

UNIVERSITE René DESCARTES

(PARIS V)

Président Pr P. VILLARD

DEA D'ETHIQUE MEDICALE ET BIOLOGIQUE

(Directeur Pr C. HERVE)

Promotion 1996-1997

TITRE DU MEMOIRE :

Le P. M. S. I. ou les effets pervers économiques d'une typologie des populations sans abri comme de leur non typologie

Présenté par

Jean-Pierre PICHON

Directeur de Mémoire : Dr Jacques HASSIN

Remerciements

Tout d'abord au Professeur Christian Hervé

Vous m'avez accepté parmi vos élèves. Votre accueil, votre enseignement et vos conseils m'ont permis de conduire cette réflexion autour des plus démunis et de leur place dans notre système de soins

A mon ami le docteur Jacques Hassin

Depuis 1980, vous avez toujours répondu avec patience à mes questions. Une de vos réponses est à l'origine de ce travail

A Nathalie Dumaine et Evelyne Hameau

Sans votre travail quotidien de techniciennes de l'information médicale dévouées du Département d'Information Médicale, une partie de ce travail n'aurait pas été possible

A Françoise, Claire, Xavier et Delphine

A mes Frères

A mes Parents

Aux membres du Jury

Table des matières

INTRODUCTION	1
La sante et l'exclusion	4
Le P. M. S. I.	7
Qu'est ce que le PMSI ?	7
<i>Objet :</i>	7
<i>Rappel historique :</i>	8
<i>Quelles Informations ?</i>	9
Les informations du R. U. M. :	10
Informations relatives à l'identification du malade :	10
Autres informations obligatoires :	11
Les nomenclatures utilisées :	13
<i>Quel Traitement ?</i>	14
Algorithme de groupage	15
La production de Résumés de Sortie Anonymes	16
<i>Quels Résultats ?</i>	16
<i>Quel Usage ?</i>	18
Analyse de l'année 1996 à l'hôpital Max FOURESTIER	24
Les Catégories Majeures de Diagnostic :	24
Les Groupes Homogènes de Malades :	26
Etude comparée d'un G. H. M. :	27
DISCUSSION	29
<i>La Justice</i>	29
<i>Culture, Société et Solidarité</i>	30
<i>La pauvreté :</i>	31
<i>Le paradigme de simplification :</i>	32
Conclusion	34
bibliographie Par ordre Alphabétique	35
bibliographie Par ordre de citation	33
ANNExe 1 CIRCULAIRE DH/PMSI n° 303 du 24 juillet 1989	34
ANNExe 2 Calcul de l'I. G. S. 2	39
ANNExe 3 circulaire DH/DSS/95 n° 23 du 10 mai 1995 et note d'instruction N° 95-075-M21 du 19 juillet 1995.	40
ANNExe 4 Résultats de l'étude exclus et P. M. S. I. (Dr. J. P. Pichon) Extrait de la thèse du Dr J. HASSIN L'EMERGENCE DE L'ABORD MEDICO-SOCIAL DES POPULATIONS SANS TOIT STABLE	57
ANNExe 5 CIRCULAIRE DH/PMSI n° 92-08 du 28 février 1992 (BO n° 92-13) BASE DE DONNEES SUR LES COUTS DES ACTIVITES MEDICALES	60

Tables des illustrations

<i>Numéro</i>	<i>Page</i>
1. Exemple de Case-mix (limité aux 20 Premiers G. H. M.)	19
2. Liste des Lettres-Clés	21
3. Distribution des hospitalisations en 1996 selon les C. M. D.	24
4. Le G. H. M. n° 129	27

INTRODUCTION

Le clochard

**La poussière de mille routes, la graisse
Et la crasse des taudis étaient sur son visage ;
Les crocs de la faim et de la maladie
Sur sa gorge avaient laissé leur marque ;
Son haleine respirait la mort,
Mais ses yeux étaient sans repos.**

**Le long des caniveaux, difforme, éreinté,
La tête baissée et les pieds en sang,
Dans la nuit de Noël il traînait
Ses soucis, ses chagrins et ses défaites ;
Jusqu'au moment où, le souffle court, le visage vers le sol,
Il s'est affalé sur la chaussée encombrée.**

**L'orgie de minuit hurlait
Ses excès de vin et de luxure.
La foule heureuse, propre, indifférente
Le croisait, prise de colère et de dégoût :
Car - sobre ou saoul - c'était un clochard,
Et sa mort n'était pas une grande perte.**

Arturo GIOVANNITTI, *Arrows in the Gale*, p. 60 (in ANDERSON Nels, *The Hobo, The Sociology of the Homeless Man*, University of Chicago Press, 1923, édition française, Nathan, Coll. " Essais et recherche ", 1993, 319 pages. p. 206)

Ce mémoire se veut un point de départ à une réflexion et à une recherche sur les problèmes éthiques posés en France vis-à-vis des populations exclues, par les outils d'évaluation de l'activité médico-économique des hôpitaux.

Nous partons d'une constatation. Il existe, depuis une vingtaine d'années, une volonté politique de " maîtriser" les dépenses de santé. C'est ainsi que le prix de journée a fait place au budget global, accompagné de son taux directeur. De façon récente, ce taux est " modulé " en fonction de l'enveloppe budgétaire régionale et des résultats fournis par une évaluation de la performance médico-économique des établissements de santé.

Quels sont les problèmes éthiques soulevés par cette approche et les outils choisis ?

On peut distinguer deux grandes catégories :

- **les questions liées à l'outil lui-même**
- **les questions liées à l'usage de l'outil.**

Comme nous le verrons plus loin, cette distinction est artificielle. En effet, une question liée à l'usage de l'outil conduit à s'interroger sur l'outil.

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (P. M. S. I.) est l'outil de la mesure de performance médico-économique des établissements de santé. Il ne voit le malade que dans une dimension purement médicale et linéaire. Ni la dimension socio-économique de l'être malade, ni la complexité de certains états pathologiques ne sont pris en considération. L'unité de l'être malade et de son environnement n'est donc pas appréhendée.

Dans ce travail, on s'attachera à étudier, du point de vue du principe moral de l'égalité de l'accès aux soins pour tous, les conséquences de cette cécité socio-économique.

Mais ce travail soulève d'autres interrogations.

Une étude ciblée sur une population " exclue " de, ou par, une société de moins en moins tolérante, ne risque-t-elle pas d'alimenter un discours cherchant à justifier cette exclusion ?

En guise de première réponse, on peut considérer l'hypothèse suivante :

Si l'outil d'évaluation défavorise les populations exclues, ne pas étudier les conséquences, ne peut que pérenniser voire aggraver cette exclusion. En conséquence, si l'étude objective des effets directement ou indirectement négatifs, pour ces populations, " le pire " qui puisse arriver serait l'introduction de mesures correctrices.

Quelles sont les motivations de la solidarité ? Quelles sont les limites de cette dernière ?

L'économie serait-elle antinomique à l'éthique ?

Qu'est-ce que le droit à la " santé " dans une économie de " l'assurance maladie " ?

" Accessoirement ", quel est le regard de " l'exclu " sur sa santé ? sur sa ou ses maladies ? Et quel est celui des soignants ? Quel est celui des politiques ?

Ce travail ne prétend pas répondre à chacune de ces questions. Les objectifs poursuivis sont :

- de vérifier l'hypothèse de l'existence d'une inégalité devant la maladie AÏACH Pierre - La santé et ses inégalités - Esprit - Février 1997 - pp 63 à 72 ;
- d'étudier les risques d'inégalité pouvant être induits par les outils " économiques " ;
- de proposer une solution au problème posé ;
- de tenter d'améliorer la formulation des questions qui resteront ici sans réponse ou dont les réponses ne seront qu'esquissées.

Chapitre 1

La santé et l'exclusion

André Malraux MALRAUX André - Les conquérants - in G BERESNIAK et G. DURU - Economie de la Santé - Masson - pp 78 disait " *Une vie ne vaut rien mais rien ne vaut une vie* ".

Communément ne dit-on pas que la santé n'a pas de prix ? Cette simple affirmation résume toute la complexité des liens entre économie, éthique et santé (ou maladie).

Il semble que l'économiste éprouve quelques difficultés à valoriser un " capital " naturel. Ceci ne justifie pas une valeur nulle de la santé, bien au contraire.

Pour l'économiste, la santé des individus, comme leur éducation, contribue au développement économique. Ici, l'individu est perçu comme un moyen de production de richesses. Ainsi la santé et son maintien pourraient n'obéir qu'aux seules règles de l'économie.

Dans cette hypothèse, on pourrait s'interroger sur le bien fondé de l'état de santé des individus économiquement exclus tels les vagabonds. Les retraités présentent un intérêt économique en tant que consommateurs, dans une économie libérale.

Jean-Louis LANOE BRISSET-VIGNEAU Françoise - Le défi bioéthique, la médecine entre l'espoir et la crainte – Autrement – Série mutations – N° 120 – Mars 1997 - p. 75 pose la question de savoir " *Qui pourrait proposer de ne pas soigner ceux qui n'ont pas de ressources nécessaires pour se procurer les biens et les services médicaux qu'exige leur état ?* ". Or il y a une vingtaine d'années, des économistes anglo-saxons proposaient de ne plus soigner, en réanimation, les malades au-delà d'une limite d'âge, fixée alors à 80 ans.

Comme le rappelle Marcel Druhle DRUHLE Marcel - Comment mesurer la santé - ESPRIT - Février 1997 - pp 56, la santé est souvent mesurée par " la non-santé " (mortalité, morbidité, consommation médicale...). Or il est communément admis que l'état de santé ne se réduit pas à l'absence de maladie. La santé peut être vue comme une réalité " *irréductible à la maladie et à la mort parce qu'elle participe de l'interprétation du déroulement de l'existence* ".

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (O. M. S.), la santé correspond à un état complet de bien-être physique, mental et social.

Or la pratique médicale nous a appris à constater, comme d'autres médecins Dr HASSIN Jacques - L'émergence de l'abord médico-social des populations sans toit stable -Thèse de Doctorat d'Université mention Ethique Médicale, Paris, Université René Descartes PARIS V, 1996, Polycopié, 383 pages. ou psychologues DECLERK Patrick, HENRY Patrick, MANNOUK Djenane - Alcoolisme et désocialisation au C. A. S. H. de Nanterre – Mémoire du diplôme d'université d'alcoologie – Université Paris V Pierre et Marie Curie, 1988, polycopié, 170 pages., qu'il existe un lien fort et caricatural entre la non-insertion sociale et l'état de " non-santé ".

An et Ar MIZRAHI MIZRAHI An et MIZRAHI Ar - Enquête sur la santé et la protection sociale 1988 - 1991 - CREDES démontrent en 1994 l'existence et l'importance des liens entre état de santé, vieillissement relatif et variables socio-économiques. Ce travail met en évidence un moins bon état de santé des chômeurs comparativement aux actifs. Cependant cette étude ne permet pas de connaître le lien de causalité entre chômage et état de santé.

Pierre AIACH et Dominique CEBEAIACH Pierre, CEBE Dominique - Les inégalités sociales de santé - La Recherche - n° 261 - Janvier 1994 - Volume 25 - pp 100 - 109 montrent que si les inégalités sociales de santé sont connues depuis deux siècles, il existe un accroissement de celles-ci en France et dans le reste de l'Europe depuis quelques années.

Jonathan Mann Mann Jonathan - L'égalité devant la santé dans un monde d'inégalités : Un défi - Revue Prévenir - n° 30 - 1er semestre 1996 - pp 217 - 224 rappelle que la Santé Publique est née de la réalité d'une santé inégale dans un monde inégalitaire. Cette inégalité est planétaire. Le riche vit plus longtemps et en meilleure santé que le pauvre, sans distinction de lieu ou d'époque.

Cependant J. Mann rappelle que l'explication socio-économique possède des limites. C'est ainsi que de nombreuses recherches proposent d'autres explications. Ainsi, le niveau du lien social, mesuré par le nombre de contacts sociaux, est relié au risque de mortalité et à la survie après un événement de santé grave. Le niveau de contrôle que chacun exerce sur son environnement, reflété par sa position dans l'échelle sociale ou l'autonomie dans l'exercice de sa profession est également associé à l'état de santé.

Ces éléments permettent de comprendre que les individus en situation d'extrême pauvreté, désinsérés, donc ayant rompu la plupart des liens sociaux, ne maîtrisant plus leur environnement et ayant eu des difficultés dans l'enfance, sont très probablement en plus mauvaise santé que le reste de la population.

Mais à ce stade de la réflexion, nous ne pouvons pas affirmer ou infirmer l'existence d'un lien entre ce mauvais état de santé et les coûts de prise en charge hospitalière des exclus.

Tout au plus, nous pouvons supposer que la non-santé de cette population devrait se caractériser par des associations de pathologies. Comme nous le verrons plus loin, le P. M. S. I. ne prend en compte la polyopathie que de façon très imparfaite.

Une lecture critique des articles cités ci-dessus nous conduit à constater que les indicateurs socioprofessionnels ou sociaux économiques excluent la population en grande précarité de leur champ de description.

Les études qui précèdent et les fondements du P. M. S. I. invitent à vérifier les incidences de cet outil quant à la prise en charge des hospitalisations des plus démunis.

Chapitre 2

Le P. M. S. I.

Qu'est ce que le PMSI ?

Objet :

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (P. M. S. I.) permet de faire une analyse de l'activité médico-économique des établissements de santé. C'est le premier outil, en France, de description qui tente de systématiser une description médicale de l'activité des établissements de santé, dans une finalité économique.

L'objectif est, dès le début du programme, de connaître ce qu'on fait (les soins).

A partir de 1994, l'utilisation de l'outil P. M. S. I. bien plus " économique " conduit à s'interroger quand aux respects de certaines " valeurs éthiques ".

Qu'en sera-t-il du respect de la personne malade ? Ses intérêts ne seront-ils pas en opposition avec ceux de la collectivité, ou au moins avec les choix des représentants de cette dernière ? Ne risque-t-on pas d'introduire ou plus exactement d'aggraver une inégalité dans les conditions d'accès aux soins ?

Rappel historique :

Le lecteur qui souhaite approfondir l'historique du P. M. S. I. pourra lire le mémoire de Jean-Marie FESSLER

FESSLER Jean-Marie " Problématique éthique du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (P. M. S. I.) " . Mémoire de DEA d'Ethique Médicale et Biologique, Paris, Université René Descartes PARIS V, 1993, Polycopié, 110 pages.

Les dépenses de santé constituent un grand problème pour toutes les démocraties occidentales. Leur évolution exprimée en pourcentage du produit intérieur brut est impressionnante (Données OCDE – Logiciel ECO-Santé du CREDES in HASSENTEUFEL Patrick – Les Médecins Face à l'état – une comparaison européenne – Presses de Sciences Po – Janvier 1997 – 367 pages).

	1960	1980	1993
France	4,2%	7,6%	9,8%
Allemagne	4,7%	8,4%	8,6%
Royaume-Uni	3,9%	5,6%	7,1%

Cette évolution préoccupante conduit l'ensemble des pays européens à mettre en place une politique de maîtrise de ces dépenses.

Le projet de médicalisation du système d'information est né en 1982. Le projet deviendra programme par la suite.

Celui-ci puise ses origines dans le " Prospective Payment System " (P. P. S. - tarification à la " pathologie " aux U. S. A.) COCA Elias, DUBOIS-LEFRERE Joelle – Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : Le P. M. S. I. – Berger-Levrault – Juin 1992 – 351 pages et les " Diagnosis Related Groups " (D. R. G. - regroupement de diagnostics selon des critères statistiques et économiques).

En Europe, le début des années " 80 " est marqué par la nécessité de caractériser la production hospitalière. On assiste à une appropriation, en ordre dispersé, de l'outil américain. Malgré des efforts d'harmonisation et de recherche concertée, on ne voit pas naître un outil européen.

En France, après une phase d'expérimentation, le P. M. S. I. est généralisé à l'ensemble du service public hospitalier par la circulaire 303 du 24 Juillet 1989 (voir annexe 1).

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 (article 710-5 du code de la santé publique) loi N° 91-748 du 31 Juillet 1991 (article 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. oblige les établissements de santé, publics et privés, à évaluer et analyser leur activité.

Depuis septembre 1995, à la suite de La circulaire DH/DSS/95 n° 23 du 10 mai 1995 et la note d'instruction correspondante N° 95-075-M21 du 19 juillet 1995 les budgets des établissements de santé publics (hôpitaux) et des établissements de santé privés participants au service public hospitalier (P. S. P. H. ou établissements privés sans but lucratif) sont déterminés en majeure partie en tenant compte de cette évaluation.

Initialement, le recueil d'information est limité à l'hospitalisation en court-séjour "Médecine-Chirurgie-Obstétrique". L'année 1998 verra l'extension du recueil aux hospitalisations en soins de suite (circulaire d'avril 1997).

Quelles Informations ?

Les dossiers médicaux contiennent une masse très importante d'informations. Mais ces informations hiérarchisées pour la pratique médicale constituent un bruit inintelligible pour le gestionnaire.

Il est donc demandé au médecin ayant assuré la prise en charge du malade durant le séjour hospitalier, de produire un résumé d'unité médicale (R. U. M.). Ce dernier est normalisé. Il contient une sélection limitée d'informations contenues dans le dossier médical. Ces informations sont encodées selon des nomenclatures et classifications standardisées.

Les informations du R. U. M. :

Informations relatives à l'identification du malade :

Ø le numéro de sécurité social de l'assuré, uniquement pour les établissements privés conventionnés (depuis le 1er Janvier 1997).

Ø identifiant correspondant à l'ensemble du séjour dans les unités de médecine, chirurgie ou obstétrique de l'établissement. Il s'agit d'un numéro attribué selon un mode séquentiel ou aléatoire à l'ensemble des R. U. M. décrivant le séjour d'un malade. Ce numéro est celui du résumé de sortie standardisé (R. S. S.). **Ces résumés de sortie standardisés ne peuvent être transmis en dehors de l'établissement.** Ils sont indirectement nominatifs. L'attribution de ce numéro est faite sous la responsabilité du médecin chargé de l'information médicale pour l'établissement. La correspondance entre le numéro du R. U. M. et le numéro d'hospitalisation (ou, ce qui revient au même, entre numéro du R. U. M. et identité du patient) est conservée par le médecin responsable de l'information médicale.

Ø Sexe du patient : 1- Masculin 2- Féminin

Ø Date de naissance du patient (jour, mois, année)

Ø Rang de bénéficiaire du patient, uniquement pour les établissements privés conventionnés (depuis le 1er Janvier 1997).

Ø Code postal du lieu de résidence du patient : 99999 pour code postal inconnu

Ø Lorsque le droit au secret de l'admission ou à l'anonymat bénéficie à la personne soignée Cette disposition s'applique dans les circonstances suivantes :

.. la grossesse, l'accouchement (accouchement dit " sous X ") (article 20 du décret n°74-27 du 14 Janvier 1974) et l'interruption volontaire de grossesse (circulaire du 10 Mars 1975 relative à l'application de la loi du 17 Janvier 1975 ;

.. la prise en charge des toxicomanes (article 34 du décret n°74-27 du 14 Janvier 1974), les informations d'identité recueillies sont limitées à l'année de naissance, au sexe et au numéro d'hospitalisation.

Autres informations obligatoires :

Ø numéro de l'établissement dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (F. I. N. E. S. S.) ;

Ø numéro de l'unité médicale (unité définie au gré de l'établissement pour les besoins du codage des séjours). Ce numéro sert à repérer au sein de l'établissement les unités médicales, sans référence à une nomenclature imposée.

Ø Date d'entrée dans l'unité médicale (jour, mois, année)

Ø Mode d'entrée dans l'unité

§ Mutation : entrée par mutation en provenance d'une autre unité médicale de la même entité juridique Sur dérogation de l'autorité de tutelle, la constitution et le groupage des R. S. S. pourront se faire par établissement ou groupe hospitalier et non par entité juridique. ;

§ Transfert : entrée par transfert en provenance d'une autre entité juridique

§ Domicile (en provenance du domicile) : y compris d'une structure d'hébergement médico-sociale (maison de retraite...) et hospitalisation à domicile (cela inclut l'entrée en provenance de la voie publique)

Ø Date de sortie de l'unité médicale (jour, mois année) : il s'agit de la date de sortie physique du malade, indépendamment des " journées facturables ". Pour les établissements publics et privés participant au service public hospitalier, une sortie provisoire, dite " " permission " ", n'est pas à considérer comme une véritable sortie ; elle ne doit pas clore le R. U. M..

- Ø Mode de sortie de l'unité
- § Mutation
- § Transfert
- § Domicile (retour au domicile)
- § Décès
- Ø Provenance (type(s) de mutation ou de transfert, s'il y a lieu)
 - § D'une unité de soins de courte durée
 - § D'une unité de soins de suite et de réadaptation
 - § D'une unité de soins de longue durée
 - § De psychiatrie.
- Ø Destination (type(s) de mutation ou de transfert, s'il y a lieu). Cette rubrique reprend les mêmes subdivisions que la provenance.
- Ø Hospitalisation inférieure à 24 heures
- Ø Existence d'une hospitalisation au cours des trente jours précédents la date d'entrée dans l'établissement. On tient compte des hospitalisations, y compris de moins de 24 heures, quel que soit le statut juridique de l'établissement, quand ces hospitalisations ont lieu dans le champ du P. M. S. I..
- Ø Nombre de séances, s'il y a lieu (chimiothérapie, épuration extra-rénale...)
- Ø Diagnostic principal : c'est le diagnostic de la pathologie (au sens large) qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours du séjour du patient dans l'unité médicale. Il est déterminé de façon rétrospective à la fin du séjour du patient dans l'unité médicale. Cette description impose un mode de raisonnement au médecin bien différent de celui de la pratique médicale.
- Ø Diagnostic(s) associé(s), s'il y a lieu. Le diagnostic associé est une pathologie associée au diagnostic principal, une complication de celui-ci ou de son traitement.

Ces diagnostics selon leur gravité peuvent orienter le R. S. S. dans un G. H. M. " avec complication " ou " sans complication ". Les pathologies qui entraînent un allongement significatif des durées de séjours sont, dans la plupart des cas, considérées comme pathologies associées ou complications substantielles et sont désignées comme complications et morbidités associées (C. M. A.).

Depuis Janvier 1997 on distingue un sous-ensemble de C. M. A. sévères, pour permettre le repérage des séjours particulièrement coûteux. La qualité de la description du séjour du malade est liée, pour une part, à l'exactitude de l'énumération des diagnostics associés. De cette exactitude dépend des enjeux économiques majeurs.

Bien que mal perçue, la notion de responsabilité du médecin rédacteur du R. U. M. revêt un rôle majeur au regard de la communauté hospitalière où il exerce.
- Ø Acte(s) signalé(s) comme " actes classants ", dans le catalogue des actes médicaux, s'il y a lieu.
 - § Ce sont les actes classants de la classification des groupes homogènes de malades (G. H. M.). Leur mention sur le résumé de sortie est indispensable. Elle ne constitue cependant qu'un minimum. En effet, il est difficile de préjuger de l'évolution des pratiques médicale ou de celle de la

classification des actes classants. Lorsqu'une telle évolution se produit, il faut grouper correctement les données antérieures. Le recueil se doit d'être le plus exhaustif possible.

§ Les actes réalisés dans un établissement " B " pour un patient hospitalisé dans un établissement " A " sont payés par l'établissement "A". Ils sont donc inscrits sur le résumé produit par l'établissement " A ".

Ø Poids à la naissance pour les nouveau-nés (en grammes)

Ø Indice de gravité simplifié 2 (I. G. S. 2). Le recueil de ce score est obligatoire pour les patients adultes faisant, l'objet de soins de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue (depuis le 1er Janvier 1997). Ce score varie de 0 à 194. Il est calculé à partir de 17 variables. Le mode de calcul est détaillé dans l'annexe 2.

Les séjours des nouveau-nés possèdent des particularités décrites dans " le guide méthodologique de production des résumés de sortie du P. M. S. I. " Additif au Bulletin Officiel n° 94 /6 bis et son additif fascicule spécial du Bulletin Officiel n° 96/13 bis..

Les nomenclatures utilisées :

Pour coder les diagnostics, on recourait jusqu'en décembre 1996 à la classification internationale des maladies, dans sa neuvième version (CIM-9). L'usage de la dixième version de cette classification (CIM-10), possible dès 1995, est obligatoire depuis le 1er Janvier 1997. La CIM-10 se différencie de la CIM-9 par sa plus grande précision. Cependant, cette nomenclature manque de précision pour permettre une description pertinente de certaines maladies. Des extensions à cette classification seront proposées par le Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé (P. E. R. N. N. S.) P. E. R. N. N. S. – 19 boulevard Eugène Deruelle, 69003 LYON – P. E. R. N. N. S.

Le P. E. R. N. N. S. a été créé en 1992. Cet organisme indépendant, composé d'experts médicaux, est chargé d'assurer l'évolution et la maintenance des outils P. M. S. I...

Il est ici important de mentionner que la classification internationale des maladies permet de décrire les conditions socio-économiques et psycho-sociales, de façon plus ou moins détaillée selon la version, susceptibles d'influencer l'état de santé.

Le catalogue des actes médicaux (C. D. A. M.) permet d'assurer le codage des actes médicaux. Ce catalogue diffère dans sa syntaxe et sa sémantique de la nomenclature générale des actes professionnels (N. G. A. P. - outil de facturation utilisé par les professionnels de santé pour décrire les actes facturés et remboursables par l'assurance maladie).

Le C. D. A. M. permet d'identifier les actes pendant le séjour du malade et de mesurer la consommation normalisée de ressources humaines et matérielles pour réaliser cet acte au moyen d'un Indice de Coût Relatif (I. C. R.).

Quel Traitement ?

Les R. U. M. sont adressés au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement. Ils vont participer à la construction des R. S. S..

Si le malade a fréquenté une seule unité médicale, le R. U. M. correspondant équivaut au R. S. S..

Si le malade a fréquenté plusieurs unités médicales, le R. S. S. correspond à l'ensemble des R. U. M. produits par les médecins responsables du malade dans les différentes unités fréquentées au cours du séjour.

Le classement des séjours en G. H. M. est assuré grâce à un logiciel spécifique qui comporte une fonctionnalité dite de "groupage".

La Direction des Hôpitaux met à la disposition des hôpitaux et des sociétés de service informatique l'algorithme de la fonction groupage et les tables de classification en G. H. M.. L'évolution de la classification des G. H. M. est confiée au P. E. R. N. N. S., assisté du Centre de Traitement de l'Information du P. M. S. I. (C. T. I. P.).

Il est important de décrire les principes fondamentaux de fonctionnement de cet algorithme pour la bonne compréhension de la problématique, objet de ce travail.

Algorithme de groupage

Il est attribué pour chaque séjour un des 512 G. H. M. de la classification, à partir des données administratives et médicales contenues dans le R. S. S..

1. Test sur la durée :

Les séjours 24 heures ou de moins de 24 heures (séances, décès immédiat, transfert immédiat, pathologies traitées en moins de 24 heures) sont classés parmi les G. H. M. de la catégorie majeure n° 24.

1. Test sur le diagnostic principal

Le diagnostic principal du R. S. S. oriente sur l'une des 23 catégories majeures de diagnostic (C. M. D.).

Si un seul R. U. M. contient un acte classant, le diagnostic principal de celui-ci est le diagnostic principal du R. S. S..

En l'absence d'acte classant ou si plusieurs R. U. M. en comportent au moins un, le diagnostic principal du R. S. S. est celui du R. U. M. comportant au moins un acte classant et dont la durée de séjour est la plus longue. En cas d'égalité, c'est le diagnostic du dernier R. U. M. qui est retenu pour le R. S. S..

2. Test sur la présence d'un acte classant :
Si le R. S. S. comporte un acte classant opératoire, le séjour est classé dans un G. H. M. chirurgical. Dans le cas contraire le séjour est classé dans un G. H. M. médical.

Les actes classants sont hiérarchisés pour chaque C. M. D..

3. Test sur la présence de complications et/ou de morbidités associées :
L'existence d'une complication ou d'une morbidité associée permet de classer le séjour dans un G. H. M. avec complication, si la subdivision existe.

Initialement la liste des C. M. A. a été constituée en recensant les diagnostics qui augmentent la durée de séjour d'au moins de 24 heures dans au moins 75% des cas.

4. Test sur l'âge :
Certains G. H. M. possèdent des subdivisions prenant en considération l'âge du malade.

La limite 69/70 ans est fréquemment utilisée. Cette limite arbitraire sera probablement revue.

Pour certains G. H. M. la limite résulte de l'analyse statistique. Par exemple 36 ans dans le cas du diabète.

La détection d'erreur oriente le R. S. S. dans la catégorie majeure n° 90 (Erreurs et autres séjours inclassables).

La production de Résumés de Sortie Anonymes Arrêté du 20 Septembre 1994 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et de coût, visées à l'article L. 710-5 du code de la santé publique, par les établissements de santé publics et privés visés aux articles L. 714-1, L.715--5 du code de la santé publique et aux articles L. 162-23, L. 162-23-1 et L. 162-25 du code de la sécurité sociale et à la transmission aux services de l'Etat et aux organismes d'assurance maladie d'informations issues de ces traitements.

Ces informations décrivent non seulement l'état de santé des individus, mais aussi un contexte socio-économique ou psycho-social, de façon quasi nominative. Date de naissance, lieu de résidence, date d'hospitalisation sont autant d'éléments qui permettent d'identifier une personne.

Quels Résultats ?

L'activité hospitalière peut être décrite pour sa composante " hospitalisation de courte durée " grâce au P. M. S. I..

On décrit l'ensemble des séjours réalisés selon le dénombrement de ces derniers par G. H. M., pour un semestre ou une année. La distribution de ces séjours selon les G. H. M. constitue le " case-mix " ou éventail des cas traités.

Pour chaque G. H. M., il existe une valorisation en francs, au niveau de la base nationale. Cette valorisation correspondant au coût moyen observé dans l'échantillon des établissements qui ont participé à la construction de cette base.

Afin de permettre la comparaison d'une année sur l'autre et gommant l'effet de l'inflation, le coût de chaque G. H. M. a été converti en points relatifs. Ces points sont baptisés Points d'Indice Synthétique d'Activité (I. S. A.).

Historiquement le G. H. M. n° 540 correspondant à l'accouchement normal non compliqué s'est vu attribué arbitrairement 1000 points. Pour les autres G. H. M., le nombre de points I. S. A. a été calculé selon la formule :

$$ISAGHM_{\alpha} = \frac{CoutGHM_{\alpha}}{CoutGHM_{540}} * 1000$$

L'échelle des points I. S. A. est réactualisée chaque année, pour intégrer l'évolution des pratiques.

Puisque chaque G. H. M. dispose d'une valorisation en points I. S. A., il est possible de traduire le volume global de l'activité d'hospitalisation de chaque établissement en points I. S. A. selon la formule

$$\text{Activité d'hospitalisation} = \sum_{i=1}^n (\text{Point } GHM_i * \text{nbrss } GHM_i)$$

ou :

PointGHMi = Nombre de points I. S. A. du G. H. M. n° i

NbrssGHMi = Nombre de R. S. S. classés dans le G. H. M. n° i

i = indice variant du premier numéro de G. H. M. rencontré dans l'établissement, jusqu'au dernier numéro rencontré.

Ce total se voit compléter par la conversion des volumes de l'activité externe décrite par les lettres-clés convertis en points I. S. A..

Quel Usage ?

Les gestionnaires que sont les directeurs des Agences Régionales d'Hospitalisation disposent :

Ø d'une valorisation de l'activité ambulatoire en points I. S. A.

- Ø d'une valorisation de l'hospitalisation de courte durée en points I. S. A.
- Ø du budget des dépenses " court-séjour " des établissements.

On comprend qu'il est facile dans ces conditions de calculer une performance économique de chaque établissement. Cette performance exprimée en francs par point I. S. A..

En appliquant, au volume d'activité exprimée en points I. S. A. la valorisation moyenne, il est possible de construire un budget théorique pour chaque établissement.

Dès lors, il est possible de moduler l'évolution du budget de chaque établissement en fonction de sa performance économique.

Cet usage très mécanique du P. M. S. I. n'est pas sans soulever quelques interrogations.

Le coût moyen s'il correspond à une norme de pratique, cette dernière est-elle la bonne pratique ? Qu'en est-il de la qualité de la prestation assurée ? Il semble qu'actuellement aucun outil systématisé permette de répondre à cette question. Or il paraît éthiquement indéfendable d'utiliser le P. M. S. I. pour orienter à la baisse des budgets apparemment excessifs, dans ces conditions.

La circulaire DH/DSS/95 n° 23 du 10 mai 1995 et la note d'instruction correspondante N° 95-075-M21 du 19 juillet 1995 précisent les règles d'utilisation.(voir annexe 3)

Exemple de Case-mix (limité aux 20 Premiers G. H. M.)

Rang	GHM	Groupe Homogène de Malades	CMD	Catégorie Majeure de Diagnostics	Nb
1	540	Accouchement par voie basse sans complication	14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	289
2	418	Diabète, Age >35 ans	10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	160
3	129	Pneumonies et pleurésie banales, âge >69 ans et/ou C.M.A.	4	Affections de l'appareil respiratoire	114
4	560	Nouveau-nés avec problèmes majeurs	15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	120
5	51	Intervention sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	2	Affections de l'œil	110
6	562	Nouveau-né normal	15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	152
7	184	Insuffisance cardiaque et état de choc circulatoire	5	Affections de l'appareil circulatoire	51
8	28	Convulsions, Epilepsies et Céphalées, Age >69 ans et/ou C.M.A.	1	Affections du système nerveux	77

9	119	Infections et inflammations respiratoires, âge >69 ans	4	Affections de l'appareil respiratoire	34
10	593	Chimiothérapie et surveillance	17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de sièges imprécis ou diffus	99
11	531	Césariennes sans C.M.A.	14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	50
12	120	Infections et inflammations respiratoires, âge <70 ans et >17 ans	4	Affections de l'appareil respiratoire	33
13	256	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, Age >69 ans et/ou avec C.M.A.	6	Affections du tube digestif	70
14	633	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances	20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	61
15	391	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, Age >69 ans et/ou C.M.A.	9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	36
16	296	Interventions non majeures sur la hanche et le fémur, Age >69 ans et/ou avec C.M.A.	8	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	18
17	122	Tumeurs de l'Appareil respiratoire	4	Affections de l'appareil respiratoire	40
18	18	Accidents Vasculaires Cérébraux non Transitoires	1	Affections du système nerveux	30
19	901	Actes sans relation avec le diagnostic principal	90	Erreurs et autres séjours inclassables	37
20	671	Signes ou symptômes avec C.M.A.	23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	41

Les indicateurs traditionnels (tels que le nombre de consultation, le nombre de lettres-clés décrivant les actes de biologie...) décrivant l'activité externe sont relevés et viennent compléter cette description.

Liste des Lettres-Clés

Lettre	Points	Libellé
		ISA
B	0,12	Analyses - courantes
BM	0,12	Analyses - immunologie (supprimée par l'arrêté du 16/8/95)
BP	0,12	Analyses - anatomie, cytologie
BR	0,12	Analyses - radio-immunologie
KB	0,85	Biologie Chirurgie
PB	1,11	Prélèvement direct non-médecin Laboratoire
TB	1,11	Prélèvement Technicien Laboratoire
CD	7,42	Consultation - Chirurgien - Dentiste Omnipraticien
CSD	10,12	Consultation - Chirurgien - Dentiste Spécialiste
D	0,85	Actes Dentaires - Acte chirurgien-dentiste
DC	0,92	Actes Dentaires - Certains actes
MAJDD	8,43	Consultation - Majoration Dimanche Dentiste
MAJND	11,13	Consultation - Majoration Nuit Dentiste
SC	1,03	Actes Dentaires - Soins Conservateur
SPR	0,95	Actes Dentaires - Soins prothétiques
TO	0,95	Actes Dentaires - Traitement Orthodontique
ZD	0,59	Actes en Z (avec Radiations Ionisantes) - Chirurgien - Dentiste
AIS	0,96	Actes Auxiliaires Médicaux - Soins Infirmiers Spécialisés
AMI	1,11	Actes Auxiliaires Médicaux - Soins Infirmiers
MAJDI	3,37	Actes Auxiliaires Médicaux - Majoration Dimanche Infirmières
MAJNI	4,05	Actes Auxiliaires Médicaux - Majoration Nuit Infirmières
AMC	0,86	Actes Masseurs Kinésithérapeutes
AMK	0,86	Actes Masseurs Kinésithérapeutes
AMM	0,86	Actes Masseurs Kinésithérapeutes
MAJDK	2,70	Majoration Dimanche Masseurs Kinésithérapeutes
MAJNK	2,70	Majoration Nuit Masseurs Kinésithérapeutes
C	7,42	Consultation - Médecin Omnipraticien
CNPSY	15,18	Consultation - Médecin Neuro-Psychiatre
CS	10,12	Consultation - Médecin Spécialiste
K	0,85	Actes chirurgie et spécialités
KC	0,92	Certains actes chirurgicaux
KE	0,85	Actes d'échographie, d'échotomographie ou de Doppler
MAJDM	8,43	Consultation - Majoration Dimanche Médecin
MAJNM	11,13	Consultation - Majoration Nuit Médecin
P	0,13	Actes d'anatomo-cyto-pathologie
PRA	0,20	
SPM	0,99	Stomatologie, prothèses
Z1	0,74	Actes en Z (avec Radiations Ionisantes) - Electroradiologistes, Gastro-Entérologue
Z2	0,68	Actes en Z (avec Radiations Ionisantes) - Rhumatologue, Pneumo-Phtisio
Z3	0,59	Actes en Z (avec Radiations Ionisantes) - Autre Médecin
ZN	0,74	Actes utilisant des radioéléments en sources non scellées
AMO	0,94	Orthophonistes
AMY	0,98	Orthoptistes
MAJDO	3,37	Majoration Dimanche Orthoptistes
MAJNO	4,05	Majoration Nuit Orthoptistes
AMP	0,28	Pédicures
CSF	5,74	Consultation - Sage-Femme
MAJDF	7,42	Consultation - Majoration Dimanche Sage-Femme
MAJDS	3,37	Actes Auxiliaires Médicaux - Majoration Dimanche Sages-femmes
MAJNF	9,78	Consultation - Majoration Nuit sages-femmes
MAJNS	4,05	Actes Auxiliaires Médicaux - Majoration Nuit Sages-femmes
SF	1,08	Actes Auxiliaires Médicaux - Soins Spécialisés Sages-femmes
SFI	0,96	Actes Auxiliaires Médicaux - Soins Infirmiers Sages-femmes
RMNxx		IRM
SCNxx		Scanner

Chapitre 3

Analyse de l'année 1996 à l'hôpital Max FOURESTIER

Les Catégories Majeures de Diagnostic :

Distribution des hospitalisations en 1996 selon les C. M. D.

Catégorie Majeure de Diagnostic	SDF ou extrême pauvre			Reste de la population		
	Rang	Part	Nb.	Rang	Part	Nb.
Affections du système nerveux	4	8,68%	147	9	4,21%	348
Affections de l'œil	9	3,78%	64	8	4,24%	351
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	12	2,54%	43	10	3,47%	287
Affections de l'appareil respiratoire	1	15,53%	263	4	7,66%	633
Affections de l'appareil circulatoire	2	10,74%	182	3	9,95%	823
Affections du tube digestif	5	8,32%	141	6	7,40%	612
Affections du système hépato-biliaire et du pancréas	10	3,31%	56	13	1,98%	164
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	7	7,08%	120	5	7,57%	626
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	8	7,02%	119	11	2,72%	225
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	13	2,42%	41	7	5,99%	495
Affections du rein et des voies urinaires	18	1,18%	20	17	1,52%	126
Affections de l'appareil génital masculin	19	1,12%	19	14	1,73%	143
Affections de l'appareil génital féminin	22	0,18%	3	15	1,55%	128
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	20	0,71%	12	2	10,24%	847
Affections du sang et des organes hématopoïétiques	17	1,59%	27	21	0,87%	72
Affections myéloprolifératives et tumeurs de sièges imprécis ou diffus	14	2,07%	35	16	1,54%	127
Maladies infectieuses et parasitaires	21	0,59%	10	22	0,48%	40
Maladies et troubles mentaux	16	2,01%	34	19	1,22%	101
Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	6	7,50%	127	20	1,08%	89
Traumatismes, allergies et empoisonnements	11	2,72%	46	12	2,27%	188
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	15	2,01%	34	18	1,32%	109
Séances et séjours d'un jour	3	8,91%	151	1	20,98%	1735
Total			1694			8269

Pour ce travail deux groupes de population ont été individualisés :

- Ø D'une part la population sans toit stable ou hébergée en centre d'hébergement. Cette population se caractérise en outre par l'extrême faiblesse des revenus (surtout mendicité), le chômage, une rupture des liens sociaux⁶.
- Ø D'autre part la population ayant un domicile.

Cette segmentation est certainement artificielle, car la pauvreté n'épargne pas nécessairement tous ceux qui ont un domicile. Cependant, elle reproduit une ligne de fracture entre ceux qui ont un domicile ou encore un domicile et ceux qui n'ont plus rien.

Par ailleurs, les nouveau-nés sont exclus du champ de cette étude Le trop faible nombre de naissances convenablement documentée pourrait conduire à des interprétations erronées. Suite à ce constat, une nouvelle procédure de recueil de l'information a été mis en place. Ceci devrait permettre la réalisation d'une étude centrée sur les nouveau-nés, dans deux ans..

Ce tableau montre une première anomalie dans la répartition des hospitalisations. En effet l'hospitalisation de type ambulatoire, décrite en partie par la C. M. D. n°24, bénéficie moins aux populations sans toit ou dans l'extrême pauvreté (moins de 9%), qu'au reste de la population (plus de 20%). Ceci n'est que partiellement explicable par l'état de santé. Les conditions socio-économiques sont probablement déterminantes dans la pratique médicale. En effet, en interrogeant les praticiens il apparaît que les conditions d'hygiène déplorables dans lesquels vivent la plupart de ces malades ne permettent pas des soins satisfaisants. De plus, les difficultés, tant matérielles qu'économiques, associées fréquemment à des troubles de la personnalité, ne permettent pas une autonomie de prise en charge compatible avec un suivi thérapeutique correct.

De façon troublante, nous constatons un accroissement de cet écart (8,52% en 1994, 12,07% en 1996) ⁶(annexe 4). Ces chiffres semblent confirmer le fait que les progrès de la médecine profitent plus aux riches qu'aux pauvres. Nous rejoignons ici l'observation de Pierre AIACH et Dominique CEBE⁹, décrivant un accroissement des inégalités sociales de santé ces dernières années en France et en Europe.

Par ailleurs on remarque une disparité au niveau des fréquences relatives des pathologies selon les populations concernées. Notamment, les affections de l'appareil respiratoire prédominent dans la population en extrême pauvreté. Elles y sont deux fois plus fréquentes que pour le reste de la population. Les affections neurologiques, dermatologiques, psychiatriques, hépatobiliaires ou pancréatiques sont très nettement plus fréquentes chez la population en situation d'extrême pauvreté ou désocialisée.

Cependant nous ne devons pas oublier que cet outil ne permet pas de mettre en valeur les hospitalisations en rapport avec plusieurs pathologies. Par exemple, l'hospitalisation du patient psychotique, en état de delirium tremens, présentant une poussée de pancréatite chronique,

avec une broncho-pneumopathie (cas réel), ne sera valorisée que pour une de ces pathologies avec C. M. A..

Les Groupes Homogènes de Malades :

Une première analyse des Groupes Homogènes de Malades (G. H. M.) permet de constater que cette population se retrouve dans des G. H. M. plus lourds que le reste de la population (I. S. A. moyen pour les " exclus " = 1325,6 - I. S. A. moyen pour le reste de la population = 1041,7).

Pour une partie, ce phénomène est explicable par les complications ou morbidités associées.

Là encore, l'écart entre la population en grande précarité et le reste de la population s'accroît depuis 1994. (annexe 4)

A ce stade de la discussion, on pourrait penser que le P. M. S. I. est pertinent, puisque prenant en compte les C. M. A..

Mais malheureusement il n'en est rien. En effet il convient de s'assurer qu'à l'intérieur de chaque G. H. M. le comportement économique est proche entre les " déshérités " et le reste de la population.

En fait il apparaît que la durée moyenne de séjour est significativement différente entre les deux populations, pour de nombreux G. H. M..

Etude comparée d'un G. H. M. :

Pour illustrer ce qui précède nous étudierons le G. H. M. n°129, Pneumonies et pleurésies banales âge supérieur à 69 ans et/ou C. M. A..

Ce G. H. M. correspond au plus fréquent, dans la C. M. D. la plus importante pour les patients en grande précarité.

Le G. H. M. n° 129

	SDF ou extrême pauvreté	Reste de la population (dont 50% a plus de 69 ans)
		En totalité > 69 ans
Durée de Séjour	Moyenne	19,28 j 15,03 j 15,55 j
	Ecart-Type	14,55 j 12,30 j 12,70 j
	Minimum	2 j 1 j 2 j
	Maximum	74 j 81 j 81 j
Nombre de Diagnostics par hospitalisation	Moyenne	33,623,38
	Ecart-Type	2,362,552,39
	Minimum	111
	Maximum	181611
Nombre d'Actes par hospitalisation	Moyenne	4,443,863,78
	Ecart-Type	2,102,992,74

Age moyen	Minimum	111
	Maximum	161811
	Moyenne	53,9768,8180,91
	Ecart-Type	10,7117,086,66
	Minimum	27,6027,5870,53
	Maximum	76,5995,7995,79

Cet exemple met en évidence que ces deux populations diffèrent de façon significative par la durée moyenne de séjour et l'âge moyen.

On constate une durée moyenne d'hospitalisation plus longue pour la population à la rue, que pour le reste de la population. Par ailleurs la moyenne d'âge est significativement inférieure.

On peut s'interroger ici sur la pertinence de l'amalgame fait entre l'existence de C. M. A. et l'âge dans la construction de ce G. H. M..

Nous montrons que ce G. H. M. peut paraître pertinent dans sa construction en intégrant l'âge comme facteur augmentant les coûts de prise en charge, pour une population normalement socialisée.

Ceci ne fait qu'accentuer la mise en évidence d'une double population dans ce G. H. M. :

- Ø Population socialisée
- Ø Population en grande précarité

En analysant les tables de classification en G. H. M., on constate que les codes diagnostics décrivant les conditions socio-économiques et psycho-sociales ne sont pas pris en considération, en tant que C. M. A.. Or l'allongement de la durée moyenne de séjour pour les patients S. D. F. est supérieure à 24 heures, dans ce G. H. M..

Actuellement les coûts de prise en charge ne sont disponibles qu'à la journée, pour la plupart. En l'absence de donnée plus détaillée, telle que la charge en soins de chaque malade, on ne peut que supposer l'existence d'un surcoût pour la prise en charge des patients les plus démunis.

Une nouvelle étude se déroule pour analyser la fiabilité du dénombrement des actes et des diagnostics. Les premiers contrôles de qualité mettent en évidence un défaut de description important. Il semblerait que le déficit d'information dans les R. U. M. soit plus important pour la population S. D. F..

Cependant le nombre d'actes recensés est plus élevé pour la population en grande précarité.

Ces éléments ne sont que des présomptions de coûts plus élevés. Ces résultats ne sont pas en contradiction avec l'étude de McMahan,

McLaughlin, Petroni et Tedeschi McMahon LF JR., McLaughlin CG, Petroni Gr, Tedeschi PJ – Small area analysis of hospital discharges for musculoskeletal deseases in Michigan : the influence of socioeconomic factors – American Journal of Medicine, 91(2) :173-8, 1991 Aug. démontrant le rôle des variables socio-économiques dans la variabilité des coûts pour les pathologies de l'appareil musculo-squelettique.

Chapitre 4

DISCUSSION

La Justice

Le 28 Février 1986 s'est tenue la journée " Médicaliser le système d'information hospitalier ", à l'UNESCO, sous la présidence de Monsieur Jean de Kervasdoué, Directeur des Hôpitaux. Il y déclarait :

" ...Pourquoi améliorer la gestion de nos hôpitaux ? Cette question peut paraître tout à fait naïve, mais elle me paraît essentielle ; et je crois que la réponse en est simple. A mon avis, il n'y aurait pas de seuil magique de dépenses de santé à 9%, 10%, 12% ou 15% du P. I. B. si on savait que cet argent était toujours utilisé de manière juste. ... "

Initialement, sont posées les questions :

- Ø de la justesse de la rétribution des actes,
- Ø de l'équité ou de la justice de la répartition des sommes pour les soins.

La justice est considérée ici au sens aristotélicien du terme ARISTOTE – Ethique à Nicomaque - Livre V : " Du juste et de l'injuste " - 7eme édition, Paris, Vrin, p. 227.

Cette approche place le respect du malade au premier plan. Il s'agit d'optimiser les soins accordés à chaque malade. C'est à dire de proposer à tout malade les soins les plus efficaces, les moins coûteux pour une même efficacité. Il n'est pas question de limiter les soins. Dans ce contexte, le respect de l'autre par le médecin tend vers l'infini. Ce qui évoque l'altérité éthique d'Emmanuel Lévinas PLOUDRE Simonne –Emmanuel Lévinas. Altérité et responsabilité – Les Editions du Cerf – PARIS –1996 – 160 pages. ou l'infinitude de la responsabilité, avec son extravagance.

On est alors dans le cadre d'une approche de " Maîtrise Médicalisée " des dépenses de santé.

Cela impose de connaître les besoins. Or le P. M. S. I. évalue plus l'offre que le besoin.

Cependant à partir de 1992 CIRCULAIRE DH/PMSI n° 92-08 du 28 février 1992 (BO n° 92-13) relative à un appel de candidature pour la constitution d'une base de données sur les coûts des activités médicales (Annexe 5), la maîtrise médicalisée devient insensiblement la maîtrise budgétaire.

Culture, Société et Solidarité

Par ailleurs on est en droit de s'interroger sur la bonne adéquation du choix du P. M. S. I., traduction française du " Prospective Payment System " américain (P. P. S.).

Les contextes économiques, culturels et de société sont très différents entre " le nouveau continent " et " l'ancien continent ".

Quel peut être le point commun entre une société où il n'existe pas de protection sociale communautaire et la société française avec " la sécurité sociale " ?

Dans le premier cas on se trouve devant un consommateur, dans une économie de marché libérale, qui répartit librement sa consommation vers " la santé ", " les loisirs "... L'Etat ne peut intervenir en considérant qu'il convient de plafonner un type de dépense du citoyen libre. Mais ce système laisse aussi la liberté à ceux qui n'en ont pas les moyens de ne pas se soigner...

Dans le second cas, au lendemain de la seconde guerre mondiale, s'est développée une solidarité entre citoyen. En instituant des cotisations supplémentaires, alors acceptées, il a été possible de mutualiser le risque " maladie ", l'assurance vieillesse et une politique d'encouragement de la natalité.

Mais cette solidarité, née dans la résistance à l'opresseur, semble avoir des difficultés à résister :

Ø à l'individualisme galopant ;

Ø à la découverte des causes des maladies, conduisant à confondre le risque et la réalisation. La confusion aidant, certains de nos concitoyens n'admettent pas que la collectivité (donc eux-mêmes) prenne en charge les frais liés à des affections prévisibles et donc " traitables préventivement " (myopathies, trisomie 21...).

Ø aux augmentations des cotisations sociales. Le système économique génère ces augmentations en diminuant le nombre des cotisants, en raison du chômage. Cet élément prédomine ces dernières années.

Seule une volonté politique peut maintenir cette manifestation de solidarité, en face des risques majeurs de rupture de la cohésion sociale.

Nous voyons ici l'opposition, en termes éthiques, entre les principes de la Sécurité Sociale et le P. P. S..

Un outil tel que le P. M. S. I. ne risque-t-il pas d'accroître les risques d'éclatement des liens sociaux ?

Le risque semble réel. En effet, dans sa construction technique, le P. M. S. I. nie l'existence :

Ø de significations différentes d'une culture à une autre de la représentation de la vie et de la mort ;

Ø de significations différentes d'une société à une autre de la place de la personne ;
Ø de l'incidence de la pauvreté sur l'état de santé et sur le vieillissement⁸ ci-dessus.

La pauvreté :

Ces négations sont aussi présentes dans le P. P. S.. Ceci explique la multiplication des adaptations divergeantes dans les différentes nations européennes, mais aussi les résultats de l'étude de Epstein, Stern et Weissman AM. EPSTEIN, RS. STERN, JS. WEISSMAN – Do the poor cost more ? A multihospital study of patients socioeconomic status and use of hospital resources – New England Journal of Medicine – 322(16) : 1122-8, 1990 Apr 19., aux U. S. A., sur les limites de la non prise en compte de la dimension socio-économique des malades. Cette étude pose une question éthique majeure, qui ne semble pas avoir eu de réponse jusqu'à nos jours.

En 1990, cette étude met en évidence un allongement des durées d'hospitalisation (+21%) des patients les plus pauvres. Parallèlement les coûts de prise en charge sont augmentés de 13%. Une adaptation du mode de rétribution des établissements accueillant ces populations y est évoquée.

Cette étude confirme nos propres interrogations et les résultats de l'analyse réalisée sur les patients accueillis au C. A. S. H. de Nanterre.

En 1991, McMahon, McLaughlin, Petroni et Tedeschi McMahon LF JR., McLaughlin CG, Petroni Gr, Tedeschi PJ – Small area analysis of hospital discharges for musculoskeletal diseases in Michigan : the influence of socioeconomic factors – American Journal of Medicine, 91(2) :173-8, 1991 Aug. démontrent le rôle des variables socio-économiques dans la variabilité des coûts pour les pathologies de l'appareil musculo-squelettique.

Si les conditions socio-économiques ont un tel impact économique sur les coûts des soins aux plus démunis, nous devons en chercher les raisons. Nous savons qu'An et Ar MIZRAHI⁸ ont démontré l'existence et l'importance des liens entre état de santé, vieillissement relatif et variables socio-économiques.

Cette étude met en évidence le choix très arbitraire du seuil de 69/70 ans comme facteur aggravant dans la construction des G. H. M..

Notre propre étude met en évidence ce phénomène.

Le paradigme de simplification :

Les limites de l'outil du P. M. S. I. ne semblent pas uniquement liées à une vision réductrice à l'excès du malade. Cette vision simplificatrice sévit aussi dans la vision de la pratique de l'art médical.

Ces éléments invitent à évoquer l'œuvre d'Edgar Morin. Notamment sa description d'une pathologie du savoir et de l'intelligence aveugle MORIN
Edgar – Introduction à la pensée complexe – E.S.F. – 1990 – 158 pages :

“ ...L'ancienne pathologie de la pensée donnait une vie indépendante aux mythes et aux dieux qu'elle créait. La pathologie moderne de l'esprit est dans l'hyper-simplification qui rend aveugle à la complexité du réel.

...L'homme est évidemment un être biologique. C'est en même temps un être évidemment culturel, méta-biologique et qui vit dans un univers de langage, d'idées et de conscience. Or ces deux réalités, la réalité biologique et la réalité culturelle, le paradigme de simplification nous oblige soit à les disjoindre soit à réduire la plus complexe à la moins complexe...et on va étudier l'homme dans les départements des sciences humaines et sociales. On va étudier le cerveau comme organe biologique et on va étudier l'esprit, the mind, comme fonction ou réalité psychologique. On oublie que l'un n'existe pas sans l'autre ; plus même, que l'un est l'autre en même temps, bien qu'ils soient traités par des termes et des concepts différents. ”

La pratique médicale ne saurait se réduire à l'exécution d'actes techniques. L'activité du médecin comporte aussi des actes que nous qualifierons “ d'actes cognitifs ”. Cet aspect est exacerbé dans la pratique de la psychiatrie (hors champs P. M. S. I. actuellement). Ce type de prestation intellectuelle donne lieu à valorisation par les sociétés dites de conseil. Il est curieux que le monde de la santé ne sache pas le prendre en considération...

La simplicité du P. M. S. I. ne permet pas actuellement de valoriser convenablement les hospitalisations incluant un passage en réanimation ou l'activité ambulatoire.

Conclusion

La maîtrise des dépenses de santé est au centre de la politique de santé. Pour certains, il serait plus juste d'utiliser l'expression " politique en santé ".

La volonté de justice des répartitions de ressources a conduit à mettre en place un outil d'évaluation : le P. M. S. I..

Notre travail prétend montrer comment la transposition d'un outil issu d'une autre culture, d'une autre société et surtout d'un autre contexte économique, a convoyé une grande part de ces éléments avec lui. C'est ainsi qu'insensiblement la volonté de maîtrise médicalisée des dépenses de santé fait place à une maîtrise budgétaire de ces dépenses.

Si le P. M. S. I. permet de disposer pour la première fois en France de données épidémiologiques, celles-ci sont une vérité dénaturée de la réalité.

Vouloir bâtir une politique de santé sur cet outil, compte-tenu de son état actuel, risque fort d'aggraver les inégalités sociales en santé au lieu de les combattre.

Le débat éthique interpelle à ce niveau le débat politique.

Bibliographie

Par ordre Alphabétique Additif au Bulletin Officiel n° 94 /6 bis

AIACH Pierre - La santé et ses inégalités - Esprit - Février 1997 - pp 63 à 72

AIACH Pierre, CEBE Dominique - Les inégalités sociales de santé - La Recherche - n° 261 - Janvier 1994 - Volume 25 - pp 100 - 109

AM. EPSTEIN, RS. STERN, JS. WEISSMAN – Do the poor cost more ? A multihospital study of patients socioeconomic status and use of hospital resources – New England Journal of Medicine – 322(16) : 1122-8, 1990 Apr 19.

ANDERSON Nels, *The Hobo, The Sociology of the Homeless Man*, University of Chicago Press, 1923, édition française, Nathan, Coll. " Essais et recherche ", 1993, 319 pages.

ARISTOTE – Ethique à Nicomaque - Livre V : " Du juste et de l'injuste " - 7eme édition, Paris, Vrin, p. 227

Arrêté du 20 Septembre 1994 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et de coût, visées à l'article L. 710-5 du code de la santé publique, par les établissements de santé publics et privés visés aux articles L. 714-1, L.715--5 du code de la santé publique et aux articles L. 162-23, L. 162-23-1 et L. 162-25 du code de la sécurité sociale et à la transmission aux services de l'Etat et aux organismes d'assurance maladie d'informations issues de ces traitements.

BRISSET-VIGNEAU Françoise - Le défi bioéthique, la médecine entre l'espoir et la crainte – Autrement – Série mutations – N° 120 – Mars 1997 - p. 75

CIRCULAIRE DH/PMSI n° 92-08 du 28 février 1992 (BO n° 92-13) relative à un appel de candidature pour la constitution d'une base de données sur les coûts des activités médicales (Annexe 5)

COCA Elias, DUBOIS-LEFRERE Joelle – Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : Le P. M. S. I. – Berger-Levrault – Juin 1992 – 351 pages

DECLERK Patrick, HENRY Patrick, MANNOUK Djenane - Alcoolisme et désocialisation au C. A. S. H. de Nanterre – Mémoire du diplôme d'université d'alcoologie – Université Paris V Pierre et Marie Curie, 1988, photocopié, 170 pages.

Dr HASSIN Jacques - L'émergence de l'abord médico-social des populations sans toit stable -Thèse de Doctorat d'Université mention Ethique Médicale, Paris, Université René Descartes PARIS V, 1996, Photocopié, 383 pages.

DRUHLE Marcel - Comment mesurer la santé - ESPRIT - Février 1997 - pp 56

fascicule spécial du Bulletin Officiel n° 96/13 bis.

FESSLER Jean-Marie – Problématique éthique du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (P. M. S. I.) – Mémoire de DEA d'Ethique Médicale et Biologique, Paris, Université René Descartes PARIS V, 1993, Photocopié, 110 pages

HASSENTEUFEL Patrick – Les Médecins Face à l'état – une comparaison européenne – Presses de Sciences Po – Janvier 1997 – 367 pages

MALRAUX André - Les conquérants - in G BERESNIAK et G. DURU - Economie de la Santé - Masson - pp 78

Mann Jonathan - L'égalité devant la santé dans un monde d'inégalités : Un défi - Revue Prévenir - n° 30 - 1er semestre 1996 - pp 217 - 224

McMahon LF JR., McLaughlin CG, Petroni Gr, Tedeschi PJ – Small area analysis of hospital discharges for musculoskeletal diseases in Michigan : the influence of socioeconomic factors – American Journal of Medicine, 91(2) :173-8, 1991 Aug.

McMahon LF JR., McLaughlin CG, Petroni Gr, Tedeschi PJ – Small area analysis of hospital discharges for musculoskeletal diseases in Michigan : the influence of socioeconomic factors – American Journal of Medicine, 91(2) :173-8, 1991 Aug.

MIZRAHI An et MIZRAHI Ar - Enquête sur la santé et la protection sociale 1988 - 1991 - CREDES

MORIN Edgar – Introduction à la pensée complexe – E.S.F. – 1990 – 158 pages

PLOUDRE Simonne –Emmanuel Lévinas. Altérité et responsabilité – Les Editions du Cerf – PARIS – 1996 – 160 pages.

33

Bibliographie

Par ordre de citation

5. ANDERSON Nels, *The Hobo, The Sociology of the Homeless Man*, University of Chicago Press, 1923, édition française, Nathan, Coll. " Essais et recherche ", 1993, 319 pages.
6. AÏACH Pierre - La santé et ses inégalités - Esprit - Février 1997 - pp 63 à 72
7. MALRAUX André - Les conquérants - in G BERESNIAK et G. DURU - Economie de la Santé - Masson - pp 78
8. BRISSET-VIGNEAU Françoise - Le défi bioéthique, la médecine entre l'espoir et la crainte – Autrement – Série mutations – N° 120 – Mars 1997 - p. 75
9. DRUHLE Marcel - Comment mesurer la santé - ESPRIT - Février 1997 - pp 56
10. Dr HASSIN Jacques - L'émergence de l'abord médico-social des populations sans toit stable - Thèse de Doctorat d'Université mention Ethique Médicale, Paris, Université René Descartes PARIS V, 1996, Polycopié, 383 pages.
11. DECLERK Patrick, HENRY Patrick, MANNOUK Djenane - Alcoolisme et désocialisation au C. A. S. H. de Nanterre – Mémoire du diplôme d'université d'alcoologie – Université Paris V Pierre et Marie Curie, 1988, polycopié, 170 pages.
12. MIZRAHI An et MIZRAHI Ar - Enquête sur la santé et la protection sociale 1988 - 1991 - CREDES
13. AÏACH Pierre, CEBE Dominique - Les inégalités sociales de santé - La Recherche - n° 261 - Janvier 1994 - Volume 25 - pp 100 - 109
14. Mann Jonathan - L'égalité devant la santé dans un monde d'inégalités : Un défi - Revue Prévenir - n° 30 - 1er semestre 1996 - pp 217 - 224
15. FESSLER Jean-Marie – Problématique éthique du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (P. M. S. I.) – Mémoire de DEA d'Ethique Médicale et Biologique, Paris, Université René Descartes PARIS V, 1993, Polycopié, 110 pages
16. HASSENTEUFEL Patrick – Les Médecins Face à l'état – une comparaison européenne – Presses de Sciences Po – Janvier 1997 – 367 pages
17. COCA Elias, DUBOIS-LEFRERE Joelle – Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : Le P. M. S. I. – Berger-Levrault – Juin 1992 – 351 pages
17. Additif au Bulletin Officiel n° 94 /6 bis
18. fascicule spécial du Bulletin Officiel n° 96/13 bis.
20. Arrêté du 20 Septembre 1994 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et de coût, visées à l'article L. 710-5 du code de la santé publique, par les établissements de santé publics et privés visés aux articles L. 714-1, L.715--5 du code de la santé publique et aux articles L. 162-23, L. 162-23-1 et L. 162-25 du code de la sécurité sociale et à la transmission aux services de l'Etat et aux organismes d'assurance maladie d'informations issues de ces traitements.

22. McMahon LF JR., McLaughlin CG, Petroni Gr, Tedeschi PJ – Small area analysis of hospital discharges for musculoskeletal diseases in Michiggan : the influence of socioeconomic factors – American Journal of Medicine, 91(2) :173-8, 1991 Aug.
23. ARISTOTE – Ethique à Nicomaque - Livre V : “ Du juste et de l'injuste ” - 7eme édition, Paris, Vrin, p. 227
24. PLOUDRE Simonne –Emmanuel Lévinas. Altérité et responsabilité – Les Editions du Cerf – PARIS –1996 – 160 pages.
25. CIRCULAIRE DH/PMSI n° 92-08 du 28 février 1992 (BO n° 92-13) relative à un appel de candidature pour la constitution d'une base de données sur les coûts des activités médicales (Annexe 5)
26. AM. EPSTEIN, RS. STERN, JS. WEISSMAN – Do the poor cost more ? A multihospital study of patients socioeconomic status and use of hspital ressources – New England Journal of Medicine – 322(16) : 1122-8, 1990 Apr 19.
27. McMahon LF JR., McLaughlin CG, Petroni Gr, Tedeschi PJ – Small area analysis of hospital discharges for musculoskeletal diseases in Michiggan : the influence of socioeconomic factors – American Journal of Medicine, 91(2) :173-8, 1991 Aug.
28. MORIN Edgar – Introduction à la pensée complexe – E.S.F. – 1990 – 158 pages

ANNexe 1

CIRCULAIRE DH/PMSI n° 303 du 24 juillet 1989

CIRCULAIRE DH/PMSI n° 303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics (BOMS n° 89/46).

Références :

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière ;

Loi n° 89-470 du 10 juillet 1989 approuvant le Xe plan 1989-1992 ;

Décret n° 83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements publics et privés participant au service public hospitalier ;

Décret n° 84-1042 du 28 novembre 1984 relatif à l'exercice du contrôle médical de la sécurité sociale dans les établissements, services et institutions sanitaires et médico-sociaux recevant des bénéficiaires des différents régimes obligatoires d'assurance maladie ;

Arrêté du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, du 3 octobre 1985, autorisant l'informatisation des résumés de sortie standardisés dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier ;

Circulaire n° 119 du 4 octobre 1985 relative à la mise en place dans les établissements hospitaliers des résumés de sortie standardisés (RSS) ;

Circulaire n° 160 du 5 août 1986 relative à la diffusion de la classification des groupes homogènes de malades (GHM) ;

Circulaire n° 178 du 11 mars 1987 relative à la collecte et à l'exploitation des RSS ;

Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics.

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale à Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]); Madame et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour diffusion]); Mesdames et Messieurs les chefs d'établissement.

L'édification de l'hôpital de demain s'inscrit au nombre des grands objectifs de la politique de santé.

Pour répondre à une demande en constante progression et aux exigences nouvelles des malades, pour assurer la prise en charge optimale du patient, le système hospitalier doit relever des défis économiques et techniques qui ne sont pas propres à la France. Dans cette démarche, la France occupe une place de choix et sa position d'avant-garde est reconnue dans plusieurs domaines. Devant les évolutions très rapides, les efforts pour maintenir cette position sont quotidiens.

Une action commune de tous les intervenants de la santé est nécessaire. Elle suppose un dialogue entre les différentes professions et fonctions, la reconnaissance du rôle de chacun, des échanges dans les domaines techniques et financiers.

La mise en place d'un système d'information aux règles simples et admises par tous offrira la possibilité, à partir d'objectifs déterminés et de moyens alloués, de suivre les

réalisations, d'analyser les écrans constatés et de tendre vers la meilleure adéquation des moyens aux missions.

Autour de données communes, chaque acteur du système hospitalier disposera des informations utiles à ses pratiques professionnelles.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), expérimenté depuis 1983, constitue une étape essentielle pour le recueil et la mise en commun des informations :

il permettra la production par les hôpitaux d'informations relatives à leurs activités afin d'améliorer le fonctionnement interne, les évaluations d'activités et les prévisions pluri-annuelles ;

il sera un support pour nourrir un dialogue constructif entre les hôpitaux, les tutelles et l'ensemble des partenaires du système hospitalier.

La présente circulaire :

présente les enjeux et les finalités du nouveau système d'information (I) ;

indique les modalités de constitution des nouvelles structures de gestion de l'information médicale (II) ;

annonce les moyens à attribuer pour la mise en place de ces structures (III).

I. - Enjeux et finalités

Le chantier de la médicalisation du système d'information comporte à l'évidence plusieurs étapes. Les établissements conservent donc, autour d'un noyau minimum d'information, la liberté d'améliorer le processus de regroupement des patients traités et de calcul des coûts.

La méthode s'inscrit dans un système plus ambitieux d'information médicale que chaque établissement pourra développer en fonction des besoins exprimés par les médecins et les gestionnaires, en vue de mieux connaître son activité, et de contribuer à une évaluation de la qualité des soins. Par exemple, le RSS pourra être enrichi de données de soins infirmiers.

Le recueil et le traitement des résumés de sortie standardisés (RSS) tels qu'ils sont définis par l'arrêté et les circulaires cités en référence constituent un progrès majeur dans la connaissance des activités et des besoins de l'hôpital.

L'exploitation des RSS :

favorise la création et l'enrichissement de bases de données médicales ;

permet, notamment, la répartition des séjours hospitaliers en groupes homogènes de malades (GHM), tels qu'ils sont définis dans la circulaire citée en référence ;

participe ainsi à la réalisation d'une meilleure adéquation des moyens aux missions.

Dans le courant des années 1989 à 1991, le recueil des résumés de sortie standardisés (RSS) sera généralisé dans les hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier. De plus, les établissements volontaires pourront entreprendre de recueillir les données économiques et financières nécessaires au calcul des coûts. Cette méthode de calcul pourra être ensuite généralisée à l'ensemble des hôpitaux.

La précision ainsi obtenue, malgré des imperfections certaines, représente un enrichissement considérable par rapport à l'existant : les indicateurs d'activité actuels ne permettent pas de distinguer clairement les priorités. Leur insuffisance conduit à des choix discutables que relèvent, à juste titre, les professionnels et les usagers. Seule l'introduction de données médicales dans le système d'information des hôpitaux permettra de connaître la nature et le volume de l'activité, d'assouplir les méthodes de financement des budgets et d'orienter les procédures vers un contrôle a posteriori.

Ainsi et dès l'exercice budgétaire 1991, les demandes de moyens supplémentaires que pourraient présenter les hôpitaux seront utilement étayées à partir des premières observations faites sur les RSS, qui pourront servir de références dans les discussions entre les hôpitaux les tutelles et les autres partenaires du système hospitalier.

Les indications fournies par les RSS ne sauraient donner lieu à une lecture mécaniste : leur validité et leur interprétation seront discutées et appréciées au sein des commissions médicales d'établissement (CME) ainsi qu'au niveau régional dans des comités régionaux définis après consultations des institutions représentatives. Ces comités auront un rôle de conseil et pourront à ce titre susciter des travaux d'experts concernant des approfondissements souhaitables dans certains domaines.

Une expérimentation nationale sera entreprise dès 1990 avec les établissements volontaires les plus avancés dans le recueil des RSS. Elle portera, en priorité, sur une méthode pour arriver à une meilleure adéquation des moyens aux missions dans le cadre du budget global. De plus, à l'intérieur du système d'information et de gestion du ministère elle permettra de préciser le contenu, les circuits de recueil, les traitements et les échanges d'informations dans lesquels s'inscriront en particulier les données du PMSI. Cette expérimentation s'étendra sur trois ans.

Seule l'activité de court séjour et l'hospitalisation de jour sont saisies dans les RSS. L'extension du même type d'analyse aux autres activités de l'hôpital sera étudiée. Il sera tenu compte des particularités de l'établissement et des servitudes de service public (recherche, enseignement, urgences notamment).

Le rôle de la direction des hôpitaux sera de mettre à la disposition la force de conseil et de formation suffisantes, ainsi que les moyens nécessaires négociés suivant les modalités prévues ci-dessous (III). De plus, l'interprétation de l'éventail des cas d'un établissement pose notamment des problèmes de qualité de l'information, de complexité des pathologies, de diversité des pratiques médicales, de variété des structures et des modes d'organisation : un guide méthodologique sera fourni.

Lorsque les liaisons entre les bases de données médicales et celles des données économiques et financières seront opérationnelles et constitueront un historique suffisant, le PMSI pourra servir d'aide à la planification et à la répartition budgétaire inter-établissements dans le cadre du système d'échange du ministère.

II. - L'organisation de l'information médicale

Les expérimentations en cours depuis 1983 ainsi que la réflexion du conseil scientifique du PMSI ont permis de conclure à la nécessité dans chaque établissement hospitalier d'une structure d'information médicale.

La circulaire du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics indiquait dans ses grandes lignes le rôle d'une telle structure, laissait sa constitution à l'initiative des établissements et recommandait qu'elle prît la forme d'un département dans les hôpitaux de plus de 200 lits actifs.

Bien entendu la création d'un département ou d'un service suit les procédures régulières (prévues à l'Article 20 de la loi du 31 décembre 1970 modifiée). Cependant le choix d'une organisation en département paraît offrir davantage de souplesse, et correspond mieux à la vocation transversale de cette activité.

Les indications qui suivent ne font que détailler ce qui semble souhaitable ou envisageable aujourd'hui, à ce titre, elles constituent des recommandations:

- quant aux fonctions de cette structure (1) ;
- quant à son organisation (2).

1. Fonctions du département ou service d'information médicale

Le DIM a la vocation d'être un lieu privilégié de l'information hospitalière. Avec ses outils informatiques et ses compétences, il est au service de tous les acteurs hospitaliers, pour ce qui concerne notamment :

- la connaissance des activités cliniques ;
- la liaison entre les données économiques et médicales ;
- le suivi des soins infirmiers.

La présente circulaire envisage ces fonctions sous l'angle de ce qui peut être fait dès aujourd'hui ou à bref délai dans l'ensemble des établissements concernés. L'énumération qui suit n'est pas limitative.

1.1. Les résumés de sortie : rôle du DIM :

Le DIM :

aide les services médicaux à produire et à transmettre les résumés de sortie ;

s'assure, auprès des médecins responsables, de la qualité des données, de leur cohérence avec le dossier médical du patient, de leur vraisemblance et de leur exhaustivité ;

veille à la confidentialité des données concernant le malade, conformément aux recommandations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ;

code les informations dans le cas d'un système de codage centralisé, impulse et contrôle la mise en place des outils d'aide au codage ;

procède ou fait procéder à la classification en GHM pour l'ensemble de l'établissement, ainsi que, le cas échéant, à toute autre classification spécifique aux services ;

analyse l'information ainsi traitée à l'usage des services producteurs, de la CME et de la direction ;

fournit aux responsables de service et de département les données médicales qui serviront de base au rapport relatif à l'évaluation des soins dispensés dans l'établissement (prévu à l'Article 24 de la loi hospitalière de 1970 modifiée).

1.2. Formation :

Le DIM coordonne la formation de l'ensemble des personnels concernés à la production et à l'utilisation de l'information médicale. Il informe la communauté hospitalière des services qu'il peut lui rendre.

13. Gestion des dossiers médicaux :

Il est souhaitable que le DIM puisse assurer une gestion et une conservation centralisée des dossiers médicaux, dans le respect des règles de confidentialité, en s'assurant que ces dossiers, constamment mis à jour, sont en cas de besoin immédiatement mis à la disposition des seuls médecins que la loi et les principes déontologiques autorisent à y accéder.

L'archivage n'est pas une activité passive: il inclut des fonctions de conception et d'amélioration du dossier médical.

L'existence d'archives centrales faciliterait grandement l'accès à l'information médicale et son traitement.

1.4. Conseil et expertise :

Le DIM participe à la conception du système d'information médicale intégré au système d'information de l'établissement. Il est associé à la conception du schéma directeur informatique de l'établissement.

Il assiste les médecins dans leur réflexion sur la qualité des soins, notamment par l'accès aux bases de données médicales qu'il constitue.

Pour ce qui le concerne, il expertise les conclusions tirées de l'information médicale quant aux performances, aux budgets et à la planification.

1.5 Transparence et confidentialité :

Le DIM joue le rôle d'un prestataire de services à l'intérieur de l'établissement. Les médecins, notamment, doivent être clairement informés de la nature des informations que le DIM reçoit, traite, restitue et transmet.

Les règles relatives à la confidentialité des informations médicales nominatives, ainsi qu'à la propriété intellectuelle des médecins sur leurs travaux de recherche, sont inscrites dans le règlement intérieur du DIM, lequel est intégré dans le règlement intérieur de l'établissement.

Le médecin responsable du DIM est garant du respect de ces règles, comme de celles du code de déontologie.

2. Organisation du DIM.

Département ou service, le DIM est une structure transversale, ouverte sur la réalité de l'hôpital et sur laquelle les médecins exercent un contrôle au travers de la CME.

2.1. Le médecin responsable du DIM :

Le médecin responsable du DIM est un praticien hospitalier. Il est nommé sur proposition de la CME après avis du conseil d'administration. Il paraît souhaitable que ce médecin continue d'exercer une activité clinique à temps partiel, lorsque la taille de l'établissement le permet. Il est en outre difficilement concevable qu'il ne consacre pas toute son activité à l'établissement.

Compte tenu de son rôle clé dans l'établissement, il est recommandé que le responsable du DIM ait rang de chef de service.

Le médecin désigné peut bénéficier d'une formation, notamment auprès de l'ENSP. Il a - ou acquiert - une compétence en documentation médicale, en sciences de l'information (statistique, informatique, épidémiologie), en économie de la santé, en organisation.

2.2. Le personnel du DIM :

Un cadre de direction et un cadre infirmier peuvent assister le responsable médical du DIM.

Le DIM bénéficie en tant que de besoin des conseils du responsable du système d'information et d'organisation (RSIO), de l'assistance d'informaticiens et d'agents formés à l'organisation, et du service d'informatique médicale, lorsqu'il existe.

Le responsable du DIM est assisté d'un secrétariat médical (au minimum un plein temps ou un équivalent plein temps, mais il est nécessaire qu'au moins deux personnes soient formées et entraînées au codage des RSS de façon à assurer la continuité du travail).

Dans les établissements les plus importants, CHR notamment, le personnel du DIM sera évidemment plus nombreux et plus spécialisé. D'autres médecins, spécialistes de l'information médicale, pourront y travailler. Il pourra exister des antennes ou correspondants du DIM par site ou par service, sous la responsabilité d'un médecin.

2.3. Collège médical et correspondants médicaux du DIM :

Il est suggéré que, dans chaque service, ensemble de services ou département, ayant une activité clinique ou médico-technique, le responsable désigne un médecin qui est le correspondant du DIM dans ce service, qui veille à la qualité de l'information médicale, qui collabore effectivement pour ce qui le concerne à l'activité du DIM.

La CME désigne les médecins qui composent le collège médical du DIM. Leur nombre est déterminé par le règlement intérieur. Ce collège exerce un contrôle sur l'activité du DIM. Il élabore le règlement intérieur du DIM avant sa présentation, sur instances compétentes de l'établissement. Il se prononce sur les projets du DIM susceptibles d'affecter le schéma directeur d'informatisation de l'établissement. En sont membres de droit :

- le directeur de l'établissement ou son représentant ;
- le président de la CME ou son représentant ;

- l'infirmier général ou l'infirmière générale ou un représentant du corps infirmier.

L'association du RSIO aux réunions du collège est particulièrement recommandée.

III - Moyens à attribuer aux établissements pour une bonne gestion de l'information médicale

Des moyens supplémentaires seront attribués, sur leur demande, aux établissements concernés. Ils seront adaptés à la situation particulière de chaque établissement : les besoins croissent avec la taille et l'activité, mais de manière dégressive et dépendent des ressources consistantes.

Le nombre de postes nécessaires sera créé soit, au minimum :

l'équivalent d'un mi-temps de praticien hospitalier ;

un équivalent plein temps de secrétariat médical.

Le système d'information médicale va s'informatiser peu à peu, mais la production de RSS, sous-produit du dossier médical, est aujourd'hui relativement indépendante de l'équipement informatique de l'hôpital. En particulier, elle n'exige en préalable ni l'informatisation complète des services de soins ni celle du dossier médical. Il va de soi que le DIM doit disposer de moyens informatiques de saisie et de traitement de ces données, et notamment avoir à terme un accès direct aux données de gestion administrative des malades. Dans un premier temps, cette information pourra prendre la forme de bordereaux préenregistrés.

L'équipement informatique de base ainsi défini (logiciels de saisie de groupage des résumés de sortie et de calcul des coûts) se compose de logiciels pour l'achat desquels les crédits correspondants seront ouverts. Le matériel et les actions d'accompagnement pourront être également financés.

Il doit s'intégrer dans la politique informatique de l'établissement et son système d'information en respectant deux règles principales :

l'utilisation en interne : outil non redondant, informations produites qui contribuent à l'alimentation d'une base de données locales ou en sont issues ;

communication externe avec les autorités de tutelle permettant d'extraire les données alimentant les différentes " bases de données " de celles-ci.

Les dossiers établis par les établissements, précisant tous ces aspects ainsi que celui des moyens en personnel, l'organisation prévue et les objectifs poursuivis, seront adressés à la DDASS. Celle-ci, avec ses observations, le transmettra à la DRASS qui gèrera une enveloppe régionale spécifique calculée en fonction de l'importance relative des activités de court séjour dans chaque département et région. Le dossier accepté se traduira par un contrat d'objectifs entre l'établissement et la tutelle. Pour les établissements expérimentateurs des démarches particulières citées précédemment, des contrats spécifiques seront passés avec le ministère.

Par ailleurs, une aide pourra être allouée, sur présentation d'un dossier adressé à la tutelle départementale, pour une étude du système d'information.

Celle-ci comprend les aspects suivants :

liaisons entre les systèmes d'information opérationnels des services d'hospitalisation et les données PMSI ;

liaisons entre les systèmes d'information de gestion et les données économiques et financières du PMSI ;

modalités d'agrégation des séjours ;

modalités d'agrégation et de calculs des coûts ;

Vous voudrez bien communiquer ces instructions aux établissements concernés.

Dans chacun de ces établissements, l'ensemble des recommandations de cette circulaire devra être communiqué au corps médical.

Claude EVIN

ANNEXE I

Conditions générales d'attribution des moyens relatifs au département d'information médicale

L'établissement indique notamment dans sa demande :

le nom du responsable du DIM ou du médecin pressenti par la CME pour le devenir ;

les noms des personnes à former (médecins et secrétaires médicales) ;

les dates des stages de formation pour lesquelles les candidats de l'établissement ont été acceptés (prévues de façon à faire coïncider la formation du médecin et celle des secrétaires médicales), si ces stages sont nécessaires;

le calendrier de montée en charge du recueil des RSS et de leur transmission à la base nationale de données.

Ce calendrier engage l'établissement.

ANNExe 2

Calcul de l'I. G. S. 2

Ce score est calculé à partir de 17 variables. On ne retient que les plus mauvaises valeurs des variables qui le compose. Ce score est établi en ne tenant compte que des anomalies observées dans le service dans les 24 premières heures qui suivent l'admission.

La définition des variables et le mode de calcul sont explicités dans le " Guide des outils en réanimation 1995 " publié par la Société de Réanimation de Langue Française, édition Arnette Blackwell.

Age du patient en année selon le dernier anniversaire

Fréquence cardiaque : On retient la valeur la plus défavorable qu'il s'agisse de bradycardie ou de tachycardie.

Température centrale : on tient compte de la température la plus élevée

PaO₂/FiO₂ : (PaO₂ désigne la pression partielle en oxygène dans le sang artériel. FiO₂ désigne la fraction inspirée en oxygène) Si le malade est ventilé ou sous " CPAP ", on prend la valeur la plus basse du rapport. Si le malade n'est ni ventilé, ni sous " CPAP ", on compte 0 point à l'item.

Débit urinaire : Si le patient reste moins de 24 heures, on fait le calcul pour les 24 heures.

Urée sanguine : on prend la valeur la plus élevée

Globules blancs : on prend la plus mauvaise valeur, selon l'échelle de score

Kaliémie : on prend la plus mauvaise valeur, selon l'échelle de score

Natrémie : on prend la plus mauvaise valeur, selon l'échelle de score

Bicarbonatémie : on retient la valeur la plus basse

Bilirubine : On retient la valeur la plus haute

Score de Glasgow : On retient la valeur la plus basse des 24 premières heures (avant toute sédation)

Type d'admission : Malade chirurgical programmé ou non programmé, Malade médical (non opéré dans la semaine qui précède ou qui suit l'admission en réanimation)

SIDA : Malade HIV positif avec des complications cliniques en rapport avec l'infection virale.

Maladie hématologique maligne

Cancer métastatique.

ANNExe 3

circulaire DH/DSS/95 n° 23 du 10 mai 1995 et note d'instruction N° 95-075-M21 du 19 juillet 1995, BULLETIN OFFICIEL DE LA COMPTABILITE PUBLIQUE. JUILLET 1995.

INSTRUCTION

N° 95-075-M21 du 19 juillet 1995.

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, DIRECTION DE LA COMPTABILITE PUBLIQUE, Sous-direction D

Bureau D2

ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

ANALYSE : Dispositif technique de mesure de l'activité et des coûts des établissements hospitaliers sous compétence tarifaire de l'Etat (circulaire DH/DSS/95 n° 23 du 10 mai 1995). Date d'application : 19/07/1995 MOTS-CLES : ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE ; ACTIVITE ; COUT ; EVALUATION

La présente instruction a pour objet de diffuser aux comptables des établissements publics de santé, à titre d'information, les dispositions de la circulaire DH/DSS/95 n° 23 du 10 mai 1995 relative à la généralisation du dispositif technique, expérimenté en région Languedoc-Roussillon, de mesure de l'activité et des coûts des établissements hospitaliers sous compétence tarifaire de l'Etat, à l'aide des informations provenant du système d'information médicalisé.

Sont jointes à la circulaire une note technique relative au dispositif expérimental de mesure de l'activité et des coûts et douze annexes.

La circulaire rappelle que l'une des finalités du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) des hôpitaux, en offrant une description fine de l'activité médicale de chaque établissement et la mesure des coûts qui lui sont associés, est de pouvoir utiliser ces éléments pour la fixation de son budget. Il permet de réduire les inégalités de dotation budgétaire en donnant la possibilité de comparer les coûts et l'activité des établissements.

Aussi, au vu des travaux déjà accomplis notamment dans le cadre de l'expérimentation menée en région Languedoc-Roussillon, il a été décidé qu'il convenait de mettre en œuvre un tel dispositif, de nature à corriger les bases budgétaires des établissements sous compétence tarifaire de l'Etat.

La présente circulaire a pour objet de préciser les conditions dans lesquelles l'expérimentation conduite en région Languedoc-Roussillon est généralisée à la France entière, pour les établissements hospitaliers sous compétence tarifaire de l'Etat.

LE CHEF DE SERVICE, Pour le Chef de service, LE SOUS-DIRECTEUR CHARGE DE LA SOUS-DIRECTION D, P.L MARIEL

ANNEXE : Circulaire DH/DSS/95 n° 23 du 10 mai 1995.

Circulaire DH/DSS n° 95-23 du 10 mai 1995 Relative à la généralisation du dispositif technique, expérimenté en région Languedoc-Roussillon, de mesure de l'activité et des coûts des établissements hospitaliers sous compétence tarifaire de l'Etat, à l'aide des informations provenant du système d'information médicalisé.

Références:

Article L. 710-5 du code de la santé publique;

Décret n° 94-666 du 27 juillet 1994 relatif aux systèmes d'informations médicales et à l'analyse de l'activité des établissements de santé;

Arrêté du 20 septembre 1994 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et de coûts;

Lettres ministérielles du 12 octobre 1994 aux préfets de région, du 7 décembre 1994 aux préfets de région et D.R.A.S.S., aux préfets de département et D.D.A.S.S., et du 23 décembre 1994 aux directeurs et présidents de C.M.E. des établissements de santé publics et privés P.S.P.H.

P.J. : note technique et ses douze annexes.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE. Direction des hôpitaux, Sous-direction des affaires administratives et financières, Mission P.M.S.I. Direction de la sécurité sociale. Sous-direction de l'assurance maladie.

Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, le ministre délégué à la santé, porte-parole du Gouvernement, à Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en œuvre]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en œuvre]).

L'une des finalités du programme de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I.) des hôpitaux, en offrant une description fine de l'activité médicale de chaque établissement et la mesure des coûts qui lui sont associés, est de pouvoir utiliser ces éléments pour la fixation de son budget. Plus précisément, en donnant la possibilité de comparer l'activité et les coûts respectifs des établissements, il permet de réduire les inégalités de dotation budgétaire ainsi mises en évidence et, par suite, de libérer de nouvelles marges de manœuvre pour le financement de ceux d'entre eux dont les orientations et les activités répondent le mieux aux priorités sanitaires, telles qu'elles sont notamment définies dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire.

En juillet 1994, au vu des travaux déjà accomplis, notamment dans le cadre de l'expérimentation menée en région Languedoc-Roussillon, le rapport commun de l'I.G.F., de l'I.G.A.S. et de l'I.G.A. concluait qu'il convenait de mettre en œuvre un tel dispositif, de nature à corriger les bases budgétaires des établissements sous compétence tarifaire de l'Etat.

Par lettres ministérielles des 12 octobre, 7 décembre et 23 décembre 1994, destinées aux préfets de région et de département, aux chefs d'établissement et aux présidents des commissions médicales d'établissement, les pouvoirs publics ont annoncé leur décision d'initier, dès la campagne budgétaire 1996, la généralisation de ce dispositif. A cette fin, un important programme de formation destiné aux services de l'Etat et aux établissements hospitaliers a été mis en œuvre au cours du premier trimestre 1995.

Le rapport final d'évaluation de l'expérimentation menée en région Languedoc-Roussillon, du 28 février 1995, a confirmé la faisabilité de l'utilisation du P.M.S.I. à des fins budgétaires et recommandé sa mise en œuvre progressive, tout en préconisant la poursuite de travaux techniques complémentaires.

En conséquence, la présente circulaire a pour objet de préciser les conditions dans lesquelles l'expérimentation conduite en région Languedoc- Roussillon est généralisée à la France entière, pour les établissements hospitaliers sous compétence tarifaire de l'Etat.

C'est sur la base des enseignements décisifs qui seront tirés de cette expérimentation généralisée du dispositif technique que les modalités de son utilisation à des fins directement opérationnelles de correction des bases budgétaires seront définitivement arrêtées.

I.

RAPPEL DES CARACTERISTIQUES DU DISPOSITIF TECHNIQUE RETENU

Les fondements techniques de ce dispositif sont aujourd'hui solidement posés.

Expérimenté depuis 1983 et généralisé à tous les établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier à partir de 1990, le recueil des résumés de sortie standardisés (R.S.S.) atteint un taux d'exhaustivité supérieur à 80 p. 100 des séjours de médecine, chirurgie et obstétrique de ce secteur. D'ores et déjà, il permet le classement de tous ces séjours en groupes homogènes de malades (G.H.M.) et ainsi de connaître l'éventail des cas traités (ou CASEMIX) pour chaque établissement.

Le modèle de calcul permettant d'établir un lien entre l'activité décrite et les moyens budgétaires qui devraient lui correspondre a été développé par l'administration centrale en s'appuyant notamment sur les recommandations du rapport précité de la mission d'inspection interministérielle. L'activité médicale décrite à partir du P.M.S.I. peut être appréciée globalement en affectant à chaque G.H.M. un poids économique relatif, lequel est déterminé nationalement dans le cadre d'une échelle de coûts constitué à partir d'un échantillon d'établissements disposant d'une comptabilité analytique détaillée et fiable.

Sur la base des séjours par G.H.M. ainsi pondérés, il devient possible, de définir, pour chaque établissement, le volume réel de son activité de soins de courte durée (médecine, chirurgie et obstétrique), sous la forme d'une masse indiciaire, appelée indice synthétique d'activité (I. S.A.).

Une fois valorisée financièrement dans le cadre de la région, échelon de gestion de l'enveloppe des dépenses hospitalières autorisées, cette masse indiciaire permet de calculer une "dotation budgétaire théorique" relative aux soins de courte durée, à comparer à la dotation budgétaire réelle dont dispose effectivement l'établissement pour la réalisation des mêmes soins.

Concrètement, cette comparaison des dotations budgétaires des établissements s'effectue à partir du schéma suivant:

- calcul de la somme régionale des dotations budgétaires réelles en soins de courte durée M.C.O. par soustraction, après retraitement comptable, de la part des budgets affectés aux autres activités;
- calcul de la valeur régionale du point d'activité M.C.O. par le rapport : somme régionale des dotations budgétaires réelles en soins de courte durée / somme régionale des points d'activité; calcul de la dotation budgétaire théorique M.C.O. de chaque établissement par le produit : valeur régionale du point d'activité par le total des points d'activité de l'établissement.

Dans ce dispositif, le jugement que le modèle P.M.S.I. permet de formuler porte exclusivement sur la base budgétaire des établissements. Les mesures proposées dans le cadre de tout nouvel exercice budgétaire afin de prendre en compte l'évolution attendue des coûts, de l'activité et des structures, continuent, quant à elles, d'être examinées selon les procédures habituelles.

L'expérience menée dans la région Languedoc-Roussillon conclut à la nécessité de réaliser des travaux techniques complémentaires, notamment sur l'identification des coûts spécifiques des missions de service public d'enseignement et de recherche. Ces travaux sont d'ores et déjà entrepris, en association avec l'ensemble des partenaires concernés ; leur achèvement ne constitue toutefois pas un préalable au passage à une étape nouvelle de généralisation du dispositif technique ainsi défini.

II.

LES MODALITES DE L'EXPERIMENTATION NATIONALE

pour tenir compte des enseignements de l'expérience réalisée en région Languedoc-Roussillon, le dispositif technique adopté pour une expérimentation généralisée à la France entière diffère sur quelques points, notamment l'organisation du contrôle de qualité et la définition des retraitements comptables.

Ce dispositif est décrit dans la note technique jointe à la présente circulaire. Il sera obligatoirement appliqué à l'ensemble des établissements publics et privés P.S.P.H. comptant plus de cent lits et places installés de soins de courte durée M.C.O.

L'année 1995 doit donner lieu à la collecte et au traitement des données médicales et comptables, en trois phases successives:

a) Le recueil et la transmission des données:

la transmission, par les établissements à la D.R.A.S.S., des données médicales d'activité (résumés de sortie anonymisés), réalisée au plus tard dans un délai de trois mois après la fin du semestre considéré, en application de l'arrêté du 20 septembre 1994. En 1995, les établissements vous transmettront, au plus tard le 31 mars 1995, les R.S.A. du deuxième semestre 1994, et au plus tard le 30 septembre 1995 les R.S.A. du premier semestre 1995;

la transmission des données comptables, qui constitue une tâche nouvelle et vise à mettre en rapport, de façon simple, l'activité décrite par les R.S.A. et les charges correspondantes; les établissements les transmettront au plus tard le 30 juin 1995 à la D.R.A.S.S. et aux D.D.A.S.S. qui en assureront la validation et la transmission à la caisse régionale d'assurance maladie.

b) Le traitement des données.

Grâce au logiciel MAHOS implanté dans les D.R.A.S.S. en avril 1995, les services déconcentrés traiteront les données médicales et comptables et seront ainsi en mesure, au cours du mois d'octobre 1995, d'établir la dotation budgétaire théorique de chaque établissement.

Les résultats des traitements seront diffusés, au plus tard le 15 novembre 1995, par les D.D.A.S.S. à l'ensemble des établissements (leur permettant ainsi d'apprécier leur position relative) et, par la D.R.A.S.S., aux organismes d'assurance maladie.

c) L'analyse des données.

Les écarts constatés entre les dotations budgétaires réelles de soins de courte durée et les dotations budgétaires théoriques pour ces mêmes soins devront être analysées, en tenant compte notamment des spécificités des établissements. Cette analyse devra donner lieu à des échanges associant les établissements, les organismes d'assurance maladie et les services déconcentrés de l'Etat. Il revient à chaque préfet de région d'organiser les modalités concrètes de cette concertation.

Les D.R.A.S.S. assureront, pour le 31 décembre 1995, une remontée des informations auprès de la direction des hôpitaux (mission P.M.S.I.), à des fins de constitution d'une base nationale de données qui servira de support aux travaux d'analyse nécessaires au perfectionnement du dispositif.

La détermination des causes d'écart et la procédure de négociation budgétaire plus approfondie qui pourra être ensuite mise en œuvre, rendent plus que jamais nécessaire, pour les établissements concernés et notamment pour les plus importants d'entre eux, la mobilisation de leurs capacités d'analyse et de gestion. Pour s'en tenir au seul plan financier, l'existence d'une comptabilité analytique performante et de budgets par centre de responsabilité devient indispensable. Il appartient en conséquence aux autorités de tutelle de s'assurer de l'existence et de l'utilisation effective de tels outils et à défaut des mesures à prendre pour leur implantation prochaine.

III.

LE SUIVI ET L'EVALUATION DE L'EXPERIMENTATION

Cette expérimentation nationale donnera lieu à un suivi tant de ses résultats que de ses modalités de réalisation par un comité de pilotage, présidé par le directeur des hôpitaux et réunissant des représentants des services centraux et des services déconcentrés de l'Etat, des organismes nationaux de l'assurance maladie, des organisations représentant les établissements publics et privés non lucratifs, Un groupe de suivi, dont la composition est

limité à l'administration, assurera l'accompagnement technique du dispositif et servira d'organe de liaison avec le comité de pilotage. Enfin, une mission d'appui permettra l'intervention, au cas par cas et sur demande, de la direction des hôpitaux auprès des services déconcentrés de l'Etat et des établissements. La composition de ces trois organes de pilotage, de suivi et d'appui est donnée en annexes IX et X de la note technique.

Les enseignements qui seront tirés de cette évaluation de l'expérimentation nationale devront permettre de définir le champ et les modalités d'utilisation effective du dispositif pour l'allocation des ressources et la correction des bases budgétaires. Afin de faciliter et d'enrichir le processus d'évaluation et la détermination de ses modalités opérationnelles d'utilisation à des fins budgétaires, les D.R.A.S.S. établiront, en relation avec les D.D.A.S.S., un rapport circonstancié décrivant notamment les modalités de concertation retenues localement et les difficultés rencontrées, en particulier en matière d'analyse des écarts. Ce rapport, dont le contenu type sera défini et communiqué ultérieurement par l'administration centrale, devra lui parvenir pour le 28 février 1996.

La rigueur avec laquelle sera assurée la mise en œuvre du dispositif décrit ci-dessus et le degré d'approfondissement des discussions que vous saurez mener avec les établissements et les organismes d'assurance maladie conditionnent largement le succès de cette nouvelle étape.

ANNEXE

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE, Direction des hôpitaux

NOTE TECHNIQUE relative au dispositif expérimental de mesure de l'activité et des coûts

Le P.M.S.I. nécessite la mise en place dans les établissements de santé d'un nouveau système d'information médicalisé. Pour l'organiser, des moyens supplémentaires ont été alloués aux établissements depuis plusieurs années, notamment pour la création de départements d'information médicale (D.I.M.). Deux outils informatiques ont été développés à l'initiative de la direction des hôpitaux pour traiter les informations nécessaires au fonctionnement du nouveau système de correction des bases budgétaires : GENRSA, mis à la disposition des D.I.M. fin mars 1995 et MAHOS installé dans les D.R.A.S.S. début avril 1995.

Les établissements doivent transmettre à la D.R.A.S.S. les informations décrivant leur activité médicale et les dépenses correspondantes ; ces informations sont traitées au moyen du logiciel MAHOS qui permet de calculer la dotation budgétaire théorique de chaque établissement.

I.

Les établissements concernés

Le dispositif ne concerne que les établissements publics et privés P.S.P.H. comptant plus de cent lits et places installés de court séjour M.C.O.

Toutefois, deux exceptions à cette règle sont possibles:

les établissements volontaires, publics et privés P.S.P.H. de moins de cent lits et places M.C.O. et privés à prix de journée préfectoral, peuvent être intégrés au dispositif sur décision du préfet de région après avis du préfet de département, en veillant à ne retenir que des établissements ayant reçu une formation suffisante aux nouveaux outils;

tous les établissements de la région Languedoc-Roussillon sont intégrés dans le dispositif, afin de tenir compte des acquis obtenus au terme de l'expérimentation menée en 1994 dans cette région. L'évaluation des modalités et des conséquences de cette participation permettra notamment de déterminer les échéances de la généralisation du dispositif à l'ensemble des établissements.

La liste régionale des établissements concernés sera établie par le préfet de région dans les meilleurs délais. Le préfet de région adressera un courrier à chacun des établissements de la liste, sous couvert du préfet de département, au plus tard le 31 mai, pour leur demander d'adresser les documents de retraitements comptables pour le 30 juin 1995. Cette liste sera adressée à la C.R.A.M. ainsi qu'à l'administration centrale.

Les établissements devront fournir les données médicales et budgétaires au niveau de l'entité juridique, sauf si les établissements géographiques sont en mesure de donner ces deux catégories de données par site géographique, ce qui suppose que chaque site dispose d'un budget propre. L'autorisation de délivrer les données par site géographique devra être exceptionnelle et précisée par la lettre du préfet à l'établissement concerné.

II.

L'activité décrite

1. Le champ des activités couvertes

(Voir : Annexe I : Les activités concernées par le système.)

Le système d'information médicalisé décrit aujourd'hui toutes les activités de courte durée de médecine, chirurgie et obstétrique (M.C.O.).

Une extension du système aux autres activités sera progressivement réalisée au fur et à mesure de l'avancement des travaux.

a) L'hospitalisation M.C.O.

Les activités M.C.O., d'hospitalisation complète et d'hospitalisation de jour, sont décrites par les G.H.M. et font l'objet d'un recueil de données au moyen des R.S.S. (résumés de sortie standardisés), en application de l'arrêté du 20 septembre 1994. L'activité est mesurée en nombre de points I.S.A. au moyen de l'échelle nationale de coûts, qui permet de pondérer chaque séjour en fonction du G.H.M. auquel il appartient.

L'activité d'hospitalisation est convertie en nombre de points d'activité, après traitement en D.R.A.S.S. par le logiciel MAHOS

b) Les autres activités M.C.O.

Les consultations et actes externes sont mesurés en lettres clés de la Nomenclature générale des actes professionnels (N.G.A.P.) à partir de la facturation. A chaque consultation ou acte externe, MAHOS associe un nombre de points, calculé par référence au tarif applicable à ce type de prestation.

Nota bene : les actes et consultations concernant des patients adressés par des établissements tiers ne doivent pas être comptabilisés.

Des travaux sont en cours pour élaborer une classification des activités ambulatoires qui prenne mieux en compte à la fois les séjours classés dans la catégorie majeure 24 (hospitalisation de moins de vingt-quatre heures) et l'ensemble des actes externes réalisés.

L'activité produite par les services d'urgence pour les malades hospitalisés est l'une des composantes de leur séjour, intégrée dans la description des G.H.M. et valorisée comme toute autre prestation médico-technique, dans l'échelle nationale de coûts par G.H.M. Les actes et consultations réalisés en urgence pour des patients externes sont mesurés, comme toute l'activité externe, en lettres clés.

Les activités d'enseignement et de recherche sont indissociables de l'activité des services dans lesquels elles sont organisées, ce qui rend difficile l'isolement de leurs coûts dans chaque établissement. De plus, à la différence des actes et consultations externes, ces activités ne sont pas aujourd'hui repérées et mesurées. Enfin, les établissements qui ont des activités d'enseignement et de recherche sont multiples et divers : C.H.U., C.H., C.L.C.C., autres P.S.P.H., sans qu'aucune de ces catégories d'établissements soit réellement homogène dans l'importance de sa participation à ces travaux.

La direction des hôpitaux a engagé en mars 1995, avec le concours des professionnels concernés, une étude d'ensemble destinée à déterminer à la fois des unités de mesure et de coût de ces activités qui viendront ainsi augmenter le total de la production des établissements concernés, par exemple, par l'application d'un coefficient multiplicateur au nombre de leurs points d'activité.

Dans l'immédiat, les C.H.U. et C.L.C.C. se verront appliquer un coefficient provisoire, issu de l'étude nationale de coûts, qui rendra compte de la différence entre le niveau des coûts médicaux de ces établissements et celui des autres établissements (C.H. et P.S.P.H.).

Communiqué au plus tard le 30 septembre 1995, ce coefficient ne préjuge pas de ce qui, dans les surcoûts constatés, relève effectivement des missions particulières, notamment d'enseignement et de recherche, de ces structures.

c) Les activités à l'étude.

Des travaux sont en cours pour créer des classifications médicales adaptées aux autres activités, comme les soins de suite et de réadaptation, la psychiatrie, les soins de longue durée. En attendant que ces classifications soient disponibles, il est nécessaire d'isoler ces activités et les charges de fonctionnement correspondantes (sur ce dernier point, voir les développements ultérieurs dans le chapitre consacré aux données comptables).

Par ailleurs, des travaux seront engagés sur les missions et contraintes de service public.

2. L'élaboration des données médicalisées

a) Le recueil des données.

(Voir : Annexe II : Le recueil des données relatives à l'activité médicale.)

Pour l'hospitalisation:

Les établissements hospitaliers décrivent leur activité de soins en courte durée M.C.O. au moyen des outils du P.M.S.I. (R.U.M., R.S.S., G.H.M.). Ils transmettent semestriellement à la D.R.A.S.S. des fichiers de R.S.A. (résumés de sorties anonymes), conformément aux dispositions de l'arrêté du 20 septembre 1994, et ce dans un délai de trois mois après l'expiration du semestre.

Pour les consultations:

Chaque établissement fournit un état semestriel, à l'instar de celui que certains adressent déjà à leur caisse pivot. Seule l'activité facturable figure sur cet état.

Les données médicales sont transmises sur support informatique (disquettes), plusieurs logiciels ont été conçus pour permettre la production, la communication et le traitement efficace de ces informations.

Dans les établissements, le logiciel GENRSA permet la transformation des R.S.S. en R.S.A. ainsi que la production du fichier transmis aux D.R.A.S.S. L'utilitaire FICHSUP (livré avec la version 3 de GENRSA) permet la saisie des coefficients des actes externes. En D.R.A.S.S., le logiciel MAHOS permet de les traiter.

b) Les contrôles d'exhaustivité et de qualité.

(Voir : Annexe III : Contrôles de l'exhaustivité des données médicales.) (Voir : Annexe IV : Contrôle de la qualité des données médicales.)

En fin de période, le contrôle de l'exhaustivité est réalisé en rapprochant les données R.S.A. et les données issues des statistiques administratives (nombre de journées M.C.O., nombre de venues, nombre d'I.V.G. et nombre de séances M.C.O.) transmises par les établissements chaque semestre.

Les séjours manquants sont pris en compte pour calculer la valeur régionale du point : il est procédé à une estimation du nombre des séjours manquants au niveau régional. Ces

séjours sont valorisés au poids régional moyen du séjour et participent au calcul de la valeur régionale du point. Ces calculs sont réalisés automatiquement par le logiciel MAHOS.

En revanche, les séjours manquants ne sont pas pris en compte dans l'évaluation en points de l'activité des établissements.

Un contrôle de la qualité des données médicales transmises doit être organisé en 1995 dans chaque établissement. Il comporte deux niveaux:

des contrôles internes sont effectués par les D.I.M. des établissements, selon le protocole national standardisé décrit en annexe, sur chacun des fichiers semestriels de données qu'ils ont transmis à la D.R.A.S.S. Le résultat des contrôles est communiqué à la D.R.A.S.S. dans un délai de trois mois après l'envoi du fichier de R.S.A.;

des contrôles externes sont réalisés à l'initiative de la D.R.A.S.S., conjointement par les médecins-inspecteurs de santé publique des D.D.A.S.S. et D.R.A.S.S. et les médecins-conseils, pour assurer le respect du protocole national et la qualité des recordages de contrôle.

Le contrôle porte sur le classement des séjours dans les groupes homogènes de malades ; il permet d'évaluer l'erreur de mesure de l'activité de l'établissement, en nombre de points, et de la corriger. Le logiciel MAHOS calcule par établissement un "facteur de redressement".

Un organe technique de concertation rassemblant, sous l'égide du médecin-inspecteur régional, des médecins-inspecteurs des D.D.A.S.S. et de la D.R.A.S.S., des médecins-conseils et des médecins de D.I.M. est créé dans chaque région, éventuellement dans le cadre du G.R.A.I.H., lorsqu'il existe. Ce comité technique régional de l'information médicale (COTRIM), veille à la validité de l'information médicale produite et peut être consulté sur les utilisations qui en sont faites.

c) L'échelle de pondération des G.H.M.

La pondération en points I.S.A. de chacun des G.H.M. est effectuée au moyen d'une échelle nationale, élaborée à partir de l'étude nationale de coûts. Cette enquête, commencée en janvier 1993, comprend une cinquantaine d'établissements publics et privés participant au service public hospitalier. L'échantillon sera élargi au cours des prochaines années pour améliorer la représentativité des établissements participant à l'étude. L'échelle, dont des travaux statistiques ont permis de vérifier la robustesse, est construite à partir du coût médian calculé pour chaque séjour.

L'ensemble de ces travaux seront publiés au Bulletin officiel du ministère au mois de mai 1995, en même temps que l'échelle de coûts.

L'échelle est intégrée dans le logiciel MAHOS qui classe chaque R.S.A. dans un G.H.M. et affecte à l'établissement le nombre de points I.S.A. correspondant.

III.

Les données financières

(Voir : Annexe V : Les charges concernées par le modèle.) (Voir : Annexe VI : Guide des retraitements comptables.) (Voir : Annexe VII : Tableaux à établir obligatoirement.)

1. Les options retenues

Le P.M.S.I. ne concernant encore qu'une partie des activités de l'hôpital, sa mise en œuvre nécessite d'effectuer certains retraitements comptables afin de différencier les charges correspondant aux activités décrites présentement par le modèle, c'est-à-dire aux soins de courte durée M.C.O., de celles concernant les autres activités.

Pour confronter l'activité M.C.O. et les charges correspondantes, il conviendrait d'avoir recours à la comptabilité analytique. Toutefois, celle-ci n'est réellement mise en œuvre que dans un très petit nombre d'établissements. C'est pourquoi a été retenue la solution des retraitements comptables simples, décrits en annexe VI. Ces retraitements permettent aux établissements d'isoler les charges relatives à l'activité M.C.O. et aux D.D.A.S.S. de vérifier la cohérence de ces retraitements. La publication d'un nouveau guide de comptabilité analytique, prévue à la fin de 1995, permettra, à terme, la généralisation de la comptabilité analytique dont seront alors issues les données relatives aux charges.

Toutes les charges relatives à l'activité M.C.O. sont retenues dans le modèle, à l'exclusion toutefois des dépenses dites "de structure" (soit essentiellement les charges d'amortissement des bâtiments, les frais financiers et les charges de constitution de provisions) qui ne sont pas ventilées sur les activités de l'établissement et qui, en conséquence, ne sont pas intégrées dans la dotation budgétaire analysée au regard de l'activité médicale produite. Il s'agit donc d'un coût "quasi complet". Ultérieurement, il pourra être envisagé d'intégrer dans le modèle ces dépenses de structure.

2. Les opérations de retraitement

Les activités hospitalières qui font actuellement l'objet de budgets annexes (soins de longue durée, D.N.A., activités de la loi de 1975, activités de lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme, transfusion sanguine) n'entrent pas dans le champ des nouvelles modalités d'allocation budgétaire. Aussi, les retraitements comptables ne portent-ils que sur le budget général.

Au sein du budget général, les établissements doivent séparer, dans les dépenses d'exploitation, celles qui participent directement et indirectement à la production de l'activité de soins de courte durée M.C.O., mesurable par le moyen du P.M.S.I., et celles qui concernent d'autres activités hospitalières, comme les soins de suite et de réadaptation, la psychiatrie, les écoles, etc.

Les dépenses médico-techniques, hôtelières, de gestion générale et de logistique sont réparties entre ces deux sous-ensembles au moyen de clés de répartition simples, selon le déroulement explicité par l'annexe VI. En cas de difficultés d'interprétation, il convient d'interroger la mission d'appui A.F.-P.M.S.I.

Après avoir effectué ces retraitements, l'établissement adresse à la D.D.A.S.S. et à la D.R.A.S.S. cinq tableaux qui sont présentés dans l'annexe VII:

tableau d'affectation des charges directes par section et sous-section;

tableau du calcul du coût des activités M.C.O.;

tableau de synthèse;

tableau des effectifs;

tableau de récolement entre le compte administratif et les résultats des retraitements comptables.

3. La validation par les D.D.A.S.S.

Dès réception des documents comptables retraités, les services de la D.D.A.S.S. doivent procéder à des contrôles de cohérence. La compatibilité entre le tableau des effectifs et le tableau par section d'imputation est vérifiée en s'appuyant sur des données de coût moyen par catégorie qui seront communiquées par l'administration centrale ; le total des dépenses ventilées sur l'ensemble des activités est contrôlé par rapport au total des charges enregistrées dans le compte administratif.

D'autres contrôles sont effectués, à l'aide de ratios simples, en recoupant les données d'activité et les unités d'œuvre avec les données habituellement connues et utilisées par les services de tutelle.

Ces contrôles sont réalisés dans le délai d'un mois.

Lorsque ces contrôles conduisent à reprendre les données chiffrées transmises par les établissements, les corrections apportées aux comptes retraités sont renvoyées aux établissements concernés et, après discussion, transmises par la D.D.A.S.S. sans délai à la D.R.A.S.S., qui modifie les données introduites préalablement dans le système MAHOS, et transmet à la C.R.A.M. les documents validés.

IV.

Le traitement local des données à des fins budgétaires

1. L'objet du logiciel MAHOS

Le logiciel MAHOS réalise le contrôle physique et logique des enregistrements, le contrôle de la validité des R.S.A. et le redressement éventuel des données, l'estimation du taux d'exhaustivité régional et du nombre de séjours manquants, le calcul du nombre de points d'activité de chaque hôpital et le calcul des dotations théoriques.

Ces calculs sont effectués au niveau régional en France métropolitaine et à la Réunion, interrégional en Antilles-Guyane.

2. Connaissance de l'activité

Outre le traitement à des fins de correction des bases budgétaires, MAHOS organise la base régionale de R.S.A. et fournit les caractéristiques de l'activité médicale des établissements. Il offre ainsi la possibilité de comparer le profil d'activité des établissements, mais aussi d'en apprécier l'évolution dans le temps.

A terme, MAHOS transférera des informations générales vers ANDREAS (base de données en réseau sur l'activité et les moyens des établissements de santé, en cours de généralisation dans les services déconcentrés).

3. La définition des dotations budgétaires de référence pour les soins de courte durée et le calcul des écarts

(Voir : Annexe VIII : Le correctif de points selon le résultat du contrôle qualité.)

a) Détermination de la valeur régionale du point.

Pour chaque établissement, le volume de points I.S.A. rendant compte de l'activité d'hospitalisation est calculé à partir des R.S.A., pondérés au moyen de l'échelle nationale de coûts.

Le contrôle de qualité donne lieu à correction éventuelle du nombre de points par établissement, dans les conditions précisées en annexe VIII.

Les actes externes sont pondérés sur la base de leur tarif. Le volume de points calculé pour l'activité M.C.O. externe est additionné aux points d'activité calculés à partir des R.S.A., pour donner un total semestriel ou annuel de l'activité M.C.O. de l'établissement.

Le nombre des séjours manquants sur le plan régional est estimé ; MAHOS leur attribue le poids régional moyen par séjour. Le nombre de points correspondant à cette estimation est ajouté au total des points d'activité attribués aux établissements.

On connaît alors le poids total en points de l'activité régionale.

La D.R.A.S.S. saisit dans MAHOS le total des dépenses de court séjour M.C.O. identifié par chaque établissement et validé par la D.D.A.S.S. et calcule par addition le montant de la dotation régionale.

La valeur régionale du point d'activité est obtenue en rapportant le montant de cette dotation à la somme des points produits sur le plan régional.

b) Calcul des dotations théoriques et des écarts.

La dotation budgétaire théorique M.C.O. de chaque établissement est calculée en faisant le produit : valeur régionale du point x nombre de points transmis par l'établissement et redressé des résultats du contrôle.

L'écart constaté permet de conclure, le cas échéant, à la surdotation ou sous-dotation de l'établissement par rapport à la moyenne régionale.

Dès la détermination de ces résultats, l'ensemble des éditions prévues par le logiciel MAHOS sont effectuées et communiquées aux D.D.A.S.S. qui les adressent aux établissements. Les fichiers d'erreurs sont également édités et retournés aux directeurs d'établissements pour qu'ils analysent, avec les D.I.M. et éventuellement les responsables médicaux producteurs de l'information concernée, les causes de ces erreurs.

Les résultats seront également adressés par la D.R.A.S.S. à la C.R.A.M., qui les communiqueront aux autres organismes d'assurance maladie et notamment aux caisses pivots des établissements.

4. Le module de simulation

MAHOS comporte un module d'aide à la décision qui permet à la D.R.A.S.S. de simuler des ajustements budgétaires annuels, de son initiative ou bien à la demande des D.D.A.S.S.

Pour chaque simulation, quatre paramètres sont pris en compte:

- une marge d'incertitude, à l'intérieur de laquelle les écarts de dotation constatés ne peuvent entraîner de correction budgétaire sur le fondement de la surdotation ou à la sous-dotation apparente des établissements;
- le taux d'actualisation de l'année "n", afin de convertir en francs "n" les données budgétaires de "n - 1";
- un pourcentage de reconduction automatique de la dotation actuelle des établissements;
- un pourcentage maximum d'évolution de la dotation des établissements sous-dotés.

Pour l'expérimentation du dispositif, les valeurs et le mode d'emploi de ces paramètres seront précisés par l'administration centrale avant le 30 septembre 1995.

V.

Les travaux et apports nationaux

1. La constitution d'une base nationale de données

Les données d'activité traitées par les D.R.A.S.S. sont transmises chaque semestre, à la direction des hôpitaux, au moyen de la fonction d'exportation de données présente dans MAHOS, afin de constituer une base nationale de R.S.A.

La première remontée d'information exhaustive interviendra au mois de décembre 1995. Les résultats des traitements régionaux seront également transmis à la direction des hôpitaux avant le 31 décembre 1995.

2. Les restitutions et utilisations possibles

Des classements relatifs par groupes homogènes d'établissements seront établis et publiés. Ils seront le support d'une nouvelle grille comparative d'analyse de gestion nationale qui viendra compléter l'actuelle A.G.H.N. ; ces référentiels de coûts seront mis à la disposition des services déconcentrés, des établissements et des organismes d'assurance maladie.

Ces données nationales fourniront la matière pour approfondir les comparaisons interrégionales, au moyen des valeurs régionales du point.

Elles serviront également d'appui aux études nationales menées sur les coûts hospitaliers, notamment sur ceux relatifs à l'enseignement et à la recherche. Elles pourront également à terme être utilisées en matière de planification de l'offre de soins.

3. L'exercice anticipé engagé en 1995

Une base de données partielle sur échantillon national est en cours de constitution, selon les instructions qui ont été données le 16 mars 1995 aux services déconcentrés. L'échantillon comprend tous les C.H.R., tous les C.L.C.C. et une centaine d'établissements tirés au hasard parmi ceux disposant d'une exhaustivité supérieure à 85 p. 100 en 1993.

Les objectifs poursuivis sont:

d'amorcer une étude comparative entre établissements de même nature, en particulier les C.H.R.;

de contribuer à la réflexion nationale sur le coût de l'enseignement et la recherche.

Les premiers enseignements qui seront tirés de ces données seront communiqués avant le 30 septembre 1995.

Cet exercice permettra également de tester les retraitements comptables (annexe VI) et de fournir, le cas échéant, les compléments nécessaires en temps utile pour l'ensemble des établissements.

ANNEXE I Les activités concernées par le système (cf. document original)

ANNEXE II Recueil des données d'activité médicale

I.

Les données

Les établissements hospitaliers décrivent leur activité de court-séjour M.C.O. au moyen des outils du P.M.S.I. (R.U.M., R.S.S., G.H.M.). Ils transmettent semestriellement à la D.R.A.S.S. des fichiers de R.S.A. (résumés de sortie anonymes), conformément aux dispositions de l'arrêté du 20 septembre 1994, et ce dans un délai de trois mois après l'expiration du semestre.

A.

Le fichier semestriel de R.S.A.

1. La période concernée

Les R.S.A. doivent concerner toutes les sorties du secteur court séjour de l'entité juridique (à l'exception des établissements visés à l'article 3- II de l'arrêté du 20 septembre 1994) enregistrées pendant le semestre. Le traitement sera réalisé sur un fichier semestriel et non sur deux fichiers trimestriels.

Le mode de sortie du R.S.S. est codé : 2, 3, 4 ou 5 dans l'ancien format de R.U.M. ; 6.2, 6.3, 6.4, 7, 8 ou 9 dans le nouveau format de R.U.M.

N.B. : ce fichier n'est pas composé de l'ensemble des séjours de la base détenue par le D.I.M. Il ne comprend pas les séjours ayant commencé pendant le semestre (ou avant) et non encore achevés.

Il est composé de tous les séjours pour lesquels le dernier R.U.M. a sa date de sortie comprise dans le semestre concerné par l'envoi.

Exemples : l'envoi concerne la période du 1er semestre 1993.

1. Le patient est entré le 28 décembre 1992 en médecine interne, a été transféré le 30 décembre 1992 en chirurgie et est sorti par retour à domicile le 18 janvier 1993. Son séjour comporte deux R.U.M. (du 28 décembre 1992 au 30 décembre 1992 et du 30 décembre 1992 au 18 janvier 1993).

Ce séjour complet avec ses deux R.U.M. sera intégré dans la base.

2. Le patient est entré le 25 juin 1993 en médecine, a été transféré le 28 juin 1993 en chirurgie et est sorti par retour à domicile le 4 juillet 1993. Son séjour fait l'objet de deux R.U.M. (du 25 juin 1993 au 28 juin 1993, puis du 28 juin 1993 au 04 juillet 1993).

Ce séjour (c'est-à-dire aucun de ses deux R.U.M.) ne sera pas intégré dans le fichier à expédier.

Sur tous ces points, se référer au guide méthodologique de production des résumés de sortie du P.M.S.I.

fascicule spécial Bulletin officiel n° 94-6, prix 150 F. A commander au Bulletin officiel, 26, rue Desaix, 75527 Paris Cedex 15.

2. Production du fichier de R.S.A.

Le fichier de R.S.A. à transmettre est produit directement et sans aucune manipulation ultérieure par le logiciel GENRSA-EXE version 3 envoyé aux établissements au mois de mars 1995.

N.B. 1 : il s'agit d'un fichier de R.S.A. (anonymes) et non d'un fichier de R.S.S.

N.B. 2 : le fichier de R.S.A. produit par GENRSA ne doit subir aucune manipulation d'aucune sorte.

Par exemple : pas de passage en format D.B.F. "pour simplifier le travail de la D.R.A.S.S.". Le fichier devient alors non traitable et est obligatoirement retourné à l'établissement.

3. Format du fichier d'entrée de GENRSA

GENRSA accepte en entrée des fichiers aux formats suivants:

R.S.S. non groupés, 86 caractères (format circulaire n° 119 d'octobre 1985);

R.S.S. groupés, 86 caractères + 7 caractères (C.M.D. + G.H.M. + code retour);

R.S.S. format 94 non groupés;

R.S.S. format 94 groupés;

R.S.S. format 95 non groupés;

R.S.S. format 95 groupés.

N.B. : lorsque le fichier d'entrée est un fichier de R.S.S. groupés, GENRSA fournit la liste des séjours que le groupeur utilisé a classés dans un groupe différent de celui qu'a donné GENRSA : numéro de R.S.S., G.H.M. initial, G.H.M. final.

4. Format du fichier de sortie

Le fichier de R.S.A. est stocké sur une disquette 3,5 "H.D. de 1,44 Mo Il s'agit d'un fichier sous MS-DOS (Pas d'autre système d'exploitation). Il ne doit pas s'agir d'un back-up.

Ce fichier est un fichier texte ASCII dont les enregistrements sont de taille variable.

Ce fichier n'a pas d'en-tête.

5. Compactage des données

La version 3 de GENRSA comporte une fonction de compactage des données. MAHOS permet de décompresser automatiquement les fichiers de R.S.A.

B.

Les données administratives d'activité

1. Les séjours

L'établissement transmet chaque semestre les données suivantes, extraites des statistiques administratives:

nombre de journées M.C.O. hospitalisation complète;
nombre de venues;
nombre d'I.V.G.;
nombre de séances M.C.O.

2. Les consultations et les actes externes

L'activité externe, dont les coûts ne peuvent être isolés de manière fiable et vérifiable, sera intégrée dans l'activité M.C.O. de l'établissement et valorisée en points I.S.A. comme les séjours décrits dans le fichier de R.S.A. Seule doit être prise en compte l'activité réalisée au profit de patients externes ; les actes et consultations concernant des patients adressés par des établissements tiers ne doivent pas être comptabilisés.

L'activité de consultations et d'actes externes facturée est transmise à la D.R.A.S.S. sur support magnétique. Les établissements disposent d'un masque de saisie (fourni par le C.I.T.I.2 en même temps que la version 3 de GENRSA) permettant d'associer à chaque lettre clé de la N.G.A.P. le nombre d'unités produites et facturées par l'établissement.

La transmission est semestrielle.

Voir pages suivantes la liste des lettres clés de la N.G.A.P.

Liste des lettres clés

CONSULTATION Médecin omnipraticien... : C Médecin spécialiste... : CS Médecin neuropsychiatre... : CNPSY Chirurgien dentiste omnipraticien... : CD Chirurgien dentiste spécialiste... : CSD Majoration dimanche médecin et dentiste... : MajDM Majoration nuit médecin et dentiste... : MajNM Sage-femme... : CSF Majoration dimanche sage-femme... : MajDF Majoration nuit sage-femme... : MajNF

ACTES EN Z (avec radiations ionisantes) Electroradiologiste, gastro-entérologue... : Z 1 Rhumatologue, pneumophtisiologue... : Z 2 Autre médecin... : Z 3 Chirurgien-dentiste... : ZD

ACTES EN K

KC

SPM

P Actes chirurgie et spécialités... : K Certains actes chirurgicaux... : KC Soins prothèses médecins : prothèses dentaire... : SPM orthodontie... : SPM Actes anatomocytopathologie... : P

ACTES DENTAIRES Actes chirurgien-dentiste... : D Certains actes... : DC Soin conservateur prothèse... : SCP Soin conservateur... : SC Soins prothétiques... : SPR Traitement orthodontique... : TO

ACTES AUXILIAIRES MEDICAUX Infirmières: Soins infirmiers... : AMI Soins infirmiers spécialisés... : AIS Majoration dimanche... : MajDI Majoration nuit... : MajNI Sages-femmes: Soins infirmiers... : SFI Soins spécialisés... : SF Majoration dimanche... : MajDS Majoration nuit... : MajNS Masseurs-kinésithérapeutes... : AMM-AMK AMC Majoration dimanche... : MajDK Majoration nuit... : MajNK Pédicures... : AMP Orthophonistes... : AMO Orthoptistes... : AMY

ACTES EN B Biologie médicale... : B-BM-BP-BR Biologie chirurgie... : KB Prélèvement direct non-médecin laboratoire... : PB Prélèvement technicien de laboratoire... : TB

SCANNER... : SCNxx Décomposition: Forfait scanner normal... : SCFNx Forfait réduit... : SCFRx Nombre de scanners réalisés au forfait normal... : SCNNx Nombre de scanners réalisés au forfait réduit... : SCNRx

I.R.M... : RMNxx Décomposition: Forfait I.R.M. normal... : RMFNx Forfait réduit... : RMFRx Nombre d'I.R.M. réalisés au forfait normal... : RMNNx Nombre d'I.R.M. réalisés au forfait réduit... : RMNRx

ANNEXE III Contrôle de l'exhaustivité des données médicales

A.

Le contrôle de l'exhaustivité

En fin de période, la D.R.A.S.S. procède à un contrôle de l'exhaustivité en comparant le nombre des séjours décrits dans le fichier des R.S.A. aux données des statistiques administratives d'activité ; le taux d'exhaustivité régional est utilisé pour redresser les données d'activité régionale et calculer la valeur régionale du point d'activité.

1. Calcul du taux d'exhaustivité

Le taux d'exhaustivité d'un établissement est obtenu au moyen de la formule suivante (1):
(1) La formule de calcul ci-dessous annule les différences existant dans le décompte des journées des séjours de nouveau-nés et des malades décédés, entre les statistiques administratives d'activité et le P.M.S.I. (cf. Guide méthodologique du P.M.S.I.).

nombre de journées dans les C.M.D. 1 à 23 + nombre de séjours d'un jour (groupes 701 à 890) + nombre de journées dans le G.H.M. 901 + nombre total de séances dans les G.H.M. 680 à 684

nombre de journées dans le G.H.M. 562 + nombre de R.S.S. dont le mode de sortie est "décès"

nombre de R.S.S. classés dans le G.H.M. 880

nombre de journées M.C.O. en hospitalisation complète + nombre de venues + I.V.G. + séances M.C.O. (traitement et cures ambulatoires)

Les informations inscrites au numérateur sont issues du P.M.S.I. et extraites du fichier de R.S.A. Les informations figurant au dénominateur sont issues des statistiques administratives d'activité. Les établissements transmettront semestriellement à la D.R.A.S.S., avec leur fichier de R.S.A., les informations administratives nécessaires au calcul ci-dessus.

Les séjours classés dans les groupes 900, 902 et 903 sont considérés comme des séjours manquants. Les séjours classés en groupe 901 "acte sans relation avec le diagnostic principal" seront classés par MAHOS en fonction de l'acte ou du diagnostic principal porté sur le R.S.A.

2. Utilisation du taux d'exhaustivité

Les séjours manquants ne sont pas pris en compte dans l'évaluation de l'activité des établissements.

Les établissements non exhaustifs sont indirectement pénalisés sur le plan financier puisqu'on considère que les R.S.A. transmis couvrent la totalité de leur activité. La pénalisation est d'autant plus forte que le défaut d'exhaustivité est important, mais elle n'affecte que la part de la dotation calculée à partir des données d'activité, l'essentiel des moyens budgétaires étant automatiquement reconduit.

Cependant la question du défaut d'exhaustivité se pose en des termes différents au niveau de la région.

En effet, la somme régionale des points d'activité des établissements va servir de base au calcul de la valeur régionale du point, qui va donc varier en fonction du volume de cette activité. La valeur régionale du point qui permet de calculer la dotation théorique des établissements.

Des fluctuations annuelles fortes de l'exhaustivité pourraient donc avoir des conséquences importantes sur le calcul des budgets théoriques et faire obstacle à des comparaisons interrégionales.

C'est pourquoi on procède sur le plan régional à une estimation du nombre des séjours manquants. Ces séjours sont valorisés au poids régional moyen du séjour et participent au calcul de la valeur régionale du point.

On notera que cette option technique conduit mécaniquement à l'apparition au niveau régional d'un solde virtuel correspondant à la valeur des séjours manquants. La somme des budgets théoriques calculés à partir de la valeur moyenne du point est en effet différente de la somme des budgets réels. L'écart correspond à la valorisation des séjours manquants.

ANNEXE IV Contrôle de la qualité des données médicales

Pour mesurer l'activité d'un établissement, on va affecter à chaque séjour un poids économique dépendant du G.H.M dans lequel ce séjour est classé. Le classement erroné d'un séjour peut conduire à une surévaluation ou à une sous-estimation de son poids économique.

S'agissant du contrôle de la qualité des données médicales utilisées à des fins d'allocation budgétaire, le vrai problème est donc celui de l'appréciation des erreurs de cotation et de leur redressement.

Le contrôle doit être systématique et concerner chaque année tous les établissements de la région. Il permet de corriger l'évaluation de l'activité faite à partir des fichiers de R.S.A.

Les contrôles de qualité sont organisés à un double niveau:

1. Des contrôles internes sont effectués par les D.I.M. des établissements, selon le protocole national décrit ci-dessous, sur chacun des fichiers semestriels de données qu'ils ont transmis à la D.R.A.S.S. Le résultat des contrôles est communiqué à la D.R.A.S.S. dans un délai de trois mois après l'envoi du fichier de R.S.A.

a) Protocole national de contrôle des données médicales

Dans la base de R.S.S. ou de R.S.S. groupés que l'établissement a préparée pour réaliser son fichier de R.S.A., GENRSA V.3 tire au sort cent dossiers. Le tirage est stratifié par unité médicale. Il y a autant de strates que de services, contenant uniquement des R.S.S. mono-unités, plus une strate pour les dossiers multi-unités.

GENRSA calcule une clé de contrôle permettant de s'assurer que le fichier de R.S.S. dont est issue la liste des dossiers à contrôler n'a pas été modifié postérieurement au tirage au sort.

A partir des informations contenues dans le dossier médical, le D.I.M. de l'établissement procède au recodage en aveugle du R.S.S. et à un nouveau groupage. Il confronte le recodage au codage initial, puis procède au groupage des nouveaux R.S.S. validés.

b) Transmission des résultats du contrôle de qualité à la D.R.A.S.S.

L'établissement transmet à la D.R.A.S.S. le résultat du contrôle de qualité en associant pour chaque dossier le numéro du G.H.M. initial et le numéro du G.H.M. final, dans un fichier D.O.S. La saisie des résultats est effectuée au moyen d'un logiciel développé par le C.I.T.I.2 et envoyé aux établissements avec la version 3 de GENRSA.

Les résultats du contrôle portant sur les données du deuxième semestre 1994 seront utilisés en 1995 pour les deux semestres (2e semestre 1994 et 1er semestre 1995) (cf. annexe).

2. Des contrôles externes sont réalisés à l'initiative de la D.R.A.S.S. pour assurer le respect du protocole national et la qualité des recordages de contrôle.

Les médecins-inspecteurs de la santé publique des D.D.A.S.S. et des D.R.A.S.S., en association avec les médecins conseil des caisses, procèdent à un contrôle de qualité externe portant sur la manière dont les contrôles internes ont été réalisés (1). Ils s'assurent du respect par l'établissement du protocole national de contrôle de qualité, et vérifient pour un nombre (n) de dossiers contrôlés par le DIM la qualité du codage de contrôle. (1) Les modalités pratiques de ce contrôle conjoint sont en cours d'élaboration.

Pour faciliter cette opération, les D.I.M. doivent être en mesure de fournir:

le fichier de R.S.S. ou de R.S.S. groupés à l'origine du fichier de R.S.A. transmis;

la liste des dossiers tirés au sort par GENRSA;

les éléments pertinents de chacun des dossiers de l'échantillon de contrôle;

le R.S.S. d'origine et le R.S.S. de contrôle de chaque dossier.

Ces contrôles externes ont lieu au moins une fois par an dans chaque établissement. Ils portent sur les deux derniers fichiers semestriels de R.U.M. groupés ayant donné lieu à transmission à la D.R.A.S.S.

Si les conditions dans lesquelles le contrôle interne a été réalisé ne sont pas jugées satisfaisantes par le médecin contrôleur, ce dernier organise un nouveau contrôle de qualité portant sur 100 nouveaux dossiers. Les résultats de ce contrôle viennent se substituer aux résultats du contrôle interne.

ANNEXE V Les charges concernées par le modèle (cf. document original)

ANNEXE VI Retraitement des données comptables (Ce document pourra être complété au vu des questions posées par les établissements et des observations formulées par les services déconcentrés amenés à les valider).

Objectif des retraitements comptables à réaliser

L'objectif est d'isoler dans le compte administratif de l'établissement, sur le budget H, trois grands ensembles de charges : charges du court séjour M.C.O., charges des autres activités, charges de structure. Les budgets annexes ne sont pas concernés par les retraitements comptables puisqu'ils concernent des activités (long séjour, maison de retraite, transfusion sanguine, DNA...) qui ne sont pas analysées par le modèle.

Les dépenses de logistique et les dépenses hôtelières du budget général sont réparties entre les activités M.C.O. et hors champ.

Les dépenses de structure (amortissements des immeubles, location des immeubles, frais financiers, assurances et impôts hors-personnel) sont directement affectées sur le volet "structure".

La détermination des dépenses du court séjour M.C.O. se réalise en deux étapes:

1. Affectation de toutes les charges directes dans les sections d'imputation.
2. Calcul des coûts composés des activités après ventilation des charges des services médico-techniques, des prestations hôtelières et des dépenses de logistique et de gestion générale.

N.B. : Les comptes 772-81, 672-2, 772-3 et 672-4, relatifs au traitement des régularisations de titres hospitaliers sur exercice clos, ne sont pas pris en considération lors des traitements. Les soldes constatés seront pris en compte, comme aujourd'hui, en élément correcteur de la DGF attribuée à l'établissement.

1. Affectation de toutes les charges directes dans les sections d'imputation

A.

Les sections d'imputation

Les sections d'imputation (S. I.) suivantes sont ouvertes.

Numéro de section d'imputation	LIBELLE	OBSERVATIONS
--------------------------------	---------	--------------

1	Court séjour M.C.O.	Une seule section d'imputation; cette S.I. comprend le bloc opératoire, le bloc obstétrical et l'anesthésiologie.
2	Autres activités	Une sous-section d'imputation est ouverte pour chacune des activités (voir liste ci-dessous).
3	Structure	
4	Blanchisserie-restauration.	Une sous-section d'imputation peut être ouverte pour chacune de ces deux activités.
5	Charges de gestion générale	Une seule section d'imputation. de logistique.
6	Activités médico-techniques.	<p>Une sous-section d'imputation est ouverte pour le laboratoire, l'imagerie, les explorations.</p> <p>Sur la section d'imputation 1 sont imputées les charges afférentes au court-séjour M.C.O., soit toutes les dépenses de fonctionnement:</p>

- des unités d'hospitalisation (complète ou incomplète), et des unités réalisant des séances;
- des services d'urgences (accueil et porte);
- des services de consultations externes;
- des blocs opératoires et d'obstétrique;
- des services d'anesthésiologie;
- des unités de radiothérapie.

La section d'imputation 2 sera divisée en sous-sections pour isoler chacune des activités suivantes et lui affecter l'ensemble de ses charges directes:

- SAMU
- Centre 15;
- HAD et autres activités de soins à domicile (pompes à insuline, prévention de la mort subite du nourrisson, dialyse à domicile);
- soins de suite et de réadaptation;
- psychiatrie;
- écoles;
- PMI;
- planning familial;
- unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) en milieu pénitentiaire;
- transfusion sanguine (si pas en budget annexe);
- dispensaires;
- centre de prévention, C.E.C.O.S., lactarium, centre anti-poison, centre de pharmacovigilance, centre de dépistage anonyme et gratuit.

Sur la section d'imputation 3, structure, seront affectées les charges d'amortissement des immeubles, les dépenses de location des immeubles, l'ensemble des frais financiers, les impôts (hors personnel), les assurances (hors AT), les dotations aux provisions, les charges d'apurement annuel des créances irrécouvrables. Les reprises sur provisions ne sont pas considérées comme charges de l'exercice.

La section d'imputation 4 sera divisée en deux sous-sections, blanchisserie et restauration, sur lesquelles seront retracées les dépenses directes de ces activités, y compris les dépenses relatives à l'amortissement, à la location et à la maintenance des matériels utilisés.

Les dépenses de blanchisserie et de restauration seront ventilées à la journée (et par convention à la 1/2 journée pour les hospitalisations incomplètes).

Sur la section d'imputation 5, est affecté l'ensemble des charges de logistique et de gestion générale de l'établissement, soit:

- les dépenses de fonctionnement des services administratifs;
- la documentation, la papeterie et l'ensemble des fournitures de bureau;
- les dépenses d'information, de communication, de télécommunication et de poste;
- les déplacements, les frais de mission et de réception;
- les honoraires;
- les frais d'études et de recherche;
- les charges de maintenance des immeubles;
- les dépenses d'eau, gaz et électricité, chauffage;
- les dépenses de transport (amortissement-location des véhicules, entretien, carburants), y compris les dépenses de transport en ambulance des patients (hors S.M.U.R. traité en S.I.6);
- les produits d'entretien (hors produits lessiviels);
- les dépenses des services techniques et des ateliers;
- le traitement des déchets;
- le gardiennage;
- les amortissements de l'ensemble des matériels, équipements et immobiliers non-médicaux et hors matériels de restauration et de blanchisserie;
- le service intérieur;
- la médecine préventive et les médicaments cédés au personnel;
- l'ensemble des personnels qui ne peuvent être affectés ni sur les services médicaux ou médico-techniques, ni sur les activités de blanchisserie et de restauration (par exemple, les assistantes sociales);
- crèche;
- informatique;
- les dépenses des services de "logistique médicale" : D.I.M., pharmacie (pour les dépenses de gestion du service), stérilisation, hygiène hospitalière, désinfection, C.L.I.N.;
- les dépenses de médicaments réalisées au bénéfice du personnel.

Les dépenses de gestion générale et de logistique seront ventilées au prorata des charges nettes constatées sur les activités "court séjour M.C.O." et "hors champ" (charges directes nettes + prestations médico- techniques + charges hôtelières).

La section d'imputation 6 doit être divisée en sous-sections sur lesquelles seront imputées les charges de fonctionnement et l'activité des services médico-techniques:

laboratoires, dont l'unité d'œuvre sera l'équivalent B;

imagerie, dont l'unité d'œuvre sera l'ICR ou l'équivalent Z. (Les forfaits techniques d'imagerie ne devront pas être oubliés dans la répartition des dépenses d'imagerie entre M.C.O. et autres activités);

explorations fonctionnelles, dont l'unité d'œuvre sera le K, ou l'ICR;

radiothérapie, dont l'unité d'œuvre sera l'équivalent K;

S.M.U.R., dont l'unité d'œuvre sera la demi-heure de transport (ou la minute pour les transports hélicoptés).

Les dépenses de ces sous-sections d'imputation seront déversées sur le M.C.O. et les autres activités au prorata des unités d'œuvre consommées. Les ICR ou à défaut les lettres-clés seront utilisées comme coefficients de répartition. Dans le deuxième cas, des équivalences devront être construites à partir des tarifs, entre les lettres-clés de la N.G.A.P., pour n'utiliser qu'une seule unité d'œuvre par sous-section d'imputation.

Exemple : en imagerie, l'unité d'œuvre est le Z ; le K d'échographie sera équivalent à 1,198 Z ; une C.S. vaudra 13,53 Z.

Les dépenses de personnel de kinésithérapie et de diététique pourront être ventilées sur les activités (M.C.O. et autres) en fonction du temps passé pour chacune de ces activités, ou affectées en section 5, logistique et gestion générale, si cette ventilation est impossible. Les produits diététiques sont affectés sur la section 4, restauration.

B.

Principes d'affectation des charges

La règle de base est celle de l'imputation directe des charges sur chacune des sections ou sous-sections d'imputation.

On notera cependant que l'application de cette règle ne doit pas conduire les établissements à engager des travaux hors de proportion avec le montant des dépenses analysées et la pertinence du résultat final.

Les établissements pourront donc faire des estimations de la répartition de leurs charges ; ils devront être en mesure de fournir les clés utilisées pour ces estimations.

Trois principes sont définis:

Principe A Applicable aux dépenses de personnel (1). Repérage des dépenses de chaque section ou sous-section d'imputation. (1) les dépenses de personnel sont réparties au coût réel ou au coût moyen par grade.

Principe B Affectation du montant du compte budgétaire sur la section ou la sous-section d'imputation.

Principe C Applicable aux consommables médicaux (2) Repérage (ou estimation) des dépenses de chaque section ou sous-section d'imputation. (2) les dépenses de consommables médicaux (médicaments, sang, prothèses...) sont affectées directement sur les sections ou sous-sections, ou ventilées selon une estimation (la méthode devra pouvoir être précisée par l'établissement).

Les médicaments vendus par l'établissement seront imputés à la S.I.1 (court-séjour) ; leur vente génère des produits déductibles qui viendront alléger d'autant les charges brutes de cette S.I.

Le coût des médicaments distribués, inclus dans la D.G.F., sera mentionné sur une ligne annexe du tableau final.

C. Affectation des charges par nature sur les sections et sous-sections d'imputation (cf. document original)

D. Présentation de l'affectation des charges sur les sections et les sous-sections d'imputation

La synthèse de l'affectation des charges sur les sections ou sous-sections d'imputation est réalisée sous la forme suivante: (cf. document original)

On arrive ainsi au tableau suivant:

tableau 2 (cf. document original)

d'où on déduit les résultats ci-dessous:

Tableau 3, de synthèse (cf. document original)

TABLEAU DE RECOLEMENT

Pour retrouver, à partir du total du "tableau de synthèse", le montant total, en dépenses, du compte administratif (budget H), il faut prendre en compte tous les éléments qui ont été soustraits des charges brutes, et les ajouter à ce total, comme suit:

Total tableau de synthèse:

+ compte 603; + comptes 672-2, 672-4 et 672-11; + compte 675;

reconstitution des honoraires médicaux au titre de la clinique ouverte, le cas échéant; + total des recettes subsidiaires G.III (dernier budget approuvé); + reprises sur provisions et fonds propres.

= Total, en dépenses, du compte administratif "H".

ANNEXE VII Tableaux à transmettre obligatoirement

En 1995, les retraitements comptables seront réalisés à partir du compte administratif et seront transmis au service de tutelle en même temps que lui.

En 1996 et les années suivantes, ils seront réalisés à partir du dernier état des dépenses engagées et seront transmis au plus tard le 31 mars.

L'établissement transmettra à la D.D.A.S.S. les tableaux 1, 2 et 3, ainsi que le tableau des effectifs moyens rémunérés pendant l'exercice (tableau 4).

Tableau 1 : synthèse de l'affectation des charges sur les sections ou sous-sections d'imputation (cf. document original)

Tableau 2 : calculs des coûts composés des activités (cf. document original)

Tableau 3 : tableau de synthèse des dépenses

CLICHE (cf. document original)

Les retraitements comptables devront pouvoir être contrôlés par les D.D.A.S.S.:

à partir du compte administratif : le total des dépenses ventilées sur l'ensemble des activités devant être identique au total des charges enregistrées dans le compte administratif;

à partir d'un tableau des effectifs par grade et par activité que l'établissement fournira à l'appui de la ventilation de ses charges directes de personnel.

L'établissement fournira, en complément du tableau des emplois permanents (T.E.P.), des tableaux répartissant les effectifs moyens rémunérés pendant l'exercice, dans les différentes sections et sous-sections d'imputation (voir page suivante).

Après validation des retraitements par le service de tutelle, la D.D.A.S.S. transmettra à la D.R.A.S.S. pour traitement le tableau 3, qui seul aura un caractère opposable.

C'est du total des dépenses de M.C.O. ainsi isolées que l'on rapprochera ensuite l'activité M.C.O. de l'établissement et que l'on conclura à sa sur- ou sous-dotation.

Tableau 4 : tableau des effectifs par section d'imputation

Section d'imputation S.I. n°... Sous-section S.I. n°.

I

Personnel médical (cf. document original)

II

Personnel non-médical (cf. document original)

ANNEXE VIII

Redressement du nombre de points d'activité de l'établissement en fonction des résultats du contrôle de qualité

Le redressement portera sur le nombre de points d'activité de chaque établissement. Si la différence de cotation constatée globalement sur l'échantillon de contrôle est jugée significative, des points seront ajoutés ou retranchés du total des points produits, selon la méthode statistique décrite ci-dessous.

La qualité des données médicales d'un établissement est contrôlée sur un lot de x dossiers tirés au sort dans la base de X R.S.S. Ces séjours sont recodés à partir des informations contenues dans le dossier médical. Le codage initial et le codage final sont confrontés. Les nouveaux R.S.S. sont groupés. On connaît alors pour chacun des dossiers du lot de contrôle le G.H.M. initial et le G.H.M. final (ce seront heureusement les mêmes

dans la grande majorité des cas) et le nombre de points d'activité qui découle de chacun des deux classements du séjour.

G.H.M. initial = nombre de points initial (P.I.) G.H.M. final = nombre de points final (P.F.)
P.I.

P.F. = différence de cotation.

Si la différence est négative, le dossier a été sous-coté ; si la différence est positive, le dossier a été surcoté ; si la différence est nulle, le dossier a été bien coté.

On constate sur le fichier de contrôle n différences de cotation et on calcule, d'une part, la moyenne des différences (notée md), d'autre part, l'écart-type des différences (noté ed).

La moyenne des différences ne sera prise en compte, pour redresser les données de l'établissement, que si elle franchit un seuil s positif ou négatif tel que:

$$S = 1,98. ed / \sqrt{n-1}$$

Si la moyenne des différences est supérieure à s, on jugera significative la surcotation.

Si la moyenne des différences est inférieure à -s, on jugera significative la sous-cotation.

Si la moyenne des différences est comprise entre -s et s, on jugera que la cotation est correcte et qu'elle ne doit pas être redressée.

On sait que la vraie valeur (inconnue) de la sur- ou sous-cotation mise en évidence à 95 p. 100 de chances de se trouver dans l'intervalle [md - s ; md + s].

Le nombre de points attribués à l'établissement sera déterminé de la manière suivante:

en cas de sur-cotation : P.C. = P.V.

((md - s) . X);

en cas de sous-cotation : P.C. = P.V.

((md + s) . X). (où P.C. = nombre de points après correction ; P.V. = nombre de points initialement calculé avant contrôle ; X = nombre de R.S.A.).

ANNEXE IX Composition du comité de pilotage

- Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville:
- Direction des hôpitaux.
- Direction de la sécurité sociale.
- Direction de l'administration générale, du personnel et du budget.
- S.E.S.I.
- Services déconcentrés (D.R.A.S.S. et D.D.A.S.S.).
- Organismes d'assurance maladie:
- C.N.A.M.T.S.
- M.S.A.
- C.A.N.A.M.
- Etablissements hospitaliers:
- Fédération hospitalière de France.
- Conférence nationale des directeurs généraux de C.H.U.
- Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers.
- Conférence des présidents de C.M.E. des C.H.U.
- Conférence des présidents de C.M.E. des centres hospitaliers.
- Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (F.E.H.A.P.).
- Conférence nationale des présidents de C.M.E. des établissements F.E.H.A.P.
- Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (U.N.I.O.P.S.S.).

ANNEXE X Composition du comité de suivi et de la mission d'appui

La mission d'appui est composée:

A la mission P.M.S.I. de:

- ...

A la sous-direction des affaires administratives et financières de:

- ...

ANNEXE XI Liste des références documentaires (textes de référence du P.M.S.I.)

Articles L. 710-5 et L. 714-20 du code de la santé publique.

Décret n° 94-666 du 27 juillet 1994 (Journal officiel du 5 août 1994) relatif aux systèmes d'informations médicales et à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés, et modifiant le code de la santé publique.

Arrêté du 20 septembre 1994 (1) (Journal officiel du 18 octobre 1994) relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et de coût, visées à l'article L. 710-5 du code de la santé publique, par les établissements de santé publics et privés visés aux articles L. 714-1, L. 715-5 du code de la santé publique et aux articles L. 162-23, L. 162-23-1 et L. 162-25 du code de la sécurité sociale et à la transmission aux services de l'Etat et aux organismes d'assurance maladie d'informations issues de ces traitements. (1) Abroge l'arrêté du 3 octobre 1985 (Journal officiel du 16 octobre 1985) autorisant l'informatisation des résumés de sortie standardisés dans les établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public.

Guide méthodologique de production des résumés de sortie du P.M.S.I. (2) : fascicule spécial n° 94-6 bis du Bulletin officiel. (2) Abroge la circulaire n° 119 du 4 octobre 1985 de la direction des hôpitaux relative à la mise en place dans les établissements hospitaliers des résumés de sortie standardisés (R.S.S.).

Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 (Journal officiel du 7 janvier 1978 et rectificatif au Journal officiel du 25 janvier 1978) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Circulaire n° 160 du 5 août 1986 relative à la diffusion de la classification des groupes homogènes de malades (version zéro).

Version 1 de la classification des groupes homogènes de malades : fascicule spécial n° 92-9 bis du Bulletin officiel.

Version 2 de la classification des groupes homogènes de malades : fascicule spécial n° 94-2 bis du Bulletin officiel.

Circulaire n° 245 du 21 avril 1988 relative à la classification des infections par le virus de l'immunodéficience humaine.

Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics.

Circulaire n° 303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I.) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics.

Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière : fascicule spécial n° 88-14 bis du Bulletin officiel.

Circulaire n° 325 du 12 février 1990 relative aux modalités de mise en place des structures de gestion de l'information médicale dans les établissements hospitaliers publics et privés participant au service public.

Circulaire n° 90-07 du 11 avril 1990 relative à l'expérimentation de la gestion de l'information médicale en psychiatrie.

Circulaire n° 23 du 19 avril 1991 relative aux systèmes d'information et à l'informatique hospitalière.

Circulaire n° 45 du 9 juillet 1991 relative aux groupes régionaux d'animation sur l'information hospitalière.

Circulaire n° 56 du 16 septembre 1991 relative aux relations conventionnelles entre les représentants de l'Etat et les établissements hospitaliers.

Circulaire n° 08 du 28 février 1992 : appel de candidature relatif à la constitution d'une base de données sur les coûts des activités médicales.

Arrêté du 27 juillet 1992 (Journal officiel du 7 août 1992) créant un traitement informatique national des résumés de sortie standardisés et des résumés standardisés de facturation transmis par certains établissements hospitaliers privés conventionnés relevant de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale.

Arrêté du 23 juin 1994 (Journal officiel du 2 juillet 1994) créant un traitement national informatisé dans la région Languedoc-Roussillon destiné à l'expérimentation de modes d'allocation de ressources aux établissements de santé, fondés sur l'activité.

Circulaire n° 94 du 22 juillet 1994 relative à la réalisation d'une enquête auprès d'établissements publics et privés ayant une activité de soins de suite ou de réadaptation.

ANNExe 4

Résultats de l'étude exclus et P. M. S. I.

(Dr. J. P. Pichon)

Extrait de la thèse du Dr J. HASSIN

L'EMERGENCE DE L'ABORD MEDICO-SOCIAL DES POPULATIONS SANS TOIT STABLE

Après une analyse des données issues du P. M. S. I. de l'année 1994, l'étude de la distribution des séjours selon les populations fait ressortir une répartition non homogène au regard de la notion " d'exclus " parmi les catégories majeures de diagnostic (CMD).

CMD	SDF	Reste de la population	
	Rang	Part	Nombre
1-Affections du système nerveux	2	10,33%	18375,39%
2-Affections de l'œil	12	2,65%	47104,28%
3-Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	9	5,30%	9494,95%
4-Affections de l'appareil respiratoire	1	13,32%	23666,95%
5-Affections de l'appareil circulatoire	7	6,94%	12357,04%
6-Affections du tube digestif	6	7,17%	12747,31%
7-Affections du système hépato-biliaire et du pancréas	10	3,78%	67142,00%
8-Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	5	8,01%	14238,29%
9-Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	3	9,54%	169122,62%
10-Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	13	2,60%	4685,05%
11-Affections du rein et des voies urinaires	17	1,58%	28171,69%
12-Affections de l'appareil génital masculin	21	0,73%	13181,18%
13-Affections de l'appareil génital féminin	22	0,34%	6151,77%
14-Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	19	1,13%	20214,33%
16-Affections du sang et des organes hématopoïétiques	18	1,24%	22200,97%
17-Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	15	2,26%	40161,76%
18-Maladies infectieuses et parasitaires	20	0,79%	14220,56%
19-Maladies et troubles mentaux	16	1,69%	30190,98%

20-Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	8	5,93%105210,74%49
21-Traumatismes, allergies et empoisonnements	14	2,54%45112,77%183
22-Brûlures	23	0,17%3230,02%1
23-Autres motifs de recours aux services de santé	11	3,27%58132,15%142
24-Séances et séjours d'un jour	4	8,69%154117,21%1137
Total		14456608

Le chiffre extrêmement faible du chapitre 14, grossesses pathologiques, accouchement et affections du post-partum chez les S. D. F. par rapport au reste de la population est expliqué par deux faits. D'une part l'existence de foyers d'accueil pour les mères en difficultés, d'autre part par la faible féminisation de cette population (12,67% contre 52,61% pour le reste de la population) est la variable explicative principale. D'autres facteurs explicatifs, notamment comportementaux, influent, mais dans une moindre mesure.

Ce tableau permet de constater une première différence dans le mode de prise en charge des patients. En effet, l'analyse de la CMD 24 montre que les patients en marge de la vie économique ne bénéficient que partiellement des soins ambulatoires (moins de 9 % des " déshérités " contre plus de 17 % du reste de la population). Ceci n'est que partiellement explicable par l'état de santé. Les conditions socio-économiques sont probablement déterminantes dans la pratique médicale. En effet, en

interrogeant les praticiens il apparaît que les conditions d'hygiène déplorables dans lesquels vivent la plupart de ces malades ne permettent pas des soins satisfaisants. De plus, les difficultés, tant matérielles qu'économiques, associées fréquemment à des troubles de la personnalité, ne permettent pas une autonomie de prise en charge compatible avec un suivi thérapeutique correct.

La deuxième différence concerne les fréquences relatives des pathologies selon les populations considérées. Notamment, les affections de l'appareil respiratoire prédominent très nettement et sont deux fois plus fréquentes pour les " individus sans toit " que pour le reste de la population. Les affections neurologiques, dermatologiques, psychiatriques, hépatobiliaires ou pancréatiques sont très nettement plus fréquentes chez la population " exclue ".

Il ne faut pas oublier que cette description par le PMSI est extrêmement réductrice et ne permet pas de mettre réellement le poids de la polyopathie de la population étudiée. Ce qui pourrait apparaître comme une affirmation gratuite repose sur l'expérience des soignants et des praticiens auprès de cette population., et sur le fait que dans toutes les CMD, le poids moyen en ISA (Indice Synthétique d'Activité) est plus élevé pour cette population, que pour le reste de la population. Par exemple, un patient, psychopathe, soigné pour une broncho-pneumopathie n'est pris en considération que pour sa broncho-pneumopathie.

L'outil du PMSI conduit donc à sous-estimer la fréquence de certaines pathologies. Seul, cet outil ne permet pas une description complète de l'état de santé de la population.

c) Les Groupes Homogènes

Une première analyse des Groupes Homogènes de Malades (GHM) permet de constater que cette population se retrouve dans des GHM plus lourds que le reste de la population (ISA moyen pour les " exclus " = 1129, ISA moyen pour le reste de la population = 943) Pour une partie, ce phénomène est explicable par les co-morbidités associées. A ce stade de la discussion, on pourrait penser que le PMSI est pertinent, puisque prenant en compte les co-morbidités associées. Mais malheureusement il n'en est rien. En effet il convient de s'assurer qu'à l'intérieur de chaque GHM le comportement économique est proche entre les " déshérités " et le reste de la population. En fait il apparaît que la durée moyenne de séjour est significativement différente entre les deux populations, pour de nombreux GHM. Malheureusement, le système d'information ne permet pas dans sa forme actuelle de valoriser le coût des soins prodigués à chaque malade. Il n'est donc possible que de faire une conclusion provisoire. Il est fort probable que la prise en charge des " exclus " soit plus coûteuse, à pathologie principale équivalente, que pour le reste de la population. Une étude de la charge en soins pourrait permettre de savoir si la consommation

de soins est affectée par le profil socio-économique, pour une pathologie donnée.

ANNExe 5

CIRCULAIRE DH/PMSI n° 92-08 du 28 février 1992 (BO n° 92-13)

BASE DE DONNEES SUR LES COUTS DES ACTIVITES MEDICALES

CIRCULAIRE DH/PMSI n° 92-08 du 28 février 1992 (BO n° 92-13) relative à un appel de candidature pour la constitution d'une base de données sur les coûts des activités médicales (annexe méthodologique sur le calcul de coûts disponible auprès de la mission PMSI).

Références :

Articles L. 710-5 et L. 716-2 du code de la santé publique (loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière) ;

Circulaire DH/PMSI n° 56 du 16 septembre 1991 relative aux relations conventionnelles entre les représentants de l'Etat et les établissements hospitaliers ;

Autres circulaires sur le PMSI regroupées dans le fascicule spécial du BO n° 90-2 bis ;

Guide méthodologique de comptabilité analytique (vol. 1), fascicule spécial du BO n° 88-14 bis.

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration, le ministre délégué à la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux et directeurs de centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers et établissements privés participant au service public (sous-couvert de Madame et Messieurs les préfets, direction régionale des affaires sanitaires et sociales [pour information], direction départementale des affaires sanitaires et sociales [pour information et diffusion]).

La direction des hôpitaux recherche des établissements, publics ou PSPH, volontaires pour contribuer à la constitution d'une base de données, en vue d'élaborer des références de coûts par activité médicale.

La durée de l'étude est fixée dans un premier temps à deux ans, mais elle est destinée, dans un second temps, à devenir permanente, en tant que produit de la comptabilité analytique d'un échantillon représentatif des établissements hospitaliers publics et PSPH.

Cette démarche s'inscrit dans la continuité du PMSI. Obtenus par traitement statistique, les coûts de référence seront publiés, à l'usage des services extérieurs de l'Etat et de l'ensemble des établissements. Rapportés aux activités médicales des hôpitaux, ils pourront servir de fondement à une révision des bases budgétaires, négociée et progressive, dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire, en tenant compte des missions de service public mais aussi des volumes d'activité. Chaque établissement pourra en outre comparer sa propre structure de coûts à la grille de référence publiée et procéder de la sorte à une auto-évaluation.

Le mode de construction des coûts de référence, totalement explicite, permettra une décomposition du coût standard de chaque activité en ses principales composantes, définies sans ambiguïté. Le principe général de calcul et de présentation des coûts est

exposé en annexe. Cette méthode ne prétend aucunement se substituer à l'ensemble de la comptabilité analytique hospitalière, laquelle répond d'abord à des finalités de gestion interne des hôpitaux et ne saurait être utilisée, en routine, à des fins de contrôle sans risque de dénaturation des informations ou de confusion des responsabilités.

On notera que les principes de découpage analytique, sur la base d'un fichier commun de structure, tels qu'ils sont exposés dans l'actuel volume I du Guide méthodologique de comptabilité analytique, sont conservés.

Les données fournies par les hôpitaux, selon une grille et un format convenus, donneront lieu à des simulations et à des traitements statistiques, conformément aux modalités approuvées par un comité de pilotage et un comité technique, dont les compositions respectives sont indiquées en annexe II. Les hôpitaux volontaires sont assurés de la confidentialité des données recueillies. Seuls auront accès aux données identifiées par établissement les responsables directs de l'étude ; aucune publication n'en sera faite sans l'accord dudit établissement.

Les coûts publiés seront des coûts complets par activité médicale (coûts par GHM notamment), éclatés en une somme de coûts directs partiels :

- Ø coûts dits de structure (frais financiers et dotations aux amortissements non spécifiques notamment) ;
- Ø coûts administratifs et logistiques (restauration, blanchisserie, autres) ;
- Ø coûts liés à la prise en charge médicale (détaillés à partir des coûts du service et des coûts médico-techniques).

Il est prévu que les coûts standard de référence soient publiés sous la forme d'une échelle indiciaire et non en francs, afin de pallier le manque de représentativité statistique de l'échantillon initial.

*

* *

L'étude se décompose en une étude générale et une série d'études complémentaires ; ces études sont indépendantes les unes des autres pour ce qui est de leur réalisation : un établissement souhaitant participer à l'une d'elles n'a pas nécessairement à postuler pour les autres. En revanche, les résultats des études 2, 3 et 4 seront nécessaires au traitement national des données issues de l'étude générale (étude 1).

1. Etude générale (voir modèle général en annexe III)

Sont recherchés des établissements disposant d'un bon système d'information (fichier commun de structure, affectation des charges aux sections d'analyse définies par le Guide méthodologique de comptabilité analytique, recueil des RSS) de façon à constituer une première base de données de référence.

A titre indicatif, l'échantillon-test devrait comporter au moins :

- Ø quatre centres hospitaliers régionaux ;
- Ø sept centres hospitaliers de grande taille ;
- Ø sept centres hospitaliers de taille plus réduite ;
- Ø sept PSPH dont deux centres de lutte contre le cancer.

Bien entendu, un tel échantillon ne saurait prétendre à la représentativité, mais il permettra de vérifier la pertinence et la faisabilité des méthodes, avant l'extension à un nombre d'hôpitaux supérieur.

2. Etude sur la charge en soins infirmiers

Sont recherchés des établissements disposant d'un taux d'exhaustivité satisfaisant en termes de recueil de RSS et effectuant en parallèle des mesures de la charge en soins infirmiers par malade.

3. Etude sur la consommation de médicaments

Sont recherchés des établissements disposant d'un taux d'exhaustivité satisfaisant en termes de recueil de RSS et qui s'engageraient à effectuer des études de consommation des médicaments par malade (sur une part significative des médicaments et/ou des malades). Bien entendu, seront retenus en priorité les établissements qui disposent déjà de telles informations (distribution nominative, monographies par type de maladie...).

4. Etude sur les coûts de l'activité ambulatoire

Sont recherchés des établissements volontaires capables, d'une part, d'isoler l'essentiel des coûts liés à l'activité ambulatoire (consultations, examens médico-techniques, passages aux urgences...) et disposés, d'autre part, à recueillir des données, par malade, sur ladite activité (actes en nature notamment). Là aussi, priorité sera donnée aux hôpitaux recueillant déjà de telles données.

S'agissant, pour l'essentiel, du traitement de données déjà recueillies, ou qui devraient l'être, et d'un sous-produit de la comptabilité analytique hospitalière, dont la principale finalité est la bonne gestion de l'établissement et donc un meilleur emploi de ses ressources, l'amélioration du système d'information des hôpitaux concernés n'appelle pas en principe de moyens budgétaires supplémentaires. Cependant, et pour tenir compte des exigences d'un calendrier tendu, il pourra être envisagé que des établissements volontaires, dans le cadre de l'étude générale, bénéficient d'une majoration budgétaire, et ce dans la limite de 300 000 francs par an, pour la durée de leur participation à l'étude.

Une assistance méthodologique et une formation seront assurées aux établissements retenus, par la direction des hôpitaux et par les experts du centre de gestion scientifique de l'Ecole des mines, d'une part, du centre de recherche en gestion de l'Ecole polytechnique, d'autre part.

Les établissements intéressés sont invités à se faire connaître auprès de la mission PMSI de la direction des hôpitaux en retournant le coupon-réponse joint en annexe I : ils seront invités à une réunion d'information, le 16 avril, à Paris, où leur sera également remis un modèle de dossier de candidature et le dossier technique complet relatif à l'étude pour laquelle ils envisagent de se porter candidats.

Bien entendu, les directions d'établissements candidats auront veillé à associer préalablement à la démarche l'ensemble des acteurs concernés, notamment le corps médical, à travers la commission médicale d'établissement, le comité de pilotage de la structure de gestion de l'information médicale, ainsi que le personnel soignant.

Compte tenu de la loi portant diverses mesures d'ordre social du 31 juillet 1991, qui dispose qu'une tarification tenant compte des pathologies et de leur mode de traitement sera mise en oeuvre dans les établissements privés conventionnés, il importe que, pour leur part, les établissements sous dotation globale soient désormais capables de mettre en relation leur budget et l'activité réalisée (y compris leurs missions spécifiques), de connaître leurs coûts et d'argumenter leurs besoins. J'attache donc une importance toute particulière à cette étude, dont le succès doit fournir de nouvelles bases de négociation entre acteurs hospitaliers et services de l'Etat, favoriser une définition plus claire des responsabilités respectives et rendre possibles les expérimentations tarifaires visées à l'article L. 716-2 de la loi hospitalière.

Pour le ministre et par délégation : Le directeur des hôpitaux, G. VINCENT.

NB : Les personnes intéressées peuvent se procurer les trois annexes citées dans le texte auprès de la mission PMSI, direction des hôpitaux, 8, avenue de Ségur, 75350 Paris 07 SP.

ANNEXE XI

Glossaire des sigles

- C.M.D. : catégorie majeure de diagnostics.
- C.O.T.R.I.M. : comité technique régional de l'information médicale.
- C.R.I.M. : cellule régionale d'information médicale.
- D.I.M. : département d'information médicale.
- F.G. : fonction groupage.
- GENRSA : logiciel générateur de R.S.A.
- G.H.M. : groupe homogène de malade.
- MAHOS : logiciel mesure de l'activité hospitalière.
- M.C.O. : médecine, chirurgie, obstétrique.
- N.G.A.P. : nomenclature générale des actes professionnels.
- I.S.A. : indice synthétique d'activité.
- R.S.A. : résumé de sortie anonyme.
- R.S.S. : résumé de sortie standardisé.
- R.U.M. : résumé d'unité médicale.
- S.A.E. : statistique annuelle des établissements.