

Discectomies dans les lombalgies et lomboradiculalgies communes : typologie des séjours hospitaliers à travers les données du PMSI

Discectomy in Low Back Pain: Characterization of Hospital Stays Using Data from the DRGs (pmsi)

Damon MN (*), Vital JM (**), Thielly P (***)

Résumé

Objectif : L'étude visait à décrire, à travers les séjours hospitaliers pour discectomies effectuées dans le cadre de lombalgies et lomboradiculalgies communes, les pratiques chirurgicales de terrain dans une pathologie fréquente et coûteuse.

Méthodes : Sur ces critères médicaux, les séjours hospitaliers ont été sélectionnés à partir de la base PMSI 1997 des établissements publics et privés de la région Aquitaine. Une analyse des correspondances multiples suivie d'une classification hiérarchique ascendante a été effectuée.

Résultats : 2 945 séjours ont été ainsi identifiés dans 37 établissements. L'âge moyen des patients était de 45,7 ans. 58,4 % étaient des hommes. La durée de séjour médiane était de 5 jours. La décompression était discale dans 72,8 % des cas, osseuse dans 26,1 % des cas. Seules 1,1 % des interventions comprenaient un geste de stabilisation osseuse. Huit catégories de séjours ont été isolées. Le centre hospitalier universitaire et le secteur privé accueillait préférentiellement des patients jeunes, souffrant de pathologies lombaires non compliquées (Groupe Homogène de Malades (GHM) n° 302), bénéficiant de gestes de décompression discale, en hospitalisation brève. Les établissements participant au service public hospitalier prenaient en charge des patients âgés, bénéficiant de gestes de décompression osseuse ; leurs durées de séjour étaient de 4 à 5 jours. Les centres hospitaliers se distinguaient par une durée de séjour plus longue. Deux classes correspondaient à des pathologies plus complexes (GHM 301 et 4). Il s'agissait essentiellement de patients âgés, bénéficiant de gestes de décompression osseuse avec des durées de séjour longues.

Conclusion : Les résultats de la classification des séjours se sont révélés conformes à la réalité de terrain. Cette méthode pourrait être utilisée pour suivre les pratiques.

Rev Med Ass Maladie 2000;4:19-27

Mots clés : discectomies, lombalgies, lomboradiculalgies, PMSI.

Summary

Aim: The aim of this study was to characterize the surgery habitually performed in low back pain and sciatica, frequent and costly affections, by analyzing hospital stays for discectomies.

Methods: To this end, we selected hospital stays in public and private institutions in the Aquitaine region by using the 1997 DRG (PMSI) data. A multiple correspondence followed by a hierarchical cluster analysis was used.

Results: We studied 2945 hospital stays in 37 different institutions. The average patient age was 45.7 years. 58.4% of the patients were male. The average length of stay was 5 days. Surgical decompression was accomplished by disk ablation in 72.8% of the cases and by laminectomy in 26.1%. Only 1.1% of the patients underwent a bone-stabilizing procedure. Eight different categories of hospital stays were found. The university hospital (CHU) and private institutions preferentially cared for young patients with relatively uncomplicated low back pain (GHM n° 302) who had short hospital stays and disk decompression. Private institutions involved in a cooperative program with public hospitals (PSPH) tended to treat older patients who underwent bone decompression procedures. Their hospital stays were from 4 to 5 days. Smaller public hospitals (hôpitaux généraux) tended to hospitalize patients longer. Two types of hospital stays involved more complex clinical disorders (GHM 301 and 4) and mainly concerned older patients having undergone laminectomy and who had lengthy hospital stays.

Conclusion: The results of the classification of hospital stays appear to accurately reflect disk surgery actually performed in Aquitaine. This method may prove useful for following other surgical procedures.

Rev Med Ass Maladie 2000;4:19-27

Key words: discectomy, low back pain, DRGs.

* Médecin-conseil, Echelon régional du service médical d'Aquitaine (CNAMTS), 80, avenue de la Jallère, BP 250, 33028 Bordeaux cedex. E-mail : marie-noelle.damon@ersm-aquitaine.cnamts.fr (pour correspondance).

** Chef de service d'orthopédie, Hôpital Pellegrin, Centre hospitalier universitaire de Bordeaux.

*** Médecin-conseil régional, Echelon régional du service médical de Normandie (CNAMTS).

INTRODUCTION

Dans les pays industrialisés, les lombalgies représentent la pathologie chronique entraînant le plus souvent une limitation d'activité parmi la population de moins de 45 ans, et la troisième cause de handicap chronique chez les 45-64 ans [1]. L'incidence des lombalgies vie entière est de 60 % à 90 % [2].

En France, 23,5 % des patients consultant un rhumatologue et 2 à 4,5 % des patients consultant un généraliste souffrent de lombalgies [3]. Une étude du CREDES [4] montre qu'entre 1981 et 1991, le nombre d'épisodes lombalgiques a triplé en France. Les études de l'Assurance maladie ont mis en évidence que les lombalgies étaient à l'origine en 1993 de 11,5 % des arrêts de travail en maladie quelle qu'en soit la durée et de 14 % des arrêts en accident du travail [5].

La discectomie conventionnelle reste le traitement chirurgical de référence. Les résultats à court terme du traitement chirurgical sont meilleurs que ceux du traitement conservateur ou de la chimionucléolyse [6]. Le nombre d'interventions chirurgicales pour hernie discale en France, en 1992 [7] a été estimé à plus de 60 000 dont 51 000 discectomies par voie postérieure, 4 200 chimionucléolyses, 4 000 discectomies percutanées et 3 000 chirurgies par voie antérieure ou greffes.

Dans ce contexte, le Service médical de l'Assurance maladie d'Aquitaine a décidé de mener une étude exploratoire descriptive des discectomies effectuées dans les lombalgies et lomboradiculalgies communes afin de mieux connaître les pratiques chirurgicales de terrain pour ce type de pathologie.

MÉTHODES

1. Définition de la population des individus statistiques

L'individu statistique de l'étude était le séjour d'hospitalisation lié à une discectomie pour pathologie lombaire commune, en Aquitaine, en 1997.

Les critères d'inclusion étaient :

- les discectomies lombaires représentées par un acte classant du Catalogue des actes médicaux (CDAM) F420 « Exérèse à ciel ouvert d'une hernie discale lombaire basse ou lombo-sacrée » ;
- les séjours dont le diagnostic principal, codé à partir de la 10^e Classification internationale des maladies (CIM 10), appartenait à une liste préétablie*.

Les critères de non-inclusion étaient les lombalgies et lomboradiculalgies symptomatiques d'affections tumorales, infectieuses, inflammatoires, ostéoporotiques ou secondaires à des traumatismes.

La population source était l'ensemble des séjours hospitaliers avec discectomie effectuée dans le cadre de lombalgies ou lomboradiculalgies communes, présents dans la base du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) public et privé de la région Aquitaine pour l'année 1997.

2. Les critères de gravité

Ont été retenus les critères de gravité suivants :

- les actes classant d'une liste préétablie*, associés aux discectomies pour lombalgies communes ont servi à caractériser le type de chirurgie effectuée en trois catégories : décompression discale lorsque l'intervention était limitée au disque intervertébral, décompression osseuse lorsqu'un geste supplémentaire au niveau de l'os avait été nécessaire, stabilisation osseuse lorsqu'il existait une instabilité osseuse au départ ou que le geste de décompression osseuse avait été source d'instabilité ;
- un geste de stabilisation osseuse était plus grave qu'un geste de décompression osseuse sans stabilisation, lui-même plus grave qu'un geste de simple décompression discale ;
- les groupes homogènes de malades (GHM), les groupes 301, 357 et 4 représentaient des malades plus âgés ou des pathologies plus lourdes que le GHM 302 ;
- la présence de plusieurs résumés d'unité médicale (RUM) correspondait à un état plus sévère,
- un plus grand nombre de diagnostics associés au diagnostic principal correspondait également à une pathologie plus complexe.

3. Le traitement des données

Après validation des données, l'exploitation a été réalisée avec le logiciel SPSS® pour l'analyse bivariée et le logiciel SPAD® pour l'analyse multivariée. Les tests statistiques utilisés ont été le test du χ^2 de Pearson, le test de Student de comparaison de moyennes et le test de Kruskal-Wallis. La valeur seuil du risque de première espèce a été retenue à 5 % pour les tests. Une classification des séjours a été réalisée après analyse factorielle des correspondances multiples et méthode de classification hiérarchique ascendante.

Sept variables actives ont été incluses dans le modèle :

- deux variables décrivant les caractéristiques générales des patients :

- âge (16-29 ans, 30-49 ans, 50-69 ans, 70 ans et plus),
- sexe (homme, femme) ;
- deux variables décrivant la pathologie :
- GHM (n° 302, n° 301 et n° 4 regroupés). Les autres GHM ont été éliminés de l'analyse multi-

(*) La liste des codes utilisés peut être fournie par les auteurs sur simple demande.

variée car leur libellé n'est pas suffisamment précis pour caractériser la pathologie,

- type d'intervention effectuée (décompression discale, décompression osseuse et stabilisation regroupées compte tenu du faible taux (1,1 %) de stabilisation osseuse) ;
- trois variables décrivant le contexte du séjour :
 - type d'établissement d'hospitalisation (centre hospitalier universitaire - CHU, centre hospitalier - CH, établissement participant au service public hospitalier - PSPH, clinique privée),
 - notion d'hospitalisation préalable,
 - mode de sortie (au domicile, en hospitalisation).

Cinq variables supplémentaires ont été étudiées :

- durée du séjour (0-3 jours, 4-5 jours, 6-8 jours, 9 jours et plus) car elle peut être considérée comme résultant des variables actives ;
- mode d'entrée (à partir du domicile, à partir d'un autre service hospitalier ou d'un autre établissement) car ses deux modalités sont trop inégales (98,4 % d'entrées à partir du domicile du malade) ;
- département d'implantation de l'établissement ;
- nombre de RUM (1 ou >1) ;
- nombre de diagnostics associés (0, 1, 2-3, 4 et plus).

RÉSULTATS

Au total, 2 945 séjours hospitaliers ont été étudiés. La région Aquitaine comptait 30 établissements publics et 49 établissements privés pratiquant la chirurgie. Les interventions pour lombalgies ou lomboradiculalgies étaient pratiquées dans 37 de ces 79 établissements (11 hôpitaux publics avec 2 155 lits - 26 cliniques privées avec 1 918 lits). Bien que le nombre de lits chirurgicaux publics fût plus élevé au sein des établissements pratiquant des discectomies, 58 % des séjours ont eu lieu dans le secteur privé.

1. Caractéristiques générales des séjours

1.1. Répartition selon le sexe et l'âge

Les hommes représentaient 58,4 % des patients. La moyenne d'âge de la population étudiée était de 45,7 ans ($s = 13,2$) avec une différence significative ($p < 10^{-3}$) entre les hommes (44,3 ans) et les femmes (47,7 ans). Le plus jeune avait 16 ans et le plus âgé 92 ans. La classe modale était celle des 40-44 ans, identique pour les hommes et les femmes. La répartition par sexe et la moyenne d'âge étaient comparables dans les secteurs public et privé.

1.2. Répartition selon la durée de séjour

La durée de séjour variait de quelques heures (acte réalisé en ambulatoire) à 66 jours. La médiane était de 5 jours et la moyenne de 6 jours. 30,6 % des séjours avaient une durée de 4 jours. Quatre séjours « extrêmes » présentaient une durée de 45, 48, 55 et 66 jours.

2. Répartition des séjours selon les critères de gravité

2.1. Groupes homogènes de malades (GHM)

Le tableau I précise cette répartition en fonction du GHM.

2.2. Type de chirurgie effectuée

Les actes de chirurgie correspondant à une décompression discale représentaient 72,8 % des cas, ceux relatifs à une décompression osseuse 26,1 %. Seuls 1,1 % des patients ont nécessité un geste de stabilisation osseuse.

2.3. Nombre de résumés d'unité médicale (RUM)

Ce nombre variait de 1 (96,8 % des cas) à 5. Il correspond aux différents services de court séjour dans

Tableau I
Répartition des séjours selon les GHM

GHM	Effectif	%	Libellé
302	2 518	85,5	Interventions sur le rachis, âge inférieur à 70 ans sans CMA ^a
301 357 ^b	361	12,3	Interventions sur le rachis, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
4	36	1,2	Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques
Autres	30	0,9	
Total	2 945	100	

^a Complications et morbidités associées.

^b Le GHM 357, « Interventions pour affections de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif, avec complications morbides associées » a été considéré comme équivalent au GHM 301. Il s'agissait probablement d'habitudes de codage différentes de la part des établissements.

lesquels un patient a été hospitalisé en secteur public ou aux différents spécialistes par lesquels il a été pris en charge en secteur privé. Les RUM multiples correspondaient dans 80 % des cas à des séjours en hôpital public.

2.4. Nombre de diagnostics associés au diagnostic principal

Il variait de 0 (39,8 % des cas) à 17. Le nombre de diagnostics associés augmentait significativement avec l'âge ($p < 10^{-4}$). Il était significativement différent ($p < 10^{-3}$) entre secteur public ($m = 0,7$ diagnostic associé) et secteur privé ($m = 2,7$ diagnostics associés).

3. Hospitalisation préalable, mode d'entrée et de sortie

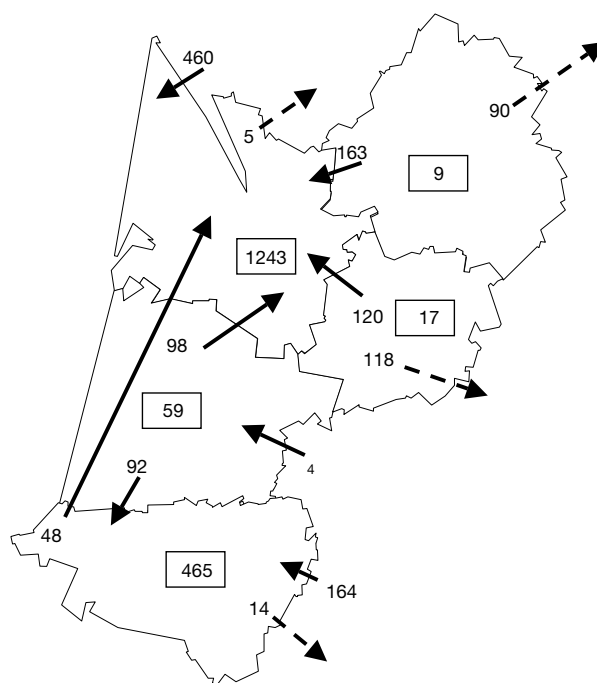
Quatre pour cent des patients avaient été hospitalisés dans les 30 jours précédant le séjour hospitalier étudié. Dans 98,4 % des séjours, le malade provenait du domicile. Après son hospitalisation, dans la majorité des cas (96,8 %), il réintégrait directement son domicile. Il n'y a eu aucun décès.

4. Offre de soins, répartition des séjours et flux

On notait une forte attractivité des départements de la Gironde et des Pyrénées-Atlantiques représentant respectivement 72,4 % et 24,6 % des séjours pour dissectomies (tableau II).

En Gironde, se trouvent le CHU, des cliniques privées à forte activité et des PSPH également à forte activité. Dans les Pyrénées-Atlantiques, une clinique privée représentait à elle seule 27,5 % des séjours dans le secteur privé. Sur l'ensemble de la région, 4 cliniques privées sur 26 effectuaient 80 % des interventions. Par contre, le nombre de séjours était très faible en Dordogne (10) et en Lot-et-Garonne (17 dont 16 en établissement privé).

La Gironde et les Pyrénées-Atlantiques prenaient en charge des patients habitant les départements limitrophes. 34,4 % des patients originaires de Dor-



- Patients opérés dans leur département d'origine
- Flux des patients opérés hors département d'origine, en Aquitaine
- Flux des patients opérés hors département d'origine, hors Aquitaine

Source : PMSI France, 1997.

Figure 1. Flux des dissectomies pour lombalgies et lomboradiculalgies communes.

dogne ont été pris en charge dans la Haute-Vienne et 46,3 % des patients originaires du Lot-et-Garonne ont été pris en charge en Haute-Garonne (cf. carte d'Aquitaine en figure 1). Une partie des résidents des Pyrénées-Atlantiques (11,8 %) était prise en charge en Gironde (dans 56,3 % des cas au centre hospitalier universitaire) ou en Haute-Garonne.

Tableau II.
Dissectomies pratiquées dans les établissements d'Aquitaine et dissectomies chez les patients domiciliés en Aquitaine

Département	Population résidente totale (31/12/1996)	Nombre de dissectomies chez les patients domiciliés en Aquitaine	Nombre de dissectomies dans les établissements d'Aquitaine
Dordogne	389 563	262	10
Gironde	1 281 202	1 250	2 132
Landes	320 784	249	63
Lot-et-Garonne	303 363	256	17
Pyrénées-Atlantiques	596 926	527	723
Région	2 891 838	2 544	2 945

Source PMSI – Aquitaine et France entière – 1997.

5. Nombre d'interventions pratiquées par établissement

Le nombre de discectomies toutes pathologies et tous types de discectomies confondus (les discectomies étagées ayant également été prises en compte) effectuées par chaque établissement pendant l'année 1997 variait de 607 (pour le CHU) à 1.

Huit établissements avaient pratiqué plus de cent interventions dans l'année mais 14 sur 37 soit près de 40 % en avaient pratiqué moins de 10 (2 établissements en Dordogne, 4 en Gironde, 2 en Lot-et-Garonne, et 6 dans les Pyrénées-Atlantiques). Les établissements ayant pratiqué moins de 10 interventions dans l'année comprenaient 3 centres hospitaliers parmi les 5 de l'étude et des cliniques privées à faible activité, particulièrement dans les Pyrénées-Atlantiques.

6. Analyses multi-variées

6.1. Analyse factorielle des correspondances multiples

L'analyse factorielle des correspondances multiples repose sur 2 915 séjours. Les deux premières dimensions résument 27,4 % de l'inertie totale.

L'axe principal ou axe 1 est horizontal (figures 2 et 2 bis). Il est déterminé à 80 % par l'âge et le GHM, ces deux variables étant elles-mêmes fortement liées. L'âge augmente de la gauche vers la droite, de même que la durée de séjour. Les modalités fortement corrélées positivement avec l'axe 1 sont un âge de 70 ans et plus, les GHM 301-4. Une corrélation positive plus faible existe avec la chirurgie de décompression osseuse et une corrélation négative avec le CHU. L'axe 1 oppose également peu de diagnostics associés (0 ou 1) à beaucoup de diagnos-

tics associés (2 ou plus). On note donc une évolution de la gauche vers la droite des séjours simples aux séjours complexes.

L'axe secondaire ou axe 2 est vertical. Il est déterminé à 75 % par le type d'établissement, l'âge et la notion d'hospitalisation préalable. Les modalités fortement corrélées positivement avec l'axe 2 sont l'existence d'une hospitalisation préalable et le CH et dans une moindre mesure la classe d'âge des 50-69 ans. Le CHU est corrélé négativement avec l'axe 2.

L'analyse de la contribution des différentes modalités des variables à chacun des deux axes et leur projection sur un plan permet de faire les constatations suivantes :

- le CHU est proche, donc lié avec les patients jeunes, de 16 à 49 ans, hospitalisés dans le cadre d'une intervention sur le rachis consistant en geste de décompression discale sans complications ni morbidité associées, aux séjours comportant plus d'un RUM ;
- les PSPH sont proches des patients de 50 à 69 ans bénéficiant d'un geste de décompression osseuse ;
- les centres hospitaliers sont liés avec l'existence d'une hospitalisation préalable, la sortie en établissement hospitalier, le département des Landes ;
- il existe un lien entre les patients de 70 ans et plus, les GHM 301 ou 4 et une chirurgie de décompression osseuse.

6.2. Classification hiérarchique ascendante

L'utilisation de cette méthode a permis de constituer 8 classes de séjours qui sont décrites ci-dessous selon leur caractéristiques dominantes (tableau III).

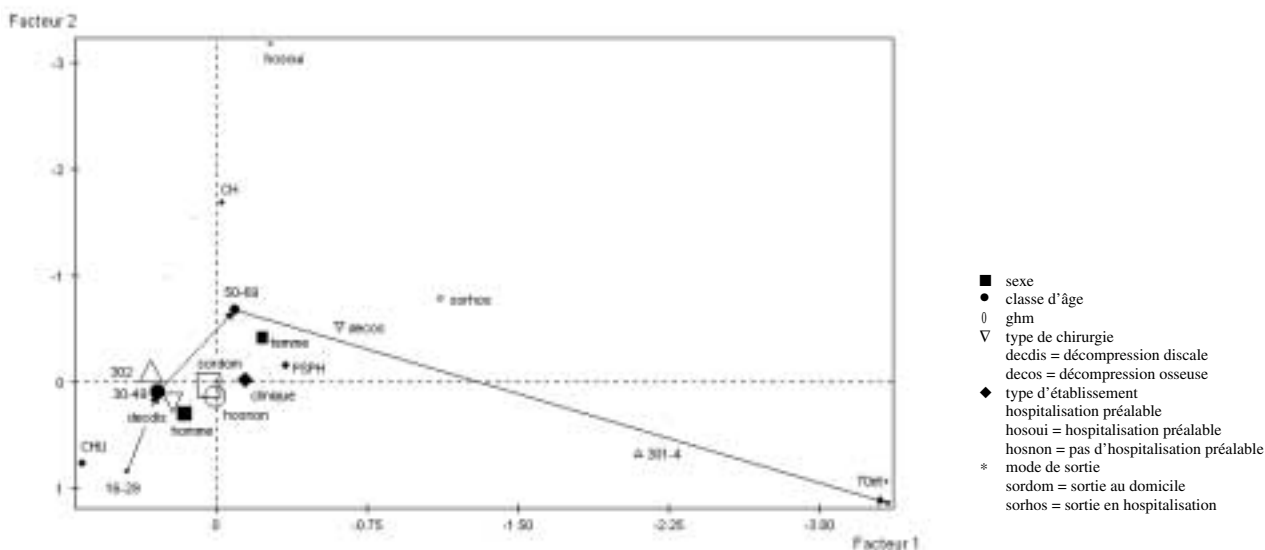


Figure 2. Projection sur le premier plan factoriel des variables actives.

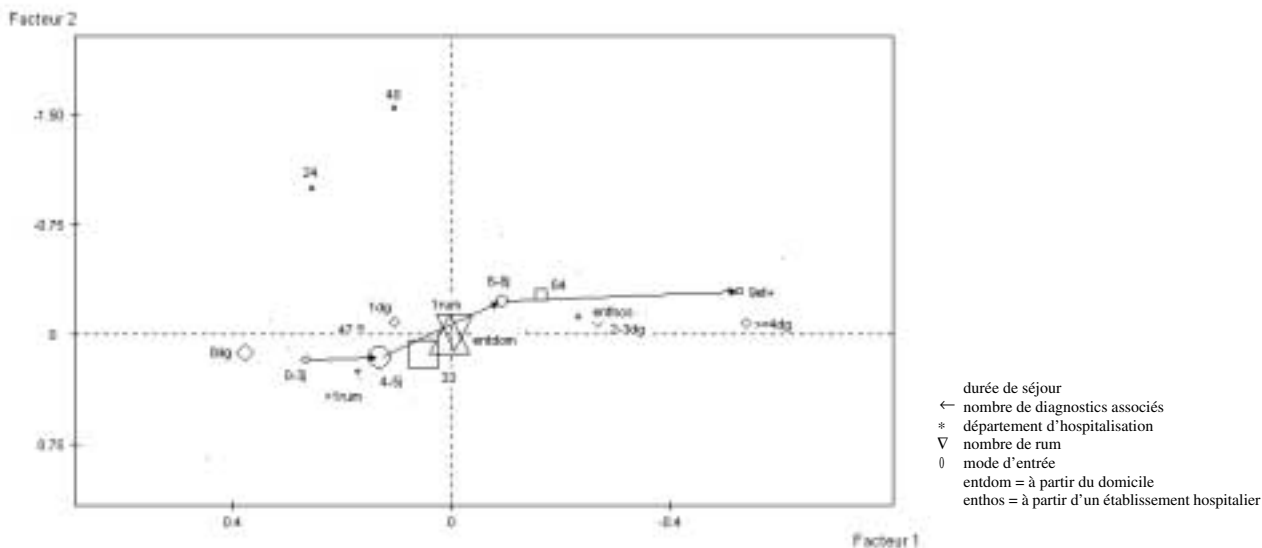


Figure 2 bis. Projection sur le premier plan factoriel des variables supplémentaires.

Les quatre premières classes caractérisent les séjours de chacun des types d'établissement :

– *Classe 1*

- séjours en centre hospitalier, correspondant au GHM 302, avec geste de décompression discale, d'une durée longue, de 6 jours ou plus, sans hospitalisation préalable, sortie au domicile,
- correspondant aux départements des Pyrénées-Atlantiques (64) et des Landes (40).

– *Classe 2*

- séjours en clinique privée, correspondant au GHM 302, patients âgés de 30 à 69 ans, durée de séjour courte de 0 à 3 jours, sans hospitalisation préalable, sortie au domicile,
- correspondant au département des Pyrénées-Atlantiques (64).

– *Classe 3*

- séjours en CHU, correspondant au GHM 302, avec geste de décompression discale, patients de 30 à 49 ans, séjours d'une durée de 4-5 jours, sans hospitalisation préalable, sortie au domicile,
- correspondant au département de la Gironde (33).

– *Classe 4*

- séjours en établissement PSPH, patients âgés de 30 à 69 ans, geste de décompression osseuse, durée de séjour de 4-5 jours, sans hospitalisation préalable, sortie au domicile,
- correspondant au département de la Gironde (33).

Deux classes caractérisent les âges extrêmes :

– *Classe 5*

- patients de 16 à 29 ans, de sexe masculin, séjours en CHU, correspondant au GHM 302, avec

geste de décompression discale, séjour d'une durée de 4-5 jours, sortie au domicile,

- correspondant au département de la Gironde (33).

– *Classe 8*

- patients de 70 ans ou plus, correspondant au GHM « 301-4 », avec chirurgie de décompression osseuse, durée de séjour de 9 jours ou plus, sans hospitalisation préalable, sortie au domicile.

Deux classes caractérisent un contexte particulier :

– *Classe 6*

- hospitalisation préalable, séjours en CH, concernant des femmes, avec acte de décompression osseuse, d'une durée de 6 jours ou plus,
- correspondant au département des Landes (40).

– *Classe 7*

- sortie en établissement hospitalier, séjours en CH, concernant des femmes de 50 à 70 ans ou plus, correspondant au GHM « 301-4 », geste de décompression osseuse, d'une durée de 6 jours ou plus,
- correspondant au département des Pyrénées-Atlantiques (64) et des Landes (40).

DISCUSSION

Cette étude s'est appuyée sur les données du PMSI. Nous avons assimilé le nombre de séjours au nombre de patients opérés. En effet, il est raisonnable de penser qu'un patient ne subit qu'une seule dissectomie dans l'année. Ainsi nous pouvons estimer qu'en 1997, en Aquitaine, une personne pour 1 000 a été opérée d'une dissectomie pour lombosciatique commune.

Tableau III.
Fréquence (en %) des modalités caractéristiques* des différentes classes

	Classe 1 <i>n</i> = 127	Classe 2 <i>n</i> = 1 339	Classe 3 <i>n</i> = 473	Classe 4 <i>n</i> = 393	Classe 5 <i>n</i> = 240	Classe 6 <i>n</i> = 109	Classe 7 <i>n</i> = 93	Classe 8 <i>n</i> = 141
Type d'établissement								
<i>CHU</i>			100		30,4			
<i>CH</i>	100					34,9		
<i>PSPH</i>				100				
<i>clinique</i>		100						
GHM								
<i>302</i>	92,9	89,5	97,9		90,8			
<i>301 et 4</i>							23,7	100
Classe d'âge (années)								
<i>16-29</i>					100			
<i>30-49</i>		67,4	74,4	37,4				
<i>50-69</i>		32,6		62,6			40,9	
<i>70 et plus</i>							16,1	100
Type de décompression								
<i>discale</i>	93,7		88,4		82,5			
<i>osseuse</i>				42,0		47,4	37,6	41,1
Durée de séjour (jours)								
<i>0-3</i>		14,6						
<i>4-5</i>			65,5	73,3	58,8			
<i>6-8</i>	37,8					56,0	43,0	
<i>9 et plus</i>	26,0					23,9	40,9	29,8
Sexe								
<i>homme</i>					67,1			
<i>femme</i>						54,1	61,3	
Hospitalisation préalable								
<i>oui</i>						100		
<i>non</i>	100	100	100	100	100			100
Mode de sortie								
<i>domicile</i>	100	100	100	100	100			100
<i>hospitalisation</i>							100	
Département d'hospitalisation								
<i>Gironde</i>			100	100	81,3			
<i>Landes</i>	28,4					8,3	6,5	
<i>Pyrénées-Atlant.</i>	66,9	35,6					47,3	
Nombre de RUM								
<i>1</i>		99,3		99,5	97,0			
<i>> 1</i>	12,6		9,3				8,6	
Nombre de diagnostics associés								
<i>0</i>	69,3		88,6		54,2 %			
<i>1</i>				29,5 %				
<i>2-3</i>		27,0						
<i>4 et plus</i>		31,3					39,8	40,4

* Il s'agit des modalités dont la fréquence est significativement différente de celle de l'ensemble des séjours (cf. tableau IV).

Les caractéristiques du PMSI nous conduisent à envisager des biais d'information liés au codage. Il est probable que la base PMSI issue des établissements privés n'ait pas été exhaustive au début de l'année 1997, première année où le codage a été rendu obligatoire pour ces établissements. La répartition

des séjours selon le statut de l'établissement est en effet moins élevée en janvier (41,0 %) que pour le restant de l'année (58,3 %) ($p = 10^{-5}$).

Nous avons considéré que le nombre de résumés d'unités médicales pouvait apparaître comme un critère de gravité de la pathologie du patient. Un

Tableau IV.
Fréquence des différentes modalités
dans l'ensemble des séjours.

Variabiles	Effectif	%
Type d'établissement		
<i>CH</i>	190	6,5
<i>CHU</i>	582	20,0
<i>clinique</i>	1 683	57,7
<i>PSPH</i>	460	15,8
GHM		
<i>302</i>	2 518	86,4
<i>301 et 4</i>	397	13,6
Age (années)		
<i>16-29</i>	258	8,9
<i>30-49</i>	1 679	57,6
<i>50-69</i>	816	28,0
<i>70 et plus</i>	162	5,6
Type de décompression		
<i>discale</i>	2 136	73,3
<i>osseuse</i>	779	26,7
Durée du séjour (jours)		
<i>0-3</i>	310	10,6
<i>4-5</i>	1 473	50,5
<i>6-8</i>	738	25,3
<i>9 et plus</i>	394	13,5
Sexe		
<i>homme</i>	1 702	58,4
<i>femme</i>	1 213	41,6
Hospitalisation préalable		
<i>non</i>	2 802	96,1
<i>oui</i>	113	3,9
Mode de sortie		
<i>domicile</i>	2 822	96,8
<i>hospitalisation</i>	93	3,2
Département d'hospitalisation		
<i>Dordogne-24</i>	10	0,3
<i>Gironde-33</i>	2 103	72,1
<i>Landes-40</i>	63	2,2
<i>Lot-et-Garonne-47</i>	17	0,6
<i>Pyrénées-Atlantiques-64</i>	722	24,8
Nombre de RUM		
<i>1</i>	2 826	96,9
<i>> 1</i>	89	3,1
Nombre de diagnostics associés		
<i>0</i>	1 170	40,1
<i>1</i>	519	17,8
<i>2-3</i>	612	21,0
<i>≥ 4</i>	614	21,1

cas simple est en règle hospitalisé dans un seul service en secteur public ou suivi par un seul spécialiste en secteur privé, les cas complexes nécessitant l'intervention de plusieurs services ou de plusieurs spécialistes.

En réalité, nous avons mis en évidence un lien avec le statut de l'établissement, les RUM multiples correspondant dans 80 % des cas à des séjours en hôpital public. De plus, l'analyse multivariée met en évi-

dence une proximité, donc un lien entre les RUM multiples et le CHU qui accueillait des patients jeunes, sans pathologie lombaire lourde. Il s'agit en fait d'un mode de fonctionnement spécifique, les patients étant transférés le plus souvent d'un service de rhumatologie pour être opérés après échec du traitement médical.

Le nombre de diagnostics associés au diagnostic principal nous apparaissait également être un reflet de la gravité de l'état du malade. Cette approche doit être relativisée car si le nombre de diagnostics associés augmentait bien avec l'âge du malade, il était plus élevé dans le secteur privé. Ceci est probablement dû à des habitudes de codage différentes. En effet, un seul diagnostic associé pour peu qu'il représente une pathologie ou une complication substantielle suffit pour classer le séjour dans un groupe avec complications. Les autres diagnostics associés ne modifiant pas le GHM (reflet de l'effort médical et soignant mobilisé pour le patient) étaient vraisemblablement sous-déclarés par le secteur public.

Les résultats de la classification hiérarchique ascendante ont montré que la plupart des séjours en clinique privée correspondaient à la classe 2, ce qui révèle une forte homogénéité de leurs pratiques. Les séjours de la classe 3 représentaient 80 % du recrutement du CHU pour la pathologie lombaire commune. Sa pratique était similaire à celle d'un établissement privé puisqu'il accueillait des patients jeunes, sans pathologie lourde, pour une chirurgie de décompression discale et des séjours relativement courts. Par contre, il recevait également (pour 12,5 % de son recrutement) les patients les plus jeunes (16-29 ans) souffrant de hernies discales sévères et rebelles au traitement médical (classe 5) pour lesquels les autres structures hésitent à poser l'indication chirurgicale. Dans ces cas, le CHU était le référent médical.

La spécificité des PSPH (classe 4) était en fait liée à un seul établissement qui accueillait pour 85 % de son recrutement, des patients plutôt âgés, bénéficiant d'une chirurgie lourde de décompression osseuse, pour des séjours malgré tout de courte durée (4-5 jours). Par sa durée d'hospitalisation, il se rapprochait plutôt d'un fonctionnement d'établissement privé. La question se pose d'une forte proportion de chirurgie de décompression osseuse. En fait cette pratique est liée à la présence de neuro-chirurgiens dans cet établissement, prenant en charge les canaux lombaires étroits alors que la chirurgie du rachis est assurée au CHU essentiellement par les orthopédistes.

Les centres hospitaliers se distinguaient par une durée de séjour longue (6 jours et plus). Ils accueillait majoritairement (classe 1) des patients bénéficiant de gestes de décompression discale. Ils recrutaient pour une moindre part (classe 6) des

patients à prédominance féminine, bénéficiant de gestes de décompression osseuse et ayant nécessité une hospitalisation préalable, vraisemblablement pour bilan ou traitement médical. Quant aux malades les plus graves composant les classes 7 et 8, ils étaient répartis dans tous les types d'établissements proportionnellement à leur activité. Il s'agissait essentiellement de patients âgés, présentant des pathologies complexes (GHM 301-4), bénéficiant de gestes de décompression osseuse avec des durées de séjour longues. C'est pour les malades de la classe 7, présentant vraisemblablement des séquelles motrices, que la sortie se faisait systématiquement vers une unité de rééducation fonctionnelle.

En conclusion, l'étude réalisée à partir des données du PMSI a montré qu'il était possible de définir aisément une typologie des séjours pour discectomies et une pratique différente selon la nature des établissements. La méthode de l'analyse des correspondances multiples avec classification hiérarchique ascendante est puissante puisque les résultats obtenus se sont révélés conformes à la réalité du terrain. Elle constitue, à notre avis, un excellent outil pour appréhender les pratiques médicales.

Remerciements

Nous remercions les docteurs Chantal Dupouy-Dupon et Isabelle Aminot pour leur contribution à la rédaction de cet article.

RÉFÉRENCES

1. Boreinstein D. *Low-back pain : epidemiology, etiology, diagnostic, evaluation and therapy.* *Curr Opin Rheumatol* 1991;3:207-17.
2. Frymoyer JW, Cats Baril WL. *An overview of the incidences and cost of low-back pain.* *Orthop Clin North Am* 1991;22:263-71.
3. Chevallier J, Carter H, Vidal-Trecaan G. *La fréquence des lombalgies et lomboradiculalgies en consultation libérale en France, leur coût en hospitalisation à l'Assistance publique de Paris.* *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1988;55:751-4.
4. Sermet C. *Qui sont les malades et de quoi souffrent-ils ? Description de la morbidité déclarée et évolution 1980-1991.* Paris : CREDES 1994 ; Biblio n° 1032.
5. *Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. RIM nationale sur les indemnités journalières ; 1994.*
6. *Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. Lombosciatique commune, Recommandations et références médicales. 1995 ; Tome 1 : 99-124*
7. *Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Groupe d'animation et d'impulsion nationale : La chirurgie dans les établissements de santé ; 1992.*