

## Outil d'analyse du PMSI et activité chirurgicale dans les établissements de santé d'Île-de-France

*A tool for the analysis of DRSs and surgical activity in hospitals in the Ile-de-France*

Deraedt S (\*), Piolot M (\*), Lepage E (\*\*), Azanowsky JM (\*\*\*), Buronfosse A (\*\*), Déprez M (\*\*\*\*), Di Menza L (\*), Trutt B (\*)

### Résumé

Dans le cadre de l'élaboration du volet chirurgie du schéma régional d'organisation sanitaire de deuxième génération en Île-de-France, nous avons réalisé une étude descriptive à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du second semestre 1997, afin de quantifier l'activité chirurgicale d'Île-de-France et d'alimenter la réflexion nécessaire aux experts pour la rédaction de recommandations. Seuls les séjours classés dans un groupe homogène de maladies (GHM) de type chirurgical ont été retenus. La description de l'activité par spécialité, ainsi que l'appréciation de la lourdeur des prises en charge ont été réalisées à l'aide de l'«*Outil d'Analyse du PMSI*» (OAP), nouvelle méthode de regroupements de GHM, élaborée par le comité technique régional de l'information médicale (COTRIM) d'Île-de-France.

Les principaux résultats de cette étude soulignent le poids des établissements privés à but lucratif dans la production de séjours chirurgicaux, notamment dans le domaine ambulatoire, ainsi que le rôle significatif des établissements de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris dans la prise en charge des enfants en bas âge et de séjours hautement spécialisés.

En offrant une vision synthétique de l'activité des établissements sanitaires par grands pôles d'activité, OAP est d'un intérêt certain dans l'exploitation des données du PMSI, à des fins de planification sur l'ensemble d'une région.

**Rev Med Ass Maladie 2000;1:71-78**

*Mots clés* : PMSI ; planification, chirurgie ; lignes de produits ; OAP.

### Summary

In order to more clearly delineate the surgical component in the second generation regional project for the organization of health care in the Ile de France, we performed a descriptive study using data taken from the program for the medicalization of information systems (PMSI) during the second semester of 1997, aimed at quantifying the overall surgical activity in the Ile-de-France in view of helping experts formulate future recommendations. Only hospital stays classified as surgical in the diagnostic-related groups (GHM) were used. A description of each activity according to specialty and the relative weight in resources deployed was established with the help of the «*Tool for PMSI Analysis*» (OAP), a new method for grouping the GHM developed by the regional technical committee for medical information (COTRIM) of the Ile-de-France.

The main results of this study underscore the relative importance of private, for-profit clinics in the production of surgical hospital stays, particularly in the ambulatory setting, as well as the significant role played by the Assistance Publique-Hôpitaux de Paris in the care of both young children and patients requiring highly specialized medical care.

By offering a synthetic view of health-care facilities according to specific activities, OAP appears to be a useful tool for exploiting data contained in the PMSI and for future planning in the regions of France.

**Rev Med Ass Maladie 2000;1:71-78**

*Key words* : PMSI ; planification; surgery; product lines; OAP.

(\*) Service médical de la région Île-de-France (CNAMTS), 17-19, avenue de Flandre 75170 Paris cedex 19 (correspondance : S. Deraedt).

(\*\*) Délégation à l'information médicale et à l'épidémiologie, Direction de la politique médicale, Assistance publique - Hôpitaux de Paris.

(\*\*\*) Président du comité technique régional de l'information médicale (COTRIM), Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France.

(\*\*\*\*) Service statistiques, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France.

## INTRODUCTION

Depuis sa création, le PMSI est pressenti comme outil d'évaluation médicale de l'activité des établissements de santé. Jusqu'à présent, ce type d'approche a été le plus souvent limité à des classes d'établissements, au gré de l'obligation des transmissions à la tutelle et a rarement porté sur l'ensemble des structures d'une région [1, 2].

L'Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France (ARHIF) ayant confié au Service médical de l'assurance maladie (SMAMIF) la responsabilité de l'élaboration du volet chirurgie du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de deuxième génération, une étude a été effectuée à partir des données issues du PMSI.

Nous présentons une partie des résultats de ce travail, dont les objectifs ont été de réaliser un bilan quantitatif de l'activité chirurgicale en Île-de-France et de favoriser l'élaboration de recommandations à des fins de planification.

Par ailleurs, cette étude nous a offert la possibilité de tester une nouvelle méthode de regroupements de groupes homogènes de malades (GHM), dénommée « Outil d'analyse du PMSI » (OAP).

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

### 1. Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive, effectuée à partir des données PMSI de médecine-chirurgie-obstétrique contenues dans les bases de résumés de sortie anonymes (RSA) du second semestre 1997 des trois catégories d'établissements représentées en Île-de-France : Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), public et privé participant au service public hospitalier (public/PSPH), privé à but lucratif.

Seuls les séjours classés dans un GHM de type chirurgical ont été retenus pour décrire l'activité de chirurgie en Île-de-France.

Parmi ceux-ci, les séjours classés dans la catégorie majeure 24 (CM24), c'est-à-dire ayant la même date d'entrée et de sortie, ont été considérés comme relevant de la chirurgie en ambulatoire ; les séjours hors CM24 ont été considérés comme relevant de la chirurgie en hospitalisation complète.

L'activité de chirurgie pédiatrique a été définie par l'existence de séjours classés dans un GHM chirurgical chez les patients de moins de 16 ans, à l'aide des variables « âge en jours » et « âge en années ».

La description de l'activité par grandes spécialités chirurgicales, ainsi que l'appréciation de la lourdeur des prises en charge ont été réalisées à l'aide de l'Outil d'Analyse du PMSI (OAP), version 1-1.

OAP est une méthode de regroupements de GHM, élaborée par les responsables de départements d'information médicale participant au COTRIM d'Île-de-France et présentée sous format *Microsoft® Excel®* [3]. Les 600 GHM de la 5<sup>e</sup> version de la classification [4] ont été regroupés au sein de 25 spécialités différentes, sachant qu'un GHM ne peut appartenir qu'à une seule spécialité.

Parmi ces 25 spécialités, 21 se réfèrent à des pôles d'activité au sens de spécialité d'organe. À l'inverse, trois sont constituées par des regroupements non spécifiques d'une activité (autres prises en charge, décès et transferts immédiats, erreurs et séjours inclassables). Par ailleurs, bien que sans influence sur les résultats de notre étude, il faut noter l'absence d'individualisation de certaines spécialités, imposant de recourir à d'autres méthodes pour leur description (pédiatrie, cancérologie).

Chaque spécialité réunit des activités médicales et chirurgicales, qui peuvent être distinguées en utilisant une modalité M/C (M désignant les GHM « médicaux » et C les GHM « chirurgicaux »).

En outre, il existe une modalité lourdeur (a/b) distinguant les GHM en 2 groupes selon l'importance des prises en charge. Pour définir la lourdeur de chaque GHM, des médecins du département d'information médicale, aidés d'experts cliniciens, ont procédé à l'analyse détaillée des diagnostics et/ou des actes intervenant dans l'algorithme de groupage.

Un GHM a été considéré comme lourd (a) si les prises en charge qu'il décrivait, nécessitaient une mobilisation importante de moyens diagnostiques, thérapeutiques. Ainsi, tous les GHM caractérisés par la présence de « Complications ou morbidité associées sévères » ont été classés dans ce groupe. À l'inverse, toutes les prises en charge relevant de la CM24 ont été classées dans la modalité dite légère (b).

Ainsi, il est possible de réaliser des analyses comparatives en matière de lourdeur de prise en charge, au sein d'une même spécialité, entre différents établissements. À l'inverse, la comparaison de la lourdeur des séjours entre plusieurs spécialités au sein d'un même établissement n'a aucun sens.

### 2. Exploitation des données

Elle a été réalisée par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France (DRASSIF) pour les établissements publics et privés PSPH ainsi que par l'AP-HP pour ses établissements à l'aide du logiciel SAS<sup>®</sup>, et par le SMAMIF pour les établissements privés à but lucratif à l'aide du logiciel Access<sup>®</sup> 97 (le SMAMIF a en outre assuré la coordination de ce travail, puis la présentation aux experts chirurgiens).

La région Île-de-France disposait, au 2<sup>e</sup> semestre 1997, de 26 303 lits et places en chirurgie, et de 5 344 lits et places en gynécologie-obstétrique.

## RÉSULTATS

Au cours du 2<sup>e</sup> semestre 1997, 375 118 RSA, classés dans des GHM chirurgicaux, ont été produits en Île-de-France dont :

- 205 194 parmi 196 établissements privés à but lucratif (54,7 % des séjours) ;
- 93 367 parmi 66 établissements publics/PSPH (24,9 %) ;
- 76 557 parmi 26 établissements de l'AP-HP (20,4 %).

Leur répartition par département présente une hétérogénéité importante.

### 1. Résultats portant sur l'ensemble de la région Île-de-France, selon la catégorie d'établissements

#### 1.1. Chirurgie ambulatoire, tous âges confondus

La chirurgie ambulatoire concerne 24 % des séjours (90 812/375 118). Elle est majoritairement réalisée dans le secteur privé à but lucratif (61 372 séjours, soit plus de 67 % de l'ensemble des séjours de chirurgie ambulatoire d'Île-de-France).

La part de la chirurgie ambulatoire est de 30 % dans le secteur privé à but lucratif sur l'ensemble de ses séjours, de 19 % à l'AP-HP et 16 % dans le secteur public/PSPH.

Les cinq spécialités les plus fréquentes, totalisant plus de 75 % des séjours effectués en ambulatoire, sont :

- l'obstétrique (19,4 % des séjours), dominée par les séjours pour interruption de grossesse ;
- l'ORL/stomatologie (17,5 %) ;
- l'orthopédie/rhumatologie (15 %) ;
- peau et tissu sous-cutané (14,8 %) ;
- l'ophtalmologie (9,6 %).

Quelle que soit la spécialité, le secteur privé à but lucratif occupe une place prépondérante en terme de nombre de séjours de chirurgie ambulatoire (tableau I).

#### 1.2. Chirurgie en hospitalisation complète, tous âges confondus

La chirurgie en hospitalisation complète concerne 76 % des séjours (284 306/375 118).

Elle est réalisée dans plus de 50 % des cas au sein du secteur privé à but lucratif et respectivement dans près de 28 % et 22 % des cas dans les établissements publics/PSPH et de l'AP-HP.

Les cinq spécialités les plus fréquemment rencontrées, totalisant près de 70 % des séjours effectués en hospitalisation complète, sont :

- l'orthopédie /rhumatologie (23,9 % des séjours) ;
- le digestif (17,3 %) ;
- la gynécologie (11,1 %) ;
- l'ophtalmologie (9,6 %) ;
- l'ORL/stomatologie (8 %).

La part de chaque catégorie d'établissements en terme de nombre de séjours est très variable selon la spécialité, avec cependant une prépondérance du secteur privé à but lucratif dans dix spécialités sur quinze (tableau II).

Tableau I  
Part de chaque catégorie d'établissements en chirurgie ambulatoire, selon la spécialité

Spécialités	AP-HP (%)	Privé (%)	Public / PSPH (%)	Total RSA
Sp11-Obstétrique	33,9	45,1	21,0	17 595
Sp08-ORL, Stomatologie	9,0	80,8	10,2	15 935
Sp02-Orthopédie, Rhumatologie	10,8	71,8	17,4	13 630
Sp16-Peau et tissu sous-cutané	10,3	79,7	10,0	13 432
Sp09-Ophtalmologie	12,7	60,4	26,9	8 684
Sp03-Uro-néphrologie	8,2	78,3	13,5	8 214
Sp10-Gynécologie	24,4	59,2	16,4	7 162
Sp01-Digestif	20,3	63,9	15,9	2 004
Sp06-Vasculaire périphérique	1,6	94,2	4,2	1 430
Autres (< 1000 RSA/spécialité)	19,2	55,8	25,0	2 726
Total	16,2	67,6	16,2	90 812

**Tableau II**  
Part de chaque catégorie d'établissement en chirurgie en hospitalisation complète, selon la spécialité

Spécialités	AP-HP (%)	Privé (%)	Public / PSPH (%)	Total
Sp02-Orthopédie, Rhumatologie	20,4	53,1	26,5	68 015
Sp01-Digestif	18,7	<b>53,9</b>	27,4	49 144
Sp10-Gynécologie	17,9	<b>54,1</b>	28,0	31 609
Sp09-Ophthalmologie	18,5	40,1	<b>41,4</b>	27 161
Sp08-ORL, Stomatologie	22,2	<b>54,9</b>	22,9	22 787
Sp03-Uro-néphrologie	25,1	<b>50,7</b>	24,1	20 572
Sp06-Vasculaire périphérique	13,3	<b>72,0</b>	14,7	12 616
Sp11-Obstétrique	21,4	<b>39,9</b>	38,7	12 309
Sp16-Peau et tissu sous-cutané	21,4	<b>54,6</b>	23,9	11 575
Sp05-Cardiologie	34,6	<b>46,2</b>	19,3	7 881
Sp04-Système nerveux	<b>57,0</b>	21,4	21,6	4 842
Sp24-Autres prises en charge	26,8	<b>46,9</b>	26,3	4 358
Sp15-Endocrinologie	<b>48,9</b>	24,8	26,3	3 994
Sp07-Pneumologie	23,2	33,8	<b>43,0</b>	3 225
Sp13-Hématologie	30,8	33,3	<b>35,8</b>	2 456
Autres (< 1 000 RSA / spécialité)	53,3	19,2	27,5	1 762
Total	21,7	<b>50,6</b>	27,7	284 306

**Tableau III**  
Séjours d'hospitalisation complète, classés dans les GHM chirurgicaux « lourds »  
Part de chaque catégorie d'établissements, selon la spécialité pour l'ensemble de l'Île-de-France

Spécialités	AP-HP (%)	Privé (%)	Public/PSPH (%)	Total RSA
Sp02 Orthopédie, Rhumatologie a	23,8	<b>51,1</b>	25,1	24 639
Sp10 Gynécologie a	18,3	<b>46,9</b>	34,8	12 300
Sp01 Digestif a	32,7	<b>37,7</b>	29,7	10 748
Sp09 Ophthalmologie a	29,5	17,9	<b>52,6</b>	5 917
Sp05 Cardiologie a	<b>47,6</b>	26,0	26,4	5 182
Sp03 Uro-néphrologie a	<b>38,4</b>	35,3	26,3	4 614
Sp04 Système nerveux a	<b>70,9</b>	8,2	20,9	2 928
Sp06 Vasculaire périphérique a	27,2	<b>51,8</b>	21,0	2 462
Sp07 Pneumologie	22,6	35,7	<b>41,7</b>	2 351
Sp08 ORL, Stomatologie a	<b>44,8</b>	16,8	38,4	1 385
Sp11 Obstétrique a	<b>44,4</b>	24,9	30,7	1 285
Sp13 Hématologie a	36,1	27,5	<b>36,4</b>	753
Sp15 Endocrinologie a	<b>49,6</b>	12,3	38,0	713
Total	30,2	39,4	30,5	75 277

En ne prenant en compte que les séjours classés dans des GHM « lourds », la part de chaque catégorie d'établissements dans la production des séjours sur l'ensemble de la région devient très différente (tableau III).

En effet, les établissements de l'AP-HP jouent un rôle prépondérant dans les spécialités « cardiologie », « système nerveux », « obstétrique », « ORL/stomatologie » et « endocrinologie », tandis que la part du secteur public /PSPH est importante dans les spécialités « ophtalmologie » et « pneumologie ».

Au sein des séjours produits en hospitalisation complète à l'AP-HP, près de 39 % de ceux-ci sont classés dans des GHM « lourds », alors que la part des séjours classés dans des GHM lourds est respectivement de 30 % et 21 % au sein des établissements publics/PSPH et privés à but lucratif (tableau IV).

Par ailleurs, dans certaines spécialités, comme la « pneumologie » ou l'« endocrinologie », les séjours classés dans des GHM « lourds » sont réalisés dans un nombre limité d'établissements de l'Île-de-France, à la différence de ce qui est observé pour une spécialité telle que l'« orthopédie/rhumatologie », pratiquée dans de nombreux établissements.

### 1.3. Chirurgie pédiatrique

Parmi les séjours chirurgicaux du 2<sup>e</sup> semestre 1997, 13,6 % ont été réalisés chez des patients âgés de moins de 16 ans, dont près de 60 % dans le secteur privé à but lucratif, 21 % dans le secteur public/PSPH et un peu plus de 19 % dans les établissements de l'AP-HP.

L'étude de la répartition des séjours par tranche d'âge et par catégorie d'établissements met en évidence la prépondérance de l'AP-HP et du public/PSPH dans la réalisation des séjours chez les nouveau-nés de moins de 29 jours (respectivement 58,5 % et 31 % des 441 séjours) et chez les enfants âgés de 29 à 365 jours (respectivement 33,5 % et 39 % des 4 132 séjours).

Chez les enfants âgés de plus d'un an, la part du secteur privé à but lucratif est prédominante.

Si les séjours sont majoritairement effectués dans le privé à but lucratif, il s'agit principalement de séjours classés dans des GHM dits « légers ». En effet, l'étude des 3 913 séjours classés dans des GHM « lourds » (soit près de 8 % des séjours de chirurgie pédiatrique), souligne l'importance du rôle joué par l'AP-HP dans six spécialités sur huit et par le public/PSPH dans deux spécialités, tandis que la part du secteur privé apparaît modeste (tableau V).

## 2 - Répartition des séjours par département francilien selon la catégorie d'établissements

La répartition par département a été étudiée pour neuf spécialités, représentant 343 874 séjours, soit près de 92 % de l'ensemble des séjours (tableau VI). Elle permet de confirmer la prépondérance très nette de Paris *intra-muros*, toutes spécialités confondues, puisque près du tiers des séjours est réalisé dans ce département où vivent seulement 19,4 % des Franciliens.

À l'inverse, 32,7 % des séjours seulement sont effectués dans les départements de la grande couronne (Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne, Val-d'Oise) qui abritent, près de 44 % de la population francilienne.

Si le secteur privé à but lucratif occupe une place prédominante en terme de nombre de séjours sur l'ensemble de la région, cette hiérarchie est modifiée à Paris *intra-muros*, où prédomine l'AP-HP, elle-même absente de quatre départements sur huit.

## DISCUSSION

### 1. Limites méthodologiques

Certains biais, principalement liés aux caractéristiques des données PMSI, n'ont pu être évités.

Les limites liées au PMSI et susceptibles d'entraîner, le plus souvent, une sous-estimation de l'activité chirurgicale en Île-de-France sont de trois ordres :

- l'exhaustivité des données du 2<sup>e</sup> semestre 1997 est inférieure à 90 % pour les établissements privés à but lucratif, dans la mesure où 1997 était l'année de montée en charge du PMSI. Elle est cependant supérieure à celle du 1<sup>er</sup> semestre, d'où notre choix de limiter l'étude à la période du 2<sup>e</sup> semestre. Cette exhaustivité est également incomplète, bien qu'à un moindre degré, pour les établissements publics et PSPH, en raison de l'absence de données produites par 27 structures ayant moins de 100 lits en médecine-chirurgie-obstétrique ;
- le choix de ne retenir que les séjours dits « chirurgicaux » en terme PMSI, c'est à dire comportant au moins un acte opératoire classant tel que décrit dans le catalogue des actes médicaux (CdAM) est responsable d'une certaine sous-estimation du nombre de séjours relevant de l'activité chirurgicale. Ainsi, les séjours comportant des actes non classants, comme les traitements orthopédiques ou la prise en charge chirurgicale des grossesses extra-utérines, sont dits « médicaux » et ne sont donc pas pris en compte dans l'étude ;
- la CM24 est constituée principalement, mais non exclusivement, de séjours relevant de l'activité ambulatoire.

**Tableau IV**  
**Part des séjours d'hospitalisation complète classés dans des GHM chirurgicaux « lourds »**  
**au sein de chaque catégorie d'établissements**

Spécialités	AP-HP		Privé		Public/PSPH	
	part du a (%)	Nb RSA (a+b)	part du a (%)	Nb RSA (a+b)	part du a (%)	Nb RSA (a+b)
Sp01 Digestif	<b>38,2</b>	9 181	15,3	26 486	23,7	13 477
Sp02 Orthopédie, Rhumatologie	<b>42,3</b>	13 883	34,8	36 138	34,4	17 994
Sp03 Uro-néphrologie	<b>34,3</b>	5 171	15,6	10 439	24,5	4 962
Sp04 Système nerveux	<b>75,2</b>	2 762	23,1	1 036	58,7	1 044
Sp05 Cardiologie	<b>90,6</b>	2 723	37,0	3 638	<b>90,1</b>	1 520
Sp06 Vasculaire périphérique	<b>40,0</b>	1 677	14,0	9 080	27,8	1 859
Sp07 Pneumologie	71,1	748	<b>76,9</b>	1 091	70,7	1 386
Sp08 ORL, Stomatologie	<b>12,2</b>	5 065	1,9	12 504	10,2	5 218
Sp09 Ophtalmologie	<b>34,7</b>	5 029	9,8	10 891	27,7	11 241
Sp10 Gynécologie	36,8	5 654	33,8	17 092	<b>48,3</b>	8 863
Sp11 Obstétrique	<b>21,7</b>	2 629	6,5	4 913	8,3	4 767
Sp13 Hématologie	<b>35,9</b>	757	25,3	819	31,1	880
Sp15 Endocrinologie	18,1	1 955	8,9	990	<b>25,8</b>	1 049
Sp16 Peau et tissu sous-cutané	<b>11,3</b>	2 482	7,4	6 323	<b>11,3</b>	2 770
Sp17 Brûlures	<b>85,5</b>	227	45	33	56,1	57
Sp18 Maladies infectieuses (hors VIH)	100	126	100	215	100	132
Sp19 VIH	100	90	100	5	100	38
Sp 20 Transplantations d'organes	100	315	100	2	100	25
Sp 21 Traumatismes multiples ou complexes graves	100	145	100	60	100	211
Sp22 Psychiatrie, toxicologie, intoxications, alcool	0	36	0	23	0	22
Sp24 Autres prises en charge	0	1 169	0	2 044	0	1 145
<b>Total</b>	<b>38,6</b>	61 824	21,1	143 822	30,1	78 660

**Tableau V**  
**Séjours pédiatriques classés dans des GHM chirurgicaux « lourds »**  
**Part de chaque catégorie d'établissements, selon la spécialité sur l'ensemble de l'Île-de-France**

Spécialités	AP-HP (%)	Privé (%)	Public/PSPH (%)	Total RSA
Sp02 Orthopédie, Rhumatologie a	<b>51,3</b>	28,0	20,7	772
Sp05 Cardiologie a	38,3	4,9	<b>56,8</b>	658
Sp03 Uro-néphrologie a	<b>66,7</b>	17,5	15,7	553
Sp01 Digestif a	<b>68,4</b>	15,6	16,0	525
Sp04 Système nerveux a	<b>84,4</b>	0,3	15,3	366
Sp09 Ophtalmologie a	28,6	7,0	<b>64,4</b>	315
Sp08 ORL, Stomatologie a	<b>79,9</b>	16,9	3,2	249
Sp17 Brûlures a	<b>95,0</b>	2,0	3,0	100
Autres (effectifs < 100 RSA/spécialité)	58,4	18,4	23,2	375
<b>Total</b>	<b>58,5</b>	14,4	27,1	3 913

Tableau VI  
Répartition du nombre de RSA dans chaque département selon le statut pour 9 spécialités \*

	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-de-Seine	Seine-St-Denis	Val-de-Marne	Val-d'Oise
Total RSA	110 123	27 425	31 721	24 909	46 920	37 873	36 444	28 459
Public/PSPH (%)	17,8	33,5	34,0	34,9	19,0	20,9	25,9	37,6
Privé lucratif (%)	40,4	66,5	66,0	65,1	61,5	71,6	55,2	62,4
AP-HP (%)	41,8	0	0	0	19,5	7,5	18,9	0
Part du département (%)	32,0	8,0	9,2	7,2	13,6	11,0	10,6	8,3
Nombre d'habitants ** (millions)	2,116	1,193	1,353	1,133	1,423	1,382	1,223	1,103
Nombre d'habitants ** (%)	19,4	10,9	12,4	10,4	13,0	12,6	11,2	10,1

\* Digestif, orthopédie/rhumatologie, uro-néphrologie, vasculaire périphérique, ORL/stomatologie, ophtalmologie, gynécologie, obstétrique, peau et tissu sous-cutané.

\*\* Résultats préliminaires du recensement de 1999, source INSEE.

## 2. Une aide aux décisions en terme de planification

Cette étude met en évidence la part respective de chaque catégorie d'établissements en matière de séjours chirurgicaux dans la région Île-de-France, au cours du 2<sup>e</sup> semestre 1997, tant dans le domaine ambulatoire qu'en hospitalisation complète.

Elle souligne le poids des établissements à but lucratif dans la production de séjours chirurgicaux, puisque ceux-ci réalisent plus de 50 % des séjours en Île-de-France et notamment près de 68 % des séjours de chirurgie ambulatoire.

Les résultats révèlent également le rôle significatif de l'AP-HP dans la prise en charge des enfants en bas âge et de séjours très spécialisés, répondant ainsi à ses missions de centre hospitalier universitaire.

Par ailleurs, la prédominance nette des départements du centre de la région, notée pour neuf spécialités, est cohérente avec la répartition observée de l'offre de soins hospitalière.

Si certains résultats étaient relativement prévisibles, l'obtention de données chiffrées à partir du PMSI revêt une importance toute particulière pour éclairer les choix en terme de planification.

L'utilisation des GHM contenus dans les RSA est souvent perçue comme moins pertinente que celle des résumés de sortie standardisés (RSS).

Ainsi, plusieurs auteurs privilégient l'utilisation des RSS sur celle des RSA lors de l'analyse de l'activité des services hospitaliers, considérant que l'étude par les RSA est réductrice et source de biais, en n'autorisant que la description d'une activité globale au niveau des établissements [5, 6, 7].

Cependant, l'étude des RSA, en offrant une vision globale de l'activité des établissements, apporte des informations en terme de planification que ne fournit pas celle des RSS, centrée sur les services.

Par ailleurs, le recours aux bases de RSA, disponibles par l'intermédiaire des ARH, nous a donné la possibilité de prendre facilement en compte tous les établissements sanitaires de la région Île-de-France produisant des données PMSI. Ceci aurait été difficilement réalisable à partir des RSS, ces derniers n'étant accessibles qu'après accords locaux (cf. le protocole d'expérimentation commune du logiciel Mahaut dans la région Île-de-France).

## 3. Intérêt de l'outil d'analyse du PMSI (OAP)

Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude publiée, issue des données PMSI, offrant une vision synthétique de l'activité chirurgicale par spécialité et catégorie d'établissements sur l'ensemble d'une région et rendue possible grâce à OAP.

Jusqu'à présent, les données classiquement utilisées pour étudier de façon globale l'activité des établissements à partir des RSA étaient les catégories majeures de diagnostic (CMD) et les GHM.

Bien que relatives à un système fonctionnel, les CMD ont été élaborées dans le but de grouper les séjours dans un GHM et ne permettent pas de décrire de façon exhaustive les grands pôles d'activité au sein d'un établissement.

Le nombre élevé de GHM rend difficile l'utilisation de ceux-ci pour décrire globalement des activités et la recherche d'une vision synthétique impose d'effectuer des regroupements de GHM [8].

Aussi, plusieurs équipes ont mis au point des méthodes de regroupements de GHM – appelés lignes de produits – afin de pallier les inconvénients liés à l'utilisation des GHM et des CMD à des fins d'analyse.

Dans le cadre de ses attributions, le COTRIM d'Île-de-France a engagé une réflexion sur les différen-

tes méthodes existantes. La classification élaborée par le Dr Ruiz du centre hospitalier d'Albi, reposant sur la création de 39 groupes d'activité a été testée par le COTRIM d'Île-de-France pour décrire l'activité de plusieurs établissements [9].

Cette méthode n'a pas été retenue, dans la mesure où un groupe d'activité, peu explicite et appelé « *divers sans acte : lésions cutanées, brûlures, symptômes mal définis, allergies...* », regroupait une part importante de l'activité de plusieurs établissements. Le choix s'est alors porté sur des regroupements de GHM élaborés à partir de ceux proposés par l'AP-HP et par l'hôpital Saint-Camille [8], et dénommés « OAP ».

OAP est d'utilisation aisée et permet d'obtenir une vision globale de l'activité d'un ou plusieurs établissements, en définissant les principaux pôles d'activité, d'après le nombre de RSA présents dans chaque spécialité.

D'autres méthodes de regroupements de GHM ont été récemment publiées [10] ou vont l'être, et seule une étude comparative permettrait de mieux cerner leurs avantages respectifs.

Enfin, les résultats de cette étude, issus de données PMSI, sont purement quantitatifs et d'autres méthodes d'enquête, telle que « *Évaluation comparative des structures et services hospitaliers* » (ECSSH) doivent être employées pour préciser le fonctionnement médical des établissements de santé [7, 11].

Cette étude montre l'intérêt du PMSI pour fournir rapidement une information chiffrée sur les grandes caractéristiques de l'activité chirurgicale d'une région entière.

Son originalité réside dans l'utilisation, pour la première fois, d'OAP à des fins de planification. En offrant une description de l'activité des établissements par spécialité, à partir des bases de RSA aisément disponibles, OAP permet d'apporter un éclairage nouveau sur l'activité chirurgicale de la région Île-de-France, contribuant ainsi à alimenter

la réflexion des experts dans le cadre de l'élaboration du SROS de cette discipline.

## RÉFÉRENCES

1. Bernardini R, Bouzigues B, Laurenceau F, Giraudon M. Le PMSI pour une Publication Médicale sur un Savoir Inexploité. *Rev Med Ass Maladie* 1996;3:35-45.
2. Bernardini R, Bouzigues B, Giraudon M, Laurenceau F. Les établissements de santé chirurgicaux hors dotation globale en Languedoc-Roussillon : évaluation de l'activité chirurgicale. *Rev Med Ass Maladie* 1997;1:61-97.
3. Buronfosse A, Discazeaux B, Lepage E. « OAP » : Outil d'Analyse PMSI élaboré à des fins de planification pour le COTRIM Île-de-France. *La Lettre d'Informations Hospitalières. Lettre des Systèmes d'Information Médicalisés* 2000;36:17-20.
4. Manuel des Groupes Homogènes de Malades, 5<sup>e</sup> version de la classification. Volume 1 (édition corrigée) *Bulletin Officiel Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Fascicule spécial n° 98-2bis*.
5. Sauzé L, Coudert H, Brunel M, Foltzer C. Sélection des domaines d'intervention dans l'analyse de l'activité hospitalière à partir d'informations issues du PMSI. *Rev Méd Assur Mal* 1997;3:20-7.
6. Sauzé L, Coudert H. De l'utilisation du PMSI pour l'analyse de l'activité des établissements hospitaliers publics. *Rev Med Ass Maladie* 1996;1:57-64.
7. Baudouin M, Bernardini R, Bouzigues B. et al. PMSI et qualité. *Rev Med Assur Mal* 1998;3:63-71.
8. Mounic V, De Pourvoirville G, Naiditch M, Brunet G, Discazeaux B. Le PMSI, un outil pour le projet médical d'établissement. *Gestions Hospitalières* 1992;312:59-69.
9. Ruiz J. Analyse de l'activité hospitalière en Midi-Pyrénées, groupes fonctionnels et groupes d'activités. *La Lettre d'Informations Hospitalières. Lettre des Systèmes d'Information Médicalisés* 1999;35:2-3.
10. Comité Technique Régional de l'Information Médicale PACA. Vers une simplification de l'analyse de l'activité hospitalière : les G-GHM. *La Lettre d'Informations Hospitalières. Lettre des Systèmes d'Information Médicalisés* 1999;34:6-9
11. Horte C, Chamut C, Brunel M. Rôle actuel du Service médical dans l'analyse des établissements sanitaires sous compétence tarifaire de l'État : présentation d'une nouvelle approche. *Rev Med Assur Mal* 1997;3:12-5.