

INFO en SANTÉ

lettre n° 2
juillet 2002

système d'information, stratégie, qualité



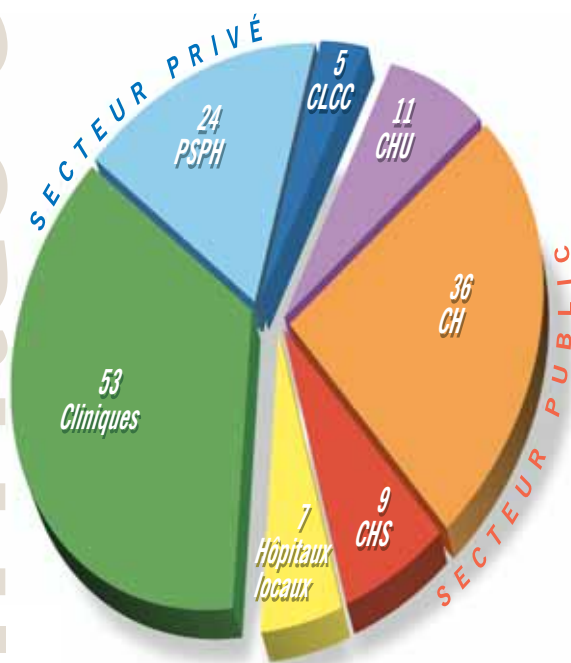
ÉDITORIAL	P. 1
G. VINCENT, B. GARRIGUES	
CHIFFRES CLÉS	P. 1
Les chiffres de l'accréditation	

ARTICLE ORIGINAL	P. 5
Typologie d'établissements de médecine-chirurgie-obstétrique	
S. FINKEL, S. PAUL, J. VILLEMENOT, B. GARRIGUES	
CORRESPONDANCE	P. 11
OAP, DR G. RENO	

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE	P. 11
P. DUJOLS	
QUESTIONS D'ACTUALITÉ	P. 12
Nouvelles du PMSI - E. HORNUS	
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS	P. 12
BULLETIN D'INSCRIPTION	P. 12

Les chiffres clés de l'accréditation

145 comptes rendus d'accréditation
sont aujourd'hui disponibles



Voulue par la Loi hospitalière, l'accréditation des établissements de santé, publics et privés, est obligatoire. La Conférence des directeurs généraux de CHU a mandaté les responsables des délégations et autres services qualité pour

suivre de près les chiffres et commentaires issus des premières accréditations. L'objectif de cette rubrique est d'offrir un panorama très complet des chiffres clefs de l'accréditation. Les données issues pour la plupart du site officiel de l'Agence Nationale de l'Accréditation et Évaluation en Santé www.anaes.fr sont retravaillées et commentées par ces professionnels de la qualité. Ainsi une lecture commune de TOUS les rapports d'accréditation publiés permet de tirer une synthèse des points forts et points faibles. →

ÉDITORIAL

L'accueil que vous avez réservé au premier numéro d'*Info en Santé* est très prometteur. Nous allons tout mettre en œuvre pour ne pas vous décevoir.

Voici donc le deuxième numéro. Nous l'avons étoffé et pensons pouvoir publier dès le prochain numéro deux articles originaux.

Vous trouverez également dans cet exemplaire des recommandations aux auteurs ; en effet nous vous encourageons vivement à nous soumettre vos articles pour publication ; ils seront soumis à une lecture attentive des comités de lecture et de rédaction.

Enfin, nous vous demandons de bien vouloir nous faire parvenir, à l'aide du bordereau inclus dans la lettre, les coordonnées de toute personne intéressée par cette publication ; nous enregistrerons ces coordonnées et nous nous ferons un plaisir de lui adresser alors directement les numéros d'*Info en Santé*.

Nous attendons également vos avis, suggestions et commentaires.

Bonne lecture.

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, Éric 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

Les chiffres clés de l'acc

145 comptes rendus d'accréditation sont aujourd'hui disponibles :

63 (43,4 %) concernent le secteur public et 82 (56,6 %) le secteur privé.

Sur les 63 rapports du secteur public, on dénombre 11 CHU (7,6 %), 36 CH (24,8 %), 9 CHS (6,2 %) et 7 Hôpitaux locaux (4,8 %).

Sur les 82 rapports du secteur privé, on trouve 53 Cliniques (36,6 %), 24 PSPH (16,6 %) et 5 CLCC (3,4 %).

Le tableau ci-dessous ventile ces données selon la taille des établissements.

- de 100 lits	de 100 à 300 lits	de 300 à 500 lits	de 500 à 1000 lits	+ de 1000 lits
41	48	21	24	11
28,3 %	33,1 %	14,5 %	16,5 %	7,6 %

Nancy, 14/06/02

Les conclusions de ces rapports sont remises au Collège d'accréditation qui décide des observations et réserves. A ce jour 12 % des rapports sont rédigés sans recommandation alors que 4 % le sont avec des réserves majeures. Le collège national fait des recommandations simples dans 46 % des cas et dans 38 % les rapports font état de réserve.

Répartition des conclusions en fonction du type d'établissement

Type établissement	Sans recommandation réserve ou réserve majeure	Avec recommandation sans réserve et sans réserve majeure	Avec recommandation réserve et sans réserve majeure	Avec recommandation réserve et réserve majeure
APHP	1	1	2	-
CHU	1	-	5	1
CH	1	17	14	4
CHS	-	7	2	-
HL	-	5	2	-
CP	10	26	17	-
CLCC	2	1	2	-
PSPH	2	10	11	1

Nancy, 14/06/02

Si l'absence de critique est déjà un élément intéressant, le nombre de critiques (recommandations, réserves ou réserves majeures) dans un rapport témoigne de la force de la critique ou du nombre d'améliorations à apporter dans la perspective d'une démarche qualité. Les tableaux 3, 4, 5 et 6 illustrent cette situation.

Établissements sans recommandation

15 établissements	1 établissement	de moins de 300 lits	de moins de 500 lits	de moins de 500 lits
10 CP	1 CH	2 PSPH		
2 CLCC	1 APHP	1 CHU		

Nancy, 14/06/02

Nombre de recommandations

Nombre de recommandations	- de 5	de 5 à 9	de 10 à 14	+ de 14
Nombre d'établissements	58	56	11	2
%	45,6 %	44,1 %	8,7 %	1,6 %

Nancy, 14/06/02

Nombre de réserves ANAES

Nombre de réserves	1	2	3	>
Nombre d'établissements	28	12	11	10
%	45,9 %	19,7 %	18 %	16,4 %

Nancy, 14/06/02

Nombre de réserves majeures ANAES

Nombre de réserves majeures	1	2	3
Nombre d'établissements	4	1	1
%	66,7 %	16,65 %	16,65 %

Nancy, 14/06/02

La commission des responsables qualité de CHU a classé ces critiques en fonction des référentiels concernés.

Répartition en fonction des référentiels

	Recommandations	Réserves	Réserves majeures	Total
DIP	78	15	0	93
DPA	118	40	1	159
OPC	170	26	1	197
MEA	45	8	0	53
GRH	75	3	0	78
GFL	84	9	4	97
GSI	24	2	2	28
QPR	69	17	0	86
VST	42	11	0	53
SPI	45	20	1	66
Total	750	151	9	910

Nancy, 14/06/02

On note que deux référentiels (Organisation et prise en charge du malade - OPC - et Droit du patient - DPA -) concentrent nettement les critiques du Collège national. En ajoutant le référentiel Droit et information du patient (DIP) et Gestion fonctions logistiques (GFL), on regroupe 60 % des points faibles relatifs à la qualité des établissements publics et privés.

Dès lors il paraissait intéressant de faire un « zoom » sur les critiques portant sur ces quatre référentiels. La délégation Qualité du CHU de Montpellier pour le compte du groupe de travail de la Conférence des directeurs généraux a passé en revue tous les rapports publiés. Elle a regroupé les points faibles en sujet de critiques « homogènes » puis les a ventilés par niveau de criticité « recommandation » « réserves » ou « réserves majeures ». Les tableaux

réditation

suiuants synthétisent cet important travail et éclairent de manière très pragmatique les points faibles mis en avant par les visiteurs de l'ANAES. Cette tâche a été rendue difficile par la grande variabilité des critiques mais aussi l'hétérogénéité des comptes rendus.

DIP

Items	Recommandations	Réserves	Total
Confidentialité	25	2	27
Intimité et/ou dignité	20	4	24
Information du patient (y compris bénéfice/risque)	14	2	16
Politique du droit du patient	4	3	7
Liberté de circulation des patients	3	2	5
Évaluation du respect du droit du patient	2	-	2
Humanisation des locaux	2	1	3
Consentement du patient	2	-	2
Accessibilité aux personnes handicapées	1	-	1
Commission de conciliation	1	-	1
Accès des familles au lieu d'hospitalisation	1	-	1
Hébergement des patients en chambre d'isolement	1	-	1
Remise du livret d'accueil	1	-	1
Formalisation de l'accueil des personnes sous mesure de protection	1	-	1
Hospitalisation des détenus	-	1	1
Total	78	15	93

Nancy, 14/06/02

DPA

Items	Recommandations	Réserves	Réserves majeures	Total
Traçabilité : information, bénéfice/risque et consentement	35	4	-	39
Identification et signature des prescriptions	19	20	-	39
Politique du dossier	10	12	1	23
Gestion (notamment accès et sécurité) et archivage	11	-	-	11
Confidentialité	8	1	-	9
Regroupement du dossier et unicité	8	1	-	9
Tenue du dossier	7	-	-	7
Contenu du dossier	4	1	-	5
Évaluation	5	-	-	5
Traçabilité des informations pour la continuité des soins	2	1	-	3
Traçabilité du processus de prescription	1	-	-	1
Traçabilité de la démarche diagnostique et thérapeutique	1	-	-	1
Transmission de l'information au médecin traitant	1	-	-	1
Rapprochement entre les dossiers médicaux des praticiens libéraux et le dossier d'hospitalisation du patient	1	-	-	1
Formalisation de la procédure d'archivage	1	-	-	1
Refonte du dossier	1	-	-	1
Structurer un dossier de soins	1	-	-	1
Circuit du dossier	1	-	-	1
Identification des intervenants	1	-	-	1
Total	118	40	1	159

Nancy, 14/06/02

OPC

Items	Recommandations	Réserves	Réserves majeures	Total
Coordination et communication interservices	19	-	-	19
Organisation, coordination, concertation et sécurité dans les secteurs interventionnels (chartes de blocs, programmations, ouverture des salles d'opérations, règles d'hygiène)	17	3	-	20
Organisation des permanences (gardes et astreintes)	10	3	-	13
Prise en charge de la douleur	10	-	-	10
Formalisation et application de protocoles, de procédures	9	-	-	9
Organisation et gestion du circuit du médicament	8	6	-	14
Suppression des retranscriptions	8	1	-	9
Réflexion bénéfice/risque	7	-	-	7
Délai de transmission des informations aux médecins traitants	7	-	-	7
Réduction des délais d'attente	7	-	-	7
Urgences : chariots et formation aux gestes d'urgence	6	-	-	6
Politique hôtelière	5	1	-	6
Centralisation et sécurisation de la préparation des cytotostatiques	4	2	-	6
Organisation transport des patients	4	-	-	4
Prévention du tabagisme	4	-	-	4
Évaluation des pratiques professionnelles et indicateurs sentinelles	4	-	-	4
Réorganisation du service des urgences	3	-	-	3
Continuité et sécurité de l'accueil aux urgences	2	1	-	3
Prise en charge similaire à tous les modes de prise en charge	-	2	-	2
Organisation et évaluation activité de sismothérapie	2	-	-	2
Délai de transmission des résultats d'examens radiologiques	2	-	-	2
Mise en œuvre du GBEA	2	-	-	2
Renseigner les demandes d'examens complémentaires	2	-	-	2
Accompagnement du décès	2	-	-	2
Transfert des corps et organisation des locaux mortuaires	2	-	-	2
Politique de prise en charge des personnes âgées	1	1	-	2
Sécurité anesthésique blocs et actes interventionnels	1	1	-	2
Transmissions	1	1	-	2
Continuité et coordination des soins (notamment dans le secteur maternité)	1	1	-	2
Gestion des chambres d'isolement	-	2	-	2
Identification des patients aux différentes étapes de la prise en charge	-	1	-	1
Garantie de sécurité des patients au bloc opératoire	-	-	1	1
Réorganisation des consultations de chirurgie programmées et d'urgence	1	-	-	1
Évaluation de la charte opératoire	1	-	-	1



SUITE

CHIFFRES CLÉS

OPC - suite

Items	Recommandations	Réserves	Réserves majeures	Total
Réorganisation secteurs pour des raisons sécuritaires	1	-	-	1
Réorganisation du site endoscopie	1	-	-	1
Déménagement de services	1	-	-	1
Organisation de l'imagerie médicale	1	-	-	1
Fonctionnement et évaluation du secteur d'imagerie	1	-	-	1
Interprétation des examens d'imagerie	1	-	-	1
Conditions d'accueil et d'hospitalisation	1	-	-	1
Fiabilité des données administratives	1	-	-	1
Règles de prise en charge des urgences	1	-	-	1
Délai d'obtention des rendez-vous	1	-	-	1
Politique d'organisation de la prise en charge des patients	1	-	-	1
Organisation des soins palliatifs	1	-	-	1
Prise en charge des besoins spécifiques	1	-	-	1
Harmonisation des pratiques	1	-	-	1
Respecter le rôle et les compétences des infirmières en matière thérapeutique	1	-	-	1
Qualité des prestations fournies par le laboratoire de bactériologie	1	-	-	1
Formalisation du fonctionnement entre la pharmacie et les services de soins	1	-	-	1
Intégration du secteur de pédopsychiatrie au fonctionnement de l'institution	1	-	-	1
Total	170	26	1	197

Nancy, 14/06/02

GFL

Items	Recommandations	Réserves	Réserves majeures	Total
Circuit des déchets - stockage et élimination	20	2	-	22
Évaluation des fonctions logistiques	14	-	-	14
Circuit du linge	9	2	-	11
Maintenance	7	-	-	7
Restauration	6	1	-	7
Transport	5	-	-	5
Protocole d'alerte	3	-	1	4
Suivi des recommandations des organismes de contrôle en matière de sécurité	2	1	2	5
Contractualisation interne/externe	3	-	-	3
Achats - approvisionnement	2	-	-	2
Mise en œuvre d'une politique de gestion des fonctions logistiques	2	-	-	2
Sécurité électrique	2	-	-	2
Assurance qualité blanchisserie	1	1	-	2
Sécurisation des biens et des personnes	1	-	1	2
Rédaction de procédure	0	1	-	1
Sécurité et traçabilité des produits en biberonnerie	0	1	-	1
Sécurisation des locaux	1	-	-	1
Maîtrise des flux logistiques	1	-	-	1
Gestion des stock pharmacie	1	-	-	1
Réorganiser le stockage des dispositifs médicaux stériles	1	-	-	1
Réorganisation de la blanchisserie	1	-	-	1
Nettoyage des locaux : organisation	1	-	-	1
Continuité de la sécurité	1	-	-	1
Total	84	9	4	97

Nancy, 14/06/02

Enfin sur les 145 comptes rendus de visites et rapport, 6 ont donné lieu à ce jour à des visites de suivi. Les résultats de ces visites sont détaillées ci-dessous :

Visites de suivi

Établissement	Délais	Réserves	Décision
Clinique Champeau	12 mois	Prescriptions	Transformée en recommandation
		Opérationnalité des vigilances	Levée
CHU d'Angers	6 mois	Mise aux normes de la biberonnerie	Levée
Clinique St Sauveur	12 mois	Prescriptions	Transformée en recommandation
Clinique Clémenville	12 mois	Prescriptions	Transformée en recommandation
		Qualité du dossier	Levée
Clinique du Château de Seysses	12 mois	Mettre en place les vigilances (rapport)	Transformée en recommandation sur fonctionnement des vigilances
Centre René Gauducheau	6 mois	Signature des prescriptions la nuit	Transformée en recommandation
		Continuité de la prise en charge médicale la nuit	Levée
		Principe de précaution pour tout prélèvement	Levée

En résumé...

88% des établissements accrédités sans recommandations font moins de 300 lits.

Les conclusions du Collège sont parfois en lien avec les références du référentiel mais on constate toujours une grande hétérogénéité des comptes rendus (formulations, décisions à constats comparables, niveaux de détails, ...). Les référentiels donnant lieu au plus grand nombre de recommandations et réserves sont les référentiels OPC, DPA, GFL, DIP. Cependant les référentiels DPA et QPR ressortent prioritairement après pondération par le nombre de références.

Les principaux sujets de réserves

- > L'identification et signature des prescriptions20
- > La politique du dossier patient12
- > Définition, structuration et formalisation d'une politique de gestion des risques8
- > La mise en œuvre de la politique du risque infectieux7

Les thèmes prioritaires

(recommandations, réserves et réserves majeures confondues)

- > Lisibilité, identification et signature des prescriptions39
- > Traçabilité de l'information, du consentement bénéfique/risque 39
- > Système de signalement généralisé et systématique29
- > Évaluation périodique du personnel28
- > Confidentialité27
- > Intimité et/ou dignité24
- > Politique du dossier23

- > Politique qualité et gestion des risques :
 - Définition, structuration18
 - Mise en œuvre21
- > Tri, stockage et élimination déchets22
- > Coordination, concertation et sécurité dans les secteurs interventionnels20
- > Vigilances : Définition, structuration12
 - Mise en œuvre19
- > Coordination inter services19
- > Définition et mise en œuvre du projet d'établissement16
- > Information du patient16
- > Mise en œuvre de la politique du risque infectieux15
- > Circuit du médicament14
- > Évaluation des fonctions logistiques14
- > Organisation des permanences13
- > Respect de la loi Informatique et liberté11
- > Gestion et archivage du dossier11
- > Circuit du linge11
- > Profils de poste10
- > Management participatif10
- > Prise en charge de la douleur10

Typologie d'établissements de médecine-chirurgie-obstétrique

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a été créé en France afin notamment de pouvoir effectuer des comparaisons médico-budgétaires entre les établissements hospitaliers. Pour le secteur public et para-public, ces comparaisons existent déjà au niveau intra-régional et entre les régions elles-mêmes (assimilées à de gros établissements). Les résultats PMSI affectent à divers degrés les bases budgétaires des établissements. Aussi, le besoin de confrontation de données entre les différentes structures s'est accru : l'activité selon une pathologie donnée par exemple, ou la confrontation d'indicateurs liés ou non au PMSI, ou toute autre comparaison généralisable à l'ensemble des établissements. Bien que le PMSI soit sensé s'affranchir de la taille ou de l'orientation médicale de l'établissement, les facteurs explicatifs des performances PMSI ne peuvent pas toujours être comparés entre deux établissements très différents. Les acteurs du PMSI ressentent donc le besoin de stratifier les confrontations. Aujourd'hui les strates d'établissements apparaissent particulièrement frustrées. Ainsi, dans le secteur public et para-public, on utilise le statut juridique de l'établissement (Centre hospitalier universitaire - CHU, Centre hospitalier (général) - CH, Établissement participant au service public hospitalier - PSPH, Centre de lutte contre le cancer - CLCC). Cette classification est parfois enrichie d'un découpage supplémentaire à l'intérieur de la catégorie des CH : par exemple ils sont découpés selon le nombre de séjours de l'établissement (<5 000 séjours ; de 5 000 à 10 000 séjours ; de 10 000 à 16 000 séjours ; > 16 000 séjours). Ces strates apparaissent parfois insuffisantes (deux établissements de même taille et de même statut juridique peuvent avoir une activité très différente). Elles n'existent même pas pour le secteur privé lucratif.

S. FINKEL
J. VILLEMENOT
B. GARRIGUES

Centre Hospitalier du Pays d'Aix,
Département d'information médicale
et de biostatistique,
13616 Aix-en-Provence

S. PAUL
Étudiante en 5^e année
à l'Institut de statistique de
l'Université Pierre et Marie Curie,
75005 Paris

CORRESPONDANT

STÉPHANE FINKEL,
CH du Pays d'Aix, DIMB,
Avenue des Tamaris,
13616 Aix-en-Provence Cedex
Tél. : 04 42 33 90 63
e-mail : sfinkel@ch-aix.fr



Typologie d'établissements de médecine

On se propose donc, à partir d'informations existantes décrites par la suite, d'essayer de créer une typologie d'établissements. Ils doivent être le plus proche les uns des autres (selon des critères de proximités définis par la suite) à l'intérieur d'une strate, et les strates doivent être les plus différentes possible les unes des autres.

Matériel / Méthode

Ce travail s'effectue dans le cadre d'un partenariat entre la Fédération hospitalière de France et le centre hospitalier du Pays d'Aix. Dans ce cadre, on dispose de la Base nationale PMSI public-privé de l'année 1999 (environ 17 millions d'enregistrements). On dispose également des résultats de l'Analyse de gestion hospitalière nationale (AGHN) de la même année.

Dans un premier temps, on élimine les établissements dont les données apparaissent suspectes ou incomplètes. Dans un second temps, après une analyse descriptive fine des variables de l'AGHN ainsi qu'une étude des corrélations inter-variables et après avoir recalculé certaines d'entre elles à partir de la base nationale, on choisit finalement de conserver treize d'entre elles. Le détail de ces variables se trouve dans l'annexe 1. On trouve deux variables de taille, sept variables de « spécialisation » (concentration d'activité, lourdeur d'activité, etc.) et quatre variables diverses (durées de séjours standardisées, part des consultations externes, valeur du point ISA (Indice Synthétique d'Activité) et part des dépenses de personnel). Le secteur privé lucratif subit quelques modifications, ainsi la variable « part de consultations externes » disparaît, remplacée par la part des honoraires, et la part des dépenses de personnel est remplacée par la part des charges d'hébergement et d'accueil.

A partir de ces données croisant les établissements et les variables décrites dans l'annexe 1, on procède en deux étapes : d'une part on tente d'effectuer deux typologies distinctes pour le public et le privé lucratif, et dans un second temps on va essayer de

regrouper les deux secteurs. Les résultats de la tentative de regroupement ne feront l'objet que d'une annexe (annexe 2) et d'une discussion dans le paragraphe *ad hoc*.

On réalise d'abord une étude selon la méthode de classification dite « des nuées dynamiques de Diday »^[1, 2].

Avec cette méthode on obtient des classes d'établissements. Cette technique ne permet pas d'avoir une caractérisation de ces

classes, or c'est pourtant l'objectif de l'étude. On doit pouvoir classer un établissement dans une classe avec un algorithme simple et compréhensible par les acteurs hospitaliers. On réalise donc une segmentation à partir de ces classes afin d'obtenir un arbre de segmentation (méthode SIPINA pour les données du privé et méthode de CART avec le critère de GINI pour les données du public^[3]).

Résultats

Secteur sous dotation globale

Après avoir épuré des données suspectes ou incomplètes, on obtient un tableau de 528 établissements et 13 variables. Quel que soit le nombre de classes choisi, seules deux variables interviennent dans l'algorithme des nuées dynamiques : le volume de points ISA et le nombre d'Équivalents temps plein (ETP) du personnel non médical MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) par lits, places et générateurs (densité de personnel non médical). Le volume de points ISA écrase toute l'analyse, on élimine donc provisoirement ces deux variables pour savoir si d'autres pourraient ou non avoir également une influence. C'est le cas pour cinq d'entre elles : le nombre minimum de GHM (Groupes homogènes de malades) nécessaire pour rendre compte de 80 % du total des points ISA de l'établissement, le taux de points ISA pour des patients ayant entre 29 jours et 15 ans

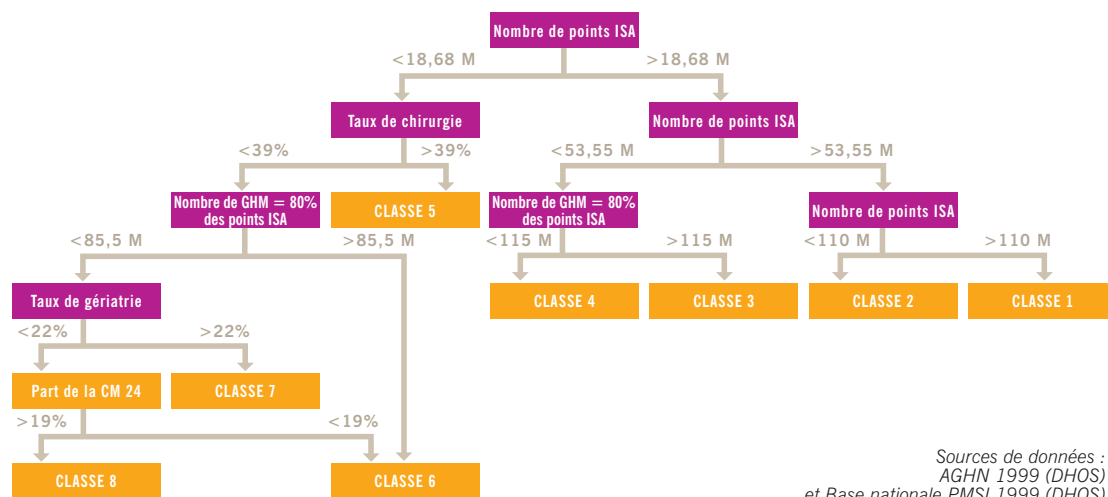
(pédiatrie), le taux de points ISA pour des patients âgés de 80 ans ou plus (gériatrie), le taux de points ISA pour des GHM chirurgicaux (chirurgie), la part de la Catégorie majeure (CM) 24, c'est-à-dire l'activité d'hospitalisation inférieure à 24 heures, y compris les séances, en nombre de points ISA. On réalise donc une scission des classes primaires (obtenues avec les deux premières variables) avec ces cinq variables. On arrive alors à dix classes qui ne sont pas encore caractérisées. Après l'application de la segmentation, on retient finalement huit classes : voir la figure 1 représentant l'arbre de décision.

On remarque sur l'arbre de décision que la variable ETP non médical/lit n'apparaît pas : elle est corrélée à une combinaison linéaire d'autres variables qui entrent en jeu et n'apporte donc pas d'information supplémentaire.

ciné-chirurgie-obstétrique

Figure 1

Arbre d'affectation d'un établissement à un groupe (secteur public et para-public)



Sources de données :
AGHN 1999 (DHOS)
et Base nationale PMSI 1999 (DHOS)

le nombre nécessaire de GHM pour 80 % des points ISA est supérieur à 85, soit le taux de gériatrie est inférieur à 22 % et le taux de CM24 est inférieur à 19 % (il est plus aisé de regarder la figure 1 pour comprendre la dichotomie). Cette classe complexe regroupe 262 établissements. Les caractéristiques moyennes de cette classe par rapport à la base globale, hormis la faible taille de l'établissement,

Voici les caractéristiques des huit classes :

Classe 1 : Établissements de plus de 110 M (millions) de points ISA. On trouve 11 établissements dans cette catégorie : ce sont tous des CHU. Les caractéristiques moyennes de cette classe par rapport à la base globale sont un taux élevé de pédiatrie, mais faible de personnes âgées. Un taux de chirurgie supérieur à la moyenne, un nombre d'ETP non médicaux par lit élevé, une activité très large, un poids moyen du cas traité (PMCT) élevé et une valeur élevée du point ISA.

Classe 2 : Établissements entre 53,55 et 110 M de points ISA. On trouve 20 établissements dans cette catégorie : 16 CHU et 4 CH (Valenciennes, Mulhouse, Colmar et Le Mans). Les caractéristiques moyennes de cette classe révèlent un nombre d'ETP non médicaux par lit élevé et une activité très large.

Classe 3 : Établissements entre 18,68 et 53,55 M de points ISA et ayant un nombre de GHM nécessaires pour 80 % des points ISA supérieur à 115. On trouve 115 établissements dans cette catégorie : 3 CHU (Martinique, Guadeloupe et Nîmes), et essentiellement des CH (quelques PSPH). La caractéristique moyenne de cette classe par rapport à la base globale est essentiellement la diver-

sité de l'activité (y compris mesurée par le taux de points ISA que représentent les deux CMD les plus fréquentes).

Classe 4 : Établissements entre 18,68 et 53,55 M de points ISA et ayant un nombre de GHM nécessaires pour 80 % des points ISA inférieur à 115. On trouve 8 établissements dans cette catégorie : 3 CLCC (Marseille, Paris, Villejuif) et 5 PSPH chirurgicaux (dont Marie-Lannelongue par exemple). Les caractéristiques moyennes de cette classe indiquent une part de CM24 élevée, une forte concentration d'activité, peu de patients âgés, une chirurgie importante, une durée de séjour faible et un PMCT : il s'agit d'établissements très spécialisés de taille importante.

Classe 5 : Établissements ayant moins de 18,68 M de points ISA et ayant un taux de chirurgie supérieur à 39 %. On trouve 50 établissements dans cette catégorie : essentiellement des PSPH. Les caractéristiques moyennes de cette classe par rapport à la base globale, hormis la faible taille de l'établissement, sont une très forte orientation chirurgicale, donc des indicateurs de concentration d'activité élevée, peu de pédiatrie et peu d'ETP non médicaux.

Classe 6 : Établissements ayant moins de 18,68 M de points ISA et ayant un taux de chirurgie inférieur à 39 %. Par ailleurs, soit

un très faible orientation chirurgicale, un PMCT faible, peu de CM24 et une activité très variée ou bien une spécialisation autre qu'en gériatrie ou en CM24. Il s'agit essentiellement de petits CH de proximité (quelques PSPH se trouvent également dans cette classe).

Classe 7 : Établissements ayant moins de 18,68 M de points ISA, un taux de chirurgie inférieur à 39 %, un nombre nécessaire de GHM pour 80 % des points ISA inférieur à 86 et un taux de gériatrie supérieur à 22 %. Cette classe regroupe 39 établissements. Les caractéristiques moyennes de cette classe révèlent, hormis la faible taille de l'établissement, de faibles taux de CM24 et d'actes externes, un nombre très faible d'enfants, un taux très important de personnes âgées et très peu de chirurgie. On remarque également que le nombre de GHM représentés dans le case-mix est faible, mais ce dernier s'étend dans toutes les CMD. La DMS est très longue et la part de dépenses affectées aux charges de personnel élevée.

Classe 8 : Établissements ayant moins de 18,68 M de points ISA, un taux de chirurgie inférieur à 39 %, un nombre nécessaire de GHM pour 80 % des points ISA inférieur à 86, un taux de gériatrie inférieur à 22 % et un taux de



Typologie d'établissements de médecine

CM24 supérieur à 19%. Cette classe regroupe 22 établissements dont 17 CLCC et 5 petits établissements très spécialisés. Les caractéristiques moyennes de cette classe par rapport à la base globale, hormis la faible taille de l'établissement, sont des taux très élevés de CM24 et d'actes externes, un case-mix très resserré (à la fois sur le nombre de GHM, mais aussi sur celui de CMD), un nombre très faible de personnes âgées et peu de chirurgie. Les dépenses affectées aux charges de personnel sont faibles et le point ISA possède une valeur faible.

Secteur privé

Après avoir épuré des données suspectes ou incomplètes, on obtient un tableau de 462 établissements et 13 variables. Quel que soit le nombre de classes choisi, seul le volume de points ISA intervient et écrase l'analyse. En éliminant provisoirement cette variable, on trouve une classification en six groupes faisant intervenir les variables de mesure de la « spécialisation » : taux de CM24, taux que représentent les deux CMD les plus fréquentes, taux de pédiatrie et de personnes âgées et taux de chirurgie. En croisant les deux analyses, on obtient sept classes d'établissements privés lucratifs.

L'application de la méthode de segmentation (SIPINA) permet de réduire le nombre de groupes à six.

On trouve en figure 2 l'arbre de décision pour les établissements du secteur privé.

Voici les caractéristiques de ces six classes :

Classe 1 : Établissements avec un taux de chirurgie supérieur à 60% et dont les 2 CMD les plus fréquentes représentent plus de 55% des points ISA. On trouve 65 établissements dans cette catégorie. Ils sont très spécialisés dans une ou quelques spécialités chirurgicales.

Classe 2 : Établissements produisant plus de 15,12 M de points ISA et dont les 2 CMD les plus fréquentes représentent moins de 55% des points ISA. On trouve 37 établissements dans cette catégorie. Ce sont des établissements privés pluridisciplinaires de grande taille. On remarque par ailleurs un PMCT généralement au-dessus de la moyenne.

Classe 3 : Établissements produisant moins de 15,12 M de points ISA ayant un taux de chirurgie supérieur à 31% et dont les 2 CMD les plus fréquentes représentent moins de 55% des points ISA. On trouve 270 établissements dans cette catégorie. Ce sont

des établissements privés de taille moyenne ou faible se caractérisant par une activité chirurgicale importante, cette activité chirurgicale étant pluridisciplinaire.

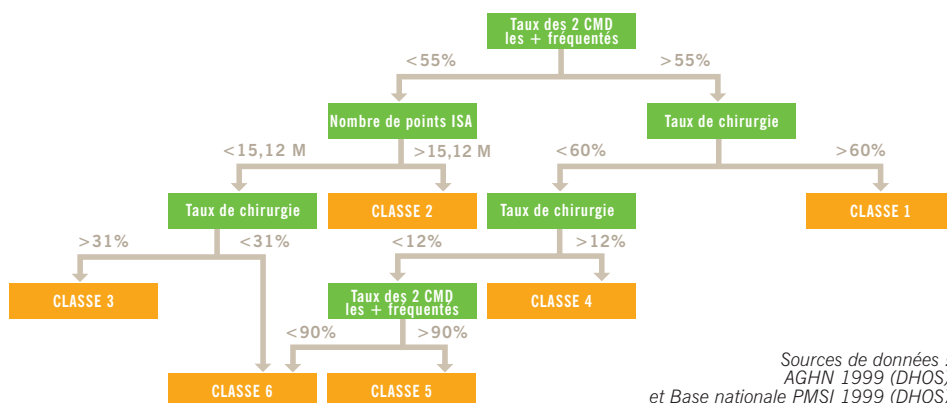
Classe 4 : Établissements dont le taux de chirurgie est compris entre 12% et 60% et dont les 2 CMD les plus fréquentes représentent plus de 55% des points ISA. On trouve 34 établissements dans cette classe. Ces établissements ont généralement peu d'hospitalisation de jour, se concentrent sur peu de spécialités, prennent en charge très peu d'enfants et très peu de personnes âgées, la chirurgie constitue une part non négligeable de l'activité sans toutefois représenter l'essentiel. Il s'agit parfois d'établissements obstétricaux ou spécialisés dans quelques activités médico-chirurgicales « légères » (par opposition aux activités lourdes).

Classe 5 : Établissements dont le taux de chirurgie est inférieur à 12% et dont les 2 CMD les plus fréquentes représentent plus de 90% des points ISA. On trouve 16 établissements dans cette classe. Il s'agit essentiellement de centres d'épuration extra-rénale. Ces établissements sont très atypiques et ne sauraient être comparés aux autres de façon fiable, ils se distinguent du reste de la base sur toutes les variables d'analyse.

Classe 6 : Établissements dont le nombre de points ISA est inférieur à 15,12 M, dont le taux de chirurgie est inférieur à 31% et dont les 2 CMD les plus fréquentes représentent moins de 55% des points ISA. On trouve 40 établissements dans cette catégorie. Il s'agit généralement de petits établissements accueillant beaucoup de personnes âgées et réalisant plutôt très peu de chirurgie. Les durées de séjour sont plutôt longues et le nombre d'ETP par lit plutôt faible. Ce sont généralement des établissements médicaux.

Figure 2

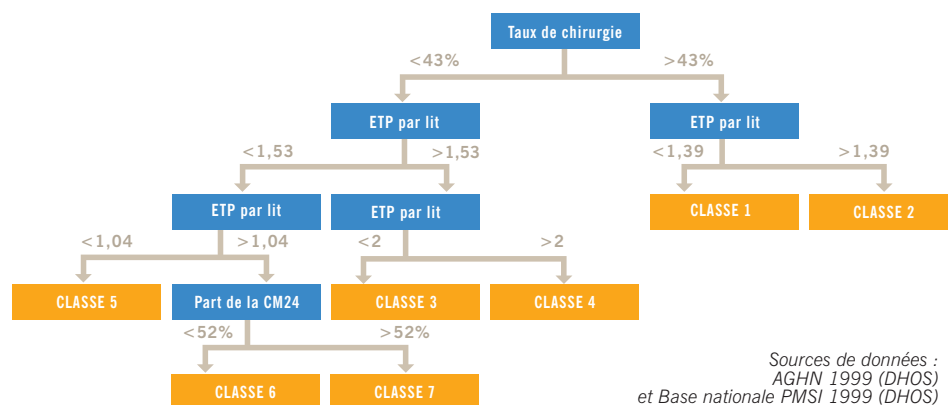
Arbre d'affectation d'un établissement à un groupe (secteur privé lucratif)



cine-chirurgie-obstétrique

Figure 3

Arbre d'affectation d'un établissement à un groupe (secteurs public et privé lucratif mélangés)



Sources de données :
AGHN 1999 (DHOS)
et Base nationale PMSI 1999 (DHOS)

Secteurs public et privé mélangés

On possède 989 établissements et 10 variables (les variables spécifiques à chacun des secteurs sont supprimées). Après avoir réalisé une typologie avec la méthode des nuées dynamiques et la méthode de CART pour la construction de l'arbre de décision, on retient 7 classes. Les variables discriminantes sont le taux de chirurgie, la part de la CM24 et le nombre d'ETP non médical par lit. La figure 3 représente l'arbre de décision d'affectation d'un établissement à une classe.

Les sept classes se décomposent ainsi :

Classe 1 : 396 établissements dont 379 privés lucratifs. A une exception près les établissements sous DGF pointant dans ce groupe sont des PSPH. Ce sont des établissements ayant une forte part de chirurgie et une densité en personnel non médical plutôt basse.

Classe 2 : 43 établissements dans cette catégorie dont 37 sous DGF. La chirurgie occupe une forte part de l'activité de ces établissements (60 % en moyenne) et la densité de personnel non médical est plutôt élevée. Par ailleurs, le PMCT est très élevé : la chirurgie pratiquée dans ces établissements est plutôt lourde.

Classe 3 : 137 établissements dont 134 sous DGF. Ici la chirurgie n'occupe pas la place centrale de l'activité, les établissements sont plutôt de taille importante et avec une densité de personnel non médical élevée sans toutefois dépasser la norme. C'est le groupe dont les établissements ont l'activité la plus large.

Classe 4 : 154 établissements dont 6 privés lucratifs. Ici, le taux de chirurgie est plutôt faible, mais la densité de personnel non médical par lit est très élevée. Ce sont des établissements plutôt de grande taille ayant une activité plutôt diversifiée.

Classe 5 : 76 établissements dont 52 du secteur privé lucratif. Très peu de chirurgie et une densité de personnel non médical très faible. Les établissements sont très petits et ont une activité très concentrée et des durées de séjour plutôt longues.

Classe 6 : 176 établissements constituent cette classe dont 166 sous DGF. Ces établissements ont peu de chirurgie, une densité de personnel non médical raisonnable et ont une activité ambulatoire plutôt faible. L'activité est diversifiée.

Classe 7 : 7 établissements constituent cette classe dont 2 sous DGF. Il s'agit de petits établissements hautement spécialisés dans une discipline médicale ayant une forte activité ambulatoire. La chirurgie est quasiment absente.

Discussion

L'objectif est clairement de créer des groupes d'établissements les plus comparables possible entre eux. Le critère de la taille est certes le meilleur que l'on puisse trouver si l'on souhaite n'en avoir qu'un seul. Néanmoins, il reste trop frustré et l'analyse multivariée visant à sélectionner les groupes à l'aide d'autres variables apporte une précision supplémentaire indéniable. L'objectif secondaire, mais indispensable à atteindre, est la création d'un arbre de décision d'affectation d'un établissement à un des groupes. Il faut que cet arbre soit simple et utilise des variables discriminantes faciles à obtenir. Cette contrainte interdit un grand nombre de techniques statistiques parfois plus puissantes, mais qui fournissent des fonctions de décision complexes ou difficilement exploitables dans le cas qui nous intéresse. Il faut que tous les acteurs du PMSI puissent affecter un établissement à un groupe.

Enfin, deux possibilités s'offraient quant à l'agrégation ou non des deux secteurs d'hospitalisation (sous DGF et lucratif). Le premier élément de choix concerne la disponibilité de variables communes dans les deux secteurs. Certaines variables ne peuvent se calculer de la même façon (par exemple les charges de personnel ou les actes externes). La création de groupes communs s'en trouve donc limitée tout en restant possible. Le second élément de choix réside dans l'analyse des différences de ces deux secteurs. La FHF a montré^[4] par une analyse générale de l'activité des deux secteurs que ceux-ci n'étaient pas vraiment comparables. Par exemple, en termes de taille, de positionnement sur la chirurgie, de positionnement sur le secteur ambulatoire, sur la médecine, sur les activités très complexes. Par ailleurs, aujourd'hui, le PMSI rend assez mal compte des obligations imposées au secteur public : continuité des soins, urgences, enseignement, non-sélection des patients, etc. Enfin, le dernier élément de choix est la mise en œuvre



Typologie d'établissements de médecine-chiru

de la segmentation commune elle-même. L'arbre de décision retient trois variables discriminantes : le taux de chirurgie, la part de la CM24 et surtout le nombre d'ETP non médical par lit qui prend une grande place dans la segmentation. L'interprétation des classes est beaucoup plus difficile à imaginer, or cet aspect revêt une grande importance. Au-delà des aspects objectifs de choix, il apparaît aujourd'hui, de façon parfois subjective, mais de façon parfois objective également^[5], qu'il est encore trop tôt pour regrouper des établissements des deux secteurs pour les comparer. L'avancée du dossier de la tarification à la pathologie le montre de façon éclatante. Il reste énormément de travail pour trouver la bonne formule pour comparer deux secteurs dont le mode et les règles de fonctionnement sont si différents. On choisira donc, en attendant d'autres

éléments de discussion ou de décision, de ne pas les regrouper dans une typologie commune.

Enfin, il reste à tester la stabilité dans le temps de la typologie en testant ses résultats avec les bases postérieures. Seule une bonne stabilité permettra la validation de cette typologie. En ce qui concerne les points ISA, il conviendra de modifier les seuils puisque chaque année un point ISA ne représente pas une unité de mesure stable.

Conclusion

Deux typologies ont été créées (une pour le secteur sous DGF et une pour le secteur privé lucratif). On peut évidemment considérer qu'il ne s'agit que d'une seule typologie avec un nœud testant la forme juridique en haut de l'arbre.

La typologie publique comporte 8 classes qui, en simplifiant, découpent les établissements de la façon suivante.

Classe 1 : Établissements de très très grande taille (uniquement des CHU).

Classe 2 : Établissements de très grande taille (essentiellement des CHU).

Classe 3 : Établissements de grande taille pluridisciplinaires.

Classe 4 : Établissements de grande taille très spécialisés.

Classe 5 : Établissements de taille modeste orientés chirurgie.

Classe 6 : Établissements de petite taille dits « de proximité ».

Classe 7 : Établissements de petite taille très orientés personnes âgées.

Classe 8 : Établissements de petite taille hautement spécialisés (CLCC pour 17 d'entre eux).

Annexe 1 Les variables retenues

Indicateurs de taille

- > Le nombre de points ISA (Indice Synthétique d'Activité) total, qui correspond à toute l'activité d'hospitalisation.
- > Le nombre d'Equivalents Temps Plein (ETP) du personnel non médical MCO par lit, place et générateur.

Indicateurs de spécialisation

- > La part de la Catégorie Majeure (CM) 24, c'est-à-dire l'activité d'hospitalisation inférieure à 24 heures, y compris les séances, en nombre de points ISA.
- > La part des consultations externes (désigne les consultations, les examens médico-techniques effectués au bénéfice de patients non hospitalisés et les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation).
- > Le nombre minimum de GHM (Groupe Homogène de Malades) nécessaire pour rendre compte de 80% du total des points ISA de l'établissement.

- > Le taux de points ISA des deux Catégories majeures de diagnostic (CMD) les plus fréquentes en points ISA.
- > Le taux de points ISA pour des patients ayant entre 29 jours et 15 ans (pédiatrie).
- > Le taux de points ISA pour des patients ayant 80 ans ou plus (gériatrie).
- > Le taux de points ISA pour des GHM chirurgicaux (chirurgie).

Indicateurs de caractéristique

- > Le Poids Moyen du Cas Traité (PMCT) des CMD 1 à 27 hors 24 (total des points ISA des séjours des CMD 1 à 27 hors 24 rapporté au nombre total de ces séjours).
- > La durée moyenne de séjour (DMS) standardisée (théorique) rapportée à la DMS observée.
- > La part relative de la valeur du point ISA consacrée aux charges d'exploitation de personnel.
- > La valeur du point ISA (rapport entre le

total des charges MCO et le total des points ISA produits par l'établissement). Les variables retenues pour la construction de la typologie des établissements privés ne sont pas tout à fait identiques à celles-ci. On a cherché à garder un maximum de variables similaires aux deux analyses, mais cela n'a pas toujours été possible. Les différences viennent de :

- > La manière de calculer la valeur du point ISA. On parle de points ISA.F dans les établissements privés.
- > Les consultations externes qui ne sont pas affectées à l'activité de l'établissement dans le privé.
- > Les honoraires, qui constituent la rémunération des médecins dans le privé (salariés dans le public), vont faire l'objet d'une nouvelle variable : la part des honoraires.
- > Les dépenses de personnel seront remplacées par la part relative de la valeur du point ISA.F consacrée à la fonction d'hébergement et d'accueil. ■

La typologie privée comporte quant à elle 6 groupes qui ont les caractéristiques suivantes :

- Classe 1 :** Établissements très spécialisés dans une ou quelques spécialités chirurgicales.
- Classe 2 :** Établissements de grande taille pluridisciplinaires.
- Classe 3 :** Établissements de taille moyenne ou faible avec une forte activité chirurgicale polyvalente.
- Classe 4 :** Établissements obstétricaux ou spécialisés dans quelques activités médico-chirurgicales « légères ».
- Classe 5 :** Établissements hautement spécialisés non chirurgicaux (essentiellement hémodialyse).
- Classe 6 :** Petits établissements médicaux pluridisciplinaires. ■

Bibliographie

1. MacQueen JB, « Some Methods for Classification and Analysis of Multivariate Observations », Proceedings of the Fifth Berkeley Symposium on Mathematical Statistics and Probability, 1, 1967, 281-297.
2. Anderberg, MR, Cluster Analysis for Applications, New York : Academic Press, Inc, 1973.
3. Rakotomalala R Zighed D, Graphes d'induction. Éditions Hermès, 2001.
4. La Lettre de la Fédération Hospitalière de France. Numéro spécial – février 2001, 4-14.
5. Actes du Congrès CNIM-AIM-FHF – Finkel S et al, Activité comparée du public et du privé : Analyse statistique des deux bases, 2002.

OAP

Docteur Guy RENOU

CHI Poissy- St Germain en Laye

En préambule de l'article relatif à l'utilisation de l'outil d'analyse OAP, le rédacteur indique que l'interprétation de la lourdeur des cas nécessite certaines précautions.

En réalité l'ARH intègre directement et sans nuance les données brutes issues de ce procédé. Les résultats sont inclus dans les documents qui servent de base pour l'élaboration des contrats d'objectifs et de moyens. Ils ont donc une finalité budgétaire, de plus ils sont ou seront utilisés pour l'appréciation de la médicalisation des services.

La répartition des actes en deux catégories, chirurgie lourde et chirurgie légère, est donc on ne peut plus sommaire. Il ne semble pas que cela ait soulevé de discussion notable en médecine et dans les disciplines chirurgicales viscérales et orthopédiques. Encore faut-il noter que peu d'établissements en Ile-de-France sont concernés actuellement par la procédure du COM.

Il n'en va pas de même des spécialités chirurgicales telles que l'ORL et l'ophtalmologie. Pour ce qui concerne l'ORL, ce procédé conduit à un véritable massacre de la spécialité. Ne sont considérés comme activités lourdes que les actes relatifs à l'oncologie des VADS. Le

cancer de la thyroïde ne sera inclus qu'à partir de cette année.

Ceci signifie que des interventions telles que :

- > la thyroïdectomie totale bilatérale pour goitre multinodulaire, éventuellement accompagné d'un prolongement médiastinal ...,
- > la chirurgie endoscopique de l'ethmoïde ou plus rarement du sphénoïde, éventuellement assistée par ordinateur...,
- > la chirurgie otologique complexe : otospongiose, tympanoplastie type III ou IV, ou les tumeurs bénignes du nerf facial ...,
- > la parotidectomie totale avec dissection du nerf facial...,

pour ne citer que celles là, sont considérées comme chirurgie légère et assimilées à l'exérèse des végétations adénoïdes.

Le procédé OAP pour ce type de pathologies est très en retrait de la NGAP qui permet de discriminer des interventions aussi différentes, mobilisant des moyens et une expérience chirurgicale peu comparables.

Il y a urgence à revoir avec les spécialistes concernés la répartition des actes afin de préserver une certaine pertinence dans des comparaisons qui ne manqueront pas d'être opérées entre divers types de structures d'hospitalisation.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Deux ouvrages généraux et didactiques dans le champ des bio-statistiques et de la Santé publique.

Ouvrages généraux

Alain-Jacques Valleron,
Introduction à la bio-statistique,
Masson, 1998

Une connaissance de l'essentiel de la bio-statistique est chose nécessaire, voire indispensable, à l'analyse et la compréhension de la littérature scientifique et à la gestion des recherches bio-médicales. Des ouvrages mathématiquement solides existent dans le domaine. L'ouvrage d'A. J. Valleron, alliant didactique des fondements théoriques aux exemples de la pratique bio-médicale et épidémiologique, mérite une attention particulière. L'auteur est professeur de Santé publique à l'Université Pierre et Marie Curie (PARIS VI).

Michel Cazaban et al.,
Santé Publique,
Masson, 2001

La Santé publique évolue dans la diversité de ses approches, de ses méthodes et de ses champs. Les auteurs de cet ouvrage exposent, dans cette nouvelle édition, les concepts fondamentaux de cette discipline et les éclaireront par des exemples particulièrement opérants. Il s'agit là d'un ouvrage essentiel de bibliothèque. Le premier auteur est praticien hospitalier au CHU de Nîmes.

Sites web

Handbook in Medical Informatics :
www.mieur.nl/mihanbook/
DATAR (Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale) :
www.data.gouv.fr

APPEL A 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 personnes intéressées. Cette Lettre publie 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 sont dactylographiés en double interligne, recto seul, sur du papier 21x29,7 cm, leurs pages numérotées.

Figures, tableaux et dessins sont 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(vent) 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 ico-

nographie 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 prénom, 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 (3 niveaux d'intertitres maximum).

> **Une bibliographie** se limitant aux titres essentiels (20 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 6 ; 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 Nouvelles du PMSI

Dr E. HORNUS

CCAM

La Classification Commune des Actes Médicaux est maintenant disponible et largement diffusée, en particulier sur le site web le-pmsi.fr. La circulaire prévoyant son utilisation exclusive pour le codage du PMSI en janvier 2002 n'a pas été abrogée. Le CNIM ainsi que nombre d'organisations concernées pense que cet objectif sera difficile à atteindre. Les éditeurs de logiciels n'ont pas encore pu implanter les fonctionnalités nécessaires et le délai s'avère maintenant bien court. Par ailleurs si les libellés et les codes de la CCAM sont publiés, les négociations tarifaires ne devraient commencer que dans les prochaines semaines. Un des intérêts de la CCAM étant son unicité, l'utilisation de cette nomenclature en parallèle avec la NGAP rend son implantation plus difficile.

Echelle de coût

La nouvelle échelle des points ISA qui doit s'appliquer pour le traitement des données 2001 est parue sur le site du PMSI. La valorisation des différents GHM est modifiée de façon importante en particulier en ce qui concerne l'activité ambulatoire.

L'étude de coût concernant le PMSI soins de suite et de réadaptation n'est pas encore parue.

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

L'agence se met en place. Physiquement elle se répartira sur deux sites à Paris et à Lyon. Sa directrice, M^{me} Maryse Chodorge a ouvert les Premières journées de l'information médicale en santé organisées par le CNIM. Elle a montré à cette occasion toute la sollicitude qu'elle apporte à la profession de l'information médicale hospitalière. Elle reste en contact permanent avec le CNIM et les autres organisations gravitant autour de l'information médicale.

Dossier du patient

Le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la Santé publique est paru.

La gestion centralisée de ces dossiers se généralise et de nombreux médecins de départements médicaux sont aux premières loges. Partout des procédures se mettent en place afin de faciliter cet accès qui vient bouleverser les pratiques hospitalières. ■

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

Société / Établissement

Destinataire

Adresse d'expédition

Tél. E-mail :

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