteurs et des annonces.

Présentée dans un premier temps sous la forme d'une lettre paraissant 4 à 6 fois par an, en fonction de l'accueil que vous lui réserverez *Info en Santé* se transformera progressivement en véritable revue bimestrielle, voire mensuelle.

Nous resterons très attentifs à vos réactions, avis et commentaires. Bonne lecture à tous.

**Gérard VINCENT**  
Délégué Général de la FHF  
**Dr Bernard GARRIGUES**  
Rédacteur en Chef adjoint

## INFO en SANTÉ

**DIRECTEUR DE LA PUBLICATION** Gérard Larcher  
**RÉDACTEUR EN CHEF** Gérard Vincent  
**RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT** Bernard Garrigues  
**COMITÉ DE RÉDACTION** Yann Bubiën,  
Bruno Aublet-Cuvelier, Eric Lepage, Régis Beuscart,  
Michel Calmon, Thierry Courbis, Pierre Dujols  
**MAQUETTE, FABRICATION, ÉDITION** Héral  
**IMPRIMEUR** Pharmapost

**Fédération Hospitalière de France**  
33, avenue d'Italie  
75013 Paris  
Tél. : 01 44 06 84 44  
Fax : 01 44 06 84 45  
Email : fhf@fhf.fr  
Site : www.fhf.fr

# Enquête sur l'allocation

(résultats 2002-extraits)

Direction des systèmes  
d'information et d'organisation  
Base de données inter CHR/CHU  
Document établi le 1<sup>er</sup> mars 2002

## Paramètres régionaux

	2000 29 CHR/CHU <i>Manque : Fort-de-France</i>	1999 30 CHR/CHU	1998 28 CHR/CHU <i>Manquent : AP-HP, Metz</i>	1997 26 CHR/CHU <i>Manquent : AP-HP, Lyon, Metz, Rouen</i>
Valeur minimum	11,44 F Limousin	11,71 F Franche-C.	11,35 F Bourgogne	10,79 F Bourgogne
Valeur maximum	14,53 F Ile-de-Fr.	16,44 F Martinique	16,33 F Martinique	12,21 F Midi-Pyr.
Écart-type	0,73	0,99	0,94	0,47

### Valeur du point moyen ISA régional

Les positions extrêmes entre les régions diminuent légèrement entre 1999 et 2000. En 2000, 3,09 F séparent la région ayant le point ISA moyen le plus bas (11,44 F en Limousin) de la région ayant le point ISA moyen le plus fort (14,53 F en Ile-de-France). Si l'on n'intègre pas la Martinique (pour des questions de comparabilité), l'écart en 1999 est de 3,18 F (14,89 F en Ile-de-France contre 11,71 F en France-Comté).

En terme d'évolution, la très forte majorité des régions présentes en 1999 et 2000 (soit 19 au total) enregistrent une baisse de leur point ISA moyen régional. Cette baisse se situe pour la majorité d'entre elles entre -2 % et -1 %.

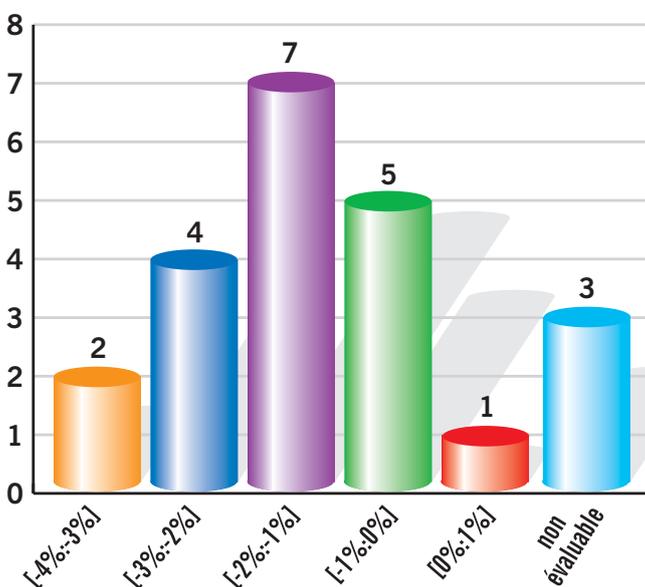
### Point ISA minimum de chaque région

	2000 29 CHR/CHU <i>Manque : Fort-de-France</i>	1999 30 CHR/CHU	1998 28 CHR/CHU <i>Manquent : AP-HP, Metz</i>	1997 26 CHR/CHU <i>Manquent : AP-HP, Lyon, Metz, Rouen</i>
Valeur minimum	7,50 F- PSPH N.-P.-de-Calais	8,00 F CH N.-P.-de-Calais	7,65 F PSPH Nord	6,30 F PSPH Franche-Comté
Valeur maximum	11,31 F PSPH Ile-de-Fr.	15,05 F CHU Martinique	15,42 F CHU Martinique	10,79 F CH Ardenes

### Point ISA maximum de chaque région

	2000 29 CHR/CHU <i>Manque : Fort-de-France</i>	1999 30 CHR/CHU	1998 28 CHR/CHU <i>Manquent : AP-HP, Metz</i>	1997 26 CHR/CHU <i>Manquent : AP-HP, Lyon, Metz, Rouen</i>
Valeur minimum	13,63 F CH Bretagne	13,80 F CH Lang.-Roussillon	12,81 F CH Centre	12,25 F CH Centre
Valeur maximum	36,23 F CH Rhône-Alpes	24,75 F CH PACA	18,37 F CH Picardie	19,01 F CH Picardie

### Point ISA régional - Nombre de points par classe d'évolution 2000 vs. 1999



L'amplitude maximale entre les valeurs des points ISA extrêmes s'élève à 28,73 F en 2000, soit un pourcentage d'évolution de + 71,5 % par rapport à 1999. Cet écart était déjà en hausse sensible en 1999 (16,75 F, soit + 56,2 % par rapport à 1998). Le nombre de régions dans lesquelles les valeurs maximales de points ISA sont supérieures à 20 F est également en croissance depuis 3 exercices : 6 en 2000 (signalons que la Martinique ne fait pas partie de l'étude cette année), 5 en 1999 et aucune en 1998 et 1997. Les valeurs minimales de points ISA sont en baisse et continuent à osciller autour des mêmes chiffres d'une année à l'autre (7,50 F en 2000, 8,00 F en 1999, 7,65 F en 1998).

En 2000, la région Rhône-Alpes enregistre l'écart intra-régional le plus important, avec 27,01 F de différence entre son point ISA minimum (9,22 F) et son point ISA maximum (36,23 F). Tout comme en 1999, c'est la région Midi-Pyrénées qui reste la moins inégalitaire (3,05 F entre 10,63 F et 13,68 F).

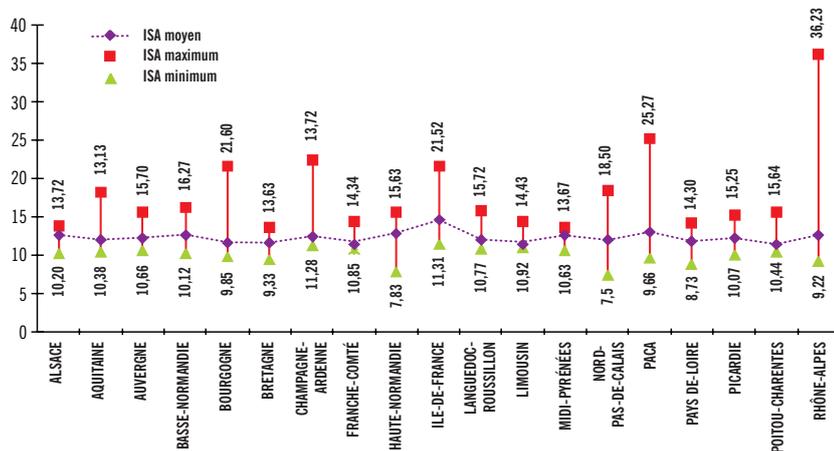
# budgetaire PMSI

## Niveau de dotation

	2000 29 CHR/CHU <i>Manque: Fort-de-France</i>	1999 30 CHR/CHU	1998 28 CHR/CHU <i>Manquent: AP-HP, Metz</i>	1997 26 CHR/CHU <i>Manquent: AP-HP, Lyon, Metz, Rouen</i>
Dotation minimale	-38,6 % Hte-Normandie	-35,7 % Ile-de-France	-28,9 % Picardie	-42,0 % Nord
Dotation maximale	+ 187,5 % Rhône-Alpes	+ 90,1 % PACA	+ 54,2 % Picardie	+ 45,5 % Aquitaine

Les inégalités entre dotation minimum et maximum dans chaque région, déjà très importantes lors des exercices précédents, se sont accrues. Il semble que certains établissements ne maîtrisent pas l'évolution de leur point ISA, phénomène déjà relevé en 1999. Les écarts de dotation oscillent entre - 38,6 % (Haute-Normandie) au minimum et + 187,5 % (Rhône-Alpes) au maximum. ■

## Écart intra-régional 2000 entre ISA maximum et ISA minimum Rappel de l'ISA moyen



## Information médicale et démarche stratégique

# Utilisation de l'outil d'analyse PMSI (OAP) court séjour

### Mots clés

OAP, PMSI, case-mix, stratégie hospitalière, comparaisons hospitalières, pôle d'activité, ligne de produits, offre de soins hospitalière

Anne BURONFOSSE,  
Philippe DUPORTAIL,  
Anne DELHOMMEAU,  
Sandrine MARTIN,  
Eric LEPAGE.

*Délégation à l'information médicale  
et à l'épidémiologie,*

*Direction de la politique médicale  
Assistance publique-Hôpitaux de Paris*

L'outil d'analyse PMSI a été élaboré par le COTRIM d'Ile-de-France pour faciliter l'analyse stratégique de l'activité médicale des établissements de santé. Au sein de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, cette approche est notamment utilisée pour étudier le case-mix des structures dans le cadre des conférences annuelles stratégiques. La valeur ajoutée de la classification OAP est illustrée, dans cet article, à partir de quelques exemples commentés : analyse du case-mix d'un établissement par pôles d'activité et lignes de produits, comparaisons inter-hospitalières. La classification OAP propose des regroupements de prises en charge qui sont significatifs d'un point de vue médical ; elle présente donc un réel intérêt pour l'exploitation et l'analyse des données PMSI. Toutefois, certaines limites doivent être connues pour une utilisation correcte. Il convient notamment de distinguer les séjours de plus et de moins de 24 heures ainsi que les prises en charge pédiatriques et adultes. De même, l'interprétation de la lourdeur des cas, du caractère chirurgical/médical de la prise en charge ou de l'évolution annuelle d'activité par pôle nécessitent certaines précautions.

Introduit en France au début des années 1980, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) consiste en une classification des séjours hospitaliers en fonction de critères d'homogénéité médico-économique établis à partir des travaux de Fetter (1). Le PMSI a tout d'abord été utilisé, à des fins budgétaires, pour comparer l'efficacité des structures hospitalières à partir de la valeur de leur point d'indice synthétique d'activité (2, 3, 4). Les ordonnances Juppé d'avril 1996 (5) ont conforté cette approche tout en ouvrant d'autres perspectives avec la mise en place



# Utilisation de l'outil d'analyse PMSI

des contrats d'objectifs et de moyens (6). Cette contractualisation entre l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et les établissements de santé doit s'appuyer sur une cartographie médicalisée de l'offre de soins.

L'utilisation du PMSI dans le cadre de cette démarche de planification paraît de prime abord attractive : le recueil de données est exhaustif et standardisé pour toutes les prises en charge hospitalières de court séjour, le codage fait l'objet d'un contrôle de qualité (2, 3). Toutefois, la classification PMSI n'a pas été construite pour répondre à cet objectif. Les groupes homogènes de malades (GHM) et les catégories majeures de diagnostics (CMD) ne sont donc pas adaptés pour décrire, de façon pertinente, l'activité médicale des établissements de santé. Les GHM sont trop nombreux. Les CMD sont mal adaptées : elles regroupent, pour certaines, des activités différentes telles la dermatologie et la gynécologie ; les prises en charge ambulatoires sont toutes regroupées dans une seule catégorie ; il en est de même pour la plupart des bilans. Les professionnels de l'information médicale ont ainsi été sollicités dans plusieurs régions pour élaborer une méthodologie d'analyse des résumés PMSI qui réponde à un objectif d'analyse stratégique de l'activité médicale des établissements de santé. Trois classifications sont ainsi nées de cette réflexion (7, 8, 9, 10). Au-delà de leurs caractéristiques propres, toutes reposent sur le principe d'un regroupement des GHM selon des axes significatifs du point de vue médical.

En région Ile-de-France, nous avons participé à l'élaboration de l'outil d'analyse PMSI (OAP), sous l'égide du Comité technique régional de l'information médicale. La première version a été finalisée

en 1999 et fait, depuis, l'objet d'une révision annuelle (11). Cet outil est utilisé par les instances de régulation de l'offre hospitalière régionale de soins (12, 13), mais également par les établissements de santé eux-mêmes. Au sein de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), l'approche OAP est centrée principalement sur l'activité des établissements. Elle permet de procéder à des comparaisons locales, régionales ou nationales, et d'étudier le positionnement d'une structure par rapport à son environnement sanitaire

## Méthodes

### La classification OAP en court séjour : principes généraux

Le GHM a été retenu comme unité élémentaire d'analyse lors de l'élaboration de l'outil d'analyse PMSI.

La méthodologie a consisté dans un premier temps en l'étude détaillée des listes de diagnostics et d'actes pris en compte dans l'algorithme de la classification PMSI. Cette étude a été réalisée par des médecins d'information médicale avec recours à l'avis de cliniciens lorsque cela s'avérait nécessaire. Sur cette base, chaque GHM a été caractérisé par trois critères. La nature médicale ou chirurgicale des prises en charge a été évaluée selon le recours ou non au bloc opératoire. Le type d'hospitalisation, traditionnel ou ambulatoire, a été déterminé en fonction de la durée des séjours et du codage éventuel de séances. La lourdeur des prises en charge a été qualifiée par deux niveaux de recours ( $a > b$ ) selon le caractère spécialisé ou non du plateau médico-technique mobilisé et/ou du degré d'expertise professionnelle sollicité. Des regroupements de GHM ont ensuite été définis en adoptant deux niveaux de description hiérarchisés et emboîtés. Chaque GHM a été affecté dans un des 26 pôles

hospitalier. Cette classification est notamment utilisée pour analyser le case-mix des établissements dans le cadre des conférences stratégiques d'orientation.

L'objectif de ce travail est de présenter différentes analyses menées, à l'aide d'OAP, par la Délégation à l'information médicale et à l'épidémiologie de l'AP-HP (DIME). Les exemples choisis tenteront d'illustrer la valeur ajoutée d'un tel outil pour éclairer les décisions qui doivent être prises en matière de politique médicale au sein des structures hospitalières.

d'activité identifiant les disciplines médico-chirurgicales, puis dans une des lignes de produits précisant la nature des prises en charge médicales au sein de chaque pôle. La classification OAP permet ainsi d'analyser l'offre de soins selon une approche dynamique. L'activité peut être étudiée, selon les besoins, de façon très synthétique ou plus détaillée par pôles d'activité, lignes de produits ou GHM. Chaque niveau d'analyse peut être exploré en fonction des trois critères retenus pour caractériser les GHM.

### L'information médicale au sein de l'AP-HP dans le champ du court séjour

Depuis 1996, les données PMSI produites par chacun des établissements de l'AP-HP sont transmises tous les mois à la DIME sous la forme de résumés d'unité médicale et de résumés de sortie standardisés groupés. D'autres données, de nature plus administrative, sont également disponibles : fichier de structure identifiant les chefs de service responsables de chaque unité médicale et leur spécialité d'appartenance, équipements en lits et places, activité administrative enregistrée en séances et en journées d'hospitalisation.

# (OAP) court séjour

## Les référentiels externes

Pour le champ du court séjour, l'ARH d'Ile-de-France communique depuis 1998 à chacun des établissements franciliens le case-mix distinct de tous les hôpitaux publics et privés de la région, en séparant les prises en charge pédiatriques et adultes. Par ailleurs, la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales met à disposition une liste des établissements précisant leur statut juridique, leur adresse, et le secteur sanitaire auquel ils sont rattachés. Il est ainsi possible de positionner l'activité d'une structure par rapport à son environnement sanitaire immédiat.

D'autres référentiels sont également disponibles sur le site Internet du Centre de traitement de l'information PMSI (14). C'est en particulier le cas de la durée moyenne de séjour par GHM calculée sur les bases régionale ou nationale EMT, portant sur les secteurs publics ou privés.

## Résultats

Les données médico-administratives produites dans le cadre du PMSI et leur analyse au travers des indicateurs de la classification OAP permettent d'une part d'étudier le case-mix d'un établissement et d'autre part de réaliser des comparaisons inter-hospitalières.

### Analyse du case-mix d'un établissement

Cette analyse peut être menée, dans un premier temps, par pôles d'activité. Le tableau 1 présente le case-mix d'un établissement hospitalier ; seuls les cinq pôles d'activité les plus fréquents (hors CM 24) sont détaillés. Cette approche permet une vision synthétique des

pôles d'activité principaux, l'analyse de leurs poids respectifs au sein de l'activité de l'établissement et, pour chacun d'eux, la proportion des séjours chirurgicaux. La part des séjours ayant requis une expertise médicale spécifique ou ayant mobilisé un plateau technique particulier est appréciée par l'indicateur de lourdeur : celui-ci peut être analysé par pôle d'activité en distinguant les séjours médicaux et chirurgicaux. La répartition des séjours par pôles d'activités peut être enrichie par l'étude d'autres variables. L'attractivité de l'établissement peut être appréciée par le pourcentage de patients résidant dans le même département que l'hôpital, ou résidant hors de la région (ici l'Ile-de-France). Les durées d'hospitalisation peuvent être ana-

## Tableau 1

Analyse par pôles d'activité du case-mix d'un l'hôpital (prise en charge des adultes)

Pôles d'activité	HORS CM 24									CM 24			
	Nombre de RSA	% du pôle pour l'étab.	% RSA chir. par pôle	RSA LOURDS <sup>(1)</sup>		RÉSIDENCE PATIENTS		DURÉE SÉJ. de perf. <sup>(4)</sup>	Index	Nombre de RSA ou séances	% du pôle pour l'étab.	% RSA chir. par pôle	% RSA CM 24 par pôle
				% en chir.	% en méd.	% même départ. que l'étab. <sup>(2)</sup>	% hors IdF <sup>(3)</sup>						
AA Digestif	4 845	19	46	51	32	46	13	1,0	119	1	3	2	
AB Orthopédie, Rhumatologie	2 894	12	60	37	24	59	7	1,3	462	3	61	14	
AN Chimiothérapie, radiothérapie, transfusion	2 443	10	0	0	1	40	11	1,2	7 503	48	0	75	
AK Obstétrique	2 317	9	21	16	37	67	1	0,9	950	6	60	29	
AG Pneumologie	2 255	9	1	26	41	64	5	1,0	129	1	0	5	
<b>Sous-total</b>	<b>14 754</b>	<b>59</b>	<b>30</b>			<b>54</b>	<b>8</b>	<b>1,1</b>	<b>9 163</b>	<b>59</b>	<b>9</b>	<b>38</b>	
AX Autres prises en charge	1 443	6	6	0	1	58	9	1,4	2 288	15	1	61	
AY Erreurs et séjours inclassables	55	< 1				42	16		0	0		0	
Autres pôles	8 800	35	18			63	6	1,1	4 103	26	4	32	
<b>Total de l'établissement</b>	<b>25 052</b>	<b>100</b>	<b>25</b>			<b>57</b>	<b>8</b>	<b>1,1</b>	<b>15 554</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>38</b>	

(1) L'outil d'analyse du PMSI (OAP) définit un indicateur lourdeur qui caractérise une expertise médicale spécifique ou l'utilisation d'un plateau technique particulier.

(2) Le patient réside dans le même département que l'hôpital.

(3) Le patient réside hors de la région de l'hôpital, ici l'Ile-de-France (IdF).

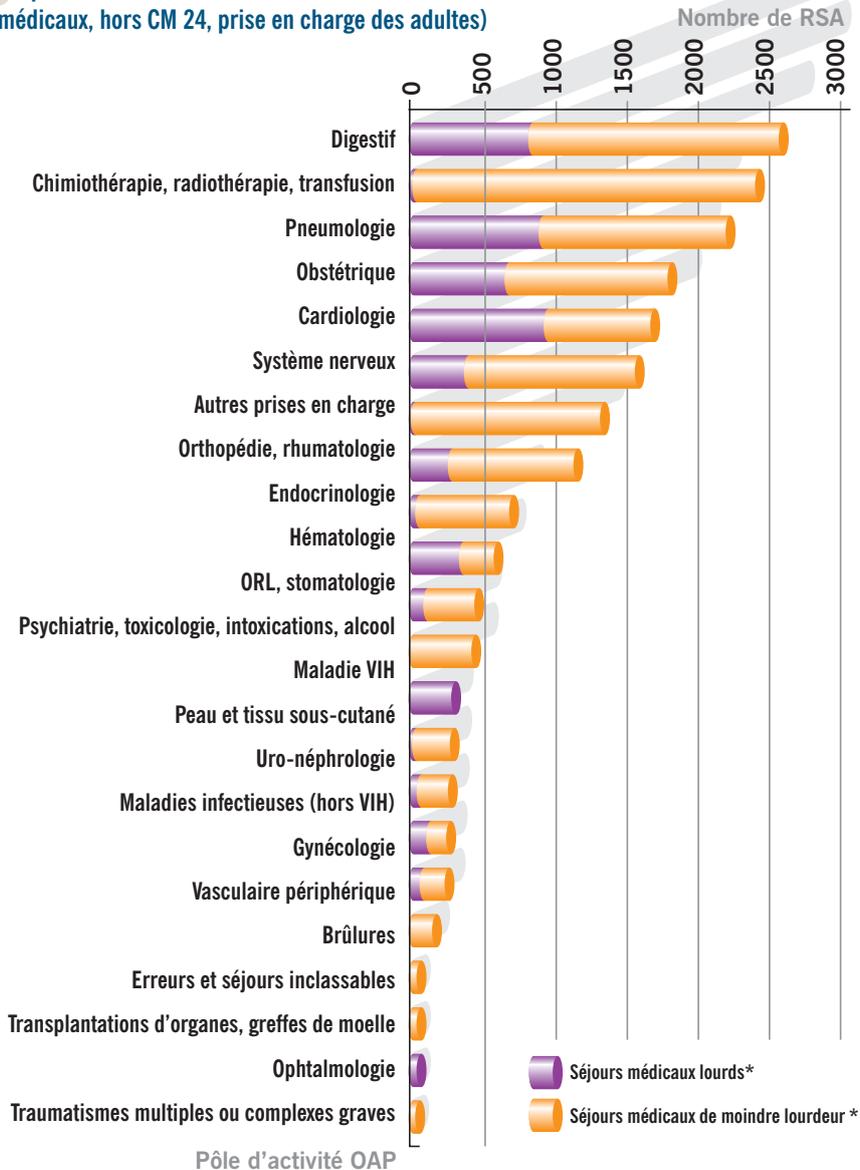
(4) L'index de performance est défini par le rapport du nombre de journées réalisées par l'établissement concerné sur le nombre de journées standardisées. Ce dénominateur représente le nombre de journées que l'hôpital aurait dû produire si, pour chaque GHM, la durée de séjour était comparable à celle de la base de référence.



# Utilisation de l'outil d'analyse PMSI

## Figure 1

Analyse par pôles d'activité du case-mix d'un établissement (séjours médicaux, hors CM 24, prise en charge des adultes)



charge lourdes (n = 525 vs 158). En médecine, les séjours de moindre lourdeur étaient plus fréquents : les gastro-entérites représentaient un fort recrutement.

La répartition des séjours par lignes de produits peut être enrichie par l'étude d'autres variables comme présenté précédemment. Enfin, l'analyse par lignes de produits peut être détaillée en étudiant la répartition des séjours par groupes homogènes de malades (GHM). Pour la ligne de produits « hernie », qui regroupe les hernies inguinales et crurales (GHM 228 et 229) et les éventrations (GHM 226 et 227), il est possible de donner la part relative de ces deux groupes de pathologies. Dans notre exemple, cette répartition était de 61 % pour les hernies inguinales et crurales et de 39 % pour les éventrations.

## Comparaisons inter-hospitalières

La comparaison du case-mix de plusieurs établissements par pôles d'activité, tel que présenté dans le tableau 1, permet un premier niveau d'analyse. Le profil de l'offre de soins peut être étudié et comparé par grand champ d'activité et de lourdeur de prise en charge.

L'analyse de l'offre de soins peut être menée au plan régional. Il est alors possible de regrouper les établissements en fonction de leur statut juridique. Le tableau 3 compare l'activité de l'AP-HP, des hôpitaux publics (hors AP-HP) et des établissements privés pour les séjours des adultes du pôle d'activité « digestif » ayant nécessité une prise en charge chirurgicale, exclusion faite de la CM 24. Globalement, les séjours lourds se répartissaient de façon homogène entre les trois groupes d'établissements analysés. Parmi ces séjours, l'étude des lignes de produits met en évidence certaines spécificités : les chirurgies du foie, du pancréas et de la rate

\* L'outil d'analyse du PMSI (OAP) définit un indicateur lourdeur selon deux classes. Il permet de caractériser une expertise médicale spécifique ou l'utilisation d'un plateau technique particulier.

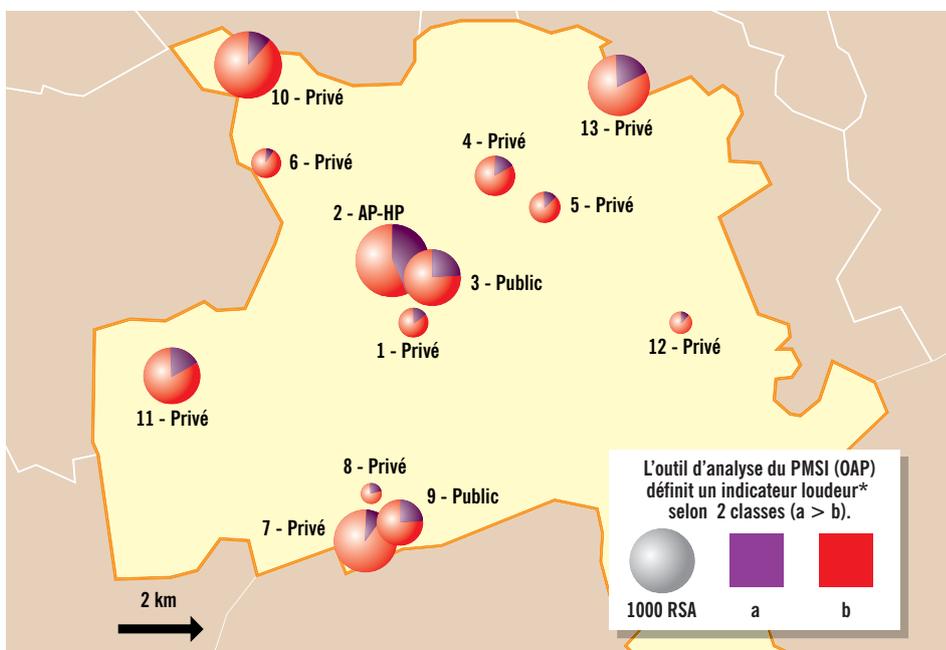
lysées comparativement à un référentiel (la base nationale publique) après standardisation sur le case-mix : l'index de performance en est un bon reflet. D'autres variables peuvent présenter un intérêt particulier : durée moyenne de séjour, classe d'âge (âge supérieur à 80 ans, âge inférieur à 4 ans)... Bien que la description de la CM 24 soit plus restreinte, elle évalue la part de séjours de moins de vingt-quatre heures au sein de chaque pôle et l'importance des séjours chirurgicaux parmi ces derniers. Par ailleurs, ces résultats peuvent être

présentés sous forme graphique tel que proposé à la figure 1. L'analyse par pôles d'activité peut être affinée secondairement en détaillant les lignes de produits. Le tableau 2 précise le type de pathologies prises en charge pour le pôle d'activité « digestif » de l'hôpital considéré précédemment. Dans l'exemple présenté, les pathologies chirurgicales intéressaient principalement le tube digestif, et non le système hépato-biliaire et pancréatique. La ligne de produits « chirurgies grêle/côlon » concernait de façon majoritaire les prises en

# (OAP) court séjour

## Figure 2

Analyse de l'offre de soins au sein d'une zone définie comme l'intersection entre un secteur sanitaire et un département d'Ile-de-France (pôle d'activité « digestif », chirurgie, hors CM 24, prise en charge des adultes)



\* L'Outil d'Analyse du PMSI (OAP) définit un indicateur de lourdeur selon deux classes (a > b). Il permet de caractériser une expertise médicale spécifique ou l'utilisation d'un plateau technique particulier.

(y compris les prises en charge de pathologies tumorales) étaient plus fréquentes à l'AP-HP. Les établissements privés se positionnaient davantage sur les chirurgies du rectum, de l'anus et des voies digestives hautes. La répartition globale des séjours de moindre lourdeur montrait une implication forte des établissements privés. Cette caractéristique était particulièrement marquée pour les cures chirurgicales de hernies, les chirurgies du rectum et des voies biliaires, les appendicectomies.

L'offre de soins hospitaliers étudiée à partir des indicateurs OAP peut être présentée sous forme cartographique. La figure 2 positionne, pour les séjours de chirurgie du pôle « digestif », les parts de marché des établissements implantés dans une zone définie comme l'intersection entre un secteur sanitaire et un département d'Ile-de-France. La position relative des établissements peut être appréciée, de même que leur volume d'activité et leur lourdeur de prise en charge. Dans ce domaine d'activité ciblé, l'offre de soins était concentrée à l'ouest de la zone étudiée. Sept établissements se caractérisaient par un recrutement supérieur à 500 séjours (4 publics, 2 privés et 1 AP-HP). L'analyse cartographique permet d'apprécier l'environnement concurrentiel de chaque structure sanitaire. L'établissement n° 2 (AP-HP) se caractérisait par un gros volume d'activité pour le pôle digestif chirurgical étudié, avec une proportion de séjours lourds de près de 50 %. Dans son environnement immédiat, on notait deux autres structures : une publique (n° 3) comptabilisant plus de 700 séjours avec une part de séjours lourds moindre ; et un établissement privé (n° 1) dont le volume de prises en charge dans ce secteur était beaucoup plus modeste. L'étude détaillée par lignes de produits pourrait indiquer le caractère concurrentiel ou complémentaire de ces activités.

## Tableau 2

Analyse par lignes de produits d'un établissement (pôle d'activité « digestif », chirurgie, hors CM 24, prise en charge des adultes)

Chir./Méd. { % RSA du pôle }	Lourdeur* { % RSA chir. ou méd. }	Lignes de produits	Nombre	% RSA chir. ou méd.
Chirurgie {46}	a {51}	Chirurgies grêle/côlon	525	23
		Chirurgies rectum/anus	236	11
		Autres chirurgies foie, pancréas, voies biliaires	136	6
		Chirurgies digestives hautes	136	6
		Cholécystectomies et chirurgies biliaires	75	3
		Tumeurs malignes (S hépato-biliaire et pancréas)	11	< 1
	b {49}	Chirurgies rate	10	< 1
		Appendicectomies	7	< 1
		Hernies	308	14
		Cholécystectomies et chirurgies biliaires	212	9
		Chirurgies rectum/anus	206	9
		Chirurgies grêle/côlon	158	7
		Appendicectomies	129	6
Médecine {54}	a {32}	Autres chirurgies abdominales	88	4
		Tumeurs malignes (TD)	304	12
		Tumeurs malignes (S hépato-biliaire et pancréas)	276	10
		Affections TD, hépato-biliaire avec CMAS	209	8
	b {68}	Maladies inflammatoires	55	2
		Gastro-entérites et affections TD	539	21
		Autres affections foie, voies biliaires	526	20
		Ulcus, hémorragies digestives	260	10
		Hépatites, alcool, cirrhoses	212	8
		Occlusions, sub-occlusions	150	6
Affections pancréas (non malignes)	77	3		

\* L'Outil d'analyse du PMSI (OAP) définit un indicateur de lourdeur selon deux classes (a > b). Il permet de caractériser une expertise médicale spécifique ou l'utilisation d'un plateau technique particulier.



# Utilisation de l'outil d'analyse PMSI

## Discussion

### Souplesse et richesse des analyses menées avec la classification OAP

Les indicateurs « traditionnels » d'activité (nombre de lits, d'admissions, de journées réalisées en MCO ou la DMS globale) ne permettaient pas de description médicale de l'activité des établissements. La généralisation du PMSI a rendu cette approche possible mais les niveaux d'analyse sont trop détaillés (GHM) ou mal adaptés (CMD). L'outil d'analyse PMSI apporte une réponse simple aux besoins d'analyse médicalisée de l'activité des établissements, ainsi qu'à leur comparaison.

### Du bon usage de l'outil d'analyse PMSI

La classification OAP constitue un outil intéressant pour exploiter l'information PMSI produite par les unités de soins à des fins de planification et d'analyse stratégique. Toutefois, cet outil est construit à partir des GHM de la classification PMSI, ce qui introduit certaines limites et induit certaines précautions d'utilisation.

Le recueil d'information PMSI porte sur chaque épisode d'hospitalisation, complète ou partielle, et de traitement ambulatoire itératif. Le décompte d'activité par unité de recueil introduit une distorsion entre les différents modes de prise en charge : on comptabilise d'une part des séjours mobilisant plusieurs journées d'hospitalisation, et d'autre part des venues et séances correspondant chacune à quelques heures de suivi. L'analyse de l'activité d'une structure à l'aide de la classification OAP nécessite donc de bien distinguer les séjours de plus et de moins de 24 heures ainsi que les séances. Cette segmentation garantit une lisibilité correcte des résultats.

Les prises en charge de moins de 24 heures ont été caractérisées dans OAP par des lignes de produits significatives d'un point de vue médical, lorsque cela était rendu possible par la classification PMSI. Toutefois, de nombreux GHM ambulatoires correspondent à des regroupements génériques peu explicites, en tant que tels, de l'activité médicale réalisée et sont regroupés dans la même ligne de produits « Groupe ambulatoire, non classé ailleurs ». La description détaillée de

l'activité du secteur ambulatoire d'une structure nécessite donc une étude complémentaire des diagnostics et des actes codés dans les résumés PMSI.

L'analyse des prises en charge pédiatriques avec OAP est possible. Il est toutefois nécessaire de sélectionner au préalable la base de l'étude sur le critère d'âge. En effet, de nombreux GHM ne distinguent pas l'activité pédiatrique et adulte.

La typologie des GHM selon le critère « médecine/chirurgie » déterminé dans la classification OAP est fondée sur la prise en compte ou non d'un acte classant dans l'algorithme de groupage PMSI. L'analyse de l'activité des services de chirurgie nécessite donc que soient analysés les séjours de type chirurgical mais aussi médical.

La lourdeur des prises en charge est un indicateur défini sur la base de la segmentation des GHM, elle-même établie dans l'algorithme du groupage PMSI. Or, la qualité de cette segmentation est variable en fonction des disciplines, ce qui induit des niveaux de sensibilité et de spécificité différents pour cet indicateur. Dans ce contexte, les comparaisons menées sur la

## Tableau 3

Analyse régionale : comparaison du case-mix des établissements en fonction de leur statut juridique (pôle d'activité « digestif », chirurgie, hors CM 24, prise en charge des adultes)

Lignes de produits	Nombre de RSA	% RSA <sup>(2)</sup>	% RSA lourds <sup>(1)</sup> par ligne de produits	% RSA lourds <sup>(1)</sup> par statut juridique			% des autres <sup>(1)</sup> RSA par statut juridique		
				AP-HP	Public <sup>(3)</sup>	Privé	AP-HP	Public <sup>(3)</sup>	Privé
Hernies	29 514	30	0				13	23	64
Chirurgies rectum/anus	19 643	20	16	23	25	52	8	34	58
Cholécystectomies et chirurgies biliaires	15 705	16	8	37	30	33	15	30	55
Chirurgies grêle/côlon	11 563	12	92	27	34	39	49	29	22
Appendicectomies	11 271	12	4	19	36	45	15	28	57
Chirurgies digestives hautes	4 181	4	100	28	28	44			
Autres chirurgies abdominales	2 941	3	0				27	32	41
Autres chirurgies foie, pancréas, voies biliaires	2 383	2	100	59	23	18			
Tumeurs malignes (S hépato-biliaire et pancréas)	202	< 1	100	59	24	17			
Chirurgies rate	180	< 1	100	57	33	10			
<b>Total</b>	<b>97 583</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>31</b>	<b>30</b>	<b>39</b>	<b>14</b>	<b>28</b>	<b>58</b>

(1) L'outil d'Analyse du PMSI (OAP) définit un indicateur lourdeur selon deux classes (a > b). Il permet de caractériser une expertise médicale spécifique ou l'utilisation d'un plateau technique particulier.

(2) Pourcentage des RSA au sein du pôle digestif, prise en charge chirurgicale.

(3) Établissements publics et participant au secteur public hors de l'AP-HP.

# (OAP) court séjour

base de ce critère n'ont de sens que si elles sont réalisées pour chaque pôle d'activité, en distinguant les prises en charge chirurgicales et médicales.

L'outil OAP prend régulièrement compte les évolutions de la classification PMSI. De ce fait, la représentation de certaines activités au travers des GHM, et donc des axes d'analyse OAP, comporte des discontinuités. L'infarctus du myocarde, par exemple, était groupé jusqu'en 1999 dans le pôle de cardiologie. La création du GHM 150 « Endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques » dans la version 6 de la classification PMSI a modifié cette situation : un nouveau pôle d'activité « AZ – Vasculaire interventionnel » a été créé dans OAP, dans lequel sont désormais classés les infarctus qui bénéficient de pose de stents coronariens. L'analyse de l'évolution de l'activité dans le pôle de cardiologie entre 1999 et 2000 est donc biaisée. D'autres exemples de cette situation pourraient être donnés, en particulier dans le champ de l'ambulatoire. L'évolution d'activité sur plusieurs années par pôle d'activité ou lignes de produits doit donc impérativement être interprétée en prenant en compte les évolutions structurelles de la classification PMSI et ses impacts sur l'outil OAP. La classification OAP identifie plusieurs lignes de produits qui sont spécifiques des prises en charge de tumeurs malignes. Ces groupes sont constitués de GHM spécifiques de pathologies néoplasiques. Toutefois, l'activité de cancérologie, dans son ensemble, ne peut pas être analysée au travers de ces seules lignes de produits puisque certaines pathologies cancéreuses ne sont pas groupées dans des GHM spécifiques de ce domaine. Une telle approche nécessite une étude détaillée des diagnostics, principaux et associés, codés dans les résumés, indépendamment des GHM. Ce même écueil est constaté pour d'autres disciplines telle que l'infectiologie.

## Pour une vision d'ensemble

Les informations issues du PMSI enrichissent incontestablement la démarche analytique qui accompagne la prise de décision en matière de politique médicale. Toutefois, cette approche ne constitue qu'un des volets dans l'élaboration d'un projet stratégique. L'analyse de l'activité médicale devrait en effet être combinée avec des données financières. Cela permettrait de comprendre la formation des différentes composantes du coût de production de chaque séjour hospitalier et d'expliquer la productivité des structures telles qu'évaluées par les indicateurs médico-économiques issus du PMSI. Une telle démarche globale nécessite de disposer d'un système d'information hospitalier capable de fédérer les données produites par des filières différentes et qui ne communiquent que rarement entre elles. Par ailleurs, une cartographie de l'offre de soins construite sur le seul champ de l'hospitalisation court séjour ne peut être que réductrice. Les données issues du PMSI doivent donc être complétées par d'autres informations. D'une part, il est nécessaire d'étudier les consultations, les actes externes, l'accueil des urgences et l'animation de réseaux de soins car il s'agit d'activités hospitalières qui sont très intriquées avec le secteur du court séjour. D'autre part, il est souhaitable de positionner la structure étudiée par rapport à son environnement : en analysant les filières de prise en charge en amont et en aval du séjour hospitalier, et en évaluant l'environnement sanitaire et social et son impact sur les besoins de santé de la population résidant dans le bassin d'attraction des structures concernées. ■

## Références

1. R. Fetter, S. Youngsso, J. Freeman, R. Averill, J. Thompson. Casemix definition by Diagnosis-Related Groups. *Medical Care* 1980 ; 18 : 5-20.
2. Arrêté du 20 septembre 1994. *Journal Officiel de la République française* du 18 octobre 1994.
3. Circulaire DH/DSS/N° 23 du 10 mai 1995.
4. Le PMSI : analyse médico-économique de l'activité hospitalière. La lettre des systèmes d'information médicalisés. Ministère du travail et des affaires sociales, mai 1996.
5. Ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 relative à l'hospitalisation publique et privée.
6. Circulaire DH/EO N° 97-22 du 13 janvier 1997 relative aux contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé.
7. J. Ruiz. Le regroupement de GHM : inventaire, différences, problèmes et limites. Communication aux Journées EMOIS, Nancy, mars 2000.
8. J. Ruiz. Analyse de l'activité hospitalière en Midi-Pyrénées : groupes fonctionnels et groupes d'activité. La lettre des systèmes d'information médicalisés 1999 ; 35 : 2-3.
9. Comité technique régional de l'information médicale PACA. Vers une simplification de l'analyse de l'activité hospitalière : les G-GHM. La lettre des systèmes d'information médicalisés 1999 ; 34 : 6-9.
10. A. Buronfosse, B. Discazeaux, E. Lepage. OAP : outil d'analyse PMSI élaboré à des fins de planification pour le COTRIM Ile-de-France. La lettre des systèmes d'information médicalisés 2000 ; 36 : 17-20.
11. Assistance publique – Hôpitaux de Paris (DIME) : <http://dime.aphp.fr>
12. S. Deraedt, M. Piolot, E. Lepage, J.-M. Azanowsky, A. Buronfosse, M. Déprez, L. Di Menza, B. Trutt. Outil d'analyse du PMSI et activité chirurgicale dans les établissements de santé d'Ile-de-France. *Revue médicale de l'Assurance maladie* 2000 ; 1 : 71-8.
13. PMSI – Données chiffrées 2000. ARH.
14. Centre de traitement de l'information PMSI (CTIP) : <http://www.le-pmsi.fr>

# La réforme de la ta

## La réforme de la tarification à la pathologie, c'est quoi ?

### Qu'est-ce que la tarification à la pathologie ?

L'article 55 de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle dispose que « le Gouvernement pourra expérimenter, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000, et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie. Les expériences pourront être menées dans une zone géographique déterminée, pour tous les établissements de santé de la zone ou pour partie d'entre eux, selon les modalités définies par voie réglementaire. »

Les termes de « financement à la pathologie » prêtent à confusion. En effet, dans le projet, la rémunération des établissements à « l'activité » n'est envisagée qu'au « séjour », c'est-à-dire un épisode de soins distinct d'une prise en charge globale d'une pathologie. Dans son principe, le financement « à la pathologie » consiste à rémunérer les établissements en fonction de leur activité effective et à retenir, pour une même prise en charge médicale, un prix identique quel que soit l'établissement. Il s'agit là de l'application d'un principe économique bien connu, « la concurrence par comparaison ». Pour être équitable, le nouveau système d'allocation doit prendre en compte l'activité médicale réelle mais aussi la juste rémunération adéquate des missions de service public.

### Les objectifs de l'expérimentation

On peut fixer à cette réforme de la tarification plusieurs objectifs.

> Financer les établissements sur la juste mesure de leur activité.

> Permettre la mise en œuvre de modes de régulation efficaces.

> Corriger les effets néfastes de modes de financement et de régulation distincts entre les secteurs public et privé.

### Financer les établissements sur la juste mesure de leur activité.

La situation se caractérise aujourd'hui :

> pour le secteur des cliniques, par l'accumulation de fortes disparités tarifaires entre régions et entre établissements, par la rémunération à la journée peu incitative à la maîtrise des durées de séjour, et par un système de tarification devenu si complexe que l'on ne peut plus le piloter efficacement, en raison des sédimentations historiques successives qu'il a subi ;

> pour le secteur des établissements sous dotation globale, par un montant de la dotation encore largement déconnecté de l'activité assurée par l'établissement, malgré la modulation mise en œuvre à partir des points ISA.

### Permettre la mise en œuvre de modes de régulation efficaces.

La maîtrise de la dépense globale d'hospitalisation se caractérise aujourd'hui par les données suivantes :

> un système de dotation globale (des enveloppes fermées et emboîtées, du niveau national jusqu'au niveau de l'établissement). Le dispositif a montré une efficacité, ce qui laisse subsister des rentes de situation et peut freiner le dynamisme des EPS ;

> un mécanisme de régulation de l'OQN qui permet le respect des objectifs de dépenses, sans responsabiliser suffisamment chaque établissement au respect de l'objectif global.

Par ailleurs l'existence de modes de financement différents entre les deux secteurs

de l'hospitalisation engendre des dysfonctionnements (transferts d'activité, spécialisations non optimisées, etc.). Le financement « à la pathologie » consistant à financer les établissements en fonction de leur activité effective, et, pour la prise en charge d'un épisode de soins donné, à un prix égal pour tous les établissements, est annoncé comme capable d'assurer une distribution équitable et maîtrisée des ressources entre établissements publics et privés.

### L'organisation des travaux

La définition d'un système global de tarification et de régulation nécessite donc l'ouverture simultanée de multiples chantiers expérimentaux visant à mieux apprécier l'activité réelle des établissements, mais aussi des missions de services publics.

L'expérimentation est encadrée par deux instances :

**Le Comité de pilotage** : composé des représentants de fédérations d'établissements publics et privés, de représentants des conférences et des praticiens, des administrations, des ARH, des principaux organismes nationaux de l'assurance maladie et de personnes qualifiées. Il est présidé par M. Marrot.

**Le Comité d'experts**, constitué des spécialistes désignés par les membres du comité de pilotage, pourra se subdiviser en ateliers thématiques.

L'ensemble de ce dispositif constitue la « commission tarification à la pathologie ».

### Calendrier prévisionnel

Le calendrier de l'expérimentation initialement prévu était : fin du premier semestre 2000, élaboration et validation du protocole d'expérimentation (cadrage des objectifs),

# tarification des hôpitaux

deuxième semestre 2000, finalisation du cahier des charges de l'expérimentation (modalités techniques et pratiques) et premier semestre 2001, lancement d'expérimentations sur site

Dans les faits, a été retenu le principe de deux simulations (sur les années 2002 et 2003), précédant une phase expérimentale en 2004.

## La problématique, les questions posées

La définition d'un système de tarification « à la pathologie » renvoie à une triple problématique exposée dès le début des travaux.

### Les problèmes de principes et outils sur lesquels faire reposer les dispositifs de rémunération des activités assurées par les établissements de santé

**Les principes :** il s'agit de la concurrence par comparaison (cf. théorie économique, note du Professeur Dominique Henriot et de la DREES) où les offreurs de service sont rémunérés sur la base d'une grille tarifaire identique construite à partir des informations fournies par chacun d'eux. Ce mécanisme s'oppose à la concurrence pure et parfaite dans laquelle les offreurs sont directement mis en concurrence, et écartés lorsqu'ils ne sont pas mieux-disants. Si le principe de concurrence par comparaison est admis, il reste des questions importantes à étudier : est-il possible d'envisager une grille tarifaire unique pour l'ensemble des établissements de santé publics et privés, sans bouleverser les diverses spécificités (statuts publics, exercice libéral...) ? Faut-il retenir une seule grille tarifaire sur l'ensemble du territoire ou une grille par région ? Serait-il pertinent, légitime et techniquement réaliste de moduler le prix versé aux établissements en fonction de la qualité des prestations ? etc.

**Les outils :** le système d'information médico-économique sous-tendant le dispositif de tarification doit être revu. La connaissance des

activités doit être suffisamment fine pour éviter tout effet néfaste de la tarification, notamment sur la qualité de prise en charge des usagers. Ainsi, le modèle des GHM du PMSI ne peut être le socle d'un éventuel système tarifaire « à la pathologie » sans que lui soient apportées des améliorations significatives. Il faudra, « à côté », le compléter par d'autres mécanismes pour décrire les séjours très longs ou très coûteux ou les missions publiques (précarité, urgences, enseignement, recherche, ...). La DHOS souhaite tester un ensemble de propositions dans le cadre du chantier de l'expérimentation.

### Les problèmes relatifs aux modalités de la transition vers le nouveau système de tarification

Le basculement vers une nouvelle grille tarifaire commune aux secteurs public et privé, pose de multiples questions d'ordre technique

## Premier bilan

Après plus de deux ans de fonctionnement, un premier bilan peut être dégagé des travaux entrepris par la Commission tarification à la pathologie.

> Le calendrier prévisionnel a dérapé : l'année 2002 pourrait être mise à profit pour faire des « simulations » d'impacts à partir de données existantes, mais aucune expérimentation sur site n'est encore arrêtée. Des revirements de situation ont retardé l'avancement du projet. Ils concernent la prise en compte dans la grille de référence de tout ou partie des missions de service public ou des honoraires des médecins (pour les établissements privés).

> À ce jour, peu de réponses précises ont été apportées aux grandes questions posées, tant au plan technique que général. Des « forfaits » hâtivement calculés en s'appuyant sur des notes et travaux divers vont toutefois permettre de démarrer des premières simulations. Ils concernent notamment les urgences et la veille, la précarité, l'enseignement et la

et juridique (modifications des règles et des supports de facturation et de liquidation, modifications des systèmes d'information des établissements et des caisses d'assurance maladie, contrôle de la qualité et de l'exhaustivité de l'information transmise aux caisses et tutelles, impact sur les assurés, etc.). Par ailleurs, il est légitime d'anticiper les transferts financiers importants entre les différentes catégories d'établissements et entre établissements à l'occasion de ce projet. L'expérimentation devra notamment fournir des éléments de réponse aux questions suivantes : quels sont les effets de revenus entraînés par le passage à la tarification au coût moyen du GHM ? Quelles sont les capacités d'adaptation des établissements à l'évolution de leurs ressources ? Quel délai est nécessaire pour appliquer le tarif cible sans menacer l'équilibre financier des établissements les moins efficaces ?

recherche, l'innovation, le différentiel des coûts salariaux. Il faudra renforcer les études permettant d'affiner ces forfaits.

> L'espoir d'expérimenter autre chose qu'une tarification au séjour a été écarté en regard de l'ampleur de la tâche. Ainsi les études portant sur une rémunération « à la pathologie », correspondant à la logique d'offre unifiée ville/hôpital ou du financement des réseaux, n'ont pas abouti. Cette tarification au séjour devrait, cependant, correspondre au financement d'un « épisode de soins à qualité stable », ce qui ne correspond pas totalement à la cible de l'expérimentation. Comment sera financé un second séjour du même malade pour la même pathologie ou une complication inhérente au premier séjour, ce second séjour ayant lieu dans les 15 jours (par exemple) suivant le premier, si l'on veut éviter le saucissonnage et rester à un niveau de qualité comparable ?

> La conduite de projet manque cruellement de moyens. La



## La réforme de la tarification des hôpitaux

Commission ne dispose d'aucune aide particulière et dépend complètement du travail d'expert mis à disposition par la DHOS ou les membres de la Commission.

Le financement des établissements, comme celui de tous les offreurs de soins, est capital pour l'avenir d'un système de santé. C'est par le levier des financements que tous les systèmes en place dans les pays développés ont été progressivement adaptés. S'inscrivant dans une telle logique, le projet de réforme de financement des hôpitaux et cliniques est un projet particulièrement important et intéressant car capital pour le devenir du système actuel, frappé d'obsolescence après presque vingt années de dotation globale. Un tel projet était ambitieux. Il venait également englober toutes une série de travaux réalisés depuis presque cinq ans.

Au travers son titre « financement par pathologie », il permettait d'entrevoir un nouveau système de santé, non plus centré sur l'hôpital, mais sur des actions coordonnées entre la ville et les établissements hospitaliers publics et privés. L'hôpital public aurait pu jouer un rôle moteur essentiel dans ces réseaux de soins.

Il laissait espérer une adaptation en profondeur des outils de description de l'activité et des coûts au profit d'une meilleure transparence et équité, évitant les critiques trop rapides lues dans la presse sur des écarts de coûts injustifiés entre les secteurs hospitaliers public et privé.

Actuellement, le périmètre du projet s'est profondément réduit. À moyen terme, il ne faut plus guère espérer qu'une adaptation minimale des règles actuelles avec, au final, une utilisation plus forte du financement par GHM au sein d'une gestion séparée des enveloppes budgétaires consacrées aux secteurs public et privé. Cette étape aurait pu être franchie voilà bien des années. Aujourd'hui, elle semble en décalage total par rapport aux orientations prises par les pays les plus développés. ■

# Actualité en information médicale dans les établissements de soins

Dr E. HORNUS et Dr E. LEPAGE

**Le Collège national d'information médicale**, en association avec l'AIM, organise dans le cadre d'Hôpital-expo, les 23 et 24 mai prochains, **les premières Journées nationales de l'information médicale et de santé** : Stratégie Qualité.

Toutes les informations sont disponibles sur le site web du CNIM : <http://www.cnim.org>

**L'Agence technique de l'information médicale**, prévue par le décret du 26 décembre 2000, se met en place. Cette agence, dirigée par Madame Maryse Chodorge, regroupe en particulier les compétences du PERNNS, du CTIP et d'une partie des attributions de la DREES. Elle permettra au monde de l'information médicale de mieux se structurer vers un pôle de référence unique en matière d'outils.

**Le chaînage du PMSI** a été mis en place. Innovation majeure, le parcours de patients dans les différents établissements de

soins va pouvoir être tracé tout en préservant l'anonymat. Ce chaînage constitue une avancée majeure pour l'étude de l'efficacité de notre production de soins en court séjour ainsi qu'en soins de suite et de réadaptation, et devrait améliorer le retour sur investissement de l'outil PMSI.

Quelques autres modifications concernent le PMSI court séjour, notamment une modification des règles concernant le diagnostic relié, et des règles d'exclusion concernant le diagnostic principal. Ces modifications sont mineures par rapport à celles prévues dès le premier janvier 2003 avec l'introduction de la nouvelle nomenclature commune des actes médicaux (**CCAM**).

L'étude de coût en soins de suite et de réadaptation est bien avancée. La publication de l'échelle est imminente.

Le PMSI psychiatrie se généralise.

Le PMSI urgence est expérimenté dans la région Midi-Pyrénées.

**L'étude de faisabilité de la tarification à la pathologie** suit son cours. En particulier, la description des coûts en secteur privé s'affine, et les modalités de contrôle de qualité se précisent. Le congrès du 23 et 24 mai devra faire toute la lumière sur ces perspectives.

**La loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades** et à la qualité du système de santé institue un nouveau mode de communication du dossier du patient. Dans l'attente des décrets d'application, un certain nombre d'interrogations demeurent, mais la communication des données médicales ne peut qu'en être bouleversée. Quoi qu'il en soit, le rôle des médecins d'information médicale dans les établissements de soins devra être précisé. ■

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

*L'analyse stratégique des établissements et les analyses de « clientèle » reposent sur des aspects de géographie de la santé. Parmi l'ensemble des références sur le sujet, nous vous proposons une liste d'ouvrages, de publications et de sites web sur le sujet.*

### Ouvrages généraux

**Emmanuel Vigneron, Distance et Santé, PUF, 2000**

Cet ouvrage, paru dans la collection Médecine et Société, est d'un abord facile et dresse un tableau très didactique des approches de distance en santé. La bibliographie proposée en fin d'ouvrage est particulièrement adaptée.

**Henri Picheral, Dictionnaire raisonné de géographie de la santé, éditions de l'Université Montpellier III, 2000**

Devant la multiplicité terminologique d'une science au carrefour de deux disciplines, cet ouvrage définit et décrit les concepts essen-

tiels utilisés en géographie de la santé. La bibliographie propose les ouvrages les plus référencés dans les publications.

### Publications

**DREES, Études et Résultats**

Série de fascicules relatifs à la santé et à son évolution, abordant très régulièrement des thèmes ou des analyses en géographie sanitaire.

**CREDES**

Le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé édite à la fois un bulletin d'information et des cahiers abordant entre autres de nombreux aspects de géographie sanitaire.

### Sites Web

CREDES : [www.credes.fr](http://www.credes.fr)  
INED : [www.ined.fr](http://www.ined.fr)  
INSEE : [www.insee.fr](http://www.insee.fr)  
OMS : [www.who.int](http://www.who.int)