

INFO en SANTÉ

lettre n° 4
janvier 2003

système d'information, stratégie, qualité



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

CHIFFRES CLÉS P. 1
Valeur du point ISA régional en 2001
DR B. AUBLET-CUVELIER, président CNIM

POINT DE VUE
Droit des malades : accessibilité
du dossier médical, DR F. MOREAU ... P. 4

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE P. 4

P. DUJOLS

ARTICLE ORIGINAL P. 8

Les groupements de GHM

P. REBUFFEL, H. CARMONA, L. DURIF, C. LUCAS,
C. MICHEL, Y. PINIER, C. SOUTIF, J. VILLEMINOT

QUESTIONS D'ACTUALITÉ P. 12

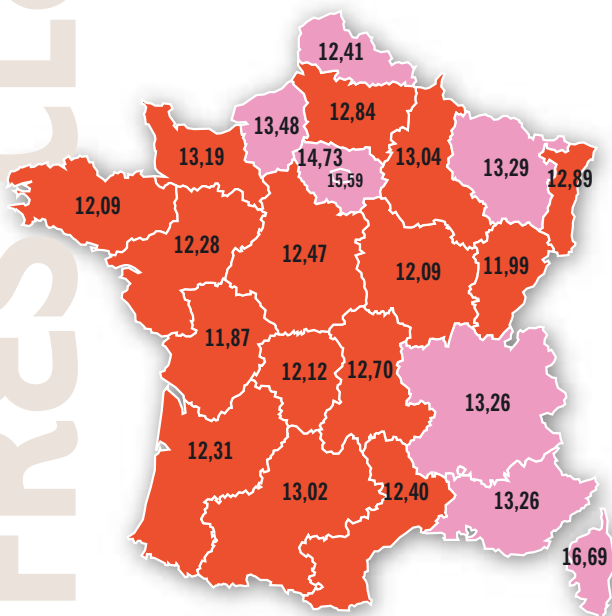
Nouveautés PMSI

E. HORNUS

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS ... P. 12

BULLETIN D'INSCRIPTION P. 12

Valeur du point ISA régional en 2001



Valeur du point ISA 2001

- supérieure à la moyenne métropolitaine
- inférieure à la moyenne métropolitaine

ISA moyen France métropolitaine 13,20 F
ISA moyen France métropolitaine et DOM 13,26 F

La préparation de la loi de finance de la Sécurité sociale est l'occasion d'un bilan de la campagne PMSI budgétaire précédente afin d'éclairer le vote du parlement pour déterminer la progression du budget hospitalier de chaque région française. À cette occasion sont rendues publiques les valeurs du point ISA régional. Les résultats présentés sont dérivés du rapport annexé à ce projet de loi. L'analyse concerne les établissements sous dotation globale de fonctionnement. La valeur du point ISA se définit comme le budget régional de l'hospitalisation en court séjour MCO divisé par l'activité MCO mesurée en points ISA par le PMSI. →

ÉDITORIAL

Dans ce quatrième numéro d'*Info en santé*, vous trouverez les dernières valeurs de points ISA régionales et nationales. Si les comparaisons d'une année sur l'autre ne sont possibles qu'après retraitement de deux bases annuelles dans une même version de GHM, et donc une même échelle, les comparaisons interrégionales montrent que même si des écarts persistent, une redistribution s'opère : l'exemple de certaines régions initialement « surdotées » et aujourd'hui à la moyenne nationale (13,25) est à ce titre significatif.

Il est à cet égard utile de rappeler qu'une restructuration, en santé comme ailleurs, ne peut s'opérer simultanément à une restriction budgétaire, les gains de productivité ne pouvant être qu'ultérieurs.

Vous trouverez également dans ce numéro le deuxième des trois articles consacrés aux classifications de GHM, utiles en planification.

Il en existe trois en MCO : OAP Ile-de-France, GA, GF Midi-Pyrénées, GGHM du Cotrim PACA.

Chacune a son utilité, par exemple :

- OAP stratifie deux niveaux de complexité de prise en charge ;
- les groupes d'activités, groupes fonctionnels produisent une synthèse sur une page ;
- GGHM est « centré métiers ».

Nous avons publié OAP dans le numéro 1, vous trouverez les GGHM et disciplines dans ce numéro. Les groupes d'activités et groupes fonctionnels seront publiés dans un numéro ultérieur.

Enfin, nous profitons de ce premier numéro de l'année pour vous présenter, nos meilleurs vœux pour l'année 2003.

Gérard VINCENT
Bernard GARRIGUES

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, Éric Lepage, Régis Beuscart,
Michel Calmon, Thierry Courbis, Pierre Dujols
SECRÉTAIRES DE RÉDACTION
Isabelle Hollinger, Laurence Mauté
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
E-mail : fhf@fhf.fr
Site : www.fhf.fr



SUITE

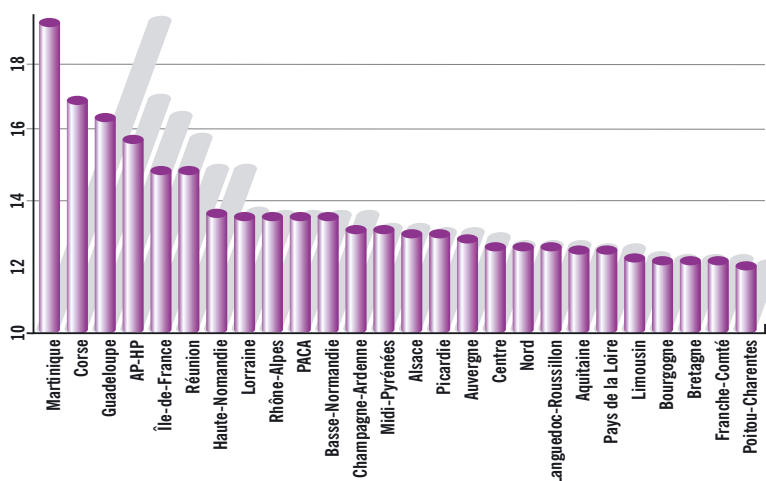
Valeur du point ISA régional en 2001

→ À échelle comparable, la valeur moyenne du point ISA a progressé de 2,64 % entre 2000 et 2001 en passant respectivement de 12,86 F à 13,20 F en France métropolitaine.

La carte résume la position de chaque région. Par rapport à la moyenne nationale, six régions apparaissent surdotées alors que seize ont une valeur de point ISA inférieure à cette moyenne.

Valeur du point ISA 2001 en francs

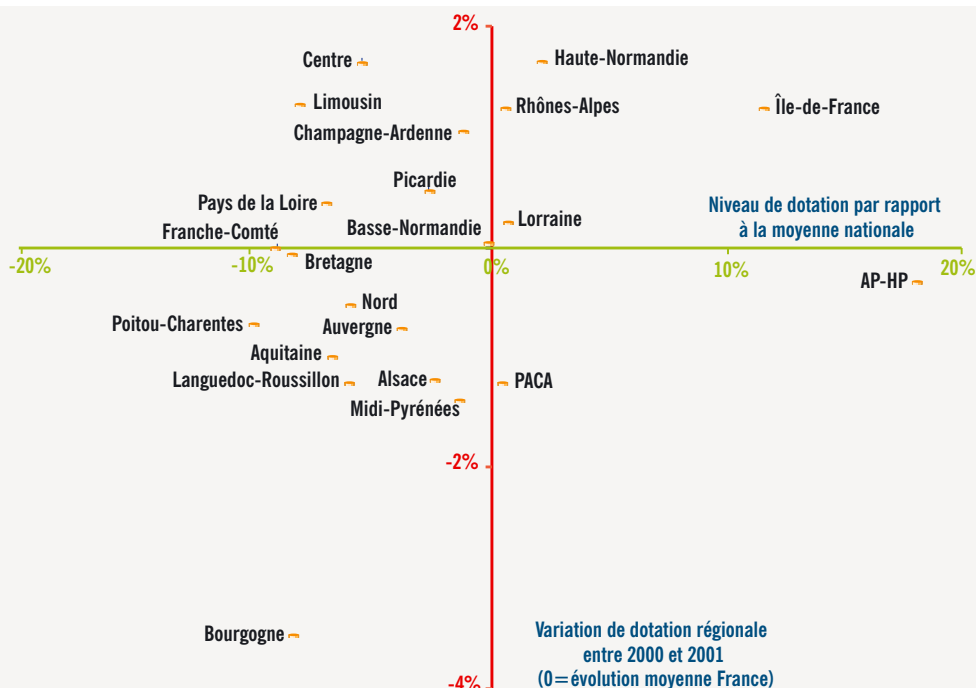
Établissements sous DGF



Les disparités régionales sont encore fortes, variant de 15,59 F et 14,73 F respectivement pour l'AP-HP et le reste de l'Île-de-France à 11,87 F pour la région continentale la moins bien dotée, le Poitou-Charentes. L'ampleur relative des variations des budgets régionaux hospitaliers atteint donc 25,5% en 2001. Loin de se réduire, cet écart a même légèrement progressé puisqu'il n'était que de 24% pour l'année 2000.

Évolution de la dotation en fonction de la position de sur ou sous-dotation

France continentale 2000/2001



L'analyse des variations d'allocation budgétaire de sous-dotation de chaque région révèle des évolutions intéressantes. Le graphique ci-contre mesure en abscisse cette position de sur ou de sous-dotation par rapport à la moyenne nationale, en ordonnée la variation de l'allocation budgétaire par rapport à la variation moyenne de l'ensemble des régions entre 2000 et 2001. Dans une situation de rééquilibrage des dotations régionales prenant en compte la mesure de l'activité de soins, seuls le cadran supérieur droit (régions sous-dotées qui progressent plus fortement que la moyenne nationale) et le cadran inférieur gauche (régions surdotées qui progressent moins vite que la moyenne nationale) devraient être remplis, ce qui de toute évidence n'est pas le cas.

Droit des malades accessibilité du dossier médical

DR FRANÇOIS MOREAU
FHF

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé, complétée par le décret du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé, comporte deux séries de dispositions orientées vers l'information du patient.

Les premières disposent du droit général du patient à être informé sur son état de santé, les secondes concernent plus spécifiquement les conditions d'accès à l'information médicale et particulièrement au dossier médical.

En France, la possibilité pour le patient d'accéder à son dossier médical n'est pas une nouveauté. Ce droit du malade existait déjà dans les lois du 31 décembre 1970, puis celle du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière. Par ailleurs la charte du patient hospitalisé de 1995 ainsi que la législation générale relative à la communication des documents administratifs confortaient ce droit. La nouvelle loi française pose le principe de l'accès direct au dossier médical, afin de permettre au patient de consulter lui-même l'ensemble des informations relatives à sa santé. Elle modifie principalement les modalités d'accès au dossier médical qui, jusqu'alors, ne s'effectuait que par l'intermédiaire d'un médecin désigné par le malade.

Au niveau de l'Europe

Une étude réalisée en 2000 par le Sénat donne l'image des pratiques de plusieurs de nos voisins, l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, la Grande-Bretagne et les Pays-Bas :

- l'accès au dossier médical est prévu par la loi au Danemark, en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas, et par la jurisprudence dans les autres pays ;
- les patients disposent de plus de droits dans les pays qui ont légiféré.

1. L'accès au dossier médical est organisé par la loi au Danemark, en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas, et par la jurisprudence en Allemagne et en Belgique

Au Danemark, la loi de 1998 sur le statut juridique du patient, qui s'est substituée à la loi de 1993 sur l'accès aux informations médicales, précise l'ensemble des droits des malades et affirme le droit pour chacun, à partir de l'âge de quinze ans, d'être informé de son état de santé et des possibilités de traitement, ainsi que d'accéder à son dossier médical.

En Grande-Bretagne, le droit d'accès aux dossiers médicaux est organisé différemment selon que ceux-ci sont ou non automatisés. Dans le premier cas, il est garanti par la loi de 1984 sur la protection des données personnelles, tandis que, dans le second, la loi de 1990 sur les fichiers de santé s'applique. Au cours de l'année 2001, l'ensemble de ces dispositions devrait être remplacé par celles contenues dans la loi de 1998 sur les données personnelles.

Aux Pays-Bas, la loi sur l'accord en matière de traitement médical, entrée en vigueur en 1995 et incorporée au code civil, affirme l'existence d'un contrat entre les patients de plus de seize ans et les prestataires de soins de santé, et oblige ces derniers à établir un dossier pour chaque patient.

D'après la **jurisprudence allemande**, les prestataires de soins de santé et leurs patients sont liés par un contrat de service dont l'existence fonde la plupart des droits du patient. Par ailleurs, le code civil reconnaît à toute personne qui y a un intérêt le droit de consulter les documents détenus par une autre et qui ont été établis dans l'intérêt de la première. Cette disposition a permis à la jurisprudence d'affirmer et de définir le droit d'accès du patient à son dossier médical.

En Belgique, en l'absence de cadre juridique explicite, les droits du patient ont été dégagés par la jurisprudence, qui estime que les patients et les prestataires de soins de santé concluent un contrat tacite. Par ailleurs, le code de déontologie médicale, dépourvu de caractère contraignant, prévoit l'établissement d'un dossier médical pour tout patient. Le ministre de la Santé du précédent gouvernement avait préparé un avant-projet de loi qui précisait que tout patient devait pouvoir consulter son dossier médical.

2. Dans les pays où il est organisé par la loi, le droit d'accès au dossier médical est plus large

a) Les éléments consultables y sont plus importants
Dans les trois pays où l'accès au dossier médical est régi par la loi, celle-ci précise que le droit d'accès s'applique à la totalité des informations figurant dans le dossier. Seules les données susceptibles de nuire à la vie privée de tierces personnes ou de l'intéressé peuvent, le cas échéant, ne pas être consultables. En revanche, le code de déontologie médicale belge précise en effet que le médecin n'est pas tenu de permettre à ses patients de consulter directement leur dossier : il décide de la « transmission de tout ou partie [...] en tenant compte du respect du secret médical. » De même, en Allemagne, la jurisprudence limite le droit d'accès aux seuls éléments objectifs du dossier, excluant par exemple les commentaires d'analyses.

b) Le coût de copie des éléments du dossier est limité
Le patient peut non seulement consulter son dossier mais il peut aussi demander la copie de certaines pièces. Dans ce cas, les textes d'application des lois danoise, anglaise et néerlandaise comportent des barèmes très précis. À titre d'exemple, au Danemark, la première demande



Droit des malades : accessibilité du dossier médical

adressée à un établissement public est satisfaite gratuitement lorsqu'elle se traduit par la fourniture de papier, la prestation étant facturée à prix coûtant si les informations sont fournies sur un support différent. De même, en Grande-Bretagne, les frais de copie sont plafonnés à environ 200 FRF.

c) Les demandes doivent être satisfaites rapidement
La loi danoise précise que la demande d'accès doit être satisfaite le plus rapidement possible et que, si ce n'est pas le cas, le demandeur doit être informé du refus ou du retard dans les dix jours suivant la réception de la demande.

Les délais prévus par les deux lois anglaises varient en fonction de l'ancienneté du dossier, mais ils ne peuvent pas excéder quarante jours.

Aux Pays-Bas, le code civil mentionne la nécessité de répondre aux requêtes « le plus rapidement possible ».

d) En cas de refus, les patients disposent de recours
Au Danemark, les demandeurs déboutés peuvent s'adresser à la commission d'examen des plaintes des patients, qui traite toutes les plaintes des citoyens concernant l'exercice des professions de santé. De même, aux Pays-Bas, ils peuvent saisir l'une des commissions chargées d'examiner les plaintes des patients. Comme la loi de 1995 sur le règlement des plaintes des clients des prestataires de soins oblige ces derniers, hôpitaux comme médecins

de famille, à instituer de telles commissions, les premiers ont créé leurs propres commissions, tandis que les seconds recourent à des commissions régionales. En Grande-Bretagne, les patients insatisfaits peuvent saisir les tribunaux de droit commun.

En revanche, en Allemagne, bien que la jurisprudence se soit efforcée de délimiter le droit d'accès, elle n'a prévu aucun recours en cas de refus, à moins que celui-ci ne s'accompagne d'une faute professionnelle.

En France

L'affirmation des droits des malades s'exprime depuis 1998 (états généraux de la santé) dans le concept de « démocratie sanitaire ». Il s'agit là de la possibilité pour le malade de devenir acteur de sa santé et des décisions de soins le concernant. Cela suppose une nécessité absolue d'information, de consentement, de codécision en vue de la participation active du malade à son traitement. Cette évolution est par ailleurs une reconnaissance institutionnelle de droit collectif des « usagers » du système de santé par l'intermédiaire de leurs associations.

Nous ne décrivons pas ici les dispositions maintenant bien connues de la loi du 4 mars 2002 et largement détaillées ailleurs pour n'évoquer que les impacts repérés à ce jour sur l'organisation et la qualité du système de santé.

Bien que ces nouvelles dispositions législatives soient récentes, trois effets principaux semblent pouvoir être repérés au niveau hospitalier :

- l'architecture des pièces constitutives du dossier médical est maintenant clairement définie par l'art. R.710-262. La qualité de tenue et l'ordonnancement du dossier médical semblent par ailleurs s'en trouver améliorés, ainsi que sa lisibilité ;
- la mise en place par la plupart des hôpitaux d'un service et de procédures claires d'accès au dossier médical évite au patient demandeur un parcours du combattant entre les services de soins et l'administration ;
- une augmentation objective des demandes enregistrées. De façon assez concordante, cette augmentation est d'un facteur 4, estimée auprès de différents établissements consultés. Il convient cependant de noter ici que la centralisation de la procédure d'accès au dossier, alors que précédemment cet accès s'effectuait le plus souvent directement auprès des services de soin ou des praticiens concernés, a introduit un biais dans l'augmentation estimée.

Il conviendra en tout état de cause d'évaluer dans le temps l'usage et les conséquences de cette loi. D'ores et déjà on peut imaginer que l'analyse des motifs pour lesquels les patients souhaitent leur dossier ne pourra qu'améliorer encore la qualité de relation entre les patients et le système de soin. ■

P. Dujols

L'humble lecteur et reviewer que je suis peine à lire et à donner un avis sur l'ensemble de la documentation utile à tous ceux qui portent un intérêt à l'information médicale et de santé. Heureusement, cette information ne fait pas toujours référence aux chiffres, aux analyses et aux statistiques et laisse la possibilité de parcours plus littéraires. Les termes médicaux sont le fruit d'une très longue histoire dont on retrouve le parcours dans deux ouvrages remarquables, entre autres.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le Dictionnaire historique de la langue française Sous la direction d'Alain Rey Éditions Le Robert

Voici un ouvrage que doit posséder quiconque aime la langue française. De même qu'il est difficile de présenter Alain Rey, un des plus grands chercheurs en lexicographie du XX^e siècle, il est difficile de présenter cet ouvrage monumental. La lecture doit en être faite au gré des envies, des questions, du lieu et du moment. On y découvre des trésors de culture. Exemple : « Foie, aboutissement du bas latin *ficatum* (XIII^e s.), d'abord "foie gras", puis en général foie, formé de *ficus* "figue". *Ficatum* est un calque du grec (*hêpar*) *sukôton*, littéralement "foie de figues" [...], définition expliquant par là même pourquoi on emploie « foie » en tant que substantif, « hépatique » en tant qu'adjectif.

La Grande Aventure du terme médical Pr Jean Bossy Éditions Sauramps Médical

Encore un ouvrage de grande qualité, consacré exclusivement au langage médical. Jean Bossy, professeur d'anatomie à la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes, montre les règles de cette terminologie complexe parfois obscure qu'est le lexique médical et décrit de façon systématique le vocabulaire actuel. À la différence d'un dictionnaire, les mots sont regroupés par thèmes, puis autour d'un mot les mots voisins, reliés, dérivés, synonymes... Exemple : *agélie* (incapacité de rire), puis *eugélie*, *hypogélie*, *gelasmus*, *gelolepsie*, *gélasin*... pour aller de *tristesse* et de *morosité*... à *asthénie* et *athymie*... Bon voyage !

Mots clés

ghm, g-ghm, pmsi, planification, santé publique, activité hospitalière, Cotrim, information médicale

Les groupements de GHM (G-GHM) Un outil d'analyse synthétique de l'activité hospitalière MCO

À partir des données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), le comité technique régional de l'information médicale (Cotrim) de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA) a mis au point des groupements de groupes homogènes de malades (GHM), appelés G-GHM, facilitant l'analyse de l'activité des établissements et apportant plus généralement une aide à la planification. Ils permettent une réduction de 600 GHM à 93 G-GHM avec la version 6 de la classification des GHM. Ces regroupements sont fondés sur la spécificité des compétences et des plateaux techniques requis pour prendre en charge les différentes pathologies.

Introduction

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans les unités de court séjour de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) repose sur le recueil d'informations médico-administratives à l'issue de chaque hospitalisation. Le traitement automatisé et standardisé de ces données par une fonction groupage permet ensuite de réaliser un classement de tous les séjours hospitaliers dans un des groupes homogènes de malades (GHM) de la classification française. Dérivée de la classification américaine des Diagnosis Related Groups (DRG), elle compte, hors séjours en erreur ou inclusables, 27 catégories réparties en 582 groupes de séjours, dans sa version 6 (version 5.6 de la fonction groupage).

Ce nombre important de groupes rend peu lisibles, et donc peu utilisables, les statistiques d'activité qui sont issues du PMSI MCO aussi bien au niveau des établisse-

ments qu'à un niveau plus agrégé (sectoriel, régional ou national). Ces difficultés ont conduit à développer et à proposer un système de regroupement de GHM, appelé G-GHM, dont l'objectif est d'améliorer la lisibilité et l'appropriation – donc l'utilisation – des statistiques issues du PMSI MCO par les différents acteurs. Une analyse des pathologies et de leurs modes de prise en charge dans les structures de soins publics et privés présentée de façon synthétique et couplée avec les techniques de cartographie et le chaînage des séjours est de nature à faciliter, au niveau régional, les choix stratégiques, portant sur la distribution des équipements et des activités autorisées, en fonction des compétences existantes de même que le recrutement de professionnels, pour assurer les meilleures couvertures et accessibilités géographiques des populations bénéficiaires.

Le comité technique régional de l'information médicale de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur et son groupe de travail :

P. REBUFFEL¹, H. CARMONA²,
L. DURIF³, C. LUCAS⁴, C. MICHEL⁵,
Y. PINIER⁶, C. SOUTIF⁷ et J. VILLEMINT⁸

1. Médecin DIM, CH d'Aubagne.
2. Médecin DIM, hôpital Saint-Joseph, Marseille.
3. Médecin DIM, Assistance publique de Marseille, hôpital de la Conception.
4. Médecin inspecteur de santé publique, DRASS-PACA.
5. Médecin DIM, CHI de Toulon-La-Seyne.
6. Médecin DIM, CHI de Fréjus-Saint-Raphaël.
7. Médecin DIM, CH d'Avignon.
8. Médecin DIM, CH du Pays d'Aix
Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr C. Lucas, MISP, Cellule régionale de l'information médicale, DRASS, 23-25, rue Borde, 13285 Marseille Cedex 08 ou à cecile.lucas@ifrance.com

En outre, la base nationale des résumés de sortie anonymes (RSA) du PMSI est la seule source exhaustive de description des séjours hospitaliers regroupant l'ensemble des établissements MCO. Le coût de sa mise en place, de son actualisation permanente et de son exploitation justifie qu'elle puisse être utilisée au-delà de sa destination originelle.

Méthode

Principes de la démarche

Afin d'obtenir directement et rapidement un outil opérationnel simple, robuste et exploitable, qui améliore la lisibilité des documents présentant l'activité des établissements hospitaliers, il est apparu nécessaire de maintenir la réflexion au niveau des

Tableau 2

Les disciplines

Code et libellé de la discipline
D01 Neurologie - Neurochirurgie
D02 Ophtalmologie
D03 ORL - Stomatologie
D04 Pneumologie - Pathologie thoracique
D05 Cardio-circulatoire
D06 Digestif - Hépatobiliaire - Rate
D07 Rhumatologie
D08 Orthopédie - Traumatologie
D09 Dermatologie - Chirurgie plastique
D10 Endocrinologie
D11 Uro-néphrologie - Appareil génital masculin
D12 Radiothérapie
D13 Gynécologie
D14 Obstétrique
D15 Néonatalogie
D16 Hématologie
D17 Chimiothérapie et surveillance sauf leucémie aiguë
D18 Maladies infectieuses
D19 Maladies mentales
D20 Toxicomanie - Alcoolisme
D21 Causes extérieures de traumatismes Allergie - Empoisonnement
D22 Brûlures
D23 Autres motifs de recours aux soins
D24 Séances et séjours de moins de 24 heures, autres

Catégorisation des GHM

Indépendamment des regroupements, l'ensemble des GHM a été classé dans une des trois catégories suivantes :

- Médicale : GHM sans acte classant opératoire ou avec acte classant réalisé habituellement par un médecin (comme les endoscopies digestives ou la radiologie invasive).
- Chirurgicale : GHM avec acte classant chirurgical réalisé au bloc opératoire.
- Médico-chirurgicale : GHM avec acte classant pouvant appartenir aux deux catégories.

En procédant de cette manière, il a été constaté *a posteriori* que chaque G-GHM n'était formé que de GHM appartenant à une seule de ces trois catégories (tableau 6). Cette homogénéité témoigne de la validité des regroupements auxquels elle confère, en outre, la nécessaire cohérence pour leurs différentes utilisations lors de la planification et des négociations tarifaires

De plus, dans une même discipline, la description des G-GHM commence toujours par les G-GHM chirurgicaux puis les G-GHM médicaux. Enfin, au sein de ces sous-ensembles, les G-GHM sont classés par ordre décroissant de complexité de mise en œuvre de la prise en charge.

Mises à jour

Depuis 1999, année de la première version, des mises à jour ont été effectuées.

Elles prennent en compte :

- les évolutions de la classification des GHM (6^e version) et de la fonction groupage (version 5.6),
- les remarques et critiques émanant des professionnels utilisateurs.

Elles ont bénéficié d'un utilitaire développé par le département de l'information médicale (DIM) du centre hospitalier du Pays d'Aix qui a permis d'opérer de façon encore plus pertinente grâce à une meilleure appréciation de la répartition par GHM des diagnostics principaux, des diagnostics associés et des actes classants dans la base nationale 1997. Des états statistiques de même nature mais plus actuels sont désormais disponibles sur le site officiel du PMSI (www.le-pmsi.fr).

Résultats

Le classement des séjours

Le classement en G-GHM correspondant à la version 6 de la classification des GHM comporte 24 disciplines et 93 G-GHM.

Les disciplines

Vingt-quatre disciplines ont été créées. Elles sont désignées par un code alphanumérique suivi d'un intitulé. Le code est figuré par la lettre D et un numéro à 2 chiffres, formant une série continue allant de D01 à D24 (voir liste au tableau 2).

Les G-GHM

Quatre-vingt-treize G-GHM ont été constitués. Ils sont désignés par le code alphanumérique de la discipline à laquelle ils sont rattachés, suivi d'un chiffre allant de 1 à 9 et de leur intitulé. Leur liste est présentée tableau 6 en fin d'article, avec les numéros des GHM qui les forment et les disciplines auxquelles ils appartiennent.

Son utilisation

Améliorer la lisibilité des états d'activité

Le regroupement des séjours en G-GHM, se situant entre le niveau des CMD et celui des GHM, rend l'analyse des tableaux d'activité plus rapide et plus simple que celle des tableaux issus du logiciel de mesure de l'activité hospitalière (Mahos), tout lui en conservant sa pertinence. Ils permettent de repérer, de façon synthétique, les principaux modes de recours aux soins, les spécialités actives dans un établissement et les grandes orientations des prises en charge dans chaque discipline (tableaux 3 et 4).

Repérer les atypies en confrontant les données de l'activité médicale d'un établissement avec le niveau de compétence de ses équipes soignantes et de ses équipements

L'identification de séjours ne relevant pas de ses possibilités de prestation peut traduire soit une mauvaise qualité du recueil de l'information, soit une mauvaise adéquation entre le plateau technique et l'activité de cet établissement.

Analyser l'activité des établissements

L'intérêt de cette démarche est double : aide à la planification, aide à la gestion.

1. Aide à la planification

Le classement en G-GHM, couplé avec les techniques de cartographie, donne une vision claire de la répartition géographique des disciplines d'activité ainsi que des zones d'attractivité d'un établissement pour chacune d'elles. En même temps, il permet la réalisation de tableaux de bord régionaux opérationnels.

Il autorise également une comparaison aisée de l'offre de soins entre structures de soins du même territoire, de la même taille ou de la même catégorie.

À titre d'exemple, voici l'activité développée dans la discipline de cardiologie par deux hôpitaux telle qu'elle peut apparaître après regroupement de leurs GHM (tableaux 3 et 4).



Les groupements de GHM (G-GHM)

Tableau 3

Discipline D05 (cardio-vasculaire) : séjours égaux ou supérieurs à 24 heures

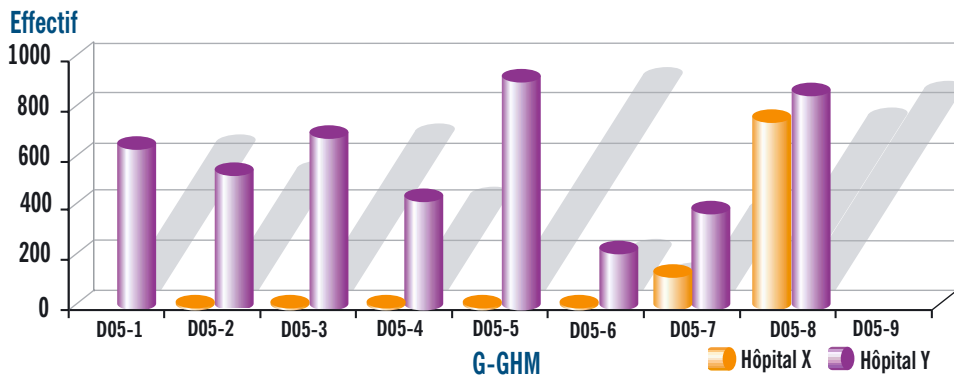
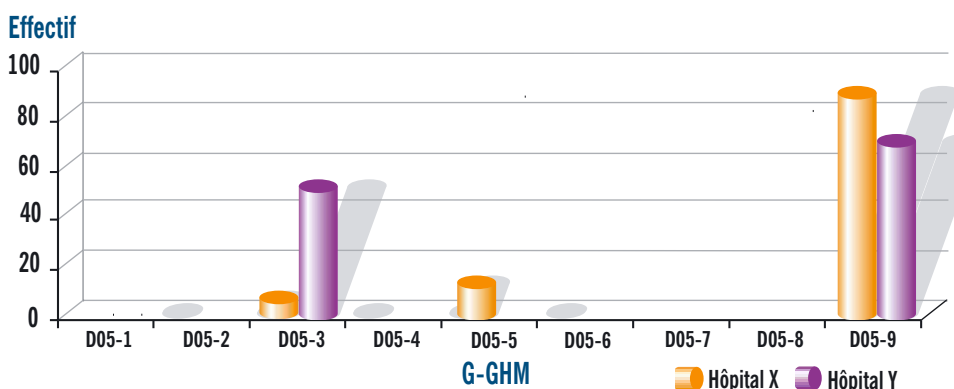


Tableau 4

Discipline D05 (cardio-vasculaire) : séjours inférieurs à 24 heures



Il est facile de noter que :

- La pathologie médicale (D05-7 : pathologies vasculaires périphériques sans acte opératoire, et D05-8 : pathologies cardio-vasculaires autres sans acte opératoire) occupe une place importante dans l'hôpital X alors que l'hôpital Y développe une activité chirurgicale et interventionnelle non négligeable (G-GHM D05-1 : chirurgie et transplantations cardiaques, D05-2 : chirurgie vasculaire périphérique majeure et D05-3 : chirurgie vasculaire autre). Cette constatation est en cohérence avec la part importante de séjours égaux ou supérieurs à 24 heures comportant un cathétérisme cardiaque et/ou une coronarographie hors infarctus du myocarde (D05-5 : cathétérisme et coronarographie sauf IDM aigu) comptabilisés dans l'établissement Y.
- L'hôpital Y a recours à l'hospitalisation de moins de 24 heures pour certaines de

ses activités chirurgicales (G-GHM D05-3 : chirurgie vasculaire autre et D05-9 : pathologies cardio-vasculaires ambulatoires, sauf cathétérisme et coronarographie et ligature de veine). Ce mode d'hospitalisation est surtout utilisé par l'hôpital X pour une activité ambulatoire médico-chirurgicale (G-GHM D05-3 : chirurgie vasculaire autre, D05-5 : cathétérisme et coronarographie sauf IDM aigu et D05-9 : pathologies cardio-vasculaires ambulatoires, sauf cathétérisme et coronarographie et ligature de veine).

2. Aide à la gestion

Le positionnement d'un établissement lors de la préparation de son projet médical et de son contrat d'objectif et de moyen (COM) peut bénéficier de la connaissance de ses parts de marché grâce à la Banque de données hospitalière de France (BDHF) et de l'évolution annuelle de son activité, dont la présentation est plus évocatrice lorsque les

résultats sont exprimés par disciplines.

Au tableau 5, il apparaît nettement, dans un territoire donné, que :

- la clinique Z est un établissement spécialisé essentiellement en cardiologie (D05),
- l'hôpital Y est un établissement généraliste ne faisant pas de radiothérapie (D12) mais répondant de façon exclusive dans ce secteur aux pathologies addictives (D20),
- l'hôpital X, également généraliste, occupe une position de tête en hématologie (D16).

La comparaison des états d'activité entre deux années reste possible tant que les règles de regroupement des séjours en G-GHM ne varient pas.

Discussion

Cette classification en G-GHM a été appliquée pour présenter l'activité des établissements sous dotation globale de l'État de la région PACA sur la base régionale 1996 et les suivantes. Son utilisation permet d'énoncer dès à présent un certain nombre d'avantages et d'inconvénients.

Avantages

Facilité d'utilisation

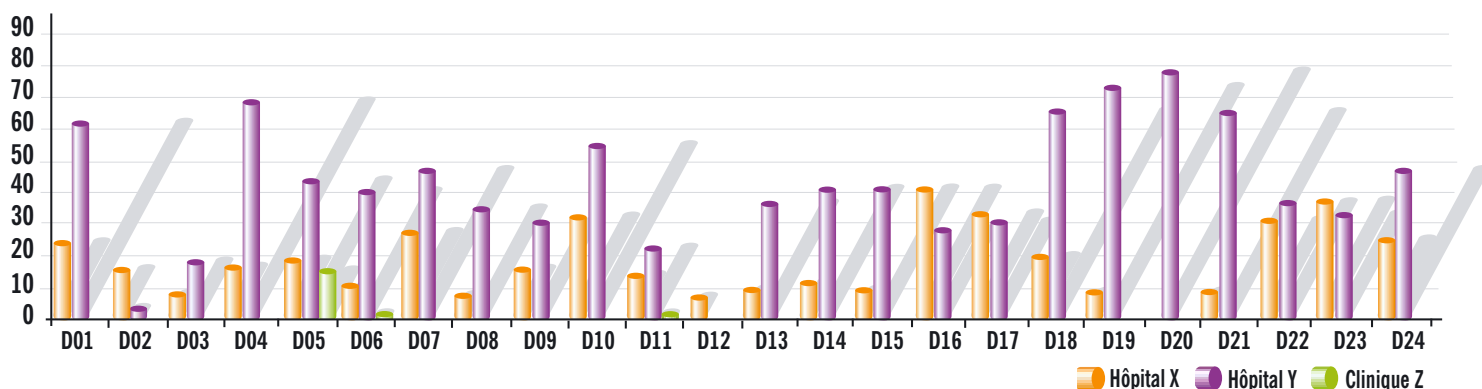
Le classement des séjours en G-GHM résulte de reclassements et de regroupements de GHM très faciles à réaliser sur les états produits par le logiciel groupeur ou par le logiciel Mahos. Ces opérations peuvent être effectuées sans difficulté par tous les professionnels de l'information médicale au niveau de chaque établissement hospitalier ainsi que par les services déconcentrés de l'État.

Amélioration de la qualité des bases de données PMSI

Sur les tableaux issus des regroupements, les erreurs de codage conduisant à identifier un type d'activité qui ne peut pas être réalisé dans un établissement sont immédiatement repérées.

Tableau 5

Distribution des parts de marché par disciplines



Aide à la planification

Les principes et la méthode exposés dans cet article ont été validés par le Cotrim de la région PACA. Les G-GHM ont été utilisés dans le cadre de l'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de deuxième génération.

Inconvénients

Lors de l'élaboration des groupements, l'arbitrage indispensable entre différentes solutions possibles a conduit à construire un outil qui devra continuer à évoluer en fonction de l'expérience des utilisateurs et de l'apparition de nouvelles versions de la classification des GHM et de la fonction groupage. Les points de discussion ont porté sur :

■ **La difficulté d'intégrer certains GHM dans un G-GHM déterminé.** En effet, ces GHM auraient dû être éclatés et leurs séjours orientés sur plusieurs G-GHM du fait de leur inhomogénéité médicale. À titre d'exemple :

- les GHM avec complications et morbidités associées sévères (CMAS) sont difficiles à classer dans un groupement particulier car l'élément discriminant des séjours qui les composent repose sur la présence d'une pathologie associée sévère. Par exemple, le GHM 427 (affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles, avec CMAS) regroupant des séjours motivés par un diabète mais également par d'autres pathologies endocriniennes : - ne peut pas être placé dans le G-GHM D10-2 (diabète, sans CMAS) qui ne rassemble que les séjours concernant cette pathologie ;

- le GHM 339 (fractures pathologiques et affections malignes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif) regroupe des séjours pour tumeur maligne des os ou du tissu conjonctif aussi bien que pour ostéoporose. Ce GHM a été rattaché au G-GHM D07-2 (pathologie rhumatologique complexe), ce qui n'est pas justifié dans tous les cas ;
- les mêmes réserves ont été faites à propos du GHM 405 (interventions sur l'hypophyse ou les glandes surrénales) vers lequel sont dirigés des séjours pouvant être revendiqués par des équipes chirurgicales très différentes, compte tenu des critères d'entrée dans ce GHM.

La volonté de construire un classement en utilisant uniquement la variable GHM des RSA a été un frein à la résolution de ces problèmes. Les choix sont guidés par la fréquence respective des diagnostics principaux et des actes classants observés dans la base de données nationale du PMSI.

■ **La nécessité de créer des disciplines fondées sur l'âge des patients** - telles la pédiatrie et la gériatrie - afin de se rapprocher des spécialisations de certaines unités médicales hospitalières. En procédant de cette manière, le nombre de G-GHM aurait été multiplié par trois. En effet, ces spécialités n'étant pas des spécialités d'organe, il aurait fallu opérer une nouvelle segmentation à l'intérieur de ces disciplines. Toutefois, l'analyse de l'activité portant sur ces deux périodes de la vie reste possible en sélectionnant les sous-populations de séjours concernant ces deux tranches d'âge,

puis en procédant à un regroupement de leurs séjours en G-GHM.

■ **L'impossibilité de réaliser le regroupement de tous les GHM de la CM 24 dans la discipline correspondante.** Il en a été ainsi du GHM 683 (autres séances avec acte opératoire), du GHM 684 (autres séances sans acte opératoire), du GHM 830 (endoscopies sous anesthésie, en ambulatoire), des GHM 880 (décès immédiat) et 890 (transfert immédiat). Pour tous ces GHM, il a été créé une discipline D24 (séances et séjours inférieurs à 24 heures, autres) dans laquelle ils ont été placés.

■ **L'impossibilité de réaliser un regroupement thématique de GHM sur une activité transversale,** comme par exemple la cancérologie. Ce constat résulte du principe même de constitution des G-GHM. Le recours à des utilitaires spécifiques, comme l'outil Dac© (description de l'activité en cancérologie) ou l'algorithme établi récemment par Borella et coll. permet de résoudre cette difficulté.

Effet induit

Au cours de ce travail, il a été nécessaire de se livrer à une analyse détaillée des diagnostics d'entrée et des actes orientant vers chaque GHM. À cette occasion, il est apparu que certains d'entre eux n'étaient pas pertinents, ni en cohérence avec le reste des autres critères de la sélection. Ces situations ont été identifiées et listées. Elles ont été soumises au Pernns pour information.

Tableau 6

Disciplines et G-GHM (rouge = chirurgical, bleu = médical, vert = médico-chirurgical)

Disciplines et G-GHM	GHM regroupés
D01 - NEUROLOGIE-NEUROCHIRURGIE	
D01-1 : Craniotomies	001-002-003
D01-2 : Chirurgie du rachis et de la moëlle	004
D01-3 : Neurochirurgie, autre	007-008-039-701
D01-4 : Pathologies cérébrovasculaires, sans CMAS	011-012-018-020-021
D01-5 : Pathologies neurologiques tumorales, traumatiques et dégénératives, sans CMAS	009-010-013-014-015-017
D01-6 : Traumatismes crâniens et commotions cérébrales isolés, sans CMAS	041-042-043-044-045-046
D01-7 : Pathologies neurologiques autres, sans acte opératoire ni CMAS	022-023-024-025-027-028-029-030-037-038-801
D01-8 : Pathologies du système nerveux, avec CMAS	040
D02 - OPHTALMOLOGIE	
D02-1 : Chirurgie ophtalmologique	048-049-050-051-052-053-054-702-762
D02-2 : Pathologies ophtalmologiques, sans acte opératoire	059-060-061-062-063-064-802
D03 - ORL - STOMATOLOGIE	
D03-1 : Chirurgie ORL majeure	068-069-070-071-072-073-082-083-084
D03-2 : Chirurgie ORL courante	074-075-076-077-078-079-080-081-763-764
D03-3 : Tumeurs malignes ORL, sans acte opératoire	094
D03-4 : Pathologies ORL sauf tumeurs malignes, sans acte opératoire	095-096-098-099-100-101-102-106-107
D03-5 : Pathologies de la bouche et des dents	103-104-105-885
D03-6 : Pathologies ORL et stomatologie, ambulatoire	703-803
D04 - PNEUMOLOGIE - PATHOLOGIE THORACIQUE	
D04-1 : Chirurgie thoracique, sauf oesophage	113-114-115-116-143-704
D04-2 : Insuffisances respiratoires aiguës	118-123-124-125-126-127-134-135
D04-3 : Pathologies respiratoires infectieuses, sauf bronchites	119-120-121-129-130-131
D04-4 : Pathologies respiratoires chroniques ou tumorales, bronchites	122-128-132-133-136-137-138
D04-5 : Pathologies respiratoires, autres	139-140-141-142-804
D05 - CARDIO-CIRCULATOIRE	
D05-1 : Chirurgie et transplantations cardiaques	151-152-153-154-155-169-170-171-172
D05-2 : Chirurgie vasculaire périphérique majeure	005-158-159
D05-3 : Chirurgie vasculaire, autre	160-161-162-167-168-765-831
D05-4 : Troubles du rythme et pace-maker	163-164-166-195-196
D05-5 : Cathétérisme et coronarographie sauf IDM aigu, endoprothèses vasculaires tout siège	150-181-182-886
D05-6 : Infarctus et coronaropathies sauf endoprothèses	178-179-180-189-190-197
D05-7 : Pathologies vasculaires périphériques, sans acte opératoire	185-187-188
D05-8 : Pathologies cardio-vasculaires autres, sans acte opératoire	183-184-186-191-192-193-194-198-199-200-201-202
D05-9 : Pathologies cardio-vasculaires ambulatoires, sauf cathétérisme et coronarographie et ligature de veine	705-805
D06 - DIGESTIF - HÉPATOBIOLAIRE - RATE	
D06-1 : Chirurgie digestive majeure	211-212-213-214-215-216-217-277-279-280-291-292
D06-2 : Chirurgie digestive, autre	218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-234-269-270-271-272-273-274-275-276-374-566-567-706-707-766-767
D06-3 : Tumeurs digestives malignes non opérées, sans CMAS	246-247-285
D06-4 : Pathologies hépatobiliaires et pancréatiques, autre, sans acte opératoire ni CMAS	284-286-287-288-289-290-807
D06-5 : Pathologies gastro-intestinales autres, sans acte opératoire ni CMAS	248-249-250-251-252-253-254-255
D06-6 : Pathologies digestives diverses, sans acte opératoire ni CMAS	256-257-258-259-260-261-806
D06-7 : Pathologies digestives, avec CMAS	262-293
D07 - RHUMATOLOGIE	
D07-1 : Pathologies ostéoarticulaires infectieuses, sans CMAS	338-342
D07-2 : Pathologies rhumatologiques complexes, sans CMAS	339-340-341
D07-3 : Pathologies rhumatologiques, autre	343-344-345-346-347-348-358-808
D08 - ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE	
D08-1 : Chirurgie majeure des membres, sans CMAS	294-295-300
D08-2 : Chirurgie du rachis, sans CMAS	301-302
D08-3 : Chirurgie orthopédique et traumatologique spécialisée, autre	296-297-298-304-305-306-308-311-312-313-314-315-318-319-320-357-770
D08-4 : Chirurgie orthopédique, autre	006-303-309-310-316-317-708-761-768-769
D08-5 : Pathologies orthopédiques et traumatologiques, sans acte opératoire	335-336-337-349-350-351-352-353-354-355-356-833
D09 - DERMATOLOGIE - CHIRURGIE PLASTIQUE	
D09-1 : Chirurgie dermatologique et plastique	299-364-365-366-367-375-376-377-407-636-709
D09-2 : Pathologies dermatologiques, sans acte opératoire	385-386-387-391-392-393-397-398-809-834
D10 - ENDOCRINOLOGIE	
D10-1 : Chirurgie endocrinienne	405-408-409-401-411-412-426-710
D10-3 : Pathologies endocriniennes autres, sans acte opératoire ni CMAS	420-421-422-423-424-425-810
D10-4 : Pathologies endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles, avec CMAS	427

Conclusion

Avec l'élaboration des G-GHM, les membres du Cotrim de la région PACA ont essayé de simplifier la lecture de l'éventail des cas hospitaliers. L'utilisation des données régionales issues du PMSI devient ainsi plus opérationnelle et plus attractive pour les non-spécialistes de l'information médicale qui disposent d'un outil d'analyse de l'activité des établissements à visée interne et externe permettant des comparaisons interhospitalières faciles, rapides et pertinentes et la réalisation d'états géographiques sanitaires utiles à la planification territoriale et la stratégie des établissements de soins. Le recours à cet outil, notamment pour la planification, est un progrès par rapport à l'existant. Les limites de son emploi montrent cependant qu'il faudra l'enrichir par un travail sur les autres éléments disponibles

Références

- *Manuel des groupes homogènes de malades*, 6^e version de la classification, version 5.6 de la fonction groupage, vol. 1, 2 et 3, *Bulletin officiel* n° 2000/2 bis et sa version antérieure : *Bulletin officiel* n° 98/2 bis.
- *Guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI*, fascicule spécial, *Bulletin officiel* n° 94-6.
- *Additif au Guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI*, *Bulletin officiel* n° 96/13 bis.
- *Activité des établissements de santé* :
 - Données issues du PMSI, exercice 1996, Drass PACA, Inspection régionale de la santé et service statistique, août 1998.
 - Données issues du PMSI, exercice 1997, Drass PACA, Inspection régionale de la santé et service statistique, décembre 1998.
- *Activité des établissements de santé*. Établissements publics et privés sous dotation globale de fonctionnement :

du RSA, en particulier le diagnostic principal lui-même dès qu'une qualité de codage suffisante le permettra, le diagnostic relié lorsque la libéralisation de son usage le permettra ou encore le chaînage, voire d'autres données qui seront rajoutées. Ainsi, il faut souhaiter que la base MCO du PMSI se développe pour permettre de multiples usages dès lors que le but premier médico-économique de valorisation des séjours reste possible, notamment en respectant les règles de codage et en premier lieu celles de la hiérarchisation du diagnostic principal. Mais cela suppose une adaptation de la fonction groupage dans la mesure du possible au format du résumé d'unité médicale (RUM), et non pas l'inverse, pour garder ouvertes au maximum les possibilités légitimes d'un usage multiple. ■

- Données issues du PMSI, exercice 1999, Drass PACA, Inspection régionale de la santé et service statistique. Édition papier décembre 2000, CD-Rom avril 2001.
- Données issues du PMSI, exercice 2000, Drass PACA, Inspection régionale de la santé et service statistique. Édition papier avril 2002, CD-Rom août 2002.
- *Lecture synthétique de l'activité hospitalière : les G-GHM*, Cotrim PACA, *Gestions hospitalières* n° 387, p. 402-408, juin/juillet 1999.
- *L'outil Dac, version DAC06*, Florence Vollaire et Louis Brunel, avril 2001.
- *Banque de données hospitalière de France*, octobre 2002.
- *Volume et coûts de la prise en charge hospitalière du cancer en France en 1999*, L. Borella et coll. : *Bulletin du cancer* n° 89(9), 2002, p. 909-921 ; *Info en santé* n° 3, p. 8-15, novembre 2002.
- *Site PMSI* : www.le-pmsi.fr

Disciplines et G-GHM	GHM regroupés
D11 - URO-NÉPHROLOGIE - APPAREIL GÉNITAL MASCULIN	
D11-1 : Chirurgie urologique majeure, sans CMAS	429-430-431-432-435-436-474-475
D11-2 : Chirurgie urologique, autre	437-438-439-440-441-468-476-477-478-479-480 481-482-483-484-485-501-711-712-771-772-773
D11-3 : Insuffisances rénales, sans CMAS	442-470-471-680
D11-4 : Tumeurs uro-néphrologiques, sans acte opératoire ni CMAS	452-453-494-495
D11-5 : Pathologies uro-néphrologiques, autre, sans acte opératoire ni CMAS	454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-465-466-467-496-497-498-500-811-812-887
D11-6 : Pathologies uro-néphrologiques, sans acte opératoire avec CMAS	469
D12 - RADIOTHÉRAPIE	
D12-1 : Radiothérapie	592-685-686-687-688-689
D13 - GYNÉCOLOGIE	
D13-1 : Tumeurs malignes du sein	368-369-370-371-388-389
D13-2 : Pathologies bénignes du sein	372-373-390
D13-3 : Chirurgie gynécologique majeure et/ou tumeurs malignes sauf sein, sans CMAS	504-508-514-524-525
D13-4 : Pathologies gynécologiques, sauf sein, sans chirurgie majeure	505-506-507-509-510-511-512-513-515-516-526-527-528-713-774-775-776-813-835
D14 - OBSTÉTRIQUE	
D14-1 : Césariennes	530-531
D14-2 : Grossesses ectopiques	543
D14-3 : Accouchements par voie basse	533-539-540
D14-4 : Avortements	545-546-777
D14-5 : Pathologies de l'ante partum	544-547-548-549
D14-6 : Pathologies du post-partum et post-abortum	534-541
D14-7 : Obstétrique ambulatoire	714-814
D15 - NÉONATOLOGIE	
D15-1 : Nouveau-nés de plus de 2 kg avec problèmes	815-861-872-873-875-876
D15-2 : Nouveau-nés de moins de 2 kg ou transférés ou décédés précocement	862-863-864-865-866-867-869-870
D15-3 : Nouveau-nés normaux	874
D16 - HÉMATOLOGIE	
D16-1 : Chirurgie des organes hématopoïétiques	568-569-576-578-579-580-581-582-583-716-717
D16-2 : Pathologies hématologiques malignes ou de siège imprécis, sans acte opératoire	577-584-585-589-590-591-596-597-817-827-836
D16-3 : Pathologies hématologiques non malignes, sans acte opératoire	570-571-572-573-574-575-816
D16-4 : Transfusions, en séances	690
D17 - CHIMIOTHÉRAPIE ET SURVEILLANCE SAUF LEUCÉMIES AIGÜES	
D17-1 : Chimiothérapie, sauf leucémies aiguës	586-587-681
D18 - MALADIES INFECTIEUSES	
D18-1 : Pathologies dues à une infection par le VIH	598-599-600-612-613-614-838
D18-2 : Pathologies infectieuses non dues au VIH	601-602-604-605-606-607-608-609-610-611-718-818
D19 - MALADIES MENTALES	
D19-1 : Maladies mentales	615-618-619-620-621-624-625-626-627-634-635-719-819
D20 - TOXICOMANIES - ALCOOLISME	
D20-1 : Ethylisme et autres toxicomanies	629-630-631-632-633-820
D21 - CAUSES EXTÉRIEURES DE TRAUMATISMES - ALLERGIES - EMPOISONNEMENTS	
D21-1 : Polytraumatismes graves	656-657-658-659
D21-2 : Traumatismes complexes, sans acte opératoire	644-645-646
D21-3 : Traumatismes, avec acte opératoire	637-638-639-640-642-721
D21-4 : Traumatismes, allergies et effets des causes externes, sans acte opératoire ni CMAS	394-395-396-647-648-652-653-654-655
D21-5 : Intoxications par médicaments et autres substances	643-649-650-651
D21-6 : Traumatismes, allergies et empoisonnements, ambulatoire sans acte opératoire	821
D22 - BRÛLURES	
D22-1 : Brûlures graves	660-661-662-663-664-722-822
D23 - AUTRES MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS	
D23-1 : Motifs de recours aux soins autres, avec acte opératoire	669-723
D23-2 : Motifs de recours aux soins autres, sans acte opératoire	670-671-672-674-675-823-837
D23-3 : Surveillance pour pathologies malignes	594-595-673
D24 - SÉANCES ET SÉJOURS DE MOINS DE 24 H AUTRES	
D24-1 : Séances autres	683-684
D24-2 : Décès et transfert immédiats	880-890
D24-3 : Endoscopies en ambulatoire, sous anesthésie	830

APPEL À COMMUNICATION ET RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

La Lettre *Info en Santé*, système d'information, stratégie, qualité s'adresse en priorité aux DIM, directeurs, DSIO, DAF, présidents de CME des établissements de santé, ainsi qu'aux services des ARH, DRASS, DDASS, Assurance Maladie et plus généralement à toutes les personnes intéressées. Cette lettre publiée des analyses, études, points de vue ayant trait aux systèmes d'information des établissements de santé, aux indicateurs quantitatifs et qualitatifs d'activité, de stratégie, d'organisation sanitaire, etc.

Manuscrits

Les manuscrits doivent être envoyés à la rédaction en deux exemplaires, texte, tableaux et figures compris. Ils seront dactylographiés en double interligne, recto seul, sur du papier 21 x 29,7 cm, leurs pages numérotées.

Figures, tableaux et dessins seront disposés en fin de document, avec changement de page pour chacun. Chaque figure, tableau ou dessin doit être titré et sa source (mention de l'origine du document et de l'année de référence) indiquée en pied de document. Exemple : CHU de Nantes, 1999.

Support informatique

Tout manuscrit doit être doublé d'un support informatique. Il peut être envoyé soit par e-mail en fichier joint « .doc » (compatibilité PC) à l'attention de Yann Bubien : y.bubien@fhf.fr accompagné d'un message de présentation mentionnant notamment les coordonnées de l'auteur (adresse postale, tél. et fax), soit adressé par disquette accompagnant le manuscrit à la rédaction. Les manuscrits devront être saisis de préférence par un logiciel de traitement de texte Word pour PC.

Le fichier joint sera nommé sous le nom de l'auteur du document.

La disquette mentionnera le nom du(des) fichier(s) qui comprend(ent) l'article (les tableaux), le logiciel utilisé et le système d'exploitation.

Enregistrez votre texte sur un fichier et vos tableaux (n'utilisez pas de trame) sur un ou plusieurs autres fichiers.

Présentation des textes

La Lettre *Info en Santé* comporte plusieurs rubriques ouvertes aux auteurs extérieurs :

- Articles originaux
- Points de vue
- Correspondances

Sauf accord de la rédaction, les manuscrits ne doivent pas excéder, bibliographie et iconographie comprises :

- 20 pages dactylographiées pour les articles originaux

- 5 pages dactylographiées pour les points de vue

- 1 page dactylographiée pour les correspondances.

Ils comportent :

> **Une page titre** donnant le titre de l'article, aussi court et précis que possible, les prénoms, nom du ou des auteurs, les fonctions et lieux d'exercice professionnel, l'adresse et coordonnées du responsable de la correspondance.

> **Une introduction courte**, permettant au lecteur, même non spécialiste, de connaître l'orientation et l'étendue de l'article.

> **L'exposé** : si un paragraphe est particulièrement long, prévoir des intertitres pour faciliter la lecture (trois niveaux d'intertitres maximum).

> **Une bibliographie** se limitant aux titres essentiels (vingt au maximum, sauf accord du comité de rédaction). Les références sont appelées dans le texte et classées suivant l'ordre d'apparition.

Les références doivent indiquer :

- **Pour les périodiques** : nom du ou des auteurs (en caractères courants) suivi de l'initiale du ou des prénoms. (conformément à la convention de Vancouver on indiquera le nom de tous les auteurs si leur nombre est égal au plus à six ; au-delà, on citera les trois premiers suivis de la mention & al.), titre de l'article, nom du périodique, selon l'abréviation en usage internationalement, année, tome, première et dernière page.

- **Pour les livres écrits par un ou plusieurs auteurs** : nom du ou des auteurs suivi de l'initiale du ou des prénoms, titre du livre, nom et adresse de l'éditeur, année et, au besoin, la page à l'intérieur du livre.

Acceptation

Sollicités ou non, les articles sont soumis pour acceptation au comité de rédaction. Celui-ci recueille au préalable l'avis motivé et anonyme de lecteurs choisis pour leur compétence en la matière. Dans un délai de six à huit semaines, les auteurs sont informés de l'acceptation, du rejet ou d'une demande de modification.

Correspondance

Pour toute correspondance et envoi de textes, s'adresser à :
Dr Bernard Garrigues et Yann Bubien
Fédération Hospitalière de France
33, avenue d'Italie - 75013 PARIS

QUESTIONS D'ACTUALITÉ Nouveautés PMSI

Dr E. HORNUS

Envoi du premier semestre

Le déménagement de l'ATIH et les problèmes organisationnels qui en ont résultés a entraîné quelques retards pour la communication des données du PMSI du premier semestre 2002. Il est important de noter que le groupeur a été, comme il était prévu, profondément remanié. La comparaison de l'activité 2001 et 2002 sera de ce fait sujette à caution. Par exemple, les typologies de naissances ont été profondément remaniées et les comorbidités ne sont plus prises en compte qu'à partir d'une durée de séjour de trois jours.

PMSI psy

Cent quatre-vingt-dix établissements (la moitié de l'activité publique en France) participent à l'expérimentation du recueil. Une première base d'analyse devrait être disponible fin mars 2003. La généralisation du recueil est prévue au plus tard début 2005. L'utilisation budgétaire pourrait avoir lieu à partir de 2007, mais les bénéfices attendus se situent davantage au niveau de la planification et de l'organisation que de la régulation budgétaire.

PMSI Urgence

Le RPU (résumé de passage aux urgences) prend du retard. Selon nos informations, il devrait être mis en place à l'automne 2003 avec un contenu allégé.

CCAM

La mise en place reste prévue pour le 1^{er} janvier 2004. Lors des dernières négociations de la CNAM avec les médecins spécialistes, celle-ci s'est engagée formellement sur cette date. Un travail important de spécification et de programmation attend donc les établissements de soins.

Tarification à l'activité

La mission opérationnelle pour l'expérimentation et la mise en place de la tarification à l'activité des établissements de santé a été mise en place, et le cahier des charges pour participer à cette expérimentation semble avoir connu un grand succès. La communauté des DIM suit avec une très grande attention ce dossier. ■

Bulletin d'inscription Lettre INFO en SANTÉ sur le fichier nominatif de routage

Société / Établissement

Destinataire

Adresse d'expédition

.....

.....

.....

Tél. E-mail :

Souhaite recevoir, à titre nominatif, la Lettre *Info en Santé*

Bulletin à retourner à :

Fabien Viry
LETTRE INFO EN SANTÉ - FHF
33, avenue d'Italie
75013 Paris
Tél. : 01 44 06 84 67
Fax : 01 44 06 84 45
E-mail : f.viry@fhf.fr