



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Filière : Médecin Inspecteur de Santé Publique

Date du Jury : 22-23 Avril 2002

Le PMSI dans l'organisation locale de l'offre de soins hospitaliers : quel éclairage pour le médecin inspecteur de santé publique?

**Illustration à propos de l'activité de court séjour MCO
dans le département des Hauts-de-Seine.**

Hervé CREUSVAUX

Remerciements...

A travers ce mémoire, j'adresse mes plus vifs remerciements à toute l'équipe du service Actions de Santé Publique de la DDASS des Hauts-de-Seine pour son accueil et sa bonne humeur, ainsi qu'à toutes les personnes qui ont d'une manière ou d'une autre facilité le déroulement de mon stage.

Je suis en particulier très reconnaissant au docteur Marc Lossouarn qui a su de me faire partager sa passion de l'exégèse des textes administratifs et des essences aromatiques, au docteur Jacqueline Baltagi pour sa vision généreuse et son enthousiasme ainsi qu'au docteur Frédéric Sicard pour son dynamisme et son pragmatisme. Tous trois m'ont accueilli avec beaucoup de sympathie et de professionnalisme au sein de l'équipe.

Un grand merci également à madame Claire qui n'a pas son pareil pour conserver en mémoire les nombreuses circulaires du Ministère et qui s'est toujours montrée disponible pour me guider dans mes recherches documentaires. Merci également à Josette et Geneviève, au service de reprographie, au service informatique de la DDASS 92, à Joseph Cusenza pour son coup de main essentiel pour l'élaboration des cartes ainsi qu'au docteur Alain du service médical pour la documentation.

Je tiens enfin à remercier toutes les personnes rencontrées dans le cadre de ce travail, qui ont pris le temps de me faire partager leurs connaissances et leurs expériences irremplaçables dans le domaine du PMSI.

Sommaire

1 - INTRODUCTION.....	1
2 - CONTEXTE, HYPOTHÈSES ET QUESTIONNEMENT.....	2
3 - OBJECTIFS.....	5
4 - MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	6
4.1 MATÉRIEL.....	6
4.1.1 Sources d'informations et de données.....	6
4.1.2 Entretiens.....	6
4.2 MÉTHODES.....	7
5 - LA PLANIFICATION ET LA RÉGULATION DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS.....	8
5.1 L'ÉVOLUTION DE LA PLANIFICATION HOSPITALIÈRE GÉNÉRALE.....	8
5.1.1 La réforme de la planification hospitalière : la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991.....	8
5.1.1.1 La nouvelle carte sanitaire.....	8
5.1.1.2 Les schémas régionaux d'organisation sanitaire.....	8
5.1.1.3 Le régime des autorisations.....	8
5.1.2 L'apport de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 à la planification hospitalière.....	9
5.1.2.1 La création des agences régionales de l'hospitalisation.....	9
5.1.2.2 Le renforcement de la contractualisation.....	10
5.2 L'ÉVOLUTION DE LA RECOMPOSITION DE L'OFFRE HOSPITALIÈRE.....	10
5.3 LE MÉDECIN INSPECTEUR ET LA RÉGULATION LOCALE DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS.....	11
5.3.1 La tutelle des établissements de santé.....	12
5.3.2 Les missions pour le compte de l'ARH.....	12
5.3.3 Les missions transversales des médecins inspecteurs, la conduite de projet.....	13
5.4 L'INFORMATION RELATIVE À L'HOSPITALISATION.....	14
5.4.1 Des systèmes d'information multiples et hétérogènes.....	14
5.4.2 Une information abondante sur l'offre hospitalière.....	16
5.4.2.1 Des sources nombreuses.....	16
5.4.2.2 Le PMSI, un système d'information unique sur l'activité de soins des établissements.....	19
5.4.3 Les ARH et l'information sanitaire.....	20
5.4.4 Le médecin inspecteur de santé publique face aux systèmes d'information de santé.....	21
5.4.5 Des systèmes d'information parfois en décalage, une information sous-exploitée.....	23
5.5 LES MULTIPLES ENJEUX DE LA RECOMPOSITION DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS.....	25
5.5.1 Les enjeux sanitaires.....	25
5.5.2 Les enjeux sociaux.....	26
5.5.3 Les enjeux politiques.....	26
5.5.4 Les enjeux économiques et financiers.....	27

6 - L'APPORT DU PMSI DANS LA REGULATION DE L'OFFRE HOSPITALIERE.....	29
6.1 QUEL ÉCLAIRAGE ATTENDRE DU PMSI ?	29
6.1.1 <i>Le PMSI et la planification sanitaire</i>	29
6.1.2 <i>Le PMSI et le projet médical d'établissement</i>	31
6.1.3 <i>Le PMSI et le pilotage stratégique des établissements de santé</i>	32
6.1.4 <i>Le PMSI, un outil nécessaire mais non suffisant</i>	33
6.2 LE PMSI, UN OUTIL IRREMPLAÇABLE ET INCONTOURNABLE	36
6.2.1 <i>De réels défauts ou les défauts de ses qualités</i>	36
6.2.2 <i>Un savoir en constante évolution</i>	37
6.2.2.1 <i>Un gain en qualité, une montée en puissance</i>	37
6.2.2.2 <i>Les travaux menés autour du PMSI</i>	38
6.3 LA NÉCESSITE D'UN SAVOIR PARTAGÉ	39
6.3.1 <i>Un savoir partagé entre tous les acteurs du système hospitalier</i>	39
6.3.2 <i>L'information du patient citoyen</i>	40
6.4 UNE UTILISATION POSSIBLE DU PMSI DANS LE CONTEXTE DE LA DDASS 92	42
6.4.1 <i>Situation 1 : prise de fonction d'un MISIP au sein du pôle sanitaire de la DDASS 92</i>	43
6.4.2 <i>Situation 2 : regroupement de 3 hôpitaux publics des Hauts-de-Seine avec conversion et redistribution d'activités</i>	46
7 - PERSPECTIVES ET PISTES D'AMÉLIORATION.....	51
7.1 LA CULTURE.....	51
7.2 L'ORGANISATION.....	52
7.3 LES OUTILS.....	53
8 - CONCLUSION	54

Liste des sigles utilisés

ADELI	Automatisation d'édition de listes (répertoire automatisé des professions médicales et paramédicales)
ANDREAS	Analyse nationale, départementale et régionale des établissements et activités de santé
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARH-IF	Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CdAM	Catalogue des Actes Médicaux
CH	Centre hospitalier
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CIM	Classification internationale des maladies
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CM	Catégorie majeure
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CMU	Couverture médicale universelle
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
COTRIM	Comité technique régional de l'information médicale
GRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
GRAMIF	Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France
CRIM	Commission régionale de l'information médicale
CROSS	Comité régional d'organisation sanitaire et sociale
CTIP	Centre de traitement de l'information du PMSI
DARH	Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIM	Département de l'information médicale
DMS	Durée moyenne de séjour
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRASSIF	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ECSSH	Evaluation comparative des structures et des services hospitaliers
ENA	Ecole nationale d'administration

Liste des sigles utilisés

ENSM	Echelon national du service médical
ENSP	Ecole nationale de santé publique
EPS	Etablissement public de santé
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GHM	Groupe homogène de malades
HAD	Hospitalisation à domicile
IASS	Inspecteur des affaires sanitaires et sociales
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IDF	Ile-de-France
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
ISA	Indice synthétique d'activité
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OAP	Outil d'analyse du PMSI
ORS	Observatoire régional de la santé
PAGE	Programme d'aide à la gestion des enveloppes
PERNNS	Pôle d'expertise et de référence nationale des nomenclatures de santé
PME	Projet médical d'établissement
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PSPH	Établissement privé participant au service public hospitalier
RIO	Responsable d'informatique et d'organisation
RSA	Résumé standardisé anonyme
RSS	Résumé de sortie standardisé
RUM	Résumé d'unité médicale
SAE	Statistique annuelle des établissements
SI	Système d'information
SIGMED	Système d'information et de gestion des médecins
SMAMIF	Service médical de l'assurance maladie d'Ile-de-France
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR	Soins de suite et de réadaptation

1 - INTRODUCTION

Le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) a été initialement conçu dans un but d'évaluation médico-économique des activités hospitalières. Une circulaire¹ permet sa mise en place dans tous les hôpitaux publics. Celui-ci a ensuite été généralisé aux établissements du secteur privé par l'arrêté du 22 juillet 1996. Il permet donc de disposer à partir de 1997 d'un instrument national unique dont le champ couvre l'ensemble des établissements de court séjour pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO). Récemment, son périmètre a été étendu aux de soins de suite et de réadaptation (SSR)² ainsi qu'à la psychiatrie³.

L'élaboration puis l'application des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)⁴ a demandé des analyses fines de l'activité médicale selon différentes approches (par thèmes, par territoire, par établissement). Les résumés de sortie adressés par les établissements de santé ont permis d'obtenir des statistiques détaillées sur les diagnostics posés à l'hôpital et les interventions réalisées. Ainsi, en plus de mesurer le coût des activités de soins réalisées par les établissements, le PMSI revêt un nouvel intérêt, celui de pouvoir connaître le volume et la nature des activités de soins.

La réorganisation de l'offre de soins hospitaliers conduite par les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) nécessite une approche locale de l'offre de soins et des besoins des populations traduites dans les SROS II par l'introduction du concept de bassin de santé. Dans cette perspective, les médecins inspecteurs de santé publique (MISP) des services déconcentrés de l'Etat (DDASS) sont en première ligne pour participer et conduire le changement, et pour cela, ils ont besoin que les informations générées par le PMSI soient rendues lisibles, c'est à dire transformées pour apporter l'information nécessaire à la conduite des projets de recomposition hospitalière.

¹ La circulaire DH/PMSI n° 303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du PMSI et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics.

² Mis en œuvre depuis le 1er juillet 1998 pour les établissements sous dotation globale de financement. Circulaire «PMSI-SSR» n° 251 du 3 avril 1997.

³ Circulaire DHOS/E3/2001/ n° 625 du 19 décembre 2001 relative à la mise en œuvre du PMSI - psychiatrie, à titre expérimental.

⁴ Le schéma régional d'organisation sanitaire a été instauré par la loi hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991.

2 - CONTEXTE, HYPOTHESES ET QUESTIONNEMENT

Depuis la réforme hospitalière de 1996¹, les ARH sont en charge de la planification et de la régulation de l'ensemble de l'offre de soins hospitaliers : établissements publics de santé (EPS), établissements privés participant au service public (PSPH) et établissements privés à but lucratif. Structures transversales à envergure régionale, les ARH s'appuient à la fois sur les services déconcentrés de l'État et sur ceux de l'assurance maladie. Par suite, le médecin inspecteur se voit confier, pour le compte de l'ARH, un certain nombre de missions en rapport avec les établissements sous tutelle de la DDASS. Dans le cadre de l'organisation ou de la régulation de l'offre hospitalière, l'ARH fait appel aux MISP pour obtenir des avis techniques argumentés et envisager des solutions en proposant des scénarios de réorganisation. Dans cette perspective aux enjeux multiples, le MISP doit à la fois appréhender l'activité des établissements dont il a la responsabilité, accompagner les changements induits par la planification et ses outils (carte sanitaire², SROS, contrats d'objectifs et de moyens - COM³) et réfléchir à l'optimisation du maillage sanitaire portant sur un domaine d'activité (périnatalité, urgences ...) ou sur un territoire (région, département, secteur sanitaire, bassin, commune). Sa mise à contribution peut être à la fois d'ordre technique, analytique ou stratégique, mais peut aussi comporter un aspect managérial en tant qu'animateur de projets, par exemple lors de la restructuration d'établissements. Lors de telles missions, le médecin inspecteur est amené à communiquer et à interagir avec l'ensemble des grands groupes d'acteurs impliqués dans l'offre de soins hospitaliers, c'est à dire « *le corps médical, la direction et le conseil d'administration des établissements (dont certains élus locaux), le personnel paramédical et aussi la clientèle de l'hôpital, même si ces deux derniers acteurs ne semblent pas jouer un rôle majeur dans les décisions stratégiques de l'hôpital* ⁴ ». En dehors des établissements, il est amené à communiquer et à négocier avec ses partenaires (ARH, DDASS, DRASS, assurance maladie, groupes techniques, experts etc.) sur des propositions qui doivent aussi prendre en compte les intérêts des usagers, en particulier ce qui concerne la sécurité sanitaire au sein des établissements et l'accessibilité aux structures de soins.

¹ Ordonnance n° 986-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

² La carte sanitaire a été instaurée par la loi hospitalière n° 70-1318 du 31 décembre 1970.

³ Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ont été instaurés par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996.

⁴ cf. Contandriopoulos A.P. et Souteyrand Y. *L'Hôpital stratège*. Editions John Libbey Eurotext, Paris, 1996. Chapitre 4, pp. 83 -111.

Mis à part son expérience et sa connaissance du terrain, le MISp a besoin de développer des arguments sur des bases objectives, dont celles exprimant l'activité médicale des établissements. Les données issues du PMSI généralisé à tous les établissements de santé ayant une activité d'hospitalisation de court séjour revêtent à cet égard un intérêt particulier car unique. Après traitement et valorisation du PMSI des établissements publics ou participant au service public hospitalier (PSPH) par les DRASS, les informations sont retournées aux établissements, à l'ARH, mais aussi à la tutelle hospitalière de la DDASS dont les médecins inspecteurs. Cependant, les données générées par les DRASS sont essentiellement de nature budgétaire, exprimées en activité ISA (indice synthétique d'activité) et n'apportent aucun d'éclairage satisfaisant sur les activités de soin réalisées.

En Ile-de-France, des informations issues du PMSI circulent effectivement entre les membres de l'ARH (services déconcentrés, services de l'assurance maladie). Il y a par exemple échanges de données (bases brutes de RSA) ou d'information sur l'activité en ISA. Cependant, les résultats d'analyse décrivant l'activité médicale des établissements qui intéressent les médecins inspecteurs des DDASS sont rares, partielles ou fragmentaires, souvent sans indication des objectifs de départ et n'autorisent aucune liberté d'exploitation. L'ensemble, représentant un volume important de données, circule sur des supports hétérogènes (papier, intranet, supports informatiques) et sous des formats peu lisibles. Les échanges d'information sont généralement ponctuels et dépendent majoritairement des relations interpersonnelles et interinstitutionnelles qui ont pu se construire.

La recomposition de l'offre hospitalière qui nécessite d'abord une appréciation locale des besoins des usagers passe par une optimisation du tissu sanitaire existant en développant des synergies et des complémentarités entre les établissements. Les MISp qui doivent conduire des missions pour le compte de l'ARH ressentent le besoin d'informations plus fines sur la nature et le volume de l'activité médicale accomplie. Le PMSI permet une telle évaluation mais les moyens, les ressources et la disponibilité font actuellement défaut.

- Initialement développé à des fins médico-économiques, le PMSI se voit reconnaître une potentialité à être utilisé à des fins de planification et contribue de façon croissante à l'élaboration des SROS et des COM. À l'échelle d'un secteur ou d'un territoire, il peut être utilisé pour comparer des activités entre établissements et parfois aider à approfondir des problématiques de santé publique. A l'échelle d'un établissement, mis en perspective avec d'autres sources d'informations (Statistique annuelle des établissements - SAE, comptes d'exploitation, etc.), le PMSI peut contribuer à orienter des choix stratégiques en terme d'activité. On assiste également à l'émergence de nouveaux outils qui se mettent

en place autour du PMSI afin de répondre à de nouveaux besoins et de conduire des analyses plus sophistiquées. Le médecin inspecteur de santé publique (MISP) des services déconcentrés ne disposent ni des outils ni de la formation pour en tirer profit. On peut alors se demander comment le MISP exerçant des missions pour l'ARH peut-il utiliser l'information générée par le PMSI ? De quelle information a-t-il besoin pour les réaliser ? Comment enfin améliorer la lisibilité du PMSI afin d'en faire un outil de pilotage de projet et un support de communication ?

- La nature, l'organisation et le volume des données issues du PMSI rendent celles-ci souvent difficilement exploitables et peu lisibles pour un non initié de l'informatique, des statistiques et des technologies de l'information. Par ailleurs, le besoin d'information et de transparence dans le domaine de l'hospitalisation est exprimée par tous (professionnels, usagers et médias). Il est alors possible de s'interroger sur l'information fournie par le PMSI : pourquoi celle-ci n'est-elle pas mieux partagée ? Quels sont les obstacles qui s'opposent à son exploitation ? Comment s'organise ou ne s'organise pas les échanges autour du PMSI ? Quelles sont les ressources qui font défaut ?
- Les réformes de l'Etat (décentralisation et déconcentration) rendent nécessaire la disponibilité d'un système d'information (SI) sanitaire efficient au niveau régional. Des outils et des méthodes d'exploitation du PMSI se mettent en place mais ils sont souvent expérimentaux, épars, et insuffisamment diffusés. De plus, les outils varient entre membres des ARH, de même que les besoins et les problématiques à traiter diffèrent. Quelle est alors le rôle des ARH en matière d'organisation et d'exploitation des systèmes d'information sanitaire ? Quels sont les changements (structurels, organisationnels) rendus nécessaires pour permettre une exploitation optimale du PMSI ?

Telles sont les questions que nous essaierons d'aborder au cours de ce travail.

3 - OBJECTIFS

Les objectifs généraux de ce travail sont de :

- Repérer les acteurs qui interviennent dans le traitement et l'exploitation des données issues du PMSI afin de cerner le rôle imparti à chacun et de déterminer les forces et les faiblesses du dispositif,
- Appréhender les acteurs et les processus intervenant dans la régulation et la recomposition de l'offre de soins hospitaliers, et comprendre les enjeux en présence,
- Identifier les missions des médecins inspecteurs de santé publique affecté au pôle sanitaire des DDASS, afin de cerner leurs besoins en matière d'information et de systèmes d'information,
- Observer les modalités de production, de circulation entre les différents acteurs et d'exploitation des données issues du PMSI afin de repérer les faiblesses et proposer des améliorations en matière de systèmes d'information et/ou d'organisation au niveau des services déconcentrés.

Comme objectif spécifique nous essaierons de démontrer, à partir de la base de données du PMSI recueillie auprès des établissements de court séjour du département des Hauts-de-Seine (92), comment celui-ci peut aider à objectiver certains caractères de l'offre hospitalière locale. Deux situations simples mais concrètes serviront d'illustration. Les analyses présentées peuvent être réalisées par les médecins inspecteurs à des fins de description globale de l'activité MCO ou de communication afin d'offrir une meilleure représentation de l'offre locale de soins hospitaliers.

4 - MATERIEL ET METHODES

4.1 MATERIEL

4.1.1 Sources d'informations et de données

- Recherche de documents sur le lieu du stage, à la DDASS des Hauts-de-Seine,
- Revue de la littérature et de la documentation concernant le PMSI,
- Recherche bibliographique dans les divers ouvrages et revues se rapportant aux thèmes ou aux mots-clés suivants : *PMSI, offre de soins, planification, hospitalisation de court séjour, services déconcentrés, médecin inspecteur, système d'information.*
- Recherche de documents et d'information à partir du réseau intranet du Ministère de l'emploi et de la solidarité et de ses sous-directions, ainsi que sur les principaux sites internet/intranet des organismes participant au PMSI ou concernés par la régulation de l'offre de soins hospitaliers.
- Consultation de données générales concernant le département des Hauts-de-Seine (démographiques, géographiques, économiques, sanitaires, sociales ...) et en particulier celles relatives à l'offre de soins MCO.
- Recueil auprès de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France (ARH-IF) de la base du PMSI MCO (année 1999) agrégée, établie selon la classification OAP (outil d'analyse du PMSI) adoptée par le comité technique régional de l'information médicale (COTRIM) d'Ile-de-France.

4.1.2 Entretiens

Des entretiens semi-directifs utilisant une grille d'entretien ont été conduits auprès de professionnels travaillant dans le champ sanitaire et d'experts du PMSI (voir annexes A et B).

- Entretiens avec des acteurs impliqués dans la régulation de l'offre de soins (ARH-IF, assurance maladie, DRASS Ile-de-France -DRASSIF, DDASS),
- Entretiens avec des spécialistes du PMSI : médecins de département de l'information médicale (DIM), membres du COTRIM, personnel de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

4.2 METHODES

La base de données du PMSI 1999 concernant l'activité de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique agrégée selon la classification OAP a été recueillie sur CD-ROM auprès de l'ARH-IF. Ces données ont été ultérieurement rendues publiques sur le site internet de la DRASSIF (<<http://ile-de-france.sante.gouv.fr>>). Les analyses ainsi que les graphiques ont été réalisés avec le logiciel *Microsoft Excel*^â. Les cartes ont été réalisées avec le logiciel *ESRI ArcView*^â sous Windows avec le support technique du statisticien de la DDASS des Hauts-de-Seine.

5 - LA PLANIFICATION ET LA REGULATION DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS

5.1 L'EVOLUTION DE LA PLANIFICATION HOSPITALIERE GENERALE

5.1.1 La réforme de la planification hospitalière : la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991

5.1.1.1 La nouvelle carte sanitaire

La carte sanitaire telle qu'initialement définie par la loi du 31 décembre 1970 s'est vu reprocher de ne permettre qu'une gestion quantitative des installations et des équipements sanitaires, et a révélé plusieurs incohérences la rendant peu apte à conduire une démarche de planification¹. Reprise dans la réforme hospitalière de 1991, la carte sanitaire a été étendue aux activités de soins, précisée et dans l'ensemble renforcée. Elle a aussi placé la région comme le niveau le plus pertinent pour conduire la planification hospitalière.

5.1.1.2 Les schémas régionaux d'organisation sanitaire

Introduits par la réforme hospitalière de 1991, les schémas d'organisation sanitaire, qu'ils soient nationaux, régionaux ou interrégionaux ont été mis en place dans un souci de complémentarité avec la carte sanitaire. Ils «*déterminent la répartition géographique des installations et activités de soins*» dans le but d'assurer une «*satisfaction optimale des besoins de la population*»². Ils mettent en œuvre «*une planification fine et qualitative plus proche des réalités concrètes du terrain*»³. Ils servent enfin de référence à l'instruction de tous les projets émanant des établissements soumis à autorisation.

5.1.1.3 Le régime des autorisations

Pour compléter l'arsenal réglementaire définissant les outils de la planification, toutes les créations, extensions, conversions ou regroupements d'établissements ou d'activités de

¹ Blanco Florent. *La planification française dans le domaine hospitalier*. Presse universitaire d'Aix Marseille, 2000. Chap. 1, pp. 37-55.

² Article L.712-3 du Code de la Santé Publique.

³ Blanco Florent. *La planification française dans le domaine hospitalier*. Presse universitaire d'Aix Marseille, 2000. Chap. 1, p. 56-67.

soins d'un établissement sont soumises à une autorisation préalable de l'ARH¹. Il en est de même pour les équipements matériels lourds. De façon notable, la loi de 1991 a permis d'uniformiser, en matière d'autorisation, le régime juridique applicable aux secteurs public et privé d'hospitalisation.

Dans la pratique, après une phase d'instruction réalisée le plus souvent par un médecin inspecteur des services déconcentrés ou par un médecin conseil de l'assurance maladie, le dossier est examiné par le comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS) qui rend un avis. *In fine*, l'autorisation d'activité ou d'équipement est attribuée par la commission exécutive de l'ARH au vu de la cohérence du projet avec la carte sanitaire et de sa compatibilité avec les objectifs fixés par le SROS². Les autorisations sont de plus assorties de conditions quant aux délais de mise en œuvre et de réalisation des travaux nécessaires. Le non-respect de ces délais par le promoteur peut rendre l'autorisation caduque. Enfin l'autorisation est limitée dans sa durée. Son renouvellement est aussi dépendant des objectifs du SROS en cours.

5.1.2 L'apport de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 à la planification hospitalière

5.1.2.1 La création des agences régionales de l'hospitalisation

Se substituant aux autorités de tutelle (DRASS, DDASS, Préfet) et aux services de l'assurance maladie qui, antérieurement, se partageaient la tutelle, le pilotage et la gestion des établissements de santé publics et privés, les ARH ont été créées pour piloter la politique régionale d'offre de soins hospitaliers - donc la restructuration du secteur hospitalier - ainsi que pour répartir les dotations régionales de dépenses hospitalières. Groupement d'intérêt public entre l'État et les caisses d'assurance maladie, elles concentrent tous les pouvoirs capables de régir l'ensemble du secteur hospitalier. Elles permettent également de renforcer les relations entre les différents acteurs du champ sanitaire. Les ARH ont permis aux établissements de n'avoir qu'un seul interlocuteur, prérequis indispensable à la mise en place de la contractualisation externe. Un autre objectif sous-jacent était de soustraire le plus possible la planification hospitalière des influences politiques locales qui souvent s'opposaient à des réformes en profondeur du paysage hospitalier. Les entretiens réalisés

¹ Article L.6122-1 du Code de la Santé Publique.

² Article L.6122-2 du Code de la Santé Publique.

dans le cadre de ce travail confirment que le niveau régional est le plus pertinent pour la mise en œuvre de la planification de l'offre de soins et la programmation des actions. Ceci s'applique particulièrement au processus de recomposition de l'offre hospitalière qui nécessite à la fois une vision régionale et une connaissance détaillée des établissements, de leur environnement, des relations entre les acteurs locaux et de la population.

5.1.2.2 Le renforcement de la contractualisation

Aux contrats tripartites (établissements, assurance maladie, Etat) prévus dès 1991¹ qui avaient l'inconvénient d'être facultatifs, succèdent les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus directement entre les établissements hospitaliers et les ARH. L'apport de la réforme de 1996 réside dans le caractère obligatoire du contrat et dans le fait qu'ils concernent l'ensemble des établissements, publics et privés. Les COM ont ainsi pour vocation de mettre en adéquation une démarche volontaire locale, le projet d'établissement aux objectifs régionaux de la planification définis dans le SROS².

Aux contrats d'objectifs et de moyens, l'ordonnance de 1996 ajoute également la notion de contrats internes applicables aux établissements publics de santé. Ceux-ci sont cependant facultatifs et ont pour objectif « *d'initialiser un véritable dialogue entre la direction et les équipes médicales et, de là conduire à la responsabilisation des équipes hospitalières et à l'optimisation des moyens utilisés*³ ».

5.2 L'EVOLUTION DE LA RECOMPOSITION DE L'OFFRE HOSPITALIERE

Dès leur démarrage en 1996-1997, les ARH ont du faire face à des situations de déséquilibre important en matière d'organisation et de distribution des établissements, auxquelles était attribué une partie de la dérive des coûts. Globalement, l'offre se caractérisait par une très grande hétérogénéité de structures, de fonctionnement, de contexte historique, de taille et d'environnement local.

Dans les Hauts-de-Seine, département comportant de très nombreux établissements, co-existaient (et co-existent toujours) de gros établissements de plusieurs centaines de lits type

¹ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, article L. 712-4.

² En fait, la démarche des établissements est extrêmement encadrée puisque l'élaboration des COM nécessite l'approbation préalable du projet d'établissement, donc du projet médical, par le directeur de l'ARH. Par ailleurs, la liberté de contracter qui sous-entend habituellement un libre échange de consentement n'existe pas ici. Enfin le contenu des articles du contrat est prédéfini et n'autorise l'ajout d'aucune clause.

³ Mathy C. Ed. Economica. *La Régulation hospitalière*. Medica Editions-Paris, 2000. p. 220.

centre hospitalier régional universitaire (CHRU) (établissements de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris - AP-HP par exemple), des établissements très spécialisés (centres de lutte contre le cancer - CLCC, plateaux techniques chirurgicaux spécialisés), des hôpitaux publics de taille moyenne à vocation généraliste, des grosses cliniques appartenant à de grands groupes et des établissements privés à gestion familiale de quelques dizaines de lits ou moins.

La première vague de restructuration issue du premier SROS a démarré en 1996-1997. Elle a consisté soit en la fermeture pure et simple des plateaux techniques peu performants ou désorganisés soit à leur reconversion en soins de suite et de réadaptation. Ces restructurations se sont appuyées sur l'utilisation des indicateurs traditionnels d'activité, par exemple le nombre d'accouchements, le nombre de K chirurgicaux, la durée moyenne de séjour des patients, le taux d'occupation des lits, des « coupes bloc » mais pas sur le PMSI. A partir de 1997-1998, démarre une nouvelle phase de restructuration, plus complexe qui suscite des regroupements d'établissements préconisés par le SROS I puis le SROS II. Ces regroupements passent dans un premier temps par l'analyse de l'activité de chaque établissement, puis par le partage de cette information par tous les acteurs. Les médecins inspecteurs interrogés soulignent, à ce stade, la nécessité de disposer d'indicateurs plus fins que les précédents pour objectiver l'activité réelle des établissements et apprécier comment ils réalisent cette activité. Le PMSI revêt alors tout son intérêt, et les médecins responsables des départements de l'information médicale (DIM) sont alors les interlocuteurs privilégiés pour fournir cette information. Le regroupement d'établissements oblige l'élaboration d'un projet médical commun qui définit les activités conservées ou développées ainsi que les redéploiements entre établissements. Chaque établissement a besoin de connaître ses futures activités au sein du regroupement afin de déterminer les futures enveloppes financières calculées à partir des points ISA. Puis intervient la phase d'élaboration du contrat d'objectifs et de moyens qui devra être signé avec l'ARH-IF. Actuellement cette phase de restructuration des établissements de court séjour se poursuit et elle nécessite un recours systématique au PMSI. Les professionnels rencontrés soulignent qu'il est aussi très important de disposer des données du PMSI particulièrement dans une région comme l'Île-de-France qui comporte de très nombreuses structures de soins que l'on connaît forcément moins bien.

5.3 LE MEDECIN INSPECTEUR ET LA REGULATION LOCALE DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS

La création des ARH et le renforcement de la politique contractuelle hospitalière par l'ordonnance de 1996 ont notablement fait évoluer les relations entre les différents acteurs

hospitaliers et par la même le métier des médecins inspecteurs affectés au pôle sanitaire des services déconcentrés (DDASS). A l'exercice de la tutelle, se sont ajoutées de nouvelles missions et un autre mode d'exercice.

5.3.1 La tutelle des établissements de santé

En collaboration et en complémentarité avec les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales (IASS) de la tutelle hospitalière, les médecins inspecteurs affectés au pôle sanitaire d'une DDASS assurent le contrôle sur les plans techniques et médicaux des hôpitaux et des cliniques. En cela, ils veillent au respect de la réglementation par les établissements de soins et assurent le maintien de la sécurité sanitaire et de la continuité des soins dans le cadre de leur mission de santé publique. Lors de ces missions, ils sont en particulier amenés à conduire des inspections ou des contrôles sur pièces et sur place.

5.3.2 Les missions pour le compte de l'ARH

Les ARH dont le fondement repose sur une organisation à la fois légère et transversale s'appuient, pour conduire leurs missions, en grande partie sur les forces opérationnelles et les compétences des services déconcentrés de l'État (DDASS, DRASS) et de l'assurance maladie (service médical, caisse régionale d'assurance maladie). Ceci se concrétise particulièrement dans le cadre des enquêtes auprès des établissements.

Par exemple, dans le département des Hauts-de-Seine, le bilan 2000 de l'activité ARH effectuée par les médecins inspecteurs de la DDASS 92 - représentant globalement environ 3 équivalents-temps-plein de MIS - a comporté :

- 2 instructions de plaintes avec enquêtes sur place,
- 7 missions d'enquêtes suite à des dysfonctionnements graves au sein d'établissements,
- 2 contrôles de dépôts de sang,
- 10 visites de conformité,
- 7 inspections de sites d'aide médicale à la procréation,
- 3 études sur l'organisation et le fonctionnement de services hospitaliers avec rapports au CROSS,
- 11 contrôles externes du PMSI,

ainsi que la conduite - en tant que chef de projet - de deux projets d'envergure :

- le rapprochement de 2 gros établissements hospitaliers (un établissement de l'AP-HP et un établissement PSPH),
- le regroupement de plusieurs hôpitaux et l'élaboration du COM de la future entité.

En DDASS, les médecins inspecteurs affectés au pôle sanitaire interrogés estiment qu'environ 80% de leur activité est exercée directement ou indirectement pour le compte de l'ARH-IF¹. De part la connaissance qu'ils ont des établissements de leur secteur et de leurs attributions définies réglementairement, ils sont des acteurs indispensables au bon fonctionnement des ARH. Cependant, on peut noter certaines ambiguïtés dans l'accomplissement de leurs missions : ambiguïté d'abord au niveau de l'articulation entre l'ARH-IF et les services déconcentrés. En effet, l'ARH-IF – comme toutes les ARH - fonctionnant essentiellement avec des personnels empruntés, n'exerce cependant pas de responsabilité hiérarchique directe sur les médecins inspecteurs. La distance aidant, ce mode d'organisation peut occasionner des problèmes de coordination, de convergence des objectifs, de conflits de priorités et donc de rapidité d'action. Ambiguïté ensuite au niveau de la nature même des missions : pour un même établissement, les médecins inspecteurs se positionnent-ils comme agents effecteurs de l'ARH, répondant à son directeur (DARH), en charge de la régulation de l'offre hospitalière ou bien comme représentants de l'État, répondant au préfet, responsables du maintien de la continuité des soins et de la sécurité sanitaire, ce qui dans ce cas nécessite objectivité et indépendance de jugement. Une traduction concrète de cette ambiguïté a été la remise en cause de la délégation de signature du DARH aux médecins inspecteurs², ce qui est certainement préjudiciable à la prise de responsabilité, à la cohérence de leurs missions et finalement à leur motivation.

5.3.3 Les missions transversales des médecins inspecteurs, la conduite de projet

La circulaire DGS/DAGPB/MSD n° 99-339 du 11 juin 1999 rappelle les missions générales incombant aux médecins inspecteurs de santé publique, dont leur « *participation à la conduite des politiques d'offre de soins et à l'animation d'une politique globale de santé* ».

Nous avons vu (cf. paragraphe 5.3.2) que les médecins inspecteurs du pôle sanitaire des DDASS peuvent être amenés à conduire des projets locaux pour le compte de l'ARH, dans le cadre de regroupement d'établissements, de l'élaboration de COM ou de collaboration entre établissements. Plus largement, ils peuvent être amenés à participer à tout projet ou groupe projet s'intéressant à un aspect particulier de l'offre de soins. Par exemple, projets conduits directement par l'ARH autour de la réorganisation régionale de disciplines (psychiatrie, oncologie, cardiologie, périnatalité, etc.), projets conduits par l'administration centrale autour du PMSI, participation à des groupes de travail (COTRIM) etc.

En dehors de projets identifiés comme tels, les médecins inspecteurs peuvent coordonner des réunions autour de thématiques relevant de la continuité des soins et de la sécurité

¹ Entretiens avec un médecin inspecteur de la DDASS 92 et un médecin inspecteur de la DDASS 75.

² Observation faite lors du stage en DDASS, 2001.

sanitaire dans leur secteur (organisation des urgences, périnatalité, psychiatrie, soins en milieu pénitentiaire etc.), ce qui nécessairement fait aborder les questions d'organisation locale des soins hospitaliers.

L'élaboration des COM et les processus de négociation qui s'engagent autour de ceux-ci donnent aux médecins inspecteurs l'opportunité d'occuper un champ d'intervention en pleine cohérence avec leurs missions. Ainsi, le développement de la politique contractuelle autour des établissements de santé et la mise en place d'un véritable maillage entre les acteurs du champ sanitaire devraient à l'avenir donner aux médecins inspecteurs un rôle de plus en plus transversal d'animateur ou d'accompagnateur de projets. D'où peut-être une autre ambiguïté qui peut être relevée dans les rapports que les médecins inspecteurs entretiennent avec les établissements et leurs directions : certaines activités (inspection, conformité) relevant en effet strictement du domaine de l'application de la loi avec à l'arrière plan des possibilités réelles de sanctions ; d'autres activités, transversales, complexes et sensibles (projet d'établissement, COM, restructuration) faisant appel à une pleine participation de tous les acteurs et à des relations de confiance et de respect mutuel.

5.4 L'INFORMATION RELATIVE A L'HOSPITALISATION

5.4.1 Des systèmes d'information multiples et hétérogènes

Lors de la mise en place des ARH, un rapide recensement des systèmes d'information concernant les hôpitaux avait montré la coexistence d'une cinquantaine de modules de systèmes d'information¹. En réponse à des besoins et à des objectifs très variés, des systèmes d'information avaient été développés par les différentes directions du ministère du travail et de la solidarité (DHOS, DAGPB, ex-SESI ...) ainsi que par les différents organismes d'assurance maladie. Ces systèmes se caractérisaient et se caractérisent encore par leur extrême diversité quant à leur nature (répertoires, enquêtes, outils de gestion), leur champ (vaste ou spécifique), le type d'établissement visé, la périodicité du recueil et l'accessibilité des données. Cette diversité est également retrouvée pour ce qui

¹ Organisation des accès de l'agence régionale de l'hospitalisation aux systèmes d'information de leurs membres - Guide pratique. Ministère du Travail et des Affaires sociales, caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, caisse centrale de mutualité agricole, caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions agricoles, 8 novembre 1996.

concerne l'unité observée (entité géographique, entité juridique, secteur sanitaire) et pour toutes les variables utilisées pour décrire les établissements¹.

Concernant le PMSI des activités d'hospitalisation de court séjour, un inventaire des outils disponibles chez les différents collaborateurs de l'ARH-IF montre leur pluralité traduisant des finalités et des prérogatives différentes (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Inventaire des outils concernant le PMSI MCO[§] au niveau des membres de l'ARHIF.

Types d'outils	Nom	Source	Descriptif
Informatique	Appli-RSA	SMAMIF	Application sous ACCESS pour l'exploitation des RSA des bases du public et PSPH
	OAP (format Excel)	COTRIM Ile de France	Regroupement des GHM en pôles d'activités et lignes de produits
	MAHOS	DRASSIF	Logiciel de traitement du PMSI à finalité budgétaire (point ISA)
	MAHAUT	ENSM	Logiciel permettant l'exploitation des RUM et l'étude des actes traceurs
	RIMES	CRAMIF	Application expérimentale sous ACCESS pour l'étude de l'activité médicale des établissements
	Flux PMSI et flux PMSI cancérologie	CRAMIF	Applications pour l'étude des flux de patients entre zones géographiques
Bases de données des EPS et PSPH en MCO	Bases RSA	ARH-IF	
	Sorties Mahos	DRASSIF	Fichiers LIS
	Base agrégée OAP	ARH-IF, DRASSIF	Activité synthétique des établissements par pôle d'activité
	Bases agrégées	SMAMIF	Nombre de séjours par GHM dans chaque établissement
	Indicateurs COM	ARH-IF	Outil de diagnostic dans le cadre des COM
Base de données concernant les établissements de l'AP-HP en MCO	Bases RSA	ARH-IF	
	Bases agrégées	ARH-IF, SMAMIF	Nombre de séjours par GHM dans chaque établissement
Base de données concernant les cliniques privées en MCO	Base agrégée selon OAP	SMAMIF	Activité synthétique des établissements par pôle d'activité
	Bases agrégées	ARH-IF, SMAMIF	Nombre de séjours par GHM dans chaque établissement

§ Source : SMAMIF – MESPE, 2001 modifié.

¹ Charraud A., Gadel G. Baubeau D. Les systèmes d'information sur l'hôpital. *Echanges santé social*, 1997/98 ; 88/89 : 68-74.

Alors que, en matière d'outils et de méthodes autour du PMSI, de réels échanges se produisent entre les DIM des établissements et les collaborateurs de l'ARH-IF en particulier par l'intermédiaire du COTRIM, on observe non sans surprise un cloisonnement marqué non seulement entre services de l'Etat et ceux de l'assurance maladie travaillant pour l'ARH-IF, mais aussi entre personnels administratifs et médicaux de la même institution. Les effets ne peuvent être que préjudiciables à une harmonisation des référentiels et à une progression commune des savoirs.

5.4.2 Une information abondante sur l'offre hospitalière

Parmi toutes les sources d'information sur les établissements de santé, nous n'examinerons que celles concernant les services déconcentrés de l'État, qui présentent un caractère de représentativité nationale et qui concernent l'activité ou les établissements ayant une activité de court séjour.

5.4.2.1 Des sources nombreuses

FINESS (*fichier national des établissements sanitaires et sociaux*) constitue le référentiel pour l'ensemble des établissements de santé. Chaque structure est ainsi repérée par un numéro d'immatriculation unique qui peut servir de départ à de nombreuses requêtes. Sa mise à jour est faite au niveau des DDASS. Il contient des informations sur la nature et le statut des établissements, les capacités en lits et places autorisées par discipline (médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique).

L'une des difficultés qui apparaît lorsque l'on travaille sur des établissements d'un secteur est qu'il existe un numéro d'établissement en tant qu'entité géographique ainsi qu'un numéro correspondant à l'entité juridique. Ceci peut être source de confusion et d'erreurs lorsque l'on travaille sur des bases de données PMSI mêlant ces deux types d'identification sous le même intitulé ; particulièrement si l'on s'intéresse à des établissements distribués sur plusieurs sites ou à une fusion d'établissements.

Par exemple, dans les Hauts-de-Seine les établissements hospitaliers de Neuilly et de Courbevoie sont identifiés respectivement par les numéros FINESS 920000585 et 920000569. Cependant, fusionnés en 2000, ils ont le même numéro FINESS juridique 920110038 (cf. tableau 2).

Tableau 2 : Etablissements de Neuilly et de Courbevoie dans les Hauts-de-Seine[§].

Numéro FINESS	Raison sociale	Libelle routage	Catégorie	Lib. PSPH	FINESS juridique
920000569	CH DE COURBEVOIE-NEUILLY /SEINE	COURBEVOIE CEDEX	Centre Hospitalier	Etab. public de santé	920110038
920000585	CH DE COURBEVOIE-NEUILLY/SEINE	NEUILLY SUR SEINE CEDEX	Centre Hospitalier	Etab. public de santé	920110038

§ Source FINESS, 2001.

Autre exemple, l'AP-HP qui rassemble 41 établissements hospitaliers dont 6 dans les Hauts-de-Seine ne représente en fait qu'une seule entité juridique et n'a donc qu'un seul numéro FINESS juridique (cf. tableau 3).

Tableau 3 : Etablissements de l'AP-HP dans les Hauts-de-Seine[§].

Numéro FINESS	Raison sociale	Libelle routage	Catégorie	Lib. PSPH	FINESS juridique
920100013	HOPITAL AMBROISE PARE	BOULOGNE BILLANCOURT	C.H.R.	Etab. public de santé	750712184
920100021	HOPITAL ANTOINE BECLERE	CLAMART	C.H.R.	Etab. public de santé	750712184
920100039	HOPITAL BEAUJON	CLICHY	C.H.R.	Etab. public de santé	750712184
920100047	HOPITAL LOUIS MOURIER	COLOMBES CEDEX	C.H.R.	Etab. public de santé	750712184
920100054	HOPITAL RAYMOND POINCARE	GARCHES	C.H.R.	Etab. public de santé	750712184
920100062	HOPITAL CORENTIN CELTON	ISSY LES MOULINEAUX	C.H.R.	Etab. public de santé	750712184

§ Source FINESS, 2001.

SIGMED¹ (*système d'information et de gestion des personnels médicaux*) est un système d'information permettant la gestion des praticiens hospitaliers exerçant dans les établissements publics de santé. Il est en fait essentiellement orienté vers la gestion des carrières hospitalières.

ADELI (*automatisation d'édition de listes*) géré par les DDASS, est le répertoire des professionnels de santé dont une partie concerne les personnels de santé hospitaliers. Ce fichier reposant sur la déclaration des personnels souffre d'une mise à jour irrégulière et la couverture d'ADELI sur l'hôpital n'est pas parfaite.

SAE (*statistique annuelle des établissements de santé*) rassemble des informations sur l'activité et l'équipement (lits, équipement lourd, personnel) des établissements publics et privés ainsi que des données financières pour le secteur privé. Elle est recueillie et validée par la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) pour le secteur privé et par la DRASS pour le secteur public. La nouvelle SAE, qui sera mise en œuvre à compter de l'exercice

¹ Circulaire DH/PM n° 99-554 du 1er octobre 1999.

2000, s'attachera à décrire les établissements géographiques et non plus les entités juridiques. Elle s'adapte ainsi à l'évolution des nouveaux modes de prise en charge des patients basés sur les plateaux techniques, l'ambulatoire et non plus sur la notion traditionnelle de lits. Enfin, son recueil d'information prend en considération les données recueillies par le PMSI pour lui être davantage complémentaire.

PAGE (*programme d'aide à la gestion des enveloppes des hôpitaux*) rassemble des informations sur les résultats comptables et financiers des établissements publics de santé. Il est peu utilisé par les DRASS car le niveau d'agrégation des informations est trop global.

ANDREAS (*analyse nationale, départementale et régionale des établissements et activités de santé*) est une base de données multi-sources sur les établissements de santé. Il regroupe des informations provenant des autres bases de données hospitalières (SAE, ADELI, FINESS, PAGE), l'ensemble des RSA, des indicateurs issus de MAHOS et des données sur l'environnement géographique et sociétal (INSEE).

PARHTAGE est un système d'information en développement qui sera commun à toutes les ARH et à leurs membres ainsi qu'aux établissements publics et privés. Les membres des ARH seront reliés par un système intranet et un système extranet reliera les ARH aux établissements. PARHTAGE comportera une base documentaire interrogeable, des modules de gestion interne, des bases de données à indicateurs pré-établis et des bases de données requérables¹. PARHTAGE sera mis en œuvre par la future Agence technique de l'Information sur l'hospitalisation (ATIH)². Concernant l'information des usagers et des journalistes, il est cependant à craindre que peu de chose soit prévue.

Au-delà des sources administratives, Il y a également les bases de données nombreuses générées par les caisses d'assurance maladie ainsi que les sources de données extérieures moins spécifiques mais très intéressantes fournies par les organismes de statistiques ou de recueil épidémiologique : INSEE, INSERM, ORS, etc.

¹ Entretien avec Dominique Moulin, chargée de mission des systèmes d'information, ARH Ile-de-France, Paris.

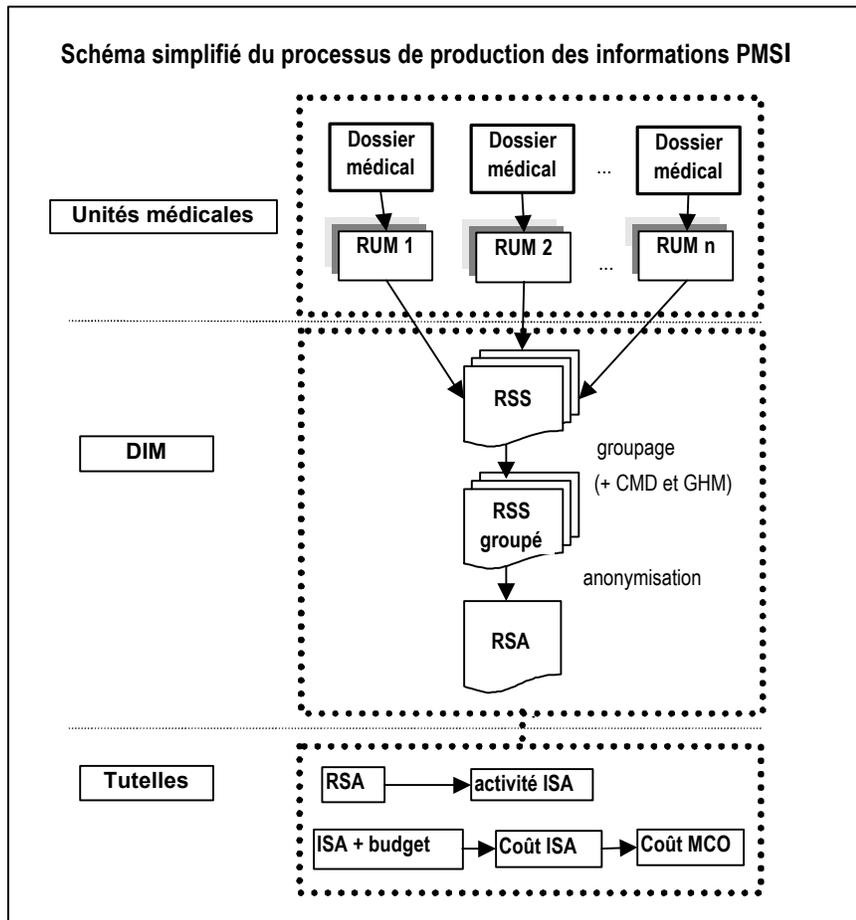
² L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation a été créée par le décret n° 2000-1282 du 26 novembre 2000. Progressivement en train de se mettre en place, elle devrait rassembler des compétences multiples provenant du PERNNS, du CTIP, de la mission PMSI de la DHOS et s'appuyer également sur certains services de la DREES. Ses domaines d'action incluront naturellement le PMSI mais également FINESS et SAE en collaboration avec la DREES.

5.4.2.2 Le PMSI, un système d'information unique sur l'activité de soins des établissements

Conçu pour connaître l'activité médicale de tous les hôpitaux sur la base d'un référentiel standard et pour estimer le coût de cette activité, le PMSI¹ est le seul système d'information à même de fournir des informations objectives sur la nature et le volume de l'activité des établissements. Son fondement légal est l'article L. 710-5 du code de la Santé Publique :

« Les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité. Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins ».

Le recueil d'informations dont l'unité de base est le séjour des patients est rappelée ci-après :



¹ Les modalités de recueil d'information contenues dans les RSS sont détaillées dans le *Guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI*. Ministère des affaires sociales, de la ville et la santé. Direction des journaux officiels, Paris. 231 p.

Après une lente mise en place objet de nombreux débats, l'intérêt du PMSI est maintenant unanimement reconnu par tous les acteurs du champ hospitalier. Terrain de nombreuses expérimentations, il est passé depuis 1998 dans une phase d'exploitation opérationnelle par les ARH et ses membres. Il est maintenant généralisé à l'ensemble de l'activité de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique et est en passe d'être étendu aux autres activités (cf. 6.2.6.1). Par les informations qu'il collecte, il contribue à faire progresser l'ensemble des acteurs œuvrant dans et autour de l'hôpital. Ses utilisations sont nombreuses (budget, planification etc. - cf. 6.1) mais son impact majeur est peut être d'abord d'ordre culturel, particulièrement pour le corps médical hospitalier : c'est ainsi la première fois que l'on établit une appréciation quantitative des séjours par une nouvelle unité, le point ISA, et ceci pour toutes spécialités confondues, ensuite, le corps médical devient directement associé à la performance et aux résultats l'entreprise « hôpital » dans un environnement concurrentiel.

5.4.3 Les ARH et l'information sanitaire

Il a été confirmé au long des entretiens que les ARH représentent le niveau le plus pertinent pour la planification hospitalière et sa programmation. Par suite, c'est donc également le niveau le plus approprié pour développer ou améliorer des SI concernant l'offre et l'activité hospitalière, centraliser les données et exploiter l'information qui en est issue afin de rationaliser les décisions loco-régionales. La rencontre avec des représentants de deux ARH (Ile-de-France et Bretagne) montre une diversité de vision en ce qui concerne les prérogatives et le rôle des ARH en matière de SI. En Ile-de-France, la mise à disposition de l'information sanitaire est pour l'instant réservée aux seuls membres de l'ARH via un intranet. L'accent est mis avant tout sur l'aspect communication interne (mise à disposition d'annuaires, des travaux de la commission régionale d'information médicale (CRIM), du COTRIM etc.). Depuis deux ans, l'ARH-IF diffuse à ses membres la base régionale du PMSI MCO agrégée selon la classification OAP (cf. 6.2.2.2). En cas de besoin particulier d'un des membres, il y a possibilité de mise en relation avec un expert technique (médecin DIM, statisticien, informaticien, analyste, cartographe etc.). La CRIM coordonnée par l'ARH-IF a récemment réfléchi à la mise à disposition pour les membres de l'ARH-IF d'un outil simple d'exploitation du PMSI mais cela n'a pas encore été mis en place. Très nettement, il apparaît au cours des entretiens que les solutions techniques en matière de SI proviennent majoritairement des services de l'assurance maladie (service médical - SMAMIF, services administratifs - CRAMIF) et non des services déconcentrés. Compte tenu de l'avancement des travaux sur PARHTAGE, la création d'un site internet ARH-IF avec ouverture au public n'a pas été retenue. En Bretagne, la démarche adoptée a été l'ouverture la plus grande

possible vers les établissements de la région avec mise à disposition de données et d'outils permettant une exploration individuelle et relativement conviviale du PMSI. L'idée étant de développer les échanges entre l'ARH Bretagne et les établissements, de favoriser le retour d'information afin d'encourager le travail de recueil de données et de contribuer à plus de transparence sur l'hôpital. Un site internet offre également beaucoup d'informations consultables par le grand public.

5.4.4 Le médecin inspecteur de santé publique face aux systèmes d'information de santé

L'idée que le PMSI est généralement sous-utilisé¹ se trouve vérifiée au niveau des médecins inspecteurs exerçant dans les DDAS. Quelles peuvent-en être les raisons ?

Au cours des entretiens, dont ceux de trois MISP² directement intéressés par le PMSI, on retrouve plusieurs éléments de réponse :

- Insuffisance de disponibilité, à cause de l'éventail des tâches et de compétitions entre priorités ; ce qui laisse peu de temps à la réflexion et à l'analyse des données disponibles.
- Insuffisance de compétences techniques : une seule formation reçue par les MISP ayant trait au PMSI en 1995, portant strictement sur le contrôle externe du PMSI ainsi qu'une journée de formation sur la CIM 10. Absence également de maîtrise de logiciels tableurs ou gestionnaires de bases de données.
- Insuffisance de moyens matériels : en DDASS, aucun des deux MISP n'a d'accès ni direct ni facile à une connexion internet, nécessaire pour accéder aux sites fournissant information, données, outils, références et applications informatiques sur le PMSI (cf. liste des sites internet utiles dans le chapitre 9 - Bibliographie). Par ailleurs, le débit du réseau internet passant par le Ministère est tellement faible qu'en pratique il n'est pas utilisable (impossibilité de télécharger une application par exemple). Quoique recevant pour la deuxième année consécutive la base PMSI sur CD-ROM, l'un des MISP ne dispose pas de lecteur de ce type sur son ordinateur.

¹ Bernardini R., Bouzigues B., Laurenceau F. et al. Le P.M.S.I. pour une publication médicale sur un savoir inexploité. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* 1996 ; 3 : 35-45.

² Deux médecins inspecteurs affectés au pôle sanitaire des DDASS 75 et 92, un MIR-adjoint président du COTRIM Ile-de-France.

- Insuffisance de support interne (DDASS) et externe :
 - Dans une DDASS, le responsable d'informatique et d'organisation (RIO) en poste est un IASS qui consacre 50% de son temps à la maintenance informatique et 50% au pôle SIDA-toxicomanie. Un statisticien est présent mais non titulaire, à temps partiel, dont le poste précaire est financé sur le budget SIDA-toxicomanie.
 - A la DRASSIF, la personne qui possédait la maîtrise d'un logiciel de cartographie est partie depuis plus de deux ans et n'a pas été remplacée. Une nouvelle fois, le renouvellement du personnel a été l'occasion d'une perte sèche de connaissances et de mémoire du service. Les statisticiens, eux, travaillent essentiellement pour le compte de la DREES dont ils dépendent. Il n'y a pas non plus de double compétence statistique - SI. D'autre part, il n'existe aucune procédure écrite qui régit le travail effectué autour du PMSI et qui permettrait de rendre les échanges plus opérationnels. C'est ainsi que les fichiers MAHOS envoyés systématiquement aux DDASS pour information ne sont pas directement lisibles par les MISP responsables du pôle sanitaire.

Un certain nombre de ces insuffisances observées de façon ponctuelle se retrouvent dans une évaluation des services de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) faite sur l'informatisation des services déconcentrés¹.

- En matière d'exploitation des données du PMSI, l'ARH-IF ne propose qu'une coordination de moyens ou de compétences avec les autres de ses membres ou éventuellement la mise en relation avec des experts extérieurs, mais ne fournit pas d'aide directe. Les personnes travaillant pour l'ARH ont le sentiment que la création des ARH, qui ont pris une partie des prérogatives des DRASS, a créé une sorte de cassure entre « le sanitaire » (ARH, DHOS) qui a beaucoup de moyens financiers et le « médico-social » (DRASS) qui dispose de ressources humaines mais de moindres ressources financières. A la suite de la réforme hospitalière de 1996, il est ressenti que les DRASS ont d'une certaine façon désinvestit le champ sanitaire y compris celui du PMSI, ce qui peut expliquer par exemple la faible appropriation du PMSI par les statisticiens régionaux.
- Désintérêt des MISP pour le PMSI. On peut rattacher ce désintérêt qui semble assez répandu chez les MISP, à l'accumulation des facteurs précédents en sus d'une culture

¹ Horville S. Rapport de l'IGAS sur l'informatisation des DDASS et des DRASS. *Revue française des Affaires sociales*, 2001 ; 2 : 27-38.

peu orientée vers les sciences quantitatives. Pourtant, la présence régulière de MISP au COTRIM ne plaide pas pour un désengagement total. Ce désintérêt est aggravé par la rareté d'analyses issues de l'exploitation du PMSI autres que celles budgétaires. En 1995, un rapport de la promotion René Char de l'école nationale d'administration (ENA) avait fait, dans les services déconcentrés, le constat d'une insuffisance de compétences en matière d'exploitation des données de l'information médicale, dont celles issues du PMSI ; ce qui n'était pas cohérent avec la volonté affichée d'une régulation efficace des dépenses de santé. À l'époque, ce rapport recommandait le renforcement de la formation des cadres des services déconcentrés - dont les médecins inspecteurs - en matière de « mise en place et suivi des systèmes d'information sur les activités de soins » et de « traitement des informations » sur ces mêmes activités de soins¹. Actuellement, la formation initiale des MISP ne fait qu'aborder succinctement les systèmes d'information, néanmoins le service de formation continue de l'École nationale de santé publique (ENSP) propose deux modules² destinés à mieux maîtriser le PMSI et les SI dans le domaine de la santé.

5.4.5 Des systèmes d'information parfois en décalage, une information sous-exploitée

L'existence de systèmes d'information ne présume pas de leur capacité à répondre aux questions que l'on se pose. Pour prendre l'exemple des professions médicales, on a vu qu'il existait deux systèmes d'information qui pouvait à priori fournir des informations sur les professions médicales hospitalières (ADELI et SIGMED). Pourtant, au vu de la pénurie de médecins qui s'est déjà installée dans certaines spécialités (anesthésistes, pédiatres, psychiatres ...), ces systèmes n'ont apparemment pas permis d'anticiper cette situation de pénurie, d'où la décision ministérielle récente de créer un observatoire de la démographie médicale (!) On peut alors légitimement s'interroger sur les points suivants : les informations collectées par ADELI et SIGMED étaient-elles utiles ou exploitables ? Qui en était le destinataire ? Comment étaient analysées ces informations ? Si les informations étaient disponibles, pourquoi n'a-t-on pas anticipé ? Enfin le coût d'entretien de ces systèmes vaut-il

¹ « Faute d'une véritable formation des cadres des services déconcentrés à l'interprétation de ces données, les résumés standardisés de sortie ne constituent toujours pas un outil d'aide à la décision, alors que leur transmission est obligatoire » dans *Les nouveaux enjeux des politiques de santé : Santé publique, organisation et systèmes d'information*. École Nationale d'Administration. Promotion René Char. Éditions La Documentation française, Paris, 1995, pp. 418-419.

² Le service « Formation continue » de l'ENSP propose sous la responsabilité du département MATISS, le module « Fichier PMSI, statistiques et décisions » sur 4 jours ainsi que le module « L'information médicalisée au service des politiques sanitaires (planification -projets médicaux) » sur 3 jours.

le service rendu ? Il apparaît, au travers de cet exemple, que les systèmes d'information et l'ensemble de la chaîne d'information doivent, d'une part, être périodiquement réévalués et remis en question au regard des nouvelles interrogations et, d'autre part, être effectivement exploités et pas simplement administrés.

Le PMSI qui a entraîné de gros changements dans la culture et les pratiques a mis près de 15 ans pour passer de la phase expérimentale à la phase opérationnelle¹. Une masse énorme d'information est recueillie sur la totalité des établissements de court séjour : en Ile-de-France, la base annuelle de RSA rassemble environ trois millions de séjours hospitaliers. Ces informations sont utilisées essentiellement à des fins budgétaires, calcul du point ISA et estimation de la productivité des établissements. L'ensemble des acteurs du champ hospitalier s'accorde à dire que le PMSI fournit de précieuses données sur l'activité des établissements. Pourtant, les études exploitant les données du PMSI sont encore très rares. On ne peut que souhaiter qu'elles deviennent plus nombreuses. Des expérimentations intéressantes sont menées autour du PMSI, mais ne reste pas t'on trop souvent ou trop longtemps dans le domaine de l'expérimentation ? De plus, ces expérimentations n'ont généralement qu'une portée régionale correspondant au rayon d'action des ARH. Quelle consolidation ou coordination des expériences y a t'il au niveau interrégional et national ? Qui a ce niveau a la volonté et le pouvoir de décider des adaptations nécessaires ?

Un effort important est actuellement porté à l'amélioration de la qualité des données recueillies, préliminaire à une exploitation de qualité du PMSI : par exemple qualité du codage ou adaptation des groupements homogènes de malades (GHM) aux nouvelles situations médico-techniques. Les COTRIM, réunissant les différents acteurs impliqués dans la production du PMSI, jouent un rôle majeur dans ce domaine. On peut se demander si le même effort est consenti pour l'exploitation et l'analyse du PMSI visant à mieux connaître les pratiques de soins. Rien n'est moins sûr. L'ARH-IF mobilise et coordonne des compétences pour essayer de valoriser ces données². Encore une fois, il est notable que les compétences

¹ Le PMSI commence à être mentionné dès 1982. Ses premières expérimentations remontent à 1986. La première base de données réellement exploitable concerne l'année 1998.

² Ainsi deux applications récentes, conviviales permettent de réaliser des analyses sur les flux de patients entre les différents bassins de vie de la région (*Flux PMSI 1999* et *Flux PMSI cancérologie* disponibles sur le site Internet de la CRAMIF, <<http://www.cramif.fr>>). Une troisième application, RIMES développée par les services de la CRAMIF a été présentée au COTRIM IDF en mai 1999. Elle permet une exploitation individuelle, conviviale et performante des données du PMSI : on peut cependant regretter qu'elle ne soit pas encore diffusée largement en dehors des services de l'assurance maladie.

sollicitées sont essentiellement techniques et proviennent quasi-exclusivement des services de l'assurance maladie. A la DRASSIF, seulement deux personnes assurent l'exploitation du PMSI régional, et ceci prioritairement visée budgétaire. Il y a donc dans les services déconcentrés régionaux de la plus grosse région française, une absence quasi-totale de moyens humains affectés à l'exploitation du PMSI à des fins d'études autres que le calcul du point ISA et sa valorisation. Outre les établissements, les DDASS sont destinataires des analyses conduites par la DRASSIF : il s'agit soit de rapport annuel (format papier) soit de fichiers produits par Mahos envoyé à titre systématique sans réelle préoccupation des besoins des éventuels utilisateurs. Les rapports annuels, certes utiles, n'offrent ni flexibilité aux utilisateurs ni ne répondent à des besoins individuels d'analyses plus fines nécessaires au niveau local. Les fichiers adressés sont quant à eux difficiles à exploiter sans de bonnes compétences en informatique et en bureautique.

Au niveau des DDASS d'Ile-de-France, les MISP et les inspecteurs exerçant des missions pour le compte de l'ARH-IF ne disposent actuellement d'aucun outil informatique opérationnel pour pouvoir exploiter de façon autonome le PMSI. Ce déficit est flagrant, au regard des outils dont disposent leurs collègues de l'assurance maladie (médecins conseils et personnels administratifs) qui exercent des missions voisines ou en coopération directe avec la tutelle hospitalière¹. Il est à craindre que, si rien est fait, ce déséquilibre s'amplifie, mettant les personnels des services déconcentrés dans une situation inconfortable.

5.5 LES MULTIPLES ENJEUX DE LA RECOMPOSITION DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS

5.5.1 Les enjeux sanitaires

Le PMSI est le seul instrument qui permette d'analyser l'activité hospitalière. Il est maintenant bien implanté, généralisé et tend à être étendu aux autres secteurs sanitaires (soins de suite et réadaptation, psychiatrie ...). Il permet bien sûr de valoriser l'activité des établissements et de répartir les budgets. Il permet de réaliser un grand nombre de comparaisons : comparaisons entre établissements, comparaisons public-privé, comparaisons de prise en charge médicale. Dans le domaine de la planification, il permet d'identifier le positionnement stratégique de l'établissement activité par activité. Il contribue à

¹ Ainsi, en Ile-de-France, les personnels du SMAMIF et de la CRAMIF disposent au minimum de 4 applications informatiques permettant d'analyser le PMSI : MAHAUT 2000, OAP sous Excel®, Appli-RSA et RIMES sans compter les applications en libre utilisation de type Flux PMSI.

l'élaboration du projet d'établissement aussi bien qu'à des réorientations importantes d'activités et à la recherche de solutions locales. Malgré ses limites que nous rappellerons ultérieurement (cf. 6.1.4), c'est un instrument qui mobilise tous les acteurs du domaine sanitaire et qui intéresse de plus en plus la société civile car il œuvre vers plus de transparence d'un secteur qui jusqu'alors en faisait défaut.

5.5.2 Les enjeux sociaux

Malgré la reconnaissance par l'OMS¹ de l'excellence de son système de santé, la France se caractérisait récemment encore au niveau européen par des inégalités sociales en matière de santé², et en particulier pour ce qui concerne l'accès aux soins. Cette appréciation est certes moins fondée depuis l'avènement de la couverture médicale universelle (CMU)³. D'un autre côté, au sein d'une région ou d'un département étendu, peuvent coexister des situations hétérogènes en matière de nature de l'offre de soins, d'équipement, de panel de services, et bien sûr de qualité des soins⁴. Le PMSI peut dans certains cas aider à identifier des spécialités insuffisamment représentées localement, obligeant alors les patients à se déplacer hors de leur territoire habituel ou peut éventuellement révéler des différences de prise en charge médicale entre établissements. Sous cet angle, en apportant plus de transparence, le PMSI peut révéler des déséquilibres ou des différences et par suite contribuer à les atténuer dans un souci de plus grande équité.

5.5.3 Les enjeux politiques

La restructuration de l'offre de soins hospitaliers qui parfois génère la fermeture d'établissements ou d'activités sur le territoire d'une commune concerne en premier chef les élus locaux et les collectivités territoriales. D'abord parce que le maire qui préside souvent le conseil d'administration de l'hôpital est, parmi ceux qui interagissent au sein de l'hôpital, un acteur important. Le conseil d'administration a en effet à se prononcer sur l'ensemble des programmes d'investissement et d'équipement lourd de l'établissement. Ensuite, en cas de suppression d'un établissement de santé de proximité, la pression citoyenne et politique

¹ *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 - Pour un système de santé plus performant*. Organisation Mondiale de la Santé, 2000. 237 p.

² Leclerc A. / Ed. INSERM. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte, 2000. 448 p. Collection Recherches.

³ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

⁴ Bassin C., Carel D., Lucas-Gabrielli V. et al. L'accès aux soins en milieu rural. *ADSP*, 1999 ; 29, 23-25.

exercée sur les élus locaux tant par les usagers du système de soins que par les syndicats de travailleurs est forte. Tout usager, électeur potentiel, qui voit disparaître une structure de soins de proximité ne manquera pas d'exprimer son mécontentement lors des prochaines échéances municipales. On a ainsi vu par le passé la « montée au créneau » de personnalités politiques locales lors de la fermeture d'une maternité ou d'un hôpital local. Pour mémoire dans les Hauts-de-Seine, la fermeture de la maternité de Courbevoie, secondaire au regroupement des hôpitaux de Neuilly et de Courbevoie, a occasionné de très vives protestations de la part des élus locaux :

« Dans le cas de restructuration, et plus précisément de fusion telle que celle qui s'est réalisée entre les établissements de Neuilly et de Courbevoie, ce rôle - être l'interface avec les autorités de tutelle, le ministère de la santé, l'agence régionale de l'hospitalisation - prend une ampleur particulière. Il s'agit alors d'éclairer la tutelle afin de déclencher la meilleure décision possible ; cette tâche n'est pas toujours facile, on l'a vu avec la fermeture en septembre 2000 de la maternité de Courbevoie, décision à laquelle je m'étais opposé de façon solidaire avec Jacques Kossowski, maire de Courbevoie, en démissionnant d'ailleurs du conseil d'administration en guise de protestation »¹.

« ... Le transfert dans l'urgence du site de Courbevoie vers Neuilly n'était donc pas légitime. Cet établissement répondait à un vrai besoin de proximité et il a respecté son contrat.... »².

Et l'on peut enfin constater qu'un même élu pourra adopter une conduite ou exprimer des opinions contradictoires selon qu'il siège au parlement au moment du vote de l'ONDAM ou qu'il revêt son écharpe de maire au milieu de ses concitoyens. Un degré supplémentaire d'interaction politique peut être atteint quand les élus locaux sont des hommes politiques de stature nationale ou lorsque le pouvoir politique décisionnel est proche, ce qui est doublement le cas dans le département des Hauts-de-Seine.

5.5.4 Les enjeux économiques et financiers

Sans en examiner le détail, les décisions des ARH peuvent avoir des conséquences importantes en matière d'investissement, d'aménagement du territoire, voire même d'emploi local. Les restructurations ont conduits à la fermeture de structures ou de services obsolètes ou ayant une activité insuffisante (plateaux techniques chirurgicaux, maternités). D'autre

¹ Extrait d'une interview de Monsieur Nicolas Sarkozy, maire de Neuilly-sur-Seine, dans la revue de l'Union hospitalière régionale d'Ile de France (UHRIF), 20 juin 2000.

² Extrait de la question de Monsieur Jacques Kossowski à Madame Dominique Gillot, *secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés*, lors de la séance de questions orales à l'Assemblée Nationale du mardi 3 octobre 2000.

part, les restructurations exigées par les SROS et leurs annexes doivent être accompagnées par des moyens financiers alloués par les ARH. Il y a là place pour une intense négociation entre les établissements et les agences.

6 - L'APPORT DU PMSI DANS LA REGULATION DE L'OFFRE HOSPITALIERE

6.1 QUEL ECLAIRAGE ATTENDRE DU PMSI ?

Le destin du PMSi a considérablement évolué depuis sa création. Conçu initialement pour permettre une certaine évaluation médico-économique des activités hospitalières, le PMSI apparaît de plus en plus comme « *une caverne d'Ali Baba où il serait possible de puiser sans fin des richesses considérables* »¹. En replaçant le PMSI dans un système d'interprétation qui lui permette d'entrer en résonance avec d'autres informations, en ayant défini un plan d'analyse cohérent avec des objectifs préalablement définis, alors le PMSI peut être en mesure d'apporter un éclairage constructif dans un certain nombre de situations professionnelles.

6.1.1 Le PMSI et la planification sanitaire

La mise en place d'une stratégie pertinente et efficace passe nécessairement par une phase de diagnostic de la situation existante. Dans le cadre du SROS, un inventaire précis des problèmes d'organisation est indispensable pour pouvoir progresser. L'objectif d'optimisation des ressources nécessite d'analyser la situation de chaque établissement de soins. Par exemple, suite à une demande de l'ARH-IF dans le cadre de l'élaboration du volet chirurgical du SROS II, le SMAMIF a utilisé la base de résumés de sortie anonymes (RSA) pour décrire l'activité de chirurgie en Ile-de-France². A partir de 375 118 RSA recueillis sur un trimestre, cette étude a permis d'obtenir une appréciation relativement détaillée de l'activité chirurgicale ambulatoire, en hospitalisation complète, et pédiatrique dans la région. Une telle analyse a permis de voir comment se répartissait l'activité chirurgicale entre les secteurs publics, privés et l'AP-HP. Elle a aussi permis de décrire l'activité chirurgicale sous plusieurs angles : chirurgie ambulatoire, chirurgie en hospitalisation complète, chirurgie pédiatrique, chirurgie par grandes disciplines (orthopédie, urologie, digestif etc.). Enfin, à partir du regroupement des GHM chirurgicaux, des analyses comparatives en matière de lourdeur de prise en charge, au sein d'une même spécialité, et entre différents établissements ont été possibles.

¹ Desgeorges G., Ferroud-Plattet B., Lopez A. PMSI & Planification. *Technologie Santé*, 1999 ; 39 : 11-15.

² Deraedt S., Sagnat J., Arpin-Rrampal A. et al. Contribution d'une étude du service médical de l'assurance maladie à la restructuration de l'offre de soins en chirurgie en Ile-de-France. *Revue médicale de l'assurance maladie*, 2001 ; vol. 32, 1 : 33-41.

Certes il faut garder à l'esprit les limites méthodologiques d'une telle étude liées à celles du PMSI lui-même, à savoir l'exhaustivité plus ou moins totale des données recueillies (< 90% en 1997 pour le secteur privé), la non-représentation des établissements de moins de 100 lits MCO, la non-prise en compte des séjours comportant des actes opératoires non classants¹ (traitements orthopédiques, prise en charge chirurgicale de certaines grossesses) et l'approche strictement quantitative fournie par le PMSI. Cependant, elle montre l'intérêt et la capacité du PMSI à fournir rapidement une appréciation globale chiffrée de l'activité chirurgicale en Ile-de-France à partir de la base de RSA facilement disponible au niveau de l'ARH-IF. Dans la pratique, cette étude a été reprise par les experts de l'ARH-IF dans le cadre de l'élaboration du volet chirurgie du SROS de deuxième génération et de son annexe opposable.

De la même manière, le PMSI peut aussi aider à l'application et au suivi des SROS. En particulier lorsque l'on s'intéresse à la répartition de certaines activités (urgences, périnatalité...) au sein d'un pôle sanitaire, c'est à dire au sein d'une association cohérente d'établissements d'un même espace géo-démographique, l'analyse des RSA peut permettre, dans la phase initiale de diagnostic, de mesurer le volume d'activité de chaque établissement dans chaque activité de soins, puis d'appréhender le poids d'un établissement donné dans le dispositif régional de soins. Cette analyse peut ainsi mettre en évidence des situations de concurrence exacerbée ou à l'inverse de faiblesse d'activités sur certains sites pouvant conduire à un rééquilibrage de moyens (en termes d'équipement, de personnel etc.) ou à des restructurations d'établissements (fermeture ou extension d'activités, regroupements, conversion de lits). Dans le cadre du suivi et de la mise en œuvre du SROS de cardiologie dans le Nord-Pas-de-Calais, Heylinck propose une série d'indicateurs standardisés² : part de l'activité cardiologique (classification majeure de diagnostic 05 - CMD 05) dans l'activité globale des établissements, pourcentage des RSA en CMD 05 de chaque établissement par rapport au niveau régional, case-mix de cardiologie par établissement, part des GHM 178, 179 et 180 (infarctus du myocarde) dans la CMD 05 de chaque établissement, nombre de transferts immédiats, durée moyenne de séjour (DMS) selon le

¹ Les actes classants sont des actes techniques, essentiellement chirurgicaux, réalisés sur le malade au cours du séjour, qui ont consommé le plus de ressources, et qui permettront d'affecter le malade à un GHM.F. Engel, F. Kletz, JC Moisdon et al. *La démarche gestionnaire à l'hôpital. Le PMSI. Tome 2. La régulation du système hospitalier*. Ed. Seli Arslan, 2000. p. 91. La réalisation d'actes classants est recueillie dans les RSS.

² Heylinck B. *Utilisation du PMSI pour le suivi du schéma régional d'organisation sanitaire de cardiologie dans le Nord-Pas-de-Calais*. Mémoire de fin d'études, filière MISP, ENSP, avril 1996.

GHM par établissement etc. Une autre étude de Riou et al¹. a été réalisée dans le cadre de la planification régionale de l'hématologie en Bretagne. A partir de trois niveaux descriptifs de l'activité d'hématologie (CMD, GHM et les pathologies traitées en hospitalisation complète obtenues en retournant au résumé d'unité médicale - RUM), le PMSI a permis d'évaluer l'activité hématologique des hôpitaux en terme d'appréciation globale de l'activité hématologique au sein des établissements et, dans une moindre mesure, de l'importance relative de la prise en charge hématologie maligne versus hématologie bénigne.

Enfin, le PMSI, par le recueil des codes postaux de résidence dans le RUM, permet une approche par étude des flux de patients. Ainsi il est dans une certaine mesure possible, au sein d'un région ou d'un bassin de vie, d'étudier la rétention, l'attractivité ou la fuite des patients entre bassins de vie ou même au niveau d'un établissement. Cela permet en particulier d'objectiver un déficit d'activité au niveau d'un territoire obligeant les patients à se déplacer vers un autre territoire qui leur est moins familier ; information intéressante pour l'ARH qui pourra accorder des moyens pour développer ce secteur, et pour les établissements qui pourront dans leur projet médical développer cette activité déficitaire. Le PMSI permet donc d'objectiver les besoins de soins exprimés par la population au niveau d'un bassin de vie. Cette fonctionnalité du PMSI est particulièrement intéressante lorsque l'on veut étudier une activité transversale comme la cancérologie. En ramenant ces chiffres à la population, il est alors possible d'estimer des indices locaux de besoin. La connaissance locale des besoins de soins par le PMSI, complété par des enquêtes de satisfaction usagers peut ainsi devenir un élément fondamental dans la régulation de l'offre de soins et les allocations de ressources qui en découlent.

6.1.2 Le PMSI et le projet médical d'établissement

Le PMSI apporte une information utile à l'élaboration du projet médical d'établissement (PME), et par conséquent doit pouvoir contribuer au processus de négociation des contrats d'objectifs et de moyens. Il permet d'objectiver l'éventail des activités de l'établissement ou *case-mix*, d'appréhender l'importance d'une activité au sein de cet établissement, mais aussi dans le secteur sanitaire de l'établissement et dans la région. Il permet à l'établissement de déterminer son positionnement stratégique, activité par activité au sein d'un secteur géographique² et de faire l'évaluation de ses points forts, de ses points faibles et d'en

¹ Riou C., Cauvin JM et ABIMES. Utilisation du PMSI comme aide à la planification régionale en hématologie. *Journal d'Économie médicale*, 1995 ; 6 : 347-348.

² Confirmés par les entretiens avec Deckard J. et Deraedt S. et par l'article de Lesteven P. et Tardif L. Le PMSI dans le management des EPS. PMSI et projet médical. *Revue hospitalière de France*, 2001 ; 481 : 14-23.

prendre compte dans la détermination de ses choix stratégiques. Il est remarquable que de telles analyses qui s'apparentent au « benchmarking »¹ apparu dans des secteurs industriels et commerciaux fortement concurrentiels intéressent non seulement le secteur privé mais également les secteurs public et privé à but non lucratif. Encore une fois, l'interprétation des données issues du PMSI n'a de sens que si elles sont mises en perspective avec d'autres sources de données (SAE², retraitements comptables, registre des entrées, ECSSH³, etc...) et dans le cadre d'objectifs bien définis⁴. Si ces conditions sont réalisées, les gestionnaires d'établissements de santé disposent alors d'un outil extrêmement intéressant pour déterminer le positionnement stratégique de leur établissement et donner un sens aux orientations retenues.

6.1.3 Le PMSI et le pilotage stratégique des établissements de santé

Les gestionnaires des établissements de santé ont maintenant, grâce au PMSI, un outil qui leur donne enfin un éclairage sur la partie la plus obscure et pourtant essentielle de l'activité hospitalière : l'activité de soins. Des expériences intéressantes sont actuellement menées par certains établissements hospitaliers, en particulier les Hôpitaux universitaires de Strasbourg qui participent à l'étude nationale du coût par pathologie. L'idée est d'appliquer au niveau de l'hôpital le raisonnement qui prévaut au niveau régional : l'établissement équivalent à la région et les services aux établissements de la région⁵. En appliquant ce principe, et sous réserve d'une comptabilité analytique rigoureuse, il est possible de déterminer la distribution des produits de l'activité médicale, à savoir le nombre de séjours par GHM ainsi que le nombre de points ISA produits, par service. Les gestionnaires des hôpitaux peuvent ainsi obtenir des indicateurs très précieux utilisables pour le pilotage des établissements. Ils peuvent identifier, nous l'avons vu, les points forts et les points faibles –

¹ Démarche visant à améliorer les performances (coût/qualité) d'une entreprise. Après avoir sélectionné les entreprises les plus performantes dans le domaine d'intérêt, dans le même secteur ou non, elle consiste à identifier les meilleures pratiques en termes d'organisation, de solution et de coût et à en déduire des pistes d'amélioration transposables dans le contexte particulier de l'entreprise concernée.

² *Statistiques annuelles d'établissement.*

³ *Evaluation comparative des structures et services hospitaliers.*

⁴ Desgeorges G., Ferroud-Plattet B., Lopez A. PMSI & Planification. *Technologie Santé*, 1999 ; 39 : 11-15 et Lesteven P., Tardif L. Le PMSI dans le management des EPS. PMSI et projet médical. *Revue hospitalière de France*, 2001 ; 481 : 14-23.

⁵ Penaud M., Faujour V., Biron M.N. et al. Le PMSI peut-il être utilisé comme un outil de pilotage stratégique ? *Journal d'Économie médicale*, 1998 ; 7-8 : 507-521 et Penaud M., Nisand M.G., Biron M.N. et al. L'application du PMSI en gestion interne aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg. *LSIM*, 1999 ; 35 : 14-17.

en termes de productivité – des services de leur établissement et par suite développer des stratégies adaptées : retrait d'une activité, maintien d'une activité en essayant de gagner en performance, développement d'une activité par une politique d'investissement. Ils peuvent comparer différents processus de prise en charge ou différents protocoles thérapeutiques pour une même activité. Ils peuvent identifier une insuffisance de moyens et y apporter une réponse adaptée. Par exemple, un allongement de DMS peut signifier un délai trop long d'accès à un plateau technique ou une insuffisance de lits d'aval. Ce qui dans le premier cas peut se résoudre par un investissement, et dans le second par un accord contractuel avec un établissement de soins de suite. Il semble cependant difficile, pour des raisons de méthodologie et de précision du PMSI, de conduire des analyses fines comme la comparaison de productivité entre services. Mais le plus important est peut être, ce qu'on retrouve dans les entretiens, la possibilité pour les établissements de mieux se connaître et que des discussions entre administratifs et soignants puissent s'engager autour d'orientations stratégiques.

Ce champ d'investigation semble en plein développement et il revêt tout son intérêt dans un environnement de plus en plus concurrentiel émaillé de contraintes croissantes en termes de maîtrise des dépenses. Cette évolution ne doit cependant pas se faire aux dépens des usagers. Il revient alors aux ARH et aux services de l'État d'exercer pleinement leurs rôles de régulation et de contrôle pour qu'on n'assiste pas à une course aux points ISA au détriment des missions de service public et de l'équité en matière d'accès aux soins.

6.1.4 Le PMSI, un outil nécessaire mais non suffisant

Il est maintenant admis que le PMSI apporte une information unique et irremplaçable sur la nature et le volume de l'activité médicale des établissements. Cependant, le PMSI a des limites ou doit faire prendre un certain nombre de précautions.

- En particulier, il ne permet pas d'appréhender toute une série d'activités effectivement réalisées par les établissements : que ce soit des activités transversales comme la réanimation, les soins palliatifs, l'anesthésie, l'imagerie, la pharmacie et la stérilisation ainsi que les activités de recherche fondamentale ou clinique. Il ne permet pas également de capter des activités en plein essor telles que l'hospitalisation à domicile (HAD) ni d'appréhender l'activité d'urgence et les consultations externes. Néanmoins, certains recoupements devraient être possibles avec la nouvelle SAE qui a été réformée avec la préoccupation d'une meilleure complémentarité avec le PMSI.

- Le PMSI ne prend pas non plus en compte tout un pan de l'activité non strictement médicale, c'est à dire les actes para-médicaux (kinésithérapie, activité des sages-femmes et soins infirmiers, orthophonie, diététique ...).
- Le PMSI, au début de sa généralisation, n'était pas exhaustif : la base privée n'était pas exhaustive jusqu'en 1997 et il n'y avait pas de recueil dans les établissements MCO de moins de 100 lits. Ce n'est plus vrai aujourd'hui.
- Par ailleurs, le PMSI basé sur une approche quantitative de l'activité médicale, ne permet pas d'apprécier la qualité des soins sans introduire de biais important¹. La qualité d'un établissement n'étant par exemple pas proportionnelle au volume de son activité (sous-activité, suractivité).
- Il n'apporte aucune information sur la satisfaction des patients qui devra faire l'objet d'enquêtes ad hoc de type « enquêtes usagers ».
- Le PMSI ne mesure que les soins consommés et non pas les besoins réels des patients. Cependant, il permet d'analyser les flux de patients au niveau d'une région ou d'un bassin de vie et pour une activité donnée. C'est à dire qu'il permet de décrire les mouvements des patients pour lesquels les besoins ne sont à priori pas satisfaits localement. Il peut permettre ainsi de détecter des situations de déficit ou d'insatisfaction qui peuvent être explorées plus finement au niveau de l'ARH.
- Malgré quelques tentatives, les acteurs sont unanimes pour dire que le PMSI ne permet pas de mener de réelles études épidémiologiques car l'unité d'évaluation est le séjour et non le patient². Cependant, le PMSI peut fournir des informations sur la morbidité d'une population ou sur certaines pathologies. A terme, le chaînage des séjours permettra d'obtenir «*une base de données analysables au niveau patient ce qui sera une avancée majeure notamment au niveau épidémiologique*³». La réforme de la nomenclature des actes médicaux et l'homogénéisation des bases publiques et privées du PMSI méritent qu'une évaluation approfondie des possibilités d'utiliser le PMSI à des fins épidémiologiques soit entreprise.

¹ Confirmé par les entretiens et par l'article de Bontemps G. La qualité à n'importe quel prix ? *Technologie Santé*, 1999 ; 39 :74-78.

² Confirmé par toutes les personnes interrogées et par les articles de Fourquet F., Demont F. Utilisation du PMSI en épidémiologie. *Technologie Santé*, 1999 ; 39 : 55-64 et de Lombrail P., Minvielle E., Comar L. et al. Programme de médicalisation des systèmes d'information et épidémiologie : une liaison qui ne va pas de soi. *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 1994 ; vol. 42, 4 : 334-344.

³ Interview du Dr Bensadon, responsable technique du CTIP rapportée sur le site de Medcost, 20 septembre 2001.

- Le PMSI souffre également de sa nature même, c'est à dire de sa dimension purement hospitalière, qui ne prend en compte ni les facteurs liés à l'environnement de l'établissement (caractéristiques de la population, niveau socio-économique etc.) ni les liens que celui-ci a pu développer avec d'autres structures (réseaux ville-hôpital, réseaux périnatalité, secteur médico-social).

Par exemple, de par son histoire et sa structure, le Centre d'Accueil et de Soins hospitaliers (CASH) de Nanterre (92) accueille fréquemment des poly-pathologies lourdes avec une forte prévalence de co-morbidité associée directement en rapport avec un niveau socio-économique très défavorisé. La conséquence d'une prise en charge souvent tardive entraîne un allongement de la DMS estimé de 20 à 25%¹. Cet aspect n'est pas capté par le PMSI.

- Enfin, même avec ces améliorations, les analyses que l'on pourra conduire à partir des données du PMSI seront toujours dépendantes de la qualité du recueil de l'information au niveau des unités médicales, de la capacité des DIM à rectifier les erreurs et de la capacité de l'outil lui-même à répondre aux nouvelles situations médicales. Le contrôle qualité interne du codage réalisé par les DIM montre par exemple qu'à ce jour environ 30% des GHM peuvent être redressés².

Il est apparu clairement, au fil des entretiens réalisés, que le PMSI est devenu un outil incontournable lorsque l'on s'intéresse à la planification de l'offre hospitalière et au fonctionnement des établissements. Il le sera de plus en plus avec son extension aux soins de suite et de réadaptation et à la psychiatrie et peut être dans le futur aux établissements de long séjour et aux soins infirmiers. Cependant, sa valeur repose d'abord sur la qualité et la validité des données qu'il contient et dans ce domaine, des améliorations sont possibles et requièrent un effort soutenu. Les éventuelles analyses approfondies devront en particulier discuter de l'incertitude liée au facteur qualité. De plus, c'est un outil qui doit être mis en perspective avec d'autres sources d'information (SAE, données épidémiologiques, enquêtes, connaissance de l'environnement) et dont l'exploitation doit toujours être rapportée au contexte et à l'observation de terrain.

¹ Morel A. Le PMSI appliqué au CASH de Nanterre. *Revue Hospitalière de France*, 1999 ; 5 :47-51.

² Estimation recueillie au cours des entretiens.

6.2 LE PMSI, UN OUTIL IRREMPLAÇABLE ET INCONTOURNABLE

6.2.1 De réels défauts ou les défauts de ses qualités

Le PMSI est à ce jour le seul système d'information renseignant le volet médical de l'activité des établissements. En cela il est unique et irremplaçable. L'information contenue dans les RSA permet de connaître les caractéristiques fondamentales de chaque séjour hospitalier (âge, sexe, durée du séjour, origine géographique, diagnostics etc.). Les informations sont directement issues de l'observation des médecins des unités médicales, ce qui leur confère une réelle validité. Le référentiel utilisé pour la codification des diagnostics (CIM 10) est aussi un standard international reconnu.

Cependant, l'accès de l'information contenue dans les résumés de sortie est limité pour des raisons de confidentialité imposées par la CNIL. En dehors de l'établissement, il n'est pas possible d'accéder au RUM qui fournit une information détaillée sur les diagnostics, besoin actuellement ressenti. De même, seules les bases de RSA sont disponibles en dehors des établissements. Encore faut-il distinguer les bases PMSI disponibles au sein de l'ARH, des agrégats diffusés en dehors de l'ARH incluant les DDASS qui ne contiennent pas, par exemple, d'information relative à l'âge des patients, leur origine géographique ni la durée des séjours ce qui limite considérablement la portée des analyses que l'on peut réaliser.

Développé par toute une série d'experts, le PMSI est un instrument entouré d'une forte technicité : que ce soit dans des domaines spécifiques comme ceux des applications informatiques nécessaires à son exploitation (niveaux DIM, tutelle, assurance maladie), des systèmes de classification (CIM 10, CdAM, CCAM), de l'analyse financière (point ISA) ou dans des domaines plus généralistes comme ceux de la gestion de bases de données (Access®, langages de programmation) et de l'analyse statistique (Excel®, SAS® etc.). C'est également un outil en perpétuelle évolution, aussi bien au niveau du recueil de l'information que du groupement des séjours ou des classifications utilisées. Tout cela contribue à donner au PMSI l'image d'une boîte à outils rébarbative pour les décideurs en santé publique mais aussi pour tous les professionnels ne disposant pas d'une bonne familiarité avec les outils informatiques et les systèmes d'information ; Hernu souligne ainsi la nécessité de l' « *émergence d'une culture commune à tous les acteurs* » qui produisent et utilisent les systèmes d'information . « *Les décideurs doivent être incités grâce à la nouvelle génération d'outils statistiques conviviaux à prendre l'habitude d'exprimer leurs besoins d'informations*

sous forme de tableaux de bord synthétiques et compréhensibles pour les pilotes et concepteurs du système d'information »¹.

6.2.2 Un savoir en constante évolution

6.2.2.1 Un gain en qualité, une montée en puissance

- Le PMSI est un instrument dynamique, dont la perpétuelle évolution tient compte à la fois de l'évolution des pratiques médicales, des nouveaux besoins des professionnels et des insuffisances observées par les DIM et rapportées au niveau des COTRIM. Cela se traduit concrètement par une évolution des modalités de recueil des données (résumés de sortie : RUM, RSS, RSA), des systèmes de classification² (GHM, CMD, CIM, CdAM ou CCAM) ainsi que des ajustements rendus nécessaires par une volonté de plus grande homogénéité entre les secteurs d'hospitalisation public et privé. La difficulté, comme dans toute base de données longitudinales, étant de maintenir un minimum de cohérence entre les versions successives des formats sans porter préjudice à l'exploitation des données d'une année sur l'autre. La traçabilité des différentes versions des différents formats est inventoriée et disponible sur le site officiel du PMSI³.
- La mise en place récente d'une procédure de chaînage des séjours, qui va s'appliquer à l'ensemble des établissements de santé, va permettre de relier entre elles, grâce à un numéro anonyme, les différentes hospitalisations d'un même patient⁴.
- Le champ du PMSI s'étend progressivement aux autres secteurs de soins, SSR et récemment psychiatrie.
- Enfin, nous l'avons abordé, l'un des enjeux principaux indispensable à une plus grande utilisation du PMSI est la qualité des données des résumés de sortie. Une réflexion sur de nouvelles modalités de contrôle du PMSI a récemment été présentée au COTRIM d'Ile-de-France en ce sens⁵. Le futur dispositif de contrôle externe devrait associer deux

¹ Hernu P. Statistique(s) et système(s) d'information. *Revue française des Affaires sociales*, 2001 ; 2 : 119-130.

² C'est le PERNNS qui est chargé de la maintenance de la nomenclature employée dans le cadre du PMSI.

³ <http://www.le-pmsi.fr>

⁴ Circulaire DHOS-PMSI n° 106 du 22 février 2001 relative au chaînage des séjours en établissement hospitalier.

⁵ Intervention de Joëlle DUBOIS, *Ministère de l'emploi et de la solidarité, direction des hôpitaux, mission PMSI, cellule recherche et développement*, devant le COTRIM Ile-de-France, DRASSIF, 10 janvier 2002.

niveaux, l'un automatisé sur les informations des RSA par une application informatique permettant de déceler des « atypies » par rapport à une référence nationale, l'autre, approfondi, sur le site de production de l'information médicale des établissements où des « atypies » significatives auront été détectées¹.

6.2.2.2 Les travaux menés autour du PMSI

La répartition des séjours hospitaliers en catégories majeures de diagnostic² et groupes homogènes de malades³ a été construite pour obéir à des critères médico-économiques, en cohérence avec les objectifs initiaux du PMSI. Cette classification s'est rapidement révélée inadaptée lorsque l'on a voulu utiliser le PMSI à des fins de planification sanitaire et que l'on s'est intéressé à l'étude de l'activité médicale des établissements sous l'angle des spécialités médicales exercées.

- A partir de 1997, au sein des différentes régions, des groupes de travail ont, à la demande des COTRIM réfléchis sur de nouvelles méthodes d'analyse autour du PMSI. Ainsi le groupe du Dr Ruiz dans la région Midi-Pyrénées qui a proposé de regrouper les GHM en groupes fonctionnels et groupes d'activités⁴. Dans la région PACA, un autre type de regroupement des GHM a été expérimenté : les groupements de GHM (G-GHM)⁵. En Ile-de-France, le groupe de travail mandaté par le COTRIM a développé OAP, « Outil d'analyse PMSI », dans lequel les GHM ont été regroupés en deux niveaux imbriqués : les pôles d'activités au nombre de 165 puis les lignes de produits au nombre de 25⁶. Le détail de la classification OAP est donné en annexe C et est également disponible sur le site Internet de la Délégation à l'information médicale et à

¹ Révision de la procédure de contrôle externe de la qualité des informations PMSI, annexe technique, 12 novembre 2001 (source DHOS / mission PMSI).

² Au nombre de 23 (CMD 01 à CMD 23), les CMD recouvrent chacune la totalité des affections relatives à un système fonctionnel (exemple : CMD 04 = Affections de l'appareil respiratoire). Les séjours d'au moins 24 heures sont classés dans l'une des Catégories Majeures de Diagnostic, en fonction du diagnostic principal contenu dans le RSS. L'attribution à une CMD se fait en général selon le diagnostic principal retenu pour l'ensemble de l'hospitalisation.

³ La classification en GHM regroupe des pathologies ayant des coûts et des processus de soins comparables et la fonction groupage recherche alors des actes classants. Les GHM sont au nombre de 600 environ.

⁴ 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.

⁵ Comité Technique Régional de l'Information Médicale PACA. Vers une simplification de l'analyse de l'activité hospitalière : les G-GHM. *Lettres des Systèmes d'information hospitaliers*, 1999 ; 34 : 6-9.

⁶ Buronfosse A., Discazeaux B., Lepage E. « OAP » : Outil d'analyse PMSI élaboré à des fins de planification pour le COTRIM Ile de France. *Lettres des Systèmes d'Information Médicalisés*, 2000 ; 36 : 17-20 ou <<http://dime.ap-hop-paris.fr>>.

l'épidémiologie (DIME) de l'AP-HP. Brièvement, l'algorithme d'OAP classe chaque GHM selon le type de prise en charge (médical, M - ou chirurgical, C) et selon la lourdeur de la prise en charge (lourdeur : a>b). Malgré quelques restrictions d'ordre méthodologique, cette classification permet de réaliser relativement simplement une analyse synthétique de l'activité médicale des établissements. Dans deux études récentes de Deraedt et al.¹, OAP a été utilisé pour étudier l'activité chirurgicale dans l'ensemble des établissements d'Ile-de-France. Nous avons vu que certains résultats ont ensuite été repris lors de l'élaboration du volet chirurgical du SROS 2 et de son annexe opposable.

- L'utilisation expérimentale des actes traceurs² en Ile-de-France permet de faire des analyses assez détaillées des spécialités de l'activité explorée et donne un référentiel exploitable pour des comparaisons interrégionales.

6.3 LA NECESSITE D'UN SAVOIR PARTAGE

« Tous les acteurs du système de santé voudraient partager l'information du PMSI afin d'améliorer leur connaissance de l'hospitalisation en France... Partager l'information ne peut se faire que sous certaines conditions que les recherches en informatique médicale ont maintenant bien mises en lumière, même si, les solutions ne sont pas toutes prêtes : il s'agit de donner du sens à l'information présentée³. »

6.3.1 Un savoir partagé entre tous les acteurs du système hospitalier

Le PMSI a sensiblement modifié les rapports des établissements avec la tutelle et les caisses d'assurance maladie. Pour citer Lenay⁴ : *«Les lunettes avec lesquelles on observe*

¹ Deraedt S., Piolot M., Lepage E. et al. Outil d'analyse du PMSI et activité chirurgicale dans les établissements de santé d'Ile de France. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 2000 ;1 :71-78 et Deraedt S., Sagnat J., Arpin-Rrampal A. et al. Contribution d'une étude du service médical de l'assurance maladie à la restructuration de l'offre de soins en chirurgie en Ile-de-France. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 2001 ; vol.32, 1 : 33-41.

² Les actes traceurs sont des regroupements d'actes classants du CdAM utilisés pour le codage des actes dans le cadre du PMSI. Ils permettent, au sein de chaque spécialité, de décrire des activités de complexité et de fréquence variables, sans chercher à conserver l'ensemble de spécialité (source : <<http://www.smamif.org>>).

³ Botti G., Burgun A., Le Beux P. et al. Représentation sémantique pour le partage d'information : communication à la journée Emois 2000, Nancy disponible sur <<http://www.medecine.uhp-nancy.fr/public>>.

⁴ Lenay O. De la concrétisation d'un outil de gestion : le rôle du PMSI dans la régulation du système hospitalier. *Politiques et Management public*, 2000 ; vol. 18, 3 : 43-60.

l'hôpital ont progressivement corrigé la myopie dont souffrait la tutelle. Aux "quatre vieux" - nombre d'entrées et de journées, taux d'occupation des lits et durées de séjour – on a substitué une information plus fine, reliée à des pathologies». L'asymétrie du savoir qui régnait entre les acteurs se voit progressivement amoindrie. L'une des conséquences est l'ouverture d'échanges et de débats plus intenses entre les établissements et les différents membres constitutifs de l'ARH, que ce soit par exemple autour de la valeur du point ISA, de l'éventail d'activités des établissements ou des systèmes de classification.

Par ailleurs, l'information se voit aussi partagée par l'ensemble des acteurs hospitaliers, particulièrement au sein de la région ou d'un secteur. La valeur du point ISA est connue de tous les établissements, publics et privés. De même l'activité des établissements et son positionnement au sein de l'offre régionale de soins en terme de recrutement géographique est rendue accessible, ce qui permet aux établissements de se positionner les uns par rapport aux autres, d'analyser leurs forces et leurs faiblesses, de se comparer mutuellement. Chaque établissement n'est donc plus considéré seul face à sa tutelle car pris dans un système où chacun peut observer ce que fait son voisin et à quel coût il le fait, dans un contexte de concurrence grandissante.

Cependant comme le souligne le Pr Lepage de l'AP-HP, « *l'utilisation transparente et concertée de l'information nécessite de veiller à une standardisation des outils de recueil mais également du traitement de l'information¹* ». On voit ici la nécessité de développer un référentiel dans les méthodes et les outils commun à tous les acteurs du champ hospitalier, au moins au niveau régional, référentiel qui nécessite un important travail de consensus entre experts techniques, médecins, et professionnels de santé publique.

6.3.2 L'information du patient citoyen

La liberté de choix des établissements hospitaliers est une des caractéristiques du système de santé français. Mais le choix ne peut être réellement libre que s'il est éclairé. Le déficit d'informations sur le système de soins obère la liberté de choix des patients et ne contribue pas à ouvrir les établissements de santé à leur environnement. Ce désir croissant d'information dans tous les domaines de la santé exprimé par le public et relayé par les médias, doit être mis en rapport avec une participation de plus en plus active des usagers à la prise en charge de leur santé, à une pratique médicale hospitalière qui a

¹ Lepage E. Le PMSI : un outil de transparence de l'activité et de la performance des établissements ? *LSIM*, 1999 ; 35 : 23-26.

considérablement évolué et à une médiatisation importante de tous ce qui concerne les avancées de la médecine. A ces évolutions, il faut aussi ajouter la confiance ébranlée des patients dans un système hospitalier lui aussi affecté par les scandales médiatisés (sang et tissus contaminés, infections nosocomiales, légionelloses, hépatite C). Jusqu'alors reconnu comme un service « noble » parce que lié à une valeur forte - la santé - les soins hospitaliers courent le risque d'être perçu de plus en plus comme un bien de consommation ordinaire que les usagers peuvent, à défaut de chiffrer, évaluer, comparer et choisir comme tel. La quasi-absence d'information sur les établissements hospitaliers n'a pas contribué à dissiper ce malaise. Le besoin d'information était pourtant là. Ainsi a t'on vu en 1998 dans la grande presse, l'apparition bruyante et controversée du premier classement national d'établissements établi à partir du PMSI¹ et depuis la multiplication de telles études^{2 3}. Le plus troublant pour les professionnels de santé (médecins hospitaliers, gestionnaires d'établissements) ayant été probablement de constater que les médias et par son intermédiaire le grand public s'étaient d'une certaine manière déjà approprié les données du PMSI alors que bon nombre d'entre eux s'étaient montré rebelle à sa mise en place. Un autre facteur mentionné par certains est peut-être « *l'absence de volonté de la part des pouvoirs publics à utiliser cet outil*⁴ » suggérée par la très longue période de mise en place du PMSI.

Apparaît donc la nécessité d'un « *système d'information commun* » sur l'hôpital « *qui doit intégrer les critères de qualité d'un système de santé chers aux usagers, à savoir : l'efficience, l'égalité des droits d'accès voire des chances ainsi que la satisfaction des usagers*⁵ ». La diffusion plus large de l'information, en particulier celle issue du PMSI,

¹ Hôpital : le palmarès des 512 hôpitaux français. *Sciences et Avenir*, 1998 ; 619 : 32-71.

² *Le Figaro Magazine*, n°560, 7 octobre 2000 et *Le Point*, n°1511, 31 août 2000.

³ Quelques mois après la publication de l'étude de *Sciences et Avenir*, une polémique était née autour de l'article 37 du projet de loi sur la CMU qui restreignait fortement l'accès aux informations médicales des hôpitaux. Officiellement, il s'agissait de protéger la confidentialité des données. La CNIL avait été saisie. Les journalistes médicaux et certains médecins avaient dénoncé une tentative de censure des informations qui avaient notamment permis à *Sciences et Avenir* d'établir son palmarès des hôpitaux. En mars 1999, le rédacteur en chef de *Sciences et Avenir* déclarait : « *L'absence d'information est la première cause de l'inégalité d'accès aux soins* » (*Quotidien du Médecin*, 1999, n° 6460, lundi 22 mars 1999). La circulaire DH/PMSI/99 n° 133 du 2 mars 1999 re-précise les conditions de diffusion des bases de RSA et en limite précisément les conditions d'accès.

⁴ Bontemps G. La qualité à n'importe quel prix ? *Technologie Santé*, 1999 ; 39 : 74-78.

⁵ Leroux V., Poutout G., Daigne M. et al. Quels besoins et quels moyens d'information après l'ordonnance hospitalière d'avril 1996 ? *Technologie Santé*, 1996 ; 28 : 89-98.

apparaît cependant comme une préoccupation croissante à l'esprit des professionnels¹. Des bases de données agrégées du PMSI ou des applications informatiques incluant des données sélectionnées du PMSI sont d'ores et déjà disponibles via internet à partir des serveurs de la DRASSIF ou de l'assurance maladie². Le développement phénoménal des nouvelles technologies de l'information devrait contribuer à rendre facilement disponible au grand public, aux associations de patients, aux médias, l'information sur l'activité et les pratiques des établissements. Même si des considérations de responsabilité et de déontologie professionnelle s'imposent au regard des analyses qui seront alors menées, on peut s'attendre à ce qu'il en découle plus de transparence et probablement plus de dialogue entre l'hôpital, les organismes de tutelle et les patients. Cette évolution obligera également les professionnels du champ sanitaire à s'impliquer davantage dans le recueil, l'analyse et surtout l'exploitation des données du PMSI. Actuellement, on ne peut en effet que regretter la rareté d'études scientifiques rigoureuses conduites à partir des données disponibles (PMSI, SAE) et leur publication dans des journaux scientifiques à comité de lecture, ce qui aurait l'avantage de fournir aux journalistes et aux associations d'usagers des informations accompagnées d'une réelle discussion.

6.4 UNE UTILISATION POSSIBLE DU PMSI DANS LE CONTEXTE DE LA DDASS 92

A partir des entretiens réalisés et de l'expérience tirée du stage en DDASS, nous avons recensé les principales situations professionnelles où les médecins inspecteurs du pôle sanitaire sont confrontés à un besoin d'information sur l'offre de soins hospitaliers du département :

¹ Le souhait d'une mise à disposition d'une version grand public des données du PMSI a ainsi été exprimé par plusieurs membres du COTRIM Ile-de-France lors de sa réunion du 19 septembre 2001.

² <<http://ile-de-france.sante.gouv.fr>> et <[http:// www.cramif.fr](http://www.cramif.fr)>.

DDASS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise de fonction (au sein du pôle sanitaire) ▪ Restructuration d'un établissement ▪ Recomposition de l'offre de soins : regroupements avec conversion etc. ▪ Élaboration et négociation des contrats d'objectifs et de moyens ▪ Discussion du projet médical de l'établissement ▪ Élaboration de rapports CROSS ▪ Mission d'enquête ARH ▪ Enquête thématique ▪ Séances de CME
DDRASS, DDASS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboration du SROS et de ses différents volets spécifiques ▪ Suivi du SROS

A chaque situation, correspondent des objectifs différents qui nécessitent une approche différente, et donc une information différente. Nous illustrerons par deux exemples, l'intérêt de disposer des données du PMSI et d'outils suffisamment flexibles à des fins d'analyse et de représentation.

6.4.1 **Situation 1 : prise de fonction d'un MISP au sein du pôle sanitaire de la DDASS 92.**

D'emblée le MISP a besoin d'une vision d'ensemble de l'organisation du tissu sanitaire au niveau du département, d'un secteur sanitaire ou d'un bassin de vie, d'appréhender les problématiques de l'offre hospitalière et les enjeux et de positionner cette offre au sein de la région Ile-de-France. Dans ce cas, la carte sanitaire, le SROS, le répertoire, FINESS, les données de l'INSEE (population, niveau socio-économique, activité, emploi etc.) et de l'ORS (caractéristiques épidémiologiques, morbidité), l'atlas de recomposition hospitalière sont les principales sources d'information générale. Le PMSI, lui, fournira des éléments d'appréciation sur :

- l'activité globale des établissements : nombre de séjours par pôle d'activité en fonction de la discipline (M ou C) et de la lourdeur de la prise en charge (lourde ou légère) (cf. tableau 4).

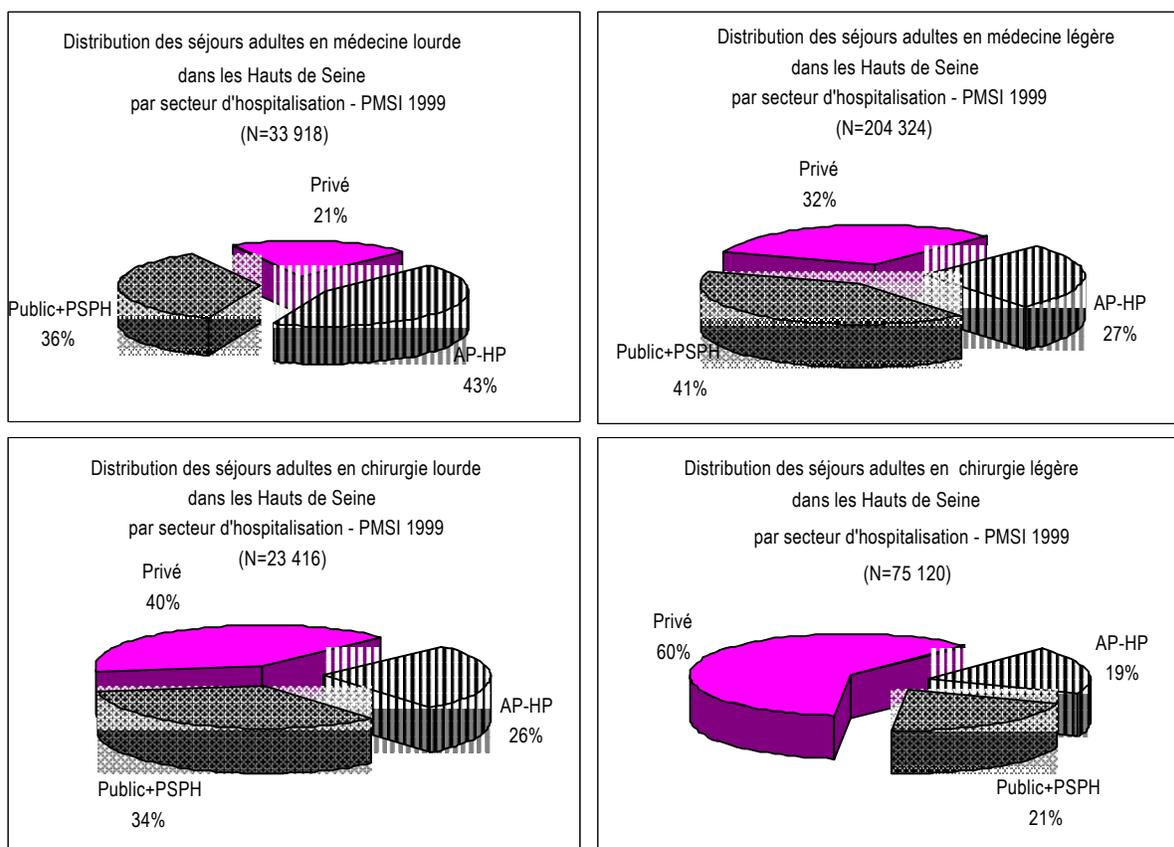
Tableau 4 : Nombre de séjours adultes en hospitalisation complète par établissement ayant une activité MCO dans le département des Hauts-de-Seine (année 1999) : répartition en médecine et en chirurgie selon les regroupements OAP.

Etablissements	Type établissement	Secteur sanitaire	Chirurgie lourde	Chirurgie légère	Total Chirurgie	Médecine lourde	Médecine légère	Total Médecine	Total séjours
HOPITAL AMBROISE PARE	AP-HP	3	1516	2986	4502	3279	6865	10144	14646
HOPITAL ANTOINE BECLERE	AP-HP	4	971	1695	2666	3919	6477	10396	13062
HOPITAL BEAUJON	AP-HP	4	2636	2704	5340	4110	9142	13252	18592
HOPITAL LOUIS MOURIER	AP-HP	4	444	1207	1651	1946	5151	7097	8748
HOPITAL RAYMOND POINCARÉ	AP-HP	3	634	821	1455	1453	3591	5044	6499
HOPITAL CORENTIN CELTON	AP-HP	2	0	0	0	32	145	177	177
HOPITAL PRIVE D'ANTONY	Privé	2	485	2002	2487	701	1222	1923	4410
CENTRE CHIRURGICAL ASNIERES	Privé	4	390	1454	1844	45	784	829	2673
CLINIQUE CHATEAU DU BELVEDERE	Privé	3	176	1320	1496	139	931	1070	2566
CLINIQUE VICTOR HUGO	Privé	3	32	383	415	107	365	472	887
CLINIQUE CHIR. BOULOGNE	Privé	3	252	1171	1423	27	399	426	1849
CLINIQUE LA PROVIDENCE	Privé	2	142	915	1057	256	1153	1409	2466
POLYCLINIQUE DES VALLEES	Privé	2	92	467	559	332	1290	1622	2181
CLINIQUE DES FAUVETTES	Privé	2	115	467	582	158	663	821	1403
CLINIQUE DU PLATEAU	Privé	2	652	1806	2458	305	902	1207	3665
CENTRE CHIR. VILLA MEDICIS	Privé	3	262	821	1083	35	417	452	1535
CLINIQUE LA MONTAGNE	Privé	3	361	1356	1717	57	534	591	2308
CLINIQUE CHIR. DE FONTENAY	Privé	2	228	804	1032	45	320	365	1397
CLINIQUE LAMBERT	Privé	4	161	1139	1300	155	1837	1992	3292
CENTRE CHIRURGICAL DE L'OUEST	Privé	4	142	511	653	335	949	1284	1937
CLINIQUE PEREIRE	Privé	4	78	250	328	130	598	728	1056
CLINIQUE DE MEUDON	Privé	2	328	1391	1719	111	1266	1377	3096
CLINIQUE SAINTE ISABELLE	Privé	3	387	1753	2140	77	938	1015	3155
CENTRE CHIR. PIERRE CHEREST	Privé	3	313	1109	1422	4	115	119	1541
CENTRE CHIR. AMBROISE PARE	Privé	3	1431	693	2124	1144	826	1970	4094
CLINIQUE HARTMANN	Privé	3	618	1120	1738	37	544	581	2319
CLINIQUE ALBERT 1ER	Privé	3	72	464	536	11	191	202	738
CLINIQUE LES MARTINETS	Privé	3	229	1213	1442	164	1312	1476	2918
CENTRE CHIRURGICAL VAL D'OR	Privé	3	1206	1610	2816	624	773	1397	4213
CLINIQUE PORTE DE ST CLOUD	Privé	3	0	2	2	41	271	312	314
CLINIQUE BOIS VERRIERES	Privé	2	477	1275	1752	1287	1441	2728	4480
CLINIQUE DES HAUTS DE SEINE	Privé	2	127	656	783	552	1867	2419	3202
CLINIQUE DE LA DEFENSE	Privé	4	416	1570	1986	135	1131	1266	3252
HOPITAL N-D PERPETUEL SECOURS	PSPH	4	224	708	932	568	2327	2895	3827
CENTRE MEDICO-CHIR. FOCH	PSPH	3	3258	4042	7300	3498	9544	13042	20342
CLCC RENE HUGUENIN	PSPH	3	1286	693	1979	867	3065	3932	5911
HOPITAL GOUIN	PSPH	4	269	831	1100	490	835	1325	2425
HOPITAL FRANCO-BRITANNIQUE	PSPH	4	252	829	1081	636	1453	2089	3170
CENTRE CHIR. LANNELONGUE	PSPH	2	1699	587	2286	1872	612	2484	4770
CASH DE NANTERRE	Public	4	367	1386	1753	1464	4587	6051	7804
CH NEUILLY COURBEVOIE	Public	3	236	1084	1320	817	4295	5112	6432
CH ST CLOUD	Public	3	335	1478	1813	964	3679	4643	6456
CH SEVRES	Public	3	117	570	687	989	2185	3174	3861

Source : ARH-IF, PMSI 1999.

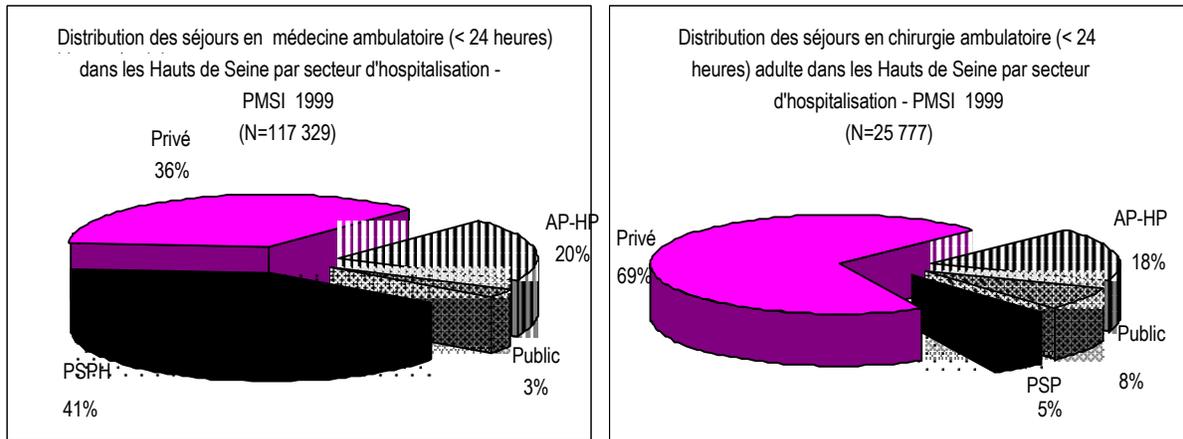
- le poids de chaque secteur d'hospitalisation (public, PSPH, AP-HP, secteur privé lucratif) (cf. graphiques 1 et 2 ci-après),
- la productivité des établissements : nombre de points ISA et coût du point, mais également la distribution des activités de médecine et de chirurgie au niveau d'un secteur sanitaire, du département ou d'un bassin de vie.

Graphique 1 : Distribution des séjours adultes par secteur et par activité dans les Hauts-de-Seine (PMSI 1999)



On remarque d'emblée la diversité de l'offre hospitalière avec quatre grands types de secteur d'hospitalisation (AP-HP, public, PSPH et privé lucratif) et une grande diversité en terme de volume d'activité (à mettre en relation avec la même diversité en terme de taille d'établissements). Le point marquant est la nette prédominance du secteur privé lucratif dans les activités de chirurgie légère (60%) alors que ce secteur ne représente que 40% du total des séjours en chirurgie lourde. Cette tendance observée pour la chirurgie est encore plus marquée lorsqu'on considère la chirurgie ambulatoire (69% du total des séjours de moins de 24 heures en chirurgie – cf. graphique 2). Cette observation est à mettre en rapport avec d'une part l'accroissement régulier de l'investissement du secteur privé lucratif et d'autre part l'excédent de lits de chirurgie qui concerne essentiellement le secteur privé lucratif (population adulte). L'AP-HP est présente dans tous les secteurs mais vient en première position en médecine lourde, devant le secteur public regroupé avec les PSPH. On peut rattacher cela à la vocation universitaire des établissements de l'AP-HP et à leur grande taille (2240 lits MCO répartis dans 6 établissements). Enfin, il faut remarquer la faiblesse du secteur public dans l'ensemble des activités ambulatoires (cf. graphique 2).

Graphique 2 : Distribution de l'activité ambulatoire (séjours < 24 heures) par secteur



6.4.2 Situation 2 : regroupement de 3 hôpitaux publics¹ des Hauts-de-Seine avec conversion et redistribution d'activités.

Dans cette situation, ou dans toute autre similaire, le médecin inspecteur en charge du projet peut faire appel au PMSI avec dans ce cas une approche ciblant les établissements puis leurs relations avec l'environnement, c'est à dire :

Dans un premier temps, au moment de la phase initiale de diagnostic :

- décrire l'ensemble des activités des établissements, activité par activité,
- identifier les points forts et les points faibles de chacun d'entre eux,
- identifier les complémentarités et les synergies entre établissements.

Dans une deuxième phase, au moment des discussions relatives au projet d'établissement et de la négociation conjointe du contrat d'objectifs et de moyens de la future entité :

- identifier de façon similaire les complémentarités et les synergies potentielles de la nouvelle structure avec les autres établissements (MCO mais aussi SSR) du secteur sanitaire ou du bassin de vie,
- identifier et développer de nouvelles activités porteuses,
- négocier et convaincre l'ensemble des acteurs participant au processus de négociation (gestionnaires, directeurs d'établissements représentant du conseil d'administration, représentants du personnel).

¹ Hôpital Gouin à Clichy, Hôpital Notre-Dame du perpétuel Secours et Hôpital franco-britannique à Levallois-Perret.

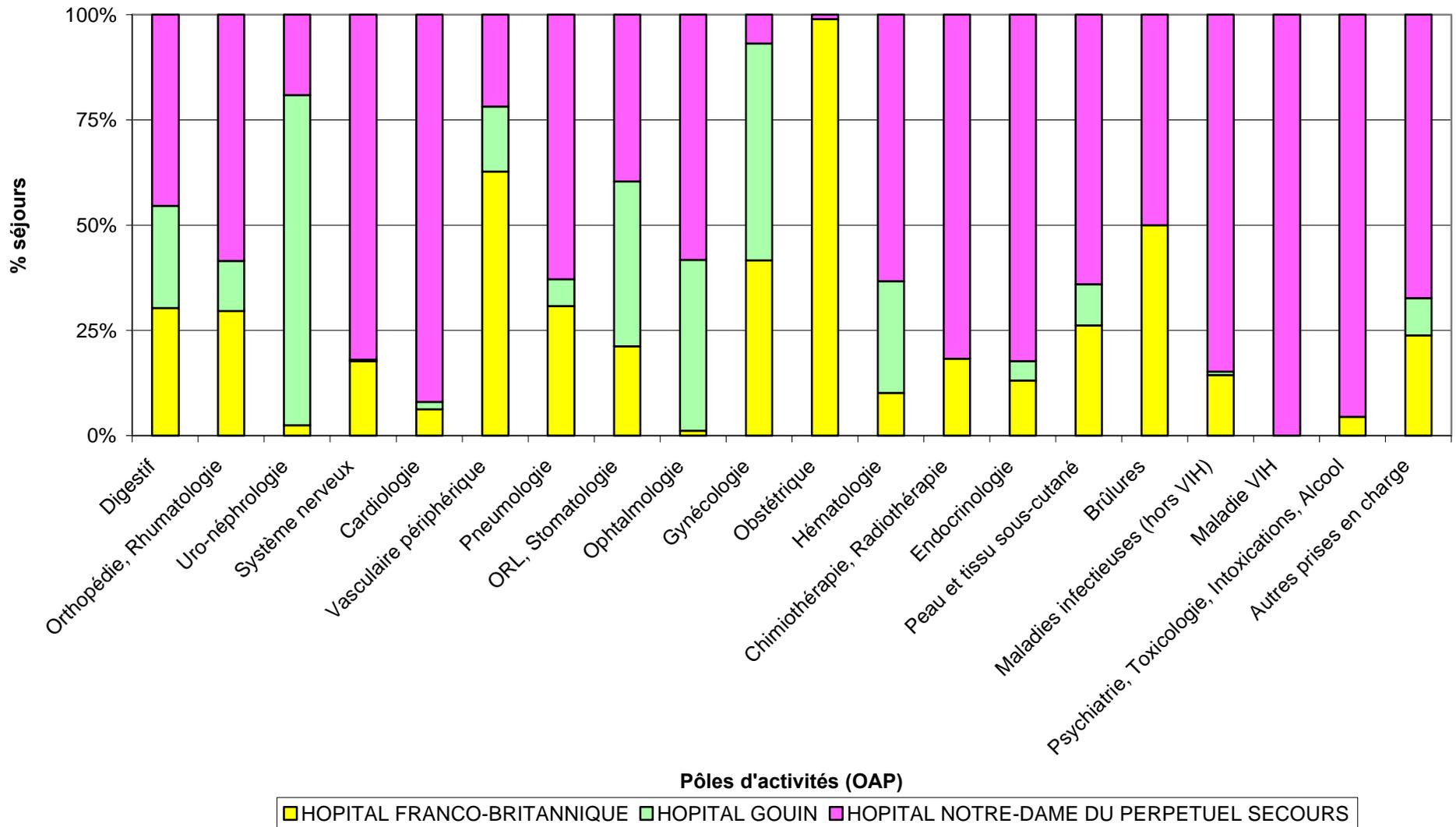
Dans ce cas, le médecin inspecteur qui anime le processus a besoin d'une information objective sur l'activité des établissements mais aussi d'un support de communication pour faire partager cette information à tous les participants ; les acteurs en présence ayant souvent tendance à surestimer les activités qui leur paraissent les plus porteuses ou les plus « nobles ». Puis dans un deuxième temps, le niveau d'analyse peut être plus détaillé et porter sur le nombre de séjours de certains segments d'activités en médecine et en chirurgie utilisant les CMD, mieux les GHM ou les pôles d'activités OAP.

Concernant la situation présentée, chaque établissement a, au cours des négociations, surévalué son activité de chirurgie, prétendant être le premier des trois établissements. C'est expressément à partir de l'analyse des données du PMSI qu'a été prise la décision de regrouper la chirurgie – avec des enjeux importants - sur l'hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours qui présentait le profil le plus complet et le plus homogène en termes d'activité et de spécialités chirurgicales (cf. histogrammes ci-après).

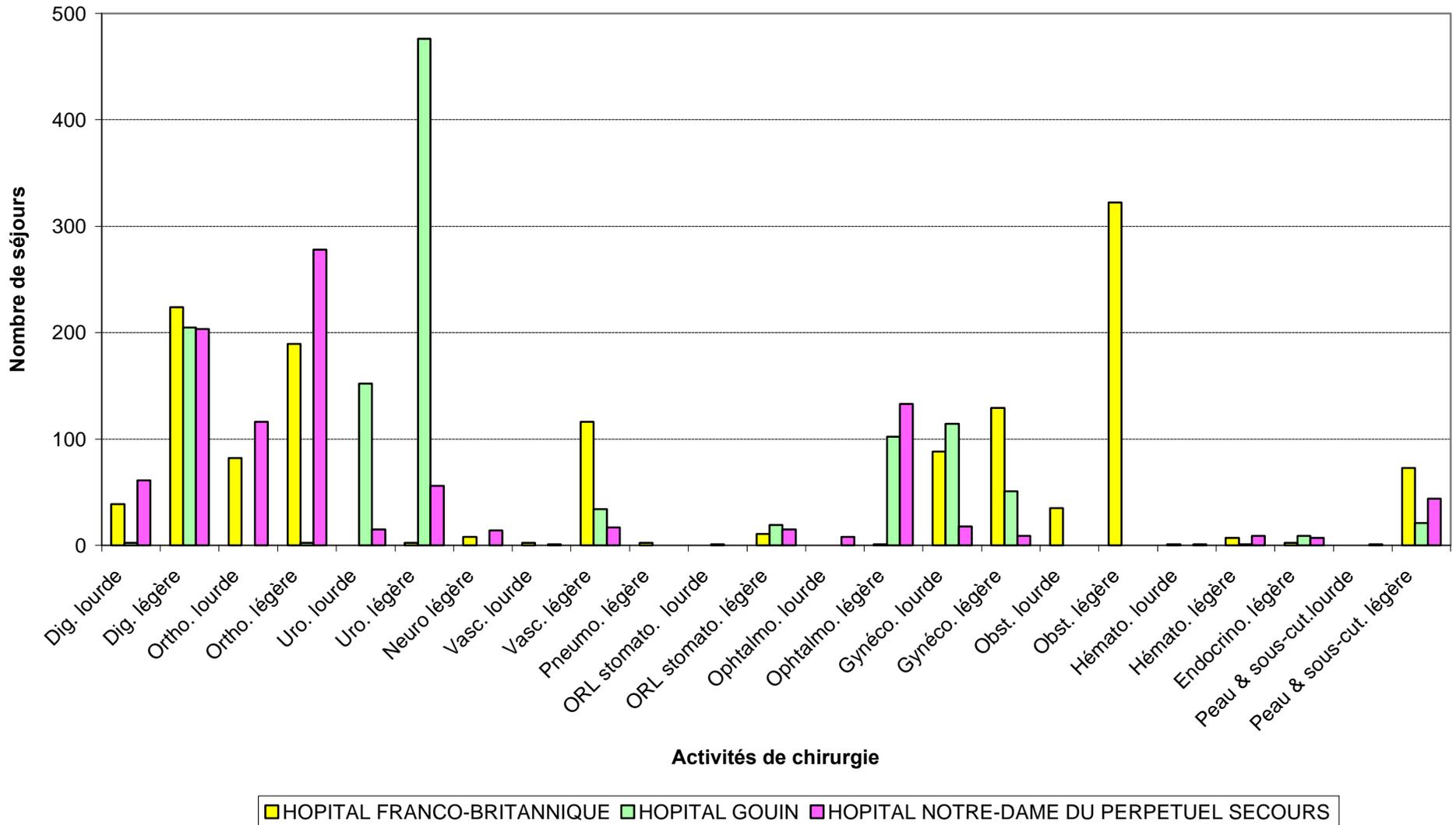
Il peut être également utile de s'appuyer sur des représentations cartographiques ciblées. Ce type de représentation peut être utile à l'animateur d'un groupe projet pour discuter d'une problématique locale, présenter l'activité des établissements environnants ou comme support de communication pour convaincre son auditoire. Pour reprendre notre exemple, cela permet de mieux visualiser comment se distribue les établissements les uns par rapport aux autres, d'objectiver l'activité des établissements environnants, d'identifier des zones moins bien desservies.

Une représentation de l'activité de chirurgie dans les Hauts-de-Seine est donnée ci-après, distinguant chirurgie lourde et chirurgie légère. Il est ainsi possible d'examiner l'ensemble des activités de médecine et de chirurgie, pôle d'activité par pôle d'activité et de procéder facilement à des comparaisons.

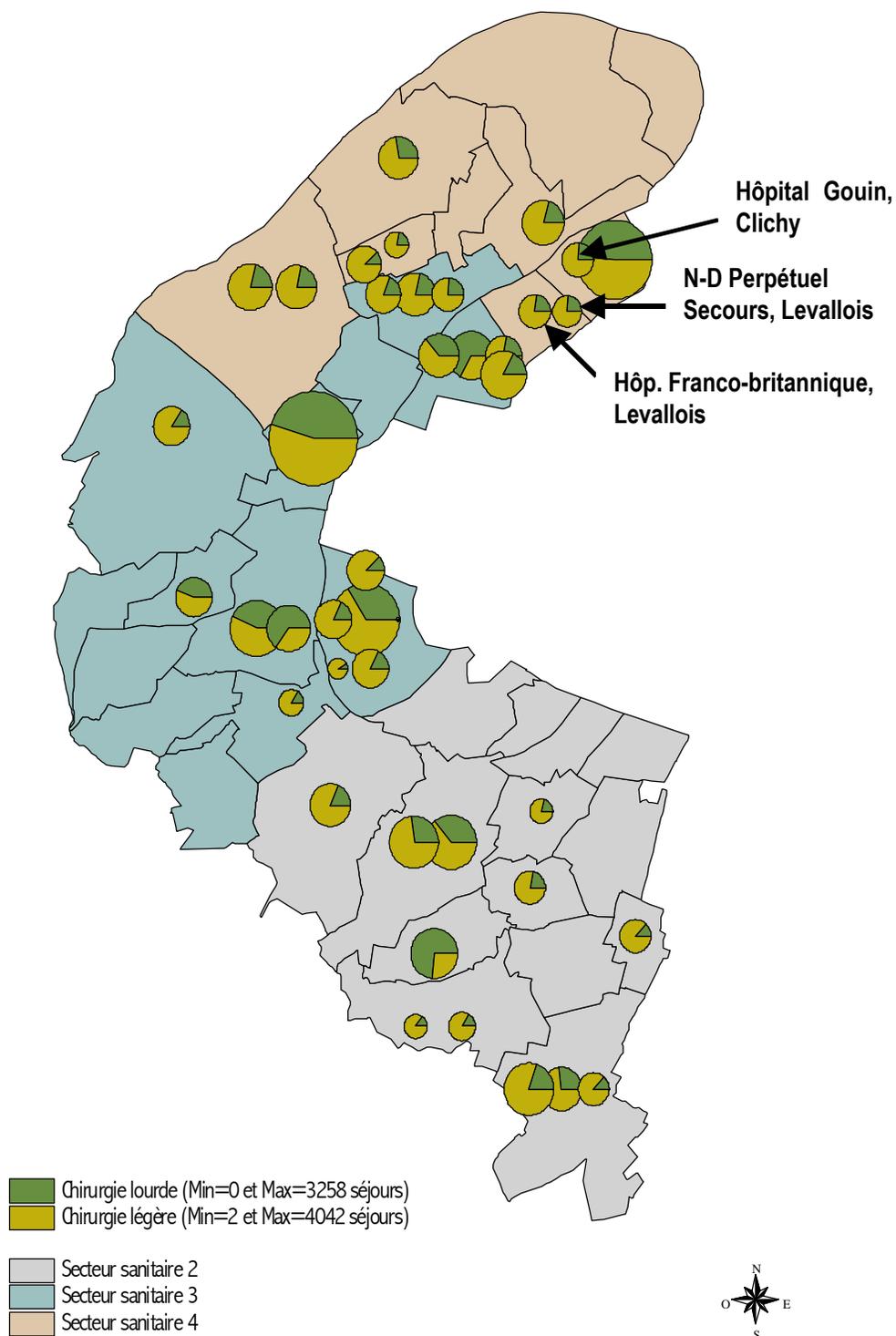
Nombre de séjours (adultes) par pôle d'activité, par établissement, PMSI - 1999.



Nombre de séjours (adultes) en chirurgie, par pôle d'activités, PMSI - 1999



Nombre de séjours en hospitalisation complète dans les Hauts-de-Seine (1999) - Chirurgie



7 - PERSPECTIVES ET PISTES D'AMELIORATION

Les améliorations apportées au recueil et au contenu du PMSI MCO, l'extension du champ du PMSI aux activités de soins de suite (SSR) et à la psychiatrie ainsi que le chaînage des séjours devraient permettre de mieux connaître la trajectoire des patients au travers du dispositif de soins hospitaliers. Aussi, il apparaît primordial que les médecins inspecteurs œuvrant pour l'ARH soient à même d'analyser correctement les besoins des usagers ainsi que les éventuels blocages rencontrés à travers la filière de soins afin de proposer les solutions de recomposition présentant la meilleure relation coût-efficacité-qualité. C'est pourquoi, les observations et réflexions menées au cours de ce travail, et qui concernent plus particulièrement la région Ile-de-France, conduisent à envisager un certain nombre de pistes d'amélioration déclinables en trois axes : la culture, l'organisation, les outils.

7.1 LA CULTURE

L'investissement des MISP dans le champ sanitaire s'avère indispensable pour que les services déconcentrés jouent pleinement leur rôle dans les processus de recomposition de l'offre hospitalière. Cet investissement passe en particulier par une meilleure appropriation et par suite une meilleure maîtrise du PMSI (et de ses outils) afin de mieux utiliser les données générées par les établissements qui en ont l'obligation. Il y a là place pour des actions de sensibilisation et de formation :

- au stade de la formation initiale au métier de médecin inspecteur : renforcement de l'enseignement portant sur les systèmes d'information, la bureautique et les nouvelles technologies de l'information et de la communication.
- après la titularisation, pour les médecins inspecteurs qui souhaitent s'orienter vers des postes ayant trait à l'hospitalisation : orientation vers des formations complémentaires sur des méthodes analytiques autour du PMSI et sur des outils informatiques et gestion individuelle des formations complémentaires qui peut s'inscrire à terme dans une démarche plus globale d'assurance de la qualité.
- tout au long de la carrière : renforcer les liens des médecins inspecteurs avec l'Ecole nationale de santé publique, avec les départements de santé publique des universités ou avec les directions de l'information médicale des établissements dans le cadre de travaux de recherche opérationnelle portant sur le PMSI.
- dans un esprit similaire, que ce soit en DDASS ou en DRASS, valoriser ou soutenir chez les médecins inspecteurs les activités faisant appel à la réflexion et à l'imagination de solutions s'inscrivant dans la durée et qui peuvent faire progresser l'organisation sans se contenter de leur rôle habituel de « pompier de service ».

7.2 L'ORGANISATION

- Au niveau de la DDASS des Hauts-de-Seine :
 - recruter un informaticien professionnel à temps complet sur le poste de RIO,
 - attribuer un accès internet individuel à chaque médecin et améliorer les performances du réseau informatique.

- Au niveau de la DRASSIF, et peut-être des DRASS en général, et compte tenu de l'organisation actuelle des ARH, un effort important doit être porté sur l'exploitation du PMSI afin de fournir aux professionnels de santé publique et aux décideurs des services de l'Etat des possibilités d'analyse du PMSI autres que celles réalisées à des fins budgétaires. Précisément, une orientation organisationnelle pourrait être la mise en place de façon pérenne d'un pôle technique regroupant des compétences pointues dans les domaines des statistiques, de la gestion de bases de données, de l'informatique (programmeurs, développeurs etc.), des systèmes d'information (analystes, cartographes etc.) et de la santé publique. Une réflexion plus approfondie doit être menée pour savoir si ces ressources, à priori coûteuses, doivent ou bien être acquises en interne ou alors obtenues en développant des partenariats extérieurs - organismes de recherches (INSERM, DREES, ATIH ...), institutions universitaires - ou bien en « contractualisant » avec les services de l'assurance maladie sous couvert des ARH.
Plus généralement, le rôle des statisticiens régionaux doit être réexaminé. Rattachés à la DREES ils sont accaparés par des travaux d'envergure nationale et n'ont pas de réelle disponibilité pour apporter un support méthodologique à l'analyse de problématique locale.

- Au niveau de l'ARH-IF, des améliorations peuvent être portées à différents niveaux :
 - re-dynamiser la CRIM afin qu'elle devienne un véritable lieu de réflexion, d'échange d'expertise, et de partage d'expériences entre les membres de l'ARH,
 - harmoniser et mettre en commun les méthodes et les outils pour tous les personnels travaillant régulièrement pour elle,
 - élaborer un référentiel régional commun à partir des travaux des différents groupes techniques (COTRIM, CRIM etc.) auquel les médecins inspecteurs des services déconcentrés peuvent utilement contribuer,
 - veiller à l'équilibre des expertises entre les services déconcentrés de l'Etat et ceux de l'assurance maladie.

- veiller à la « progression commune » des connaissances des professionnels travaillant pour elle (services de l'Etat et services de l'assurance maladie), par exemple sous forme d'une session ou d'un séminaire annuel.
 - Soutenir les collaborations extérieures avec des organismes de recherche ou des universités afin de mieux exploiter les données recueillies et de publier les résultats : financement d'études, de bourses de recherche, appels d'offre etc.
- Au niveau du Ministère :
 - consolidation des expériences interrégionales menées par les COTRIM et coordination des référentiels et des outils développés régionalement autour du PMSI,
 - élaboration d'une politique de gestion et de suivi individuel des formations complémentaires des médecins inspecteurs au long de leur carrière.

7.3 LES OUTILS

- Dans l'attente de solutions organisationnelles, il est souhaitable que les MISP affectés au pôle sanitaire des services déconcentrés d'Ile-de-France puissent bénéficier rapidement d'une remise à niveau sur les avancées faites autour du PMSI MCO.
- Il est nécessaire qu'ils puissent disposer d'un outil convivial qui leur permettrait de faire, de façon autonome, une exploitation simple de la base PMSI pour répondre à des besoins ponctuels sur les établissements dont ils assurent la tutelle. A cet égard, l'application RIMES développée sur *Microsoft Access*[®] par les services informatiques de la CRAMIF semble très intéressante. Recommandée par la CRIM en avril 2000, elle n'est à ce jour pas disponible en dehors de l'assurance maladie.
- Ils doivent avoir à leur disposition de procédures explicitant l'organisation et le contenu des fichiers générées par Mahos qui leurs sont adressés par la DRASSIF, ainsi que les modalités d'ouverture de ces fichiers.
- Il est enfin nécessaire que tous disposent d'un équipement informatique performant et d'un accès internet individuel sur leur poste informatique.

8 - CONCLUSION

Après une longue phase d'expérimentation et de mise en place, le PMSI MCO maintenant reconnu par l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de l'hospitalisation de court séjour semble être entré dans une phase réellement opérationnelle. Conçu à des fins d'évaluation médico-économique de l'activité des établissements, les autorités de tutelle y ont vu un instrument intéressant pour rationaliser l'allocation de ressources, favoriser la productivité des établissements et corriger les déséquilibres. Les réformes hospitalières successives (1991 et 1996) ont exacerbé le besoin de disposer d'une vision détaillée des activités d'hospitalisation et de leur positionnement au sein de la région afin d'aborder les nécessaires restructurations de l'offre hospitalière. Six années après la création des ARH, on peut retenir que :

- **Le PMSI est devenu un outil indispensable en matière de planification hospitalière et de régulation de l'offre de soins.** Cependant, l'éclairage qu'il apporte doit être interprété avec précaution, à mettre en rapport d'une part avec les autres systèmes d'informations sanitaires, d'autre part avec la connaissance directe des établissements et de leur environnement.
- **La mise en place d'un système d'information commun entre les membres de l'ARH (Etat et organismes d'assurance maladie) n'est pas achevée.** Les collaborations autour d'une exploitation du PMSI restent à développer. S'impose également la nécessité de disposer d'un référentiel commun autour du PMSI (normes, standards, méthodes, outils). Il manque actuellement un cadre pertinent qui rassemblerait compétences techniques et expertise en matière de système d'information sanitaire afin de fournir aux décideurs et aux membres de l'ARH les éléments nécessaires à la prise de décision.
- **Le PMSI initie un partage du savoir sur l'hospitalisation modulable en fonction du demandeur.** Partage d'abord entre tous les acteurs du champ hospitalier (établissements, ARH, Etat, assurance maladie). Il est alors souhaitable que le PMSI puisse démontrer d'autres fonctionnalités que celle strictement à visée budgétaire afin qu'il soit reconnu par le corps médical comme un véritable instrument de progression des connaissances sur l'hospitalisation. Partage ensuite de l'information sanitaire avec les usagers et ses représentants pour améliorer la transparence sur l'hospitalisation et d'une certaine manière contribuer à une plus grande équité.

A travers ces quelques constats, il apparaît que les médecins inspecteurs de santé publique ont un rôle important à jouer à tous ces niveaux : contribuer à optimiser localement l'offre hospitalière par rapport aux besoins des usagers et plus généralement contribuer au développement des référentiels d'exploitation du PMSI et relayer l'information sanitaire. Ce n'est qu'en se familiarisant avec les systèmes d'information, en s'appropriant le PMSI et en étant soutenu dans cette démarche par leur Ministère que les médecins inspecteurs pourront exercer pleinement leur mission de « *participation à la conduite des politiques d'offre de soins et à l'animation d'une politique globale de santé* ».

Bibliographie

Articles

Anonyme. Hôpital : le palmarès des 512 hôpitaux français. *Sciences et avenir*, 1998 ; 619 :32-71.

BASSIN C., CAREL D., LUCAS-GABRIELLI V. et al. L'accès aux soins en milieu rural. *ADSP*, 1999 ; 29 : 23-25.

BAUDOUIN M., BERNARDINI R., BOUZIGUES B. et al. PMSI et qualité. *Revue médicale de l'assurance maladie* 1998 ; 3 : 63-71.

BERNARDINI R., BOUZIGUES B., LAURENCEAU F., GIRAUDON M. Le P.M.S.I. pour une publication médicale sur un savoir inexploité. *Revue médicale de l'assurance maladie* 1996 ; 3 : 35-45.

BONTEMPS G. La qualité à n'importe quel prix ? *Technologie santé*, 1999 ; 39 : 74-78.

BOTTI G., BURGUN A., LE BEUX P. et al. Représentation sémantique pour le partage d'information : communication à la journée Emois 2000, Nancy disponible sur <<http://www.medecine.uhp-nancy.fr/public>>.

BOURGEY C., de JONG O. Recomposition de l'offre de soins hospitaliers : quel éclairage attendre des systèmes d'information actuels ?, 1999 ; 39 : 19-26.

BOUSQUET F., DEVILLE A. Les restructurations à travers les systèmes d'information, d'une définition complexe à un suivi opérationnel. *Revue française des affaires sociales*, 2001, 2 : 27-43.

BURONFOSSE A., DISCAZEUX B., LEPAGE E. « OAP » : Outil d'analyse PMSI élaboré à des fins de planification pour le COTRIM Ile de France. *La lettre d'informations hospitalières. Lettres des systèmes d'information médicalisés*, 2000 ; 36 : 17-20.

CHARRAUD A., GADEL G. BAUBEAU D. Les systèmes d'information sur l'hôpital. *Echanges santé social*, 1997/98 ; 88/89 : 68-74.

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.

DERAEDT S., PIOLOT M., LEPAGE E. et al. Outil d'analyse du PMSI et activité chirurgicale dans les établissements de santé d'Ile de France. *Revue médicale de l'assurance maladie*, 2000 ;1 : 71-78.

DERAEDT S., SAGNAT J., ARPIN-RAMPAL A. et al. Contribution d'une étude du service médical de l'assurance maladie à la restructuration de l'offre de soins en chirurgie en Ile-de-France. *Revue médicale de l'assurance maladie*, 2001 ; vol. 32,1 : 33-41.

DESGEORGES G., FERROUD-PLATTET B., LOPEZ A. PMSI & Planification. *Technologie santé*, 1999 ; 39 : 11-15.

- DUSSAUCY A., VIEL J.F, MULIN B et al. L'outil PMSI : biais, sources d'erreurs et conséquences. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1994 ; vol. 42, 4 : 345-358.
- ECHARDOUR G. CASH R. PMSI, mesure de l'activité médicale et choix stratégiques. *Journal d'économie médicale*, 1995, 6 : 297-302.
- FOURQUET F., DEMONT F. Utilisation du PMSI en épidémiologie. *Technologie santé*, 1999 ; 39 : 55-64.
- HERNU P. Statistique(s) et système(s) d'information. *Revue française des affaires sociales*, 2001 ; 2 : 119-130.
- HORTE C., CHANUT 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. *Revue médicale de l'assurance maladie*, 1997 ; 3 : 12-15.
- HORVILLE S. Rapport de l'IGAS sur l'informatisation des DDASS et des DRASS. *Revue française des affaires sociales*, 2001 ; 2 : 27-38.
- LENAY O. De la concrétisation d'un outil de gestion : le rôle du PMSI dans la régulation du système hospitalier. *Politiques et management public*, 2000 ; vol. 18, 3 : 43-60.
- LEROUX V., POUTOUT G., DAIGNE M. et al. Quels besoins et quels moyens d'information après l'ordonnance hospitalière d'avril 1996 ? *Technologie santé*, 1996 ; 28 : 89-98.
- LESTEVEN P., TARDIF L. Le PMSI dans le management des EPS. PMSI et projet médical. *Revue hospitalière de France*, 2001 ; 481, 14-23.
- LOMBRAIL P., MINVIEILLE E., COMAR L. et al. Programme de médicalisation des systèmes d'information et épidémiologie : une liaison qui ne va pas de soi. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1994 ; vol. 42, 4 : 334-344.
- LOMBRAIL P., NAIDITCH M. Comment partager l'information ? *La Recherche*, 1999 ; 324 : 75-78.
- MOISDON J.C., TONNEAU D. L'hôpital public et sa tutelle : la concurrence sous administration. *Revue française de gestion*, 1996, 109 : 80-91.
- MOREL A. Le PMSI appliqué au CASH de Nanterre. Limites d'une analyse et perspectives d'évolution de l'instrument d'évaluation *Revue hospitalière de France*, 1999 ; 5 : 47-51.
- MOUNIC V., DE POUVOURVILLE G., NAIDITCH M. et al. Le PMSI, un outil pour le Projet Médical d'Etablissement. *Gestions hospitalières* 1992 ; 312 .
- PENAUD M., FAUJOUR V., BIRON M.N. et al. Le PMSI peut-il être utilisé comme un outil de pilotage stratégique. *Journal d'économie médicale* ; 1998. N°7-8 : 507-521.
- PENAUD M., NISAND M.G., BIRON M.N. et al. L'application du PMSI en gestion interne aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg. *La lettre d'Informations Hospitalières. Lettre des systèmes d'information médicalisés*, 1999 ; 35 : 14-17.
- RIOU C., CAUVIN JM et ABIMES. Utilisation du PMSI comme aide à la planification régionale en hématologie. *Journal d'économie médicale*, 1995 ; 6 : 347-348.

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.

SAUZE L. ET COUDERT H. De l'utilisation du PMSI pour l'analyse de l'activité des établissements hospitaliers publics. *Revue médicale de l'assurance maladie*, 1996 ; 1 : 57-64.

SCHWEYER F.X. La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'État ou territorialisation ? *Politiques et management public*, 1998 ; vol. 16, n°3, 43-68.

SEILLER S. L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation : avenir de la mission PMSI? *Revue hospitalière de France*, 2001 ; 481, 29-31.

Revues – Numéros spéciaux

ADSP. Dossier «*Santé publique et aménagement du territoire*», décembre 1999, n°29 : 33-46.

Échanges santé social. *Les systèmes d'information. Des enjeux stratégiques*. Paris : la documentation française, 1997-1998, n°88-89, 135 p.

Ministère de l'emploi et de la solidarité. Direction des hôpitaux. *La lettre d'Informations Hospitalières. Lettre des Systèmes d'Information Médicalisés*, mai 1999, n°34, 12 p.

Ministère de l'emploi et de la solidarité. Direction des hôpitaux. *La lettre d'Informations Hospitalières. Lettre des Systèmes d'Information Médicalisés. Le PMSI : bilan, actualité et perspectives après 15 ans d'évolution*, août 1999, n°35 - supplément, 60 p.

Ministère de l'emploi et de la solidarité. Direction des hôpitaux. *La lettre d'Informations Hospitalières. Lettre des Systèmes d'Information Médicalisés*, janvier 2000, n°36, 24 p.

Revue hospitalière de France. PMSI 2001 : Etat du dossier. N°481, juillet - août 2001, 80 p.

Ouvrages

Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France. Schéma régional d'organisation sanitaire relatif à la chirurgie en Ile-de-France. Juillet 2000. 128 p.

Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France. Schéma régional d'organisation sanitaire relatif à l'accueil et au traitement des urgences en Ile-de-France. Octobre 1998. 154 p.

BLANCO Florent. *La planification française dans le domaine hospitalier*. Presse universitaire d'Aix-Marseille, 2000. 198 p. Collection Collectivités locales.

CONTANDRIOPOULOS A.P. et SOUTEYRAND Y. *L'hôpital stratège*. Editions John Libbey Eurotext, Paris. 1996. 317 p.

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales. Inventaire des établissements de santé d'Ile-de-France, M.C.O. soins de suite ou de réadaptation, soins de longue durée. 23 avril 2001. 210 p.

École nationale d'administration. promotion René Char (1993-1995). Les nouveaux enjeux des politiques de santé : santé publique, organisation et systèmes d'information. Éditions La Documentation française, Paris, 1995, 676 p.

ENGEL F., KLETZ F., MOISDON J.C., TONNEAU D. La démarche gestionnaire à l'hôpital : le PMSI. 2 : la régulation du système hospitalier. Paris : éditions Seli Arslan SA, Mars 2000. 304 p.

HEYLINCK B. Utilisation du PMSI pour le suivi du schéma régional d'organisation sanitaire de cardiologie dans le Nord-Pas-de-Calais. Mémoire de fin d'études, filière MISP, ENSP, Avril 1996.

MATHY C. La régulation hospitalière. Ed. Economica, 2000. 282 p.

Ministère des affaires sociales, de la ville et la santé. Guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI. Direction des journaux officiels, Paris. 231 p.

Sites web

< http://arh-paris.sante.gouv.fr >	Intranet de l'ARH Ile-de-France
< http://dime.ap-hop-paris.fr >	Site de la Délégation à l'Information médicale et à l'épidémiologie (DIME) de l'AP-HP
< http://ile-de-france.sante.gouv.fr >	Site de la DRASSIF
< http://www.arh-bretagne.fr >	Site de l'ARH de Bretagne
< http://www.cramif.fr >	Site de la caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF)
< http://www.le-pmsi.fr >	Site du PMSI
< http://www.medcost.fr >	Site internet médical
< http://www.sante.gouv.fr >	Site du Ministère de l'emploi et la solidarité
< http://www.medecine.uhp-nancy.fr/public >	Site internet du CHU de Nancy, journée Emois
< http://www.smamif.org >	Site du service médical de l'assurance maladie d'Ile de France (SMAMIF)

*

**

Liste des annexes

Annexe A **Liste des personnes rencontrées**

Annexe B **Grille d'entretien**

Annexe C **Classification OAP**

Annexe A : Liste des personnes rencontrées

Jacques DECKARD	Médecin DIM, centre hospitalier de Meaux
Sophie DERAEDT	Médecin conseil régional, SMAMIF, Paris
Pascal LASSALLE	Responsable de la cellule statistique et systèmes d'information, direction des affaires hospitalières, CRAMIF, Paris
Danièle LOPES	Responsable de la cellule conseil et expertise aux établissements sous dotation globale, direction des affaires hospitalières, CRAMIF, Paris
Marc LOSSOUARN	MISP, pôle sanitaire, DDASS 92, Nanterre
Sophie MALO	Responsable du traitement des données du PMSI, DRASSIF, Paris
Claude MARESCAUX	Médecin DIM, chargée de mission PMSI, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Paris
Dominique MOULIN	Chargée de mission systèmes d'information, ARH-IF, Paris
Jean-Georges MOREAU	MIR adjoint, président du COTRIM, DRASSIF, Paris
Jean PERRIN	MISP, pôle sanitaire, DDASS 75, Paris
Laurent TARDIF	Responsable des systèmes d'information à l'ARH de Bretagne, Rennes

Annexe B : Grille d'entretien

Métier

- Quelle est votre fonction ? Quelles sont vos responsabilités ? Quelle votre ancienneté dans la fonction ? Dans le poste ?
- Quel sont les secteurs de soins qui vous concernent particulièrement ? Comment travaillez-vous avec l'ARH ? Que représente votre activité ARH ?
- Comment travaillez vous avec les services de l'assurance maladie ? Avec les médecins inspecteurs des services déconcentrés ?
- Intervenez-vous (et si oui de quelle manière et avec qui ?) dans les domaines suivants : planification hospitalière, projet d'établissement, contrat d'objectifs et de moyens...

PMSI

- Recevez-vous les données issues du PMSI ? Si oui, précisez (*provenance, format, support, fréquence, établissements ...*).
- Comment utilisez-vous le PMSI dans vos activités professionnelles ? Quelle exploitation en faites-vous ? L'utilisez-vous en-dehors des études de coûts ?
- Selon vous, dans quels domaines d'activités peut-être utilisé le PMSI ?
- Êtes vous directement impliqué dans des activités de planification hospitalière ? Que pensez-vous de l'utilisation du PMSI à des fins de planification de l'offre de soins hospitaliers ?
- Quels sont, selon vous, les limites ou les insuffisances du PMSI dans ce domaine ?
- Quels indicateurs pertinents sont/peuvent être utilisés pour positionner l'offre de soins ?
- Le PMSI peut-il servir à faire des comparaisons ? Si oui, lesquelles ? Quelles est l'intérêt d'étudier les « flux » de patients ?
- Selon-vous, le PMSI peut-il aider à identifier des problématiques de santé publique ?
- Le PMSI a t'il eut un impact sur le comportement des acteurs du champ hospitalier ?

Outils

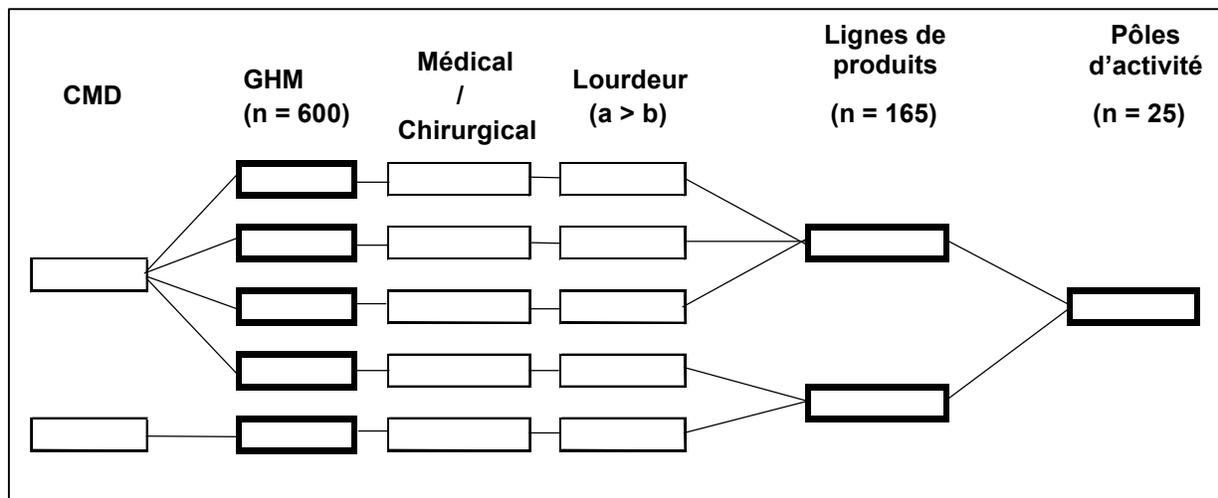
- Quels outils informatiques utilisez-vous ?
- Avez-vous un accès internet sur votre propre PC ? Utiliser-vous internet ? pourquoi et avec quelle fréquence ? Si oui, quels sites internet consultez-vous le plus ?
- Utiliser-vous l'intranet du Ministère de l'emploi et de la solidarité ?
- Connaissez-vous ARHIFNET ? Connaissez-vous d'autres sites qui fournissent des informations sur le PMSI ?

Formation

- Avez-vous eu une formation particulière sur le PMSI ? les systèmes d'informations ? Si oui, dans quel cadre (*ENSP, formation continue, autre...*) ?
- Y a t'il d'autres points que vous voudriez mentionner ?

Annexe C : Classification OAP

Construction de l'outil d'analyse du PMSI (OAP) à partir de la classification en Groupes Homogènes de Malades[§]



Libellé des pôles d'activité[§]

Pôles d'activités	
AA - Digestif	AN - Chimiothérapie, Radiothérapie
AB - Orthopédie, Rhumatologie	AO - Endocrinologie
AC - Uro-néphrologie	AP - Peau et tissu sous-cutané
AD - Système nerveux	AQ - Brûlures
AE - Cardiologie	AR - Maladies infectieuses (hors VIH)
AF - Vasculaire périphérique	AS - Maladie VIH
AG - Pneumologie	AT - Transplantations d'organes, Greffes de moelle
AH - ORL, Stomatologie	AU - Traumatismes multiples ou complexes graves
AI - Ophtalmologie	AV - Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool
AJ - Gynécologie	AW - Décès, Transferts immédiats
AK - Obstétrique	AX - Autres prises en charge
AL - Nouveau-nés	AY - Erreurs et séjours inclassables
AM - Hématologie	

§ Source : Buronfosse A. et al. *Lettres des Systèmes d'Information Médicalisés*, 2000 ; 36 : 17-20.