

**CAHIER DES CHARGES
POUR L'ÉVALUATION DES BESOINS DE SANTÉ

DANS LE CADRE DE
L'ÉLABORATION DES SROS**

Travail réalisé pour le Ministère de la santé et de la protection sociale
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Par l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire

SOMMAIRE

1 - PRESENTATION DE LA METHODE	3
11 - Objectif de la démarche	4
12 - Principes généraux	5
121 - Une démarche participative, basée sur une approche par pathologie, conduite au niveau régional.....	5
122 - Un diagnostic partagé, établi à partir des données de recours aux soins et de l'approche des besoins de santé.....	6
1221 - Les recours aux soins par pathologie	6
1222 - L'approche des besoins de santé.....	7
123 - Une dimension prospective	9
2 - PRINCIPALES DONNEES A LA BASE DU DIAGNOSTIC PARTAGE	10
21 - Les données de recours aux soins	10
211 - La base de données PMSI-EBS.....	10
2111 - Caractéristiques générales.....	10
2112 - Les pathologies	12
2113 - Les indicateurs	19
2114 - Liste des tableaux.....	21
212 - Les données concernant les soins de suite et de réadaptation	23
2121 - Base PMSI-EBS	23
2122 - PMSI-SSR.....	23
22 - Les données d'état de santé.....	24
221 - Les statistiques des causes médicales de décès	24
222 - Les statistiques d'admissions en affection de longue durée (ALD)..	27
223 - Les estimations d'incidence des cancers	29
224 - Tableau récapitulatif.....	30
3 - CONDUITE DE LA DEMARCHE PARTICIPATIVE	32
31 - Diagnostic partagé, par pathologie, ou groupe de pathologies	32
32 - Identification et priorisation des problèmes.....	34
33 - Elaboration de propositions	35
34 - Définition d'objectifs opérationnels.....	35
ANNEXES.....	36
1. Utilisation possible des données de la base PMSI-EBS dans le cadre des travaux liés aux différentes matières du SROS	36
2. Codes CIM10 correspondant aux différentes rubriques de la liste des diagnostics de la base PMSI-EBS	37

1 - PRESENTATION DE LA METHODE

La légitimation des politiques de santé repose aujourd'hui de plus en plus souvent, en France comme dans de nombreux autres pays, sur leur capacité à « répondre aux besoins de santé de la population ».

La planification des établissements de santé n'échappe pas à cette tendance, puisque l'ordonnance du 4 septembre 2003 prévoit que les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) de 3^{ème} génération soient arrêtés sur la base d'une « évaluation des besoins de santé et de leur évolution ». L'annexe du SROS est quant à elle établie après évaluation de l'adéquation entre l'offre existante et les besoins de santé.

Le schéma d'organisation sanitaire est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population, et de leur évolution compte tenu des évolutions démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse quantitative et qualitative de l'offre de soins existante (article L6121-1 du code de la santé publique).

Le schéma d'organisation sanitaire comporte une annexe établie après évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé et compte tenu de cette évaluation et des objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire. (L6121-2)

Cette référence croissante à la notion de besoins de santé s'est accompagnée d'une réflexion conceptuelle et sémantique, menée en France et à l'étranger par de nombreux auteurs, qui a mis en évidence la complexité de ce concept, liée à la difficulté de définir la notion de besoin d'une part, la notion de santé d'autre part. Certains ont d'ailleurs conclu au « caractère éminemment politique et philosophique de la définition des besoins de santé »¹. Dans ce contexte, il ne paraît pas possible de définir les besoins de santé, ni même les besoins de soins hospitaliers, *ex nihilo*.

Au cours des dernières années, les données disponibles dans le champ de la santé se sont toutefois considérablement enrichies, grâce à la mise en place ou à l'amélioration de différents dispositifs d'information, et notamment du PMSI.

D'où la méthode choisie, qui s'appuie sur l'analyse des données concernant les recours aux soins hospitaliers par pathologie, et leur confrontation avec celles concernant l'état de santé de la population.

Dans les régions, l'utilisation de ces données est de plus en plus répandue, souvent dans le cadre de démarches participatives qui associent planificateurs, cliniciens, statisticiens... L'approche par pathologie, qui est privilégiée ici, a ainsi déjà été mise en œuvre dans plusieurs régions. La démarche d'évaluation des besoins de santé s'inscrit donc dans la continuité des travaux entrepris par les Agences régionales de l'hospitalisation.

¹ C. Cases, D. Baubeau (2004). Peut-on quantifier les besoins de santé ? *Dossiers Solidarité et santé* 1 : 17-22

11 - Objectif de la démarche

L'objectif de la démarche d'évaluation des besoins de santé (EBS) est d'identifier pour les différents groupes de pathologies

dans quelle mesure les recours aux soins hospitaliers paraissent en adéquation ou pas avec ce que l'on sait :

- des besoins de soins hospitaliers,
- et plus largement, des besoins de santé de la population,
- et de leur évolution prévisible.

Cette démarche doit permettre :

- d'identifier des marges de progrès,
- et de définir des objectifs

notamment d'adaptation de l'organisation des soins avec comme finalité, l'amélioration de la santé de la population.

12 - Principes généraux

La méthode d'évaluation des besoins de santé a trois caractéristiques principales :

- elle repose sur la mise en place d'une démarche **participative**, basée sur une **approche par pathologie**, conduite au niveau **régional**,
- elle est fondée sur un **diagnostic partagé** qui porte à la fois **sur les recours aux soins et sur l'approche des besoins de soins hospitaliers**, et plus largement des besoins de santé, à travers les données disponibles,
- elle intègre une **dimension prospective**.

121 - Une démarche participative, basée sur une approche par pathologie, conduite au niveau régional

■ La mise en place d'une **démarche participative** apparaît indispensable en raison de la finalité même de la méthode qui nécessite la mobilisation des acteurs concernés, et notamment des cliniciens.

Ce caractère participatif s'impose également par l'insuffisance des données objectives disponibles. En effet, aucun système d'information, aussi élaboré soit-il, ne peut prétendre fournir, pour une population donnée, une description satisfaisante de la situation actuelle des recours aux soins d'une part, des besoins de santé et de soins hospitaliers d'autre part.

Cette démarche constitue à ce titre un temps privilégié de dialogue entre cliniciens et responsables de la santé publique.

■ **C'est la même exigence d'implication des professionnels de santé qui nécessite une approche par pathologie.**

■ **La région est le cadre territorial** retenu pour l'analyse de l'adéquation entre les recours aux soins hospitaliers et les besoins de santé, **dans la mesure où, pour la plupart des régions, seul ce niveau permet de réunir un nombre suffisant d'experts pour les différents groupes de pathologies.**

La conduite de cette démarche fait l'objet d'une présentation détaillée dans le troisième chapitre de ce document.

122 - Un diagnostic partagé, établi à partir des données de recours aux soins et de l'approche des besoins de santé

L'élaboration d'un diagnostic partagé constitue le point de départ de toute démarche participative, car cet état des lieux sert de base aux échanges et aux débats.

Ce diagnostic est établi selon deux grands axes :

- les recours aux soins par pathologie,
- l'approche des besoins de santé.

1221 - Les recours aux soins par pathologie

Les recours aux soins dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique sont aujourd'hui relativement bien décrits grâce aux données du PMSI.

Afin de faciliter la mise en place de la démarche dans toutes les régions et de disposer de données comparables et homogènes, une exploitation spécifique des bases PMSI a été effectuée pour la période 1998-2002. A ainsi été constituée, au plan national, une base dite « PMSI-EBS » (évaluation des besoins de santé), qui fait l'objet d'une présentation détaillée au chapitre suivant.

Cette base comporte un certain nombre de spécificités :

- il s'agit de **données dites « domiciliées »**, c'est-à-dire portant sur les séjours de la population habitant la région, quel que soit le lieu d'hospitalisation, à l'intérieur ou à l'extérieur de la région,
- les groupes de pathologies retenus sont des groupes de **diagnostics principaux**, constitués selon les modalités de regroupement de la classification internationale des maladies (CIM 10). Ce ne sont pas les GHM (groupes homogènes de malades). La CIM, outre sa stabilité par rapport aux classifications basées sur des GHM dont les algorithmes de classement évoluent, est la classification habituellement retenue pour les analyses d'état de santé au niveau international. Cette classification est ainsi utilisée pour l'analyse des causes médicales de décès. Son utilisation facilite donc la confrontation des données sur les recours avec d'autres données d'état de santé.

Une liste spécifique de pathologies et de groupes de pathologies a été établie dans la perspective de cette démarche (dite « liste EBS - évaluation des besoins de santé » présentée § 2112 page 12),

- un **indice comparatif d'hospitalisation** (voir définition § 2113 page 19) est calculé pour chaque groupe de pathologies. Cet indice permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge de la population. L'analyse des disparités importantes de ces indices selon les régions constitue un des éléments structurants de la démarche.
- **les données sont déclinées à l'échelon non seulement régional, mais aussi départemental**, afin d'identifier d'éventuelles disparités territoriales au sein de la région. Cette analyse territoriale devra prendre en compte dans les années qui viennent les territoires de santé, actuellement en cours de définition par les ARH.

1222 - L'approche des besoins de santé

Pour des raisons conceptuelles précédemment évoquées, aucun système d'information n'est susceptible de fournir des données sur les besoins de santé d'une population.

Ces besoins peuvent toutefois être approchés, dans la perspective de la planification hospitalière, par l'analyse des principaux facteurs qui les déterminent.

Trois groupes de déterminants des besoins de santé de la population régionale peuvent ainsi être distingués :

- l'état de santé, et notamment la morbidité et ses propres déterminants,
- les facteurs liés aux soins,
- les facteurs sociaux, culturels et identitaires.

S'y ajoutent pour certaines régions les besoins spécifiques de populations qui y sont domiciliées de façon transitoire (population saisonnière, nouveaux migrants, ...).

■ **La morbidité, c'est-à-dire les maladies qui affectent la population, constitue le principal déterminant des besoins de santé.**

Les principales sources de données permanentes sur la morbidité sont les causes médicales de décès, les motifs d'admission en affections longue durée (ALD), et les estimations d'incidence des cancers. Ces données font l'objet d'une présentation détaillée dans la deuxième partie de ce document. S'y ajoutent des données propres à chaque région (registres, enquêtes épidémiologiques, ...).

La morbidité est elle-même influencée par de multiples facteurs, et notamment par :

- **des facteurs génétiques** qui peuvent être spécifiques à certaines régions,
- **des facteurs comportementaux** (alcool, tabac, nutrition, toxicomanie intraveineuse, pratiques sexuelles...),
- **des facteurs d'environnement physique** (expositions professionnelles, pollution, climat ...).

Ces multiples facteurs sont susceptibles d'influencer l'incidence des maladies et son évolution. Leur prise en compte permet d'introduire une dimension prospective dans l'analyse de la morbidité.

■ **Les facteurs liés aux soins** sont tout aussi essentiels à prendre en compte dans une approche des besoins car ils interfèrent de façon forte avec ces derniers, qu'il s'agisse de l'offre de ville ou hospitalière, des connaissances et des techniques médicales, des pratiques, des programmes de dépistage, ...

Il importe donc de rassembler, par groupe de pathologies, et de façon adaptée à chaque problématique :

- les données locales disponibles sur l'offre de soins (par exemple : démographie des médecins, réseaux, secteur médico-social, accessibilité géographique, ...),

- les données de la littérature, les recommandations, les expertises sur l'organisation des soins, sur la prise en charge, ...

■ **Enfin, les facteurs sociaux, culturels et identitaires** (appartenance sociale, niveau de formation, famille, isolement, précarité...) sont également à prendre en compte dans la mesure où de nombreux travaux ont mis en évidence leur impact à la fois :

- sur un certain nombre de déterminants comportementaux et environnementaux de la santé,
- sur l'état de santé lui-même mais aussi sur le ressenti et sur l'expression de cet état de santé,
- sur la fréquence, le caractère plus ou moins précoce et les modalités des recours aux soins.

Exemples

- *Pour l'infarctus du myocarde, l'indice comparatif d'hospitalisation varie de 78 en Pays de la Loire à 135 en Picardie (1999). Cela signifie que la **fréquence d'hospitalisation pour infarctus du myocarde est supérieure de 73 %** pour les habitants de Picardie, par rapport à ceux des Pays de la Loire (pourcentage obtenu en effectuant le rapport entre les deux indices). Il convient de déterminer ce qui dans cet écart important provient de besoins de santé différents (morbidité notamment), et d'éléments liés à l'organisation de l'offre de soins.*

- *L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) pour la **cataracte** est de 78 dans un département rural. Cela signifie que la fréquence des séjours hospitaliers des habitants de ce département avec ce diagnostic principal est inférieure de 22 % à la moyenne nationale, en éliminant les effets de la structure par âge de la population. Faut-il voir là les conséquences d'une moindre incidence de cette affection dans la population de ce département, du moindre besoin ressenti par les personnes atteintes, ou doit-on rapprocher ce constat de la très faible démographie des ophtalmologistes de ce département ?*

- *Le nombre très important de séjours pour **chirurgie des ongles incarnés** correspond-t-il à un besoin de soins hospitaliers ?*

- *Un indice comparatif d'hospitalisation de **145 pour otite moyenne et mastoïdite** dans la population d'une région (si il ne peut être rapporté à des pratiques de soins particulières), amène à s'interroger quant à une éventuelle surmorbidité régionale, qui pourrait nécessiter des actions de prévention spécifiques.*

123 - Une dimension prospective

L'ordonnance de septembre 2003 stipule que doivent être pris en compte, dans le cadre des SROS, non seulement les besoins de santé mais également leur évolution.

Une telle approche prospective est particulièrement complexe à développer, car de très nombreux facteurs sont susceptibles de faire évoluer les besoins de santé, de soins hospitaliers, et donc les recours aux soins hospitaliers.

Il s'agit principalement :

- de facteurs démographiques : évolution de la population et notamment de sa structure par sexe et âge, de sa structure sociale, ...,
- de facteurs épidémiologiques : évolution de l'incidence² des pathologies, de leur prévalence³ (la prévalence est fonction de l'incidence et de la durée du phénomène observé), mais aussi d'autres facteurs tels que le stade au diagnostic qui peut par exemple être modifié par des programmes de dépistage,
- de facteurs liés à l'offre et aux pratiques de soins : progrès des techniques médicales, évolutions des modes de prise en charge, modifications de la démographie médicale, ...

A ce jour, les seuls domaines pour lesquels on dispose d'éléments prospectifs quantifiés sont la démographie générale, et à un moindre degré la démographie médicale.

La base de données PMSI-EBS comporte donc une estimation des recours attendus à l'horizon du SROS (2010 a été retenu), par région et par département. Cette estimation a été effectuée en appliquant à l'effectif de la population projetée (2010), les taux moyens de recours par âge et par pathologie des années 2000-2001-2002.

Il ne s'agit en aucun cas d'une modélisation à l'horizon 2010 de l'évolution des recours aux soins, car le paramètre démographique ne constitue qu'un des déterminants de ces évolutions. Ces données prospectives visent à permettre aux acteurs locaux de prendre la mesure des enjeux auxquels le système de soins va être confronté avec le vieillissement de la population, « toutes choses égales par ailleurs » et de la nécessité d'adapter au mieux les recours aux besoins.

² nombre de nouveaux cas survenus pendant une période donnée

³ nombre de cas présents à un moment donné ou pendant une période donnée

2 - PRINCIPALES DONNEES A LA BASE DU DIAGNOSTIC PARTAGE

Les données à mobiliser pour mettre en œuvre la démarche d'évaluation des besoins de santé sont donc très diverses.

Deux types de données sont essentielles à prendre en compte dans le cadre de cette démarche :

- les données de recours aux soins par pathologie,
- les données d'état de santé de la population.

Les données de recours aux soins et certaines données d'état de santé, qui sont mises à disposition, font l'objet d'une présentation détaillée ci-dessous.

Les autres données sont à rechercher auprès des acteurs régionaux.

21 - Les données de recours aux soins

211 - La base de données PMSI-EBS

2111 - Caractéristiques générales

Données domiciliées et redressées

La base PMSI-EBS est issue d'une exploitation du PMSI effectuée par la DREES et l'ATIH. Ces données sont **domiciliées**. Cela signifie que cette base rassemble les données par région (et par département), en fonction du domicile du patient, quel que soit le lieu où ce patient a été hospitalisé.

Ces données font l'objet également de **redressements** pour corriger les défauts d'exhaustivité, mais aussi pour certaines incompatibilités diagnostiques et des codes géographiques incomplets.

Dénombrement des séjours et chaînage

Les tableaux dénombrent **des séjours et non des patients**. Un patient hospitalisé à plusieurs reprises au cours d'une même année est donc compté plusieurs fois. Depuis 2002, le chaînage des informations concernant un même patient est effectué dans le PMSI. Mais ces données ne sont pas encore exploitées en routine.

Séjours chirurgicaux

Comme pour le classement en GHM, les séjours classés comme chirurgicaux dans la base PMSI-EBS sont ceux qui comportent au moins un acte opératoire classant. Tous les autres séjours sont considérés comme « médicaux ».

Or, si tous les séjours considérés comme « chirurgicaux » ont bien donné lieu à un acte opératoire classant, certains séjours « médicaux » (ou plus exactement « sans acte opératoire classant ») peuvent aussi avoir bénéficié d'un acte opératoire non classant ou d'une prise en charge habituellement faite par un service de chirurgie

(surveillance d'occlusion intestinale par exemple). Certains actes opératoires ne sont en effet pas « classants » pour le PMSI, car ils ne sont pas discriminants d'un point de vue médico-économique (exemple : dans la mesure où une grossesse extra-utérine est confirmée, les suspicions non confirmées étant classées ailleurs, il n'y a pas lieu de tester un acte pour distinguer les cas avec traitement chirurgical des cas sans traitement chirurgical, ces derniers n'existant pas).

Parmi les cas les plus fréquents, on trouve par exemple :

- des sutures simples de plaie cutanée sans geste sur un tendon, un vaisseau ou un nerf,
- des traitements orthopédiques de fracture.

Séances

Dans le PMSI, le terme « séances » désigne les motifs de soins suivants :

- épuration extra-rénale (Z.49.1 et Z.49.2),
- chimiothérapie pour tumeur (Z.51.1),
- radiothérapie (Z.51.00 et 01),
- transfusion sanguine (Z.51.3).

Les hospitalisations avec un code « séance » n'ont pas été retenues dans la base PMSI-EBS, pour les raisons suivantes :

- le PMSI n'a pas un caractère exhaustif dans la mesure où les actes effectués dans les centres ambulatoires (qui ne sont pas considérés comme des établissements de santé) ne sont pas recueillis par ce système d'information,
- plusieurs types de codage sont utilisés par les établissements. Certains établissements renseignent un seul résumé de séjour pour l'ensemble des séances d'un protocole (les dates d'entrée et dates de sortie correspondent alors aux dates de début et de fin des séances ; le nombre de séances est égal au nombre total de séances du protocole). D'autres établissements produisent un résumé de séjour pour chaque séance (le nombre de séances par résumé est égal à 1).
- lorsque ces actes techniques sont effectués au cours d'une hospitalisation, le code « séance » ne figure pas forcément comme diagnostic principal et la prestation peut être enregistrée par un code d'acte.⁴

Nouveau-nés

A la différence des tableaux publiés par la DREES, les séjours de nouveau-nés restant auprès de leur mère et n'ayant bénéficié d'aucun soin spécifique (soit plus de 600 000 séjours par an) ont été comptabilisés dans la base PMSI-EBS (code Z38 en diagnostic principal).

⁴ Dans le cas particulier du cancer, ce choix conduit à sous-estimer l'activité hospitalière de cancérologie (ce commentaire est vrai également pour l'insuffisance rénale chronique). Rappelons que l'objectif de la démarche n'est pas une mesure d'activité hospitalière, mais une estimation des besoins de santé à partir de données d'activité hospitalière. Pour la mesure de l'activité de cancérologie analysée par le PMSI, cf. le Rapport de la commission d'orientation sur le cancer , janvier 2003, pp 159-160, et l'article de L Borella et al "Volume et coût de la prise en charge hospitalière du cancer en France en 1999, *Bulletin du cancer* 2002; 89(9): 809-21 (accessible en téléchargement sur le site internet de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer : http://www.fnclcc.com/fr/publications/publications/prise_en_charge_hosp_cancer_France_1999_ARTICLE.pdf).

2112 - Les pathologies

Utilisation du diagnostic principal

Dans la base PMSI-EBS, les séjours sont classés en fonction du diagnostic principal d'hospitalisation, correspondant à la pathologie qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation.

Ce choix peut paraître réducteur lorsque plusieurs problèmes pathologiques sont pris en charge par l'équipe soignante au cours d'un même séjour (en particulier pour des patients âgés).

Toutefois, dans la mesure où cette démarche n'a pas de visée médico-économique (comparaison du poids économique des différents séjours par exemple), et qu'elle s'inscrit pour une large part dans une logique comparative, l'analyse du seul diagnostic principal apporte déjà une information très riche dans la perspective de l'évaluation des besoins de santé.

Le double codage du diagnostic principal

En cas de double codage possible du diagnostic principal selon les axes étiologie (manifestation généralisée initiale) et manifestation clinique (manifestation localisée à un organe représentant en elle-même un problème clinique), le PMSI-MCO retient la manifestation clinique. Ainsi, par exemple, en cas d'hospitalisation pour rétinopathie diabétique, le code CIM10 du diagnostic principal est H36.0 (rétinopathie diabétique) qui appartient au chapitre VII « maladies de l'œil et de ses annexes » et non pas un code de diabète sucré avec complications oculaires (E10 à E14 suivant le type de diabète avec le 4^{ème} chiffre =3) appartenant au chapitre IV « maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques ».

En plus du diagnostic principal, deux autres types de diagnostics sont renseignés dans le PMSI-MCO, le diagnostic relié (DR) et les diagnostics associés :

Diagnostic relié

Le diagnostic relié est utilisé dans des cas bien particuliers, et notamment pour améliorer l'information médicale dans le cas de prises en charge médico-techniques du type séances de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie. Le DR peut être utilisé pour compléter tout DP codé à l'aide du chapitre 21 de la CIM10 (Codes Z : facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé). Le DR est alors l'affection motivant la prise en charge indiquée par le DP.

Diagnostics associés significatifs

Les diagnostics associés significatifs sont utilisés pour qualifier tout séjour ayant donné lieu à une prise en charge diagnostique ou thérapeutique supplémentaire au cours du séjour, en plus de l'affection principale, dans le cadre d'une affection nouvelle, de l'évolution d'une affection connue, d'une affection aiguë intercurrente d'une affection chronique en cours de traitement.

Source : Guide PMSI -ATIH

- Groupes de pathologies et liste « EBS » (évaluation des besoins de santé)

Dans le PMSI (et notamment dans le cadre de son utilisation médico-économique), les séjours sont habituellement classés en Groupes homogènes de malades (GHM), ces groupes étant constitués à partir de différentes informations : diagnostic principal, diagnostics associés et diagnostic relié codés selon la CIM10, actes « classants », âge du patient, durée de séjour... En revanche, dans la méthode d'évaluation des besoins de santé, des modalités différentes de regroupement ont été retenues, s'appuyant sur le seul diagnostic principal.

Une liste spécifique de regroupements de diagnostics a été établie, dite liste EBS. Elle comprend 182 rubriques réparties selon les 20 chapitres de la CIM utilisés dans le PMSI pour le codage des pathologies (voir encadré ci-dessous). Cette liste a été élaborée à partir d'une première liste établie depuis plusieurs années par la DREES pour l'analyse de la morbidité hospitalière.

Un certain nombre de modifications y ont été apportées pour mieux répondre aux objectifs de la démarche.

Les rubriques ont notamment été choisies :

- **afin de pouvoir mener des comparaisons avec différentes autres sources de données (mortalité, ALD, incidence estimée des cancers...),**
- **pour apporter des éléments d'information sur des diagnostics concernant un nombre important de séjours et à propos desquels il semble utile de s'interroger sur la nature hospitalière ou non du besoin.**

Ces rubriques ont été constituées en respectant des critères d'homogénéité des diagnostics, de pertinence clinique et/ou épidémiologique, d'effectifs de séjours suffisants (en général plus de 12 000 au plan national), et avec le souci d'en limiter le nombre total.

La classification internationale des maladies

La CIM est organisée en 21 chapitres qui regroupent soit des affections de même localisation anatomique (maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif...), soit des affections ayant une communauté d'étiologie (maladies infectieuses, tumeurs...), de groupe d'âge concerné (affections périnatales), de modalités de survenue (accidents, empoisonnements). Dans le PMSI, seulement 20 chapitres sont utilisés pour le codage du diagnostic principal, le chapitre « causes externes de morbidité » pouvant uniquement être utilisé pour le codage des diagnostics associés (étiologie). Par ailleurs, il est à noter que dans la CIM10, les données concernant une même spécialité médicale peuvent être dispersées entre différents chapitres. Par exemple, pour la gastro-entérologie, les cancers de l'appareil digestif sont rattachés au chapitre « tumeurs », et les hépatites virales au chapitre « maladies infectieuses ».

Troubles mentaux

Les séjours ayant un diagnostic principal de trouble mental de la base PMSI-EBS (**près de 300 000 séjours par an**), ne recouvrent qu'une partie des hospitalisations liées à cette pathologie. Ils n'incluent pas les séjours effectués dans les services de psychiatrie des hôpitaux généraux, des CHS ou des cliniques privées (**environ 300 000 personnes hospitalisées à plein temps dans les secteurs de psychiatrie chaque année**), puisque ces établissements ne renseignent pas le PMSI.

Dénombrement des séjours hospitaliers chirurgicaux, non chirurgicaux par groupe de pathologies - France entière (1999)

LISTE	LIBELLE	Séjours chirurgicaux	Séjours non chirurgicaux	Total
1 000	1 - MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	17 277	241 239	258 516
1 001	Maladies intestinales infectieuses	258	83 878	84 136
1 002	Tuberculose	1 298	9 394	10 692
1 003	Septicémies	414	28 102	28 516
1 004	Maladies sexuellement transmissibles	7 772	2 587	10 358
1 005	Hépatites virales	164	26 293	26 457
1 006	Maladies dues au V.I.H.	190	15 838	16 028
1 999	Autres maladies infectieuses et parasitaires	7 181	75 148	82 329
2 000	2 - TUMEURS	569 148	627 000	1 196 148
2 100	Tumeurs malignes	314 661	379 118	693 779
2 101	Tumeurs malignes lèvre,bouche,pharynx	11 405	23 971	35 376
2 102	Tumeur maligne de l'oesophage	2 213	13 306	15 520
2 103	Tumeur maligne de l'estomac	5 526	10 049	15 576
2 104	Tumeurs malignes colo-rectales	33 428	38 579	72 006
2 105	Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intrahépatiques	1 483	14 765	16 248
2 106	Tumeur maligne du pancréas	3 433	12 068	15 501
2 107	Tumeur maligne du larynx	2 956	8 119	11 074
2 108	Tumeurs malignes trachée,bronches,poumon	10 244	52 903	63 146
2 109	Mélanome malin de la peau	5 003	4 604	9 607
2 110	Autres tumeurs malignes de la peau	44 923	2 483	47 406
2 111	Tumeur maligne du sein	51 133	12 574	63 707
2 112	Tumeur maligne du col de l'utérus	4 197	3 122	7 319
2 113	Tumeur maligne du corps de l'utérus	6 254	2 106	8 359
2 114	Tumeur maligne de la prostate	27 820	16 950	44 770
2 115	Tumeur maligne de la vessie	30 894	10 901	41 795
2 116	Tumeurs malignes système nerveux central	3 787	8 590	12 377
2 117	Tumeur maligne de la thyroïde	4 860	6 500	11 360
2 118	Leucémies	2 528	16 663	19 191
2 119	Tumeurs malignes secondaires	21 811	50 175	71 985
2 199	Autres tumeurs malignes	40 763	70 692	111 455
2 200	Carcinomes in situ	18 039	3 681	21 720
2 300	Tumeurs bénignes	216 011	204 613	420 623
2 301	Tumeurs bénignes côlon, rectum, anus et canal anal	5 662	159 586	165 248
2 302	Tumeurs bénignes de la peau et tumeurs lipomateuses bénignes peau et tissu sous-cutané	63 069	2 475	65 545
2 303	Tumeur bénigne du sein	23 150	863	24 013
2 304	Tumeur bénigne de l'utérus	50 056	10 067	60 124
2 305	Tumeur bénigne de l'ovaire	12 058	665	12 723
2 399	Autres tumeurs bénignes	62 014	30 956	92 970
2 400	Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue	20 437	39 589	60 026
3 000	3 - MAL. DU SANG ET CERTAINS TROUBLES IMMUNITAIRES	2 084	108 486	110 570
3 001	Anémies	345	73 397	73 742
3 999	Autres maladies du sang et troubles immunitaires	1 739	35 089	36 828
4 000	4 - MALADIES ENDOCRINIENNES ET METABOLIQUES	57 201	307 360	364 562
4 001	Affections de la glande thyroïde	37 688	18 736	56 424
4 002	Diabète sucré	2 849	163 102	165 951
4 003	Obésité et autre excès d'apport	12 602	29 692	42 294

LISTE	LIBELLE	Séjours chirurgicaux	Séjours non chirurgicaux	Total
4 004	Anomalies du métabolisme	1 357	56 180	57 537
4 999	Autres maladies endocriniennes et métaboliques	2 706	39 650	42 356
5 000	5 - TROUBLES MENTAUX (+G30)	968	314 360	315 328
5 001	Démences (sauf Alzheimer)	92	22 447	22 539
5 002	Maladie et démence d'Alzheimer	63	32 608	32 671
5 003	Intoxication aiguë due à l'alcool	-	55 190	55 190
5 004	Alcool. chron., trouble mental dû à l'alcool	-	41 819	41 819
5 005	Schizophrénie, aut.trbl délir.non org	26	10 998	11 024
5 006	Dépression, autre trouble de l'humeur	156	73 899	74 056
5 007	Trbl névrotique, person., comport.	262	42 097	42 359
5 008	Trbl psycho-somatique ou aliment.	67	10 468	10 535
5 999	Autres troubles mentaux	301	24 835	25 136
6 000	6 - MALADIES DU SYSTEME NERVEUX (sauf G30)	132 857	314 930	447 787
6 001	Maladies inflam. du système nerveux central	515	9 209	9 724
6 002	Maladie de Parkinson	211	15 141	15 353
6 003	Sclérose en plaques	92	20 686	20 778
6 004	Epilepsie	545	79 827	80 371
6 005	Ischémie cérébrale transitoire	390	37 571	37 961
6 006	Troubles du sommeil	202	41 283	41 485
6 007	Syndrome du canal carpien	99 860	799	100 659
6 008	Autres affections des nerfs, racines et plexus nerveux	15 498	18 387	33 885
6 999	Autres maladies du système nerveux	15 543	92 027	107 570
7 000	7 - MALADIES DE L'ŒIL ET DE SES ANNEXES	521 378	33 286	554 663
7 001	Cataracte	404 171	2 485	406 656
7 002	Décollement, déchirure de la rétine	17 854	833	18 687
7 003	Glaucome	15 975	2 457	18 432
7 004	Strabisme, autres anomalies mouvements binoculaires	14 022	1 545	15 567
7 999	Autres maladies de l'œil et de ses annexes	69 355	25 967	95 322
8 000	8 - MALADIES DE L'OREILLE ET APOPHYSE MASTOÏDE	134 287	55 510	189 797
8 001	Otite moyenne et mastoïdite	95 341	21 680	117 021
8 002	Atteinte des fonctions vestibulaires et syndrome vertigineux au cours de maladies classées ailleurs	507	16 785	17 291
8 003	Surdité	4 245	10 296	14 541
8 999	Autres maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	34 194	6 749	40 944
9 000	9 - MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	374 463	980 326	1 354 789
9 001	Maladies hypertensives	606	51 262	51 868
9 002	Angine de poitrine	11 886	121 599	133 485
9 003	Infarctus aigu du myocarde	2 643	71 286	73 929
9 004	Autres cardiopathies ischémiques aiguës	1 964	10 224	12 187
9 005	Cardiopathies ischémiques chroniques	9 292	58 436	67 728
9 006	Embolie pulmonaire	442	31 933	32 375
9 007	Valvulopathie card. non rhumatismale	10 433	16 302	26 735
9 008	Troubles conduction et rythme cardiaque	30 906	129 860	160 765
9 009	Insuffisance cardiaque	2 180	154 748	156 928
9 010	Hémorragie méningée, cérébrale, intracrânienne	3 921	21 698	25 619
9 011	Thrombose artères cérébrales et précérébrales	13 084	53 988	67 073
9 012	Accident vasculaire cérébral mal défini	170	28 271	28 441
9 013	Artériosclérose périphérique	25 258	32 813	58 071
9 014	Anévrisme aortique et dissection	7 264	8 277	15 541
9 015	Embolie et thrombose artérielle	18 814	16 768	35 582
9 016	Phlébite et thrombophlébite	5 543	36 819	42 361

LISTE	LIBELLE	Séjours chirurgicaux	Séjours non chirurgicaux	Total
9 017	Varices des membres inférieurs	166 081	6 879	172 960
9 018	Hémorroïdes	35 214	23 745	58 960
9 999	Autres maladies de l'appareil circulatoire	28 764	105 417	134 181
10 000	10 - MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	278 734	567 047	845 782
10 001	Affections aiguës voies respir. sup.	10 207	40 627	50 834
10 002	Pneumonie	441	115 162	115 603
10 003	Bronchites et bronchiolites aiguës	95	79 162	79 257
10 004	Rhinite, rhinopharyngite, pharyngite chroniques	41 445	2 543	43 988
10 005	Sinusite chronique	26 249	8 312	34 561
10 006	Déviations de la cloison nasale	28 107	333	28 440
10 007	Mal.chron.amygdales, végé.adénoïdes	140 114	3 015	143 129
10 008	Asthme	59	64 284	64 343
10 009	Bronchite chron., mal. pulm. obst. chron	1 023	92 940	93 963
10 010	Pneumothorax	3 517	9 466	12 982
10 011	Pleurésie	2 713	17 346	20 059
10 999	Autres maladies de l'appareil respiratoire	24 765	133 857	158 622
11 000	11 - MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	594 501	1 153 227	1 747 728
11 001	Maladies des dents et du parodonte	20 377	245 096	265 473
11 002	Maladies de l'œsophage	8 427	117 209	125 636
11 003	Ulcères de l'estomac et du duodénum	3 002	46 489	49 492
11 004	Gastrite, duodénite	199	89 025	89 224
11 005	Appendicite	138 412	2 865	141 277
11 006	Hernie inguinale	145 352	4 009	149 361
11 007	Autres hernies abdominales	67 011	34 392	101 403
11 008	Maladie de Crohn et recto-colite hémorragique	2 840	29 218	32 058
11 009	Autres gastro-entérites et colites non infectieuses	1 038	31 410	32 448
11 010	Occlusion sans mention de hernie	17 446	47 068	64 514
11 011	Diverticulose intestinale	15 120	103 109	118 228
11 012	Syndrome de l'intestin irritable et autres troubles fonctionnels de l'intestin	681	135 478	136 159
11 013	Fistule, abcès région anale et rectale	38 070	4 373	42 443
11 014	Maladie alcoolique du foie	767	40 930	41 697
11 015	Autres maladies du foie	1 173	30 265	31 438
11 016	Lithiase biliaire	86 393	29 084	115 476
11 017	Maladies du pancréas	3 205	25 220	28 425
11 018	Hémorragie digestive sans mention d'ulcère	561	24 733	25 293
11 999	Autres maladies de l'appareil digestif	44 430	113 255	157 684
12 000	12 - MALADIES DE LA PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANE	108 481	136 198	244 679
12 001	Infections peau, tissu cellulaire sous-cutané	47 230	43 101	90 331
12 002	Ongles incarnés	5 457	32 202	37 658
12 999	Autres maladies de la peau	55 794	60 896	116 690
13 000	13 - MAL. DU SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE, DES MUSCLES ET DU TISSU CONJONCTIF	607 413	307 430	914 843
13 001	Coxarthrose	69 273	3 929	73 203
13 002	Gonarthrose	52 846	5 739	58 586
13 003	Lésion interne du genou	117 789	1 142	118 931
13 004	Autres arthropathies	121 922	56 280	178 202
13 005	Affections disséminées du tissu conjonctif	419	24 402	24 821
13 006	Dorsopathies avec déformation et spondylopathies	16 009	31 126	47 134
13 007	Atteintes des disques intervertébraux	40 903	30 531	71 434
13 008	Dorsalgies	5 716	77 088	82 805

LISTE	LIBELLE	Séjours chirurgicaux	Séjours non chirurgicaux	Total
13 009	Maladie de Dupuytren	15 365	104	15 469
13 999	Autres maladies du système ostéo-articulaire	167 170	77 088	244 258
14 000	14 - MALADIES DE L'APPAREIL GENITO-URINAIRE	502 479	364 458	866 937
14 001	Néphrite, syndr.néphrotique, néphrose	889	10 318	11 206
14 002	Infection rein et voies urinaires	1 791	72 942	74 734
14 003	Insuffisance rénale	6 742	36 978	43 720
14 004	Calculs des voies urinaires	30 136	91 852	121 988
14 005	Cystite	2 999	9 983	12 982
14 006	Prolapsus génital	47 054	6 232	53 286
14 007	Stérilité	22 111	8 060	30 171
14 008	Hyperplasie de la prostate	57 594	14 571	72 165
14 009	Hydrocèle et spermatocele	11 638	532	12 170
14 010	Phimosi	70 047	1 030	71 076
14 011	Affections du sein	38 340	4 832	43 172
14 012	Affect.inflam.org.génitaux féminins	25 646	6 828	32 474
14 013	Endométriose	17 378	1 838	19 216
14 014	Kyste de l'ovaire et du corps jaune	24 631	5 778	30 409
14 015	Polype de l'appareil génital de la femme	15 885	9 532	25 416
14 016	Dysplasie du col de l'utérus	20 055	243	20 298
14 017	Hémorragies génitales, troubles menstruation	26 590	17 165	43 755
14 999	Autres maladies de l'appareil génito-urinaire	82 955	65 744	148 698
15 000	15 - GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET PUERPERALITE	364 276	888 351	1 252 627
15 001	Avortement spontané	57 643	9 081	66 724
15 002	Avortement médical	139 019	44 005	183 024
15 003	Autres grossesses se terminant par un avortement	33 200	20 077	53 277
15 004	Menace d'accouchement prématuré - faux travail	217	72 183	72 400
15 005	Autres complications de la grossesse prédominant dans la période anténatale	30 169	115 154	145 323
15 006	Complications du travail et de l'accouchement	33 765	83 904	117 668
15 007	Accouchement unique et spontané	2 567	466 554	469 120
15 008	Autres accouchements	66 508	63 520	130 028
15 999	Autres pathologies liées à la grossesse ou à l'accouchement	1 190	13 874	15 064
16 000	16 - CERTAINES AFFECTIONS DONT L'ORIGINE SE SITUE DANS LA PERIODE PERINATALE	-	140 548	140 548
16 001	Prématurité et hypotrophie	-	38 142	38 142
16 999	Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	-	102 407	102 407
17 000	17 - MALFORMATIONS CONGENITALES ET ANOMALIES CHROMOSOMIQUES	76 223	45 849	122 072
17 001	Malform.congén.cardio-vasculaires	4 528	9 461	13 990
17 002	Malform.congén.appareil digestif	4 733	13 148	17 881
17 003	Malform.congén.organes génitaux	19 141	1 924	21 065
17 004	Malform.congén.appareil urinaire	5 325	4 859	10 184
17 005	Malform.congén.ostéo-musculaires	11 813	5 566	17 379
17 999	Autres malformations congénitales	30 681	10 892	41 573
18 000	18 - SYMPTOMES, SIGNES ET RESULTATS ANORMAUX D'EXAMENS CLINIQUES ET DE LABORATOIRES	45 450	864 720	910 170
18 001	Sympt.circulatoires et respiratoires	9 048	162 370	171 419
18 002	Sympt.appareil digestif et abdomen	10 588	285 799	296 387
18 003	Sympt. système nerveux et ostéo-musculaire	304	23 094	23 398
18 004	Symptômes appareil urinaire	7 225	42 209	49 434
18 005	Symptômes et signes généraux	10 948	302 640	313 587

LISTE	LIBELLE	Séjours chirurgicaux	Séjours non chirurgicaux	Total
18 006	Résultats anormaux examens sans symptômes	2 195	25 572	27 766
18 999	Autres symptômes ou signes mal définis	5 142	23 037	28 179
19 000	19 - LÉSIONS TRAUMATIQUES ET EMPISONNEMENTS	530 976	745 579	1 276 554
19 001	Fracture crâne et os de la face	11 918	25 617	37 535
19 002	Traumatisme crânien	4 594	119 408	124 001
19 003	Fracture colonne et os du tronc	4 229	47 760	51 988
19 004	Fracture du membre supérieur	116 407	70 044	186 451
19 005	Fracture du col du fémur	72 488	8 394	80 882
19 006	Autres fractures du membre inférieur	68 648	28 996	97 644
19 007	Luxations et entorses	101 843	39 810	141 653
19 008	Traumatismes intrathoracique, intra-abdominal	3 343	8 478	11 821
19 009	Traumatisme des nerfs	9 572	2 497	12 068
19 010	Plaie tête (inclus globe oculaire)	8 518	23 723	32 241
19 011	Plaie ouverte du poignet et de la main	5 867	26 691	32 558
19 012	Autres plaies des membres	10 467	18 675	29 142
19 013	Corps étranger par orifice naturel	2 412	10 225	12 637
19 014	Brûlure et corrosion	3 811	12 570	16 381
19 015	Intoxication produit pharmaceutique	189	109 037	109 226
19 016	Intoxication prod.non pharmaceutique	54	19 011	19 065
19 017	Complications acte chir. soins méd. non classés ailleurs	64 848	63 912	128 759
19 018	Séquelle trauma. et empoisonnement	14 405	2 920	17 324
19 999	Autres traumatismes ou empoisonnements	27 365	107 812	135 177
21 000	21 - AUTRES MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS	228 078	1 597 224	1 825 302
21 001	Examens, investigations sans résultats anormaux	9 569	570 506	580 075
21 002	Stérilisation	10 231	646	10 877
21 003	Mesures procréatives	29 425	13 248	42 673
21 004	Surveillance d'une grossesse à haut risque	196	38 405	38 602
21 005	Dépistage prénatal	29	21 749	21 778
21 006	Enfants nés vivants	2	16 473	16 475
21 007	Soins palliatifs	178	13 998	14 176
21 999	Autres motifs	178 446	922 199	1 100 646
99 000	TOUTES CAUSES	5 146 273	9 793 129	14 939 402

Source : DREES (non compris les séjours de nouveau-nés auprès de leur mère)

2113 - Les indicateurs

- **Indice comparatif d'hospitalisation (ICH)**

L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est un des éléments structurants de la démarche. Il permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge.

Cet indice peut être calculé pour les femmes, pour les hommes, ou pour les deux sexes (mais les indices masculins et féminins ne sont pas comparables entre eux).

L'ICH est présenté en base 100. Cela signifie que lorsque cet indice est supérieur à 100 pour une pathologie, les séjours pour cette pathologie sont, à structure par âge comparable, plus fréquents dans la zone géographique étudiée qu'en moyenne au niveau national.

ATTENTION

En aucun cas, l'indice 100 ne constitue une norme. Il s'agit simplement d'un indicateur qui permet de comparer la situation du territoire observé à la moyenne française.

Par exemple, une plus grande fréquence de séjours hospitaliers pour prise en charge chirurgicale d'une plaie de la main dans un territoire (ICH supérieur à 100) ne signifie pas que la prise en charge de cette affection soit supérieure aux besoins.

On peut en effet tout aussi bien expliquer cette situation par :

- **le fait que la prise en charge chirurgicale des plaies de la main est « insuffisante » en moyenne au plan national,**
- **ou par des problèmes de santé spécifiques du territoire (plus grande fréquence des accidents du travail ou de loisirs par exemple).**

L'ICH se calcule de la manière suivante :

- *on calcule tout d'abord au niveau national, pour les hommes, pour les femmes, et pour chacun des deux sexes, les taux de séjours par tranche d'âge (rapport du nombre de séjours d'un groupe d'âge donné à l'effectif de population France entière de ce groupe d'âge pour l'année considérée),*
- *on applique ensuite ces taux à l'effectif de la population étudiée, répartie par groupe d'âge. On obtient, ainsi, un effectif de séjours attendus pour chacun de ces groupes d'âge. La somme de ces derniers correspond au nombre de séjours « attendus » dans la zone étudiée, dans l'hypothèse où les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone sont identiques aux taux nationaux*
- *l'indice comparatif est le rapport entre le nombre de séjours dans la zone étudiée et le nombre de séjours attendus calculé selon la méthode décrite ci-dessus. Il est calculé pour les hommes, pour les femmes, et pour les 2 sexes.*

A l'occasion de cette démarche (voir liste des tableaux § 2114 page 21), les ICH ont été calculés pour l'ensemble des pathologies de la liste EBS, par région, et par département, pour la période 1998-2002. Ces résultats font apparaître des écarts très importants de recours aux soins selon les territoires. Pour analyser ces écarts, un test statistique (test du Chi 2) a été effectué.

Test du Chi 2

Le test du Chi 2 a été utilisé afin de savoir si la différence entre l'ICH observé dans un territoire et celui de la France n'est due qu'au hasard, c'est-à-dire aux fluctuations du nombre de séjours hospitaliers observés, ou bien si elle reflète une réelle différence.

Les résultats de ce test permettent de dire que :

- *l'ICH régional est différent de l'ICH national (test significatif),*
- *dans le cas contraire (test non significatif), on ne peut pas affirmer que l'ICH observé est différent de l'ICH national.*

Par exemple, l'ICH pour maladie de Parkinson en Corse (1999, deux sexes) est de 118. La fréquence des séjours hospitaliers pour cette pathologie est-elle réellement supérieure en Corse de 18 % à la moyenne nationale ? Le test du Chi 2 est ici non significatif, c'est-à-dire qu'on ne peut pas affirmer que la fréquence des séjours pour maladie de Parkinson est supérieure en Corse par rapport à la moyenne nationale.

- Taux comparatif de séjours hospitaliers

Comme l'ICH, le taux comparatif (ou standardisé) permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge.

Le taux comparatif de séjours hospitaliers est le taux que l'on observerait dans le territoire étudié s'il avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de la France métropolitaine estimée au 1^{er} janvier 1990, 2 sexes confondus).

Ce taux peut être calculé pour les femmes, pour les hommes, ou pour les deux sexes, les taux féminins et masculins étant comparables entre eux. Il peut également être utilisé pour suivre des évolutions dans le temps, en éliminant les conséquences des transformations de la structure par âge.

Le taux comparatif des séjours hospitaliers se calcule de la manière suivante

- dans un premier temps, on calcule pour les hommes, pour les femmes, et pour les 2 sexes, les taux de séjours de chaque groupe d'âge de la zone géographique étudiée (rapport du nombre de séjours pour chaque groupe d'âge donné à l'effectif de la population de ce groupe d'âge estimé par l'INSEE au 1^{er} janvier de chaque année considérée),

- on applique ces taux par tranche d'âge à l'effectif total de la population de référence répartie par tranche d'âge (ici la population de la France métropolitaine estimée au 1^{er} janvier 1990, 2 sexes confondus. La somme des effectifs obtenue est le nombre total de séjours théoriques,

- le taux comparatif est le rapport entre le nombre total de séjours théoriques et l'effectif total de la population de référence.

2114 - Liste des tableaux

Quatre grands types de tableaux présentent les différents indicateurs élaborés pour chaque rubrique de la liste des diagnostics EBS. Ces tableaux sont disponibles pour chacune des années 1998, 1999, 2000, 2001 et 2002, pour les régions, les départements, la France métropolitaine et la France entière, avec une distinction entre les séjours chirurgicaux, et non chirurgicaux.

Tableaux généraux (tableaux D)

Ces tableaux dénombrent les séjours et les journées d'hospitalisation, en fonction de différentes variables : âge, sexe des patients, durée de séjour, ...

Lieux de prise en charge (tableaux F)

Deux types de données sont présentés :

- flux de patients entre lieu de domicile et lieu d'hospitalisation (tous diagnostics d'hospitalisation confondus),
- répartition des séjours pour les différentes rubriques de la liste EBS, entre les établissements de santé.

Indices et taux comparatifs (tableaux C)

Ces tableaux rassemblent les taux de séjours hospitaliers par âge et sexe, les taux comparatifs et les ICH.

Projections 2010 (tableaux P)

Ces tableaux présentent le nombre de séjours et de journées d'hospitalisation estimés en 2010 selon trois hypothèses d'évolution démographique possibles. Ces données sont calculées en appliquant les taux de séjours hospitaliers moyens observés pour les années 2000-2001-2002 à l'effectif de la population estimée, par sexe et âge.

L'ensemble de ces tableaux sont regroupés dans un CD-ROM unique, rassemblant les données de l'ensemble des régions françaises, sous forme de fichiers excel®. Ils sont répartis en quatre répertoires, un pour chaque type de tableaux. A l'intérieur de chacun de ces répertoires, est créé un sous-répertoire par région, avec l'ensemble des tableaux qui la concernent (données concernant la région et les départements de la région).

Liste des tableaux destinés à l'évaluation des besoins de santé

TABLEAUX GENERAUX (D)

		Niveau géographique
D1	Tableau récapitulatif 1998-2002 , par région, du nombre de séjours par chapitres de la CIM, et taux d'évolution 1998-2002 (un tableau par chapitre de la CIM, avec les régions en ligne)	Région, total France entière
D2	Idem journées	Idem
D3	Nombre de séjours des rubriques de la liste EBS, chirurgical/non chirurgical et total, dont - 24H, par année	Région, département, total France entière
D4	Idem nombre de journées	Idem
D5	Nombre de séjours des rubriques de la liste EBS, chirurgical/non chirurgical et total, par groupe d'âge regroupé , par année	Idem
D6	Idem (nombre de journées)	Idem
D7	Nombre de séjours des rubriques de la liste EBS, chirurgical/non chirurgical et total, selon la durée de séjour , par année	Idem
D8	Idem (nombre de journées)	Idem
D9	Durée moyenne de séjour selon les rubriques de la liste EBS, par groupe d'âge regroupé, chirurgical/non chirurgical/total, par année	Idem
D10	Nombre de séjours des rubriques de la liste EBS, chirurgical/non chirurgical et total, selon le mode de sortie , par année	Idem
D11	Nombre de séjours des rubriques de la liste EBS, chirurgical/non chirurgical et total, selon la destination de sortie , par année	Idem
D12	Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance , par année	Idem

LIEUX DE PRISE EN CHARGE (F)

		Niveau géographique
F1	Répartition des séjours entre région de domicile et région d'hospitalisation	Région
F2	Répartition des séjours entre région de domicile et département d'hospitalisation	Un tableau par région
F3	Répartition des séjours par chapitre de la CIM, selon les rubriques de la liste EBS et par établissement d'hospitalisation (un tableau par chapitre de la CIM)	Un tableau par région et GDD

INDICES ET TAUX COMPARATIFS (C)

		Niveau géographique
C1	Taux d'hospitalisation, indice comparatif, taux comparatif par rubrique de la liste EBS, chirurgical/non chirurgical/total, par sexe et groupe d'âge détaillé, et significativité, par année	Région, département
C2	Tableau récapitulatif par région des indices comparatifs par rubrique de la liste EBS (et tris par ICH croissant), et significativité, par année	Région

PROJECTIONS 2010 (P)

		Niveau géographique
P1	Projections 2010 du nombre de séjours par rubrique de la liste EBS, pour les différentes hypothèses démographiques	Région, département, total France entière
P2	Idem (nombre de journées)	Idem

212 - Les données concernant les soins de suite et de réadaptation

Deux sources d'information disponibles localement comportent des données sur les soins de suite et de réadaptation.

2121 - Base PMSI-EBS

La base PMSI-EBS comprend des tableaux qui donnent la répartition des séjours par groupe de pathologies selon la destination de sortie. Il est donc possible d'identifier les pathologies les plus fréquemment concernées par les sorties vers les services de soins de suite. La qualité de cette information, qui semble variable selon les régions, peut être appréciée par la comparaison du nombre de sorties des services de soins aigus vers les services de SSR, avec le nombre d'entrées en SSR évalué dans l'enquête SAE.

2122 - PMSI-SSR

Le PMSI-SSR a été mis en place dans les établissements de santé plus récemment que le PMSI-MCO. L'extension de ce recueil à l'ensemble des établissements de santé sous OQN (objectif quantifié national) n'est effective que depuis 2002-2003. Dans ce contexte, l'exploitation des données ne peut être effectuée de manière centralisée mais peut être envisagée au niveau régional.

L'exhaustivité du recueil peut être appréciée en rapprochant le nombre de journées d'hospitalisation dénombrées dans le PMSI-SSR et dans l'enquête SAE. Les défauts d'exhaustivité tiennent soit au fait que les établissements concernés par ce recueil renseignent le PMSI-SSR de façon incomplète, soit à la présence dans la région de nombreux établissements sous OQN.

Les « journées d'hospitalisation » semblent la principale variable susceptible d'être utilisée, les traitements actuels ne permettant pas de coupler entre deux semestres les résumés hebdomadaires de séjours concernant le même séjour.

Deux types d'indicateurs paraissent pertinents :

- la répartition des séjours par catégorie majeure-clinique, certaines de ces catégories correspondant à des activités de soins bien identifiées, voire à des « matières » du SROS,
- l'étiologie (lorsque cet indicateur est renseigné), et à défaut la manifestation morbide principale, afin de repérer les problèmes de santé à l'origine de l'hospitalisation en SSR.

22 - Les données d'état de santé

Les principales sources d'information aisément mobilisables au plan régional sont :

- les statistiques des causes médicales de décès,
- les statistiques d'admissions en affection de longue durée (ALD),
- pour les cancers, les estimations d'incidence.

Ces trois sources de données présentent un certain nombre de limites qui sont développées ci-après. Cependant, on dispose, grâce à elles de données comparatives, pour de nombreuses pathologies dans l'ensemble des régions françaises. La confrontation de ces données avec celles concernant les recours aux soins hospitaliers est donc possible dans toutes les régions.

A côté de ces différents systèmes d'information, existent bien entendu des travaux spécifiques locaux (enquêtes, registres) qui peuvent compléter cette approche.

Ces données sont disponibles dans les régions auprès des différents organismes qui ont en charge leur traitement (URCAM, services statistiques des DRASS, registres...), ainsi qu'auprès des ORS. En outre, un document a été élaboré par la Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé (FNORS) qui rassemble différents indicateurs de mortalité pour toutes les régions françaises, sachant que des données complémentaires sont disponibles auprès des ORS.

221 - Les statistiques des causes médicales de décès

Ces statistiques sont établies par le CépiDC de l'INSERM à partir des données contenues dans les certificats médicaux de décès. Un tel certificat est rempli en France, comme dans les autres pays européens, par le médecin qui constate le décès, et y indique les causes du décès (cause principale, cause immédiate et états morbides associés). Ces causes sont ensuite codées de manière centralisée par l'INSERM, selon la classification internationale des maladies.

Les statistiques des causes médicales de décès (basées sur la cause principale de décès) constituent un des principaux indicateurs de santé permettant des comparaisons au plan international, mais aussi régional et local. Elles permettent par exemple d'apprécier l'ampleur des conséquences sur la santé du tabagisme et de la consommation excessive d'alcool, ou de suivre l'amélioration de la prise en charge des maladies cardio-vasculaires.

Dans le cadre de cette démarche, les statistiques des causes médicales de décès sont précieuses pour apprécier les particularismes régionaux, voire locaux, en matière de mortalité cardio-vasculaire, de mortalité par tumeur, par maladie de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif.... et mettre en regard ces résultats et les données de recours aux soins.

Certains **indicateurs** paraissent particulièrement pertinents pour l'analyse de l'état de santé dans le cadre de cette démarche :

- l'indice comparatif de mortalité,
- le taux comparatif de mortalité,

- la part relative des différentes causes de décès,
- le lieu de décès.

Ils peuvent être déclinés au niveau régional, départemental, voire pour des territoires géographiques spécifiques.

- **L'indice comparatif de mortalité (ICM)**

Cet indice permet de comparer pour une cause médicale de décès donnée, la mortalité entre territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge. Cet indice peut être calculé pour les femmes, pour les hommes, ou pour les deux sexes (mais les indices masculins et féminins ne sont pas comparables entre eux).

L'ICM est le rapport en base 100 du nombre de décès observé dans une zone géographique au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge, dans cette zone géographique, étaient identiques aux taux de France métropolitaine. L'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne.

La confrontation entre l'ICM et l'ICH peut permettre d'identifier d'éventuelles discordances, pour certaines pathologies. L'origine en est forcément complexe à analyser et doit être réalisée avec beaucoup de prudence dans le cadre d'une expertise régionale associant épidémiologistes, médecins de DIM, cliniciens...

L'ICM se calcule de la manière suivante :

- on calcule tout d'abord au niveau national, pour les hommes, pour les femmes, et pour chacun des deux sexes, les taux de mortalité par tranche d'âge (rapport du nombre de décès d'un groupe d'âge donné à l'effectif de population de ce groupe d'âge),
- on applique ensuite ces taux à l'effectif de la population étudiée, répartie par groupe d'âge. On obtient, ainsi, un effectif de décès attendus pour chacun de ces groupes d'âge. La somme de ces derniers correspond au nombre de décès « attendus » dans la zone géographique étudiée, dans l'hypothèse où les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans cette zone sont identiques aux taux nationaux,
- l'indice comparatif de mortalité est le rapport entre le nombre de décès dans la zone étudiée et le nombre de décès attendus calculé selon la méthode décrite ci-dessus. Il est calculé pour les hommes, pour les femmes, et pour les 2 sexes.

- **Le taux comparatif de mortalité**

Comme l'ICM, le taux comparatif de mortalité permet de comparer la situation en matière de mortalité entre deux territoires en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge. C'est le taux que l'on observerait dans la zone observée si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population France métropolitaine au recensement de 1999, corrigée pour les moins d'un an, 2 sexes confondus).

Ce taux peut être calculé pour les femmes, pour les hommes, ou pour les deux sexes, les taux féminins et masculins étant comparables entre eux.

Evolutions temporelles

Le taux comparatif de mortalité peut également être utilisé pour suivre des évolutions dans le temps (en éliminant les effets des transformations de la structure par âge de la population d'un territoire). L'analyse des tendances évolutives de la mortalité sur les 20 dernières années peut ainsi contribuer à l'analyse des recours aux soins hospitaliers, même si ces tendances ne peuvent être projetées de manière mécanique sur les années à venir.

La baisse considérable de la mortalité pour certaines pathologies ou classes d'âge (maladies cardio-vasculaires, mortalité infantile) peut, pour une large part, être rapprochée d'une amélioration de la prise en charge préventive et curative. Elle constitue donc, à ce titre, un élément positif très important à partager avec les soignants. En revanche, une baisse de la mortalité dans une région pour un groupe d'affections, moins importante que celle observée dans d'autres régions ou en moyenne en France, conduit à formuler différentes hypothèses sur une éventuelle moindre amélioration de la prise en charge.

Le taux comparatif se calcule de la manière suivante

- dans un premier temps, on calcule pour les hommes, pour les femmes et pour les 2 sexes les taux de mortalité de chaque groupe d'âge de la zone étudiée,
- on applique ces taux par tranche d'âge à l'effectif total de la population de référence répartie par tranche d'âge (ici la population France métropolitaine RP 1999, corrigée pour les moins d'un an, 2 sexes confondus). La somme des effectifs obtenue est le nombre total de décès théoriques,
- le taux comparatif de mortalité est le rapport entre le nombre total de décès théoriques et l'effectif total de la population française.

- La part relative des différentes causes de décès selon les groupes d'âge

L'analyse de la mortalité pour les cinq grandes classes d'âge utilisées habituellement pour l'étude de l'état de santé (moins d'un an, 1-14 ans, 15-44 ans, 45-74 ans, 75 ans et plus), apporte elle aussi des informations sur les grands enjeux de santé de ces différents groupes de population.

Elle peut notamment contribuer à la réflexion sur la population des enfants et adolescents, et sur la population des personnes âgées, dont la prise en charge constitue deux « matières » du SROS.

- Le lieu de décès

L'analyse des lieux de décès selon le groupe d'âge, et le lieu du décès (domicile, hôpital, ...), pour les différentes causes de mortalité, constitue un élément utile pour l'évaluation des besoins en soins palliatifs.

Limites d'interprétation des statistiques des causes médicales de décès

Les limites d'utilisation de ces statistiques résultent tout d'abord de la certification, dans la mesure où le médecin qui remplit le certificat de décès ne dispose pas toujours de l'information nécessaire ou ne le fait pas toujours avec une précision suffisante. Cette situation s'observe notamment pour les personnes âgées, chez lesquelles les polyopathologies sont fréquentes et rendent parfois le remplissage du certificat difficile. Actuellement, près de 5 % des décès sont de cause mal définie. Mais, c'est surtout chez les personnes âgées que cette situation est fréquente, puisque ce pourcentage est d'environ 3 % chez les moins de 85 ans et 8 % au-delà. L'autre biais potentiel provient de la codification, même si l'utilisation de protocoles rigoureux de codage et, depuis 2000, de la codification automatique réduit fortement ce risque.

Source : la santé observée dans les Pays de la Loire - Edition 2003-2004

222 - Les statistiques d'admissions en affection de longue durée (ALD)

Les affections de longue durée (ALD) sont des maladies graves, nécessitant un traitement prolongé et des soins particulièrement coûteux. Ces affections, dont la liste est définie par un décret, sont actuellement au nombre de 30. Les personnes qui en sont atteintes peuvent bénéficier, à leur demande ou à celle de leur médecin, d'une exonération du ticket modérateur pour les soins liés à cette affection.

L'admission en ALD étant liée à la couverture sociale, les données ne concernent pas l'ensemble de la population, mais la population protégée. Au niveau régional, les statistiques disponibles portent sur la population couverte par les 3 principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes) soit, en général, plus de 95 % de la population.

Des statistiques inter-régimes des admissions en ALD sont établies par les services médicaux des caisses d'assurance-maladie dans le cadre des URCAM.

Ces statistiques constituent, malgré un certain nombre de limites liées à leur caractère médico-administratif (voir encadré ci-dessous) la seule source d'information permettant des comparaisons d'incidence entre toutes les régions, pour un certain nombre de pathologies graves : diabète, troubles mentaux, maladies ostéo-articulaires, maladies neurologiques, ...

Les **indicateurs** qui paraissent pertinents, dans le cadre de cette démarche, sont les effectifs et éventuellement les taux comparatifs d'admission en ALD. Ces données sont disponibles au niveau régional mais aussi départemental par agrégation des données des caisses d'assurance maladie.

En revanche, contrairement aux données de mortalité, on ne dispose pas de longues séries pour ces indicateurs.

Limites d'utilisation des statistiques d'admission en affection de longue durée (ALD)

Le nombre de personnes admises en affection de longue durée pour une pathologie diffère du nombre de personnes nouvellement atteintes de cette pathologie pour plusieurs raisons.

Certains patients ne demandent pas l'admission en ALD, ce qui conduit à une sous-estimation des nouveaux cas. Cette situation s'observe notamment dans les cas suivants :

- *existence d'une autre maladie exonérante déjà reconnue, notamment chez les personnes les plus âgées,*
- *exonération du ticket modérateur à un autre titre (invalidité, pension accident du travail de plus de 66 %, maladie professionnelle, prise en charge en établissement médico-social,...),*
- *couverture complémentaire satisfaisante (CMU, mutuelle ..),*
- *raisons de confidentialité,*
- *affection ne présentant pas les critères de gravité nécessaires.*

Une surestimation de l'incidence est également possible.

C'est le cas pour certaines affections dont l'évolution est marquée par de longues phases de rémission. Une rechute ou une nouvelle poussée peut provoquer l'admission en ALD d'un patient ayant déjà bénéficié de ce dispositif pour la même affection plusieurs années auparavant. Ce risque est d'autant plus important que le bénéficiaire a changé de domicile (et donc de caisse d'affiliation), de régime d'assurance maladie, ou de statut (ayant droit devenant assuré).

Toutefois, l'augmentation depuis 1998 des durées d'attribution du bénéfice de l'ALD limite considérablement ce risque.

Actuellement, ces durées sont les suivantes :

- *infarctus du myocarde : 1 an*
- *tuberculose : 2 ans*
- *scoliose : jusqu'à maturation osseuse*
- *tumeurs malignes : 10 ans*
- *troubles névrotiques : 10 ans*
- *autres troubles mentaux : définitif*
- *autres affections : définitif.*

Certaines admissions peuvent être demandées longtemps après la survenue de la maladie, notamment dans les contextes suivants :

- *amélioration des possibilités de diagnostic,*
- *évolution des possibilités thérapeutiques, et notamment disponibilité de nouveaux traitements coûteux,*
- *évolution de la connaissance que le malade a de son état pathologique et/ou de ses droits,*
- *évolution de la situation financière du patient,*
- *modification du bénéfice lié à l'exonération du ticket modérateur.*

Par ailleurs, il faut souligner que pour certaines pathologies, le motif d'admission retenu peut être l'étiologie de l'affection, ou sa conséquence (accident vasculaire cérébral, ou hémiplégie par exemple).

Enfin, l'admission en ALD étant liée à la couverture sociale, les données ne concernent pas l'ensemble de la population, mais la population protégée.

Source : la santé observée dans les Pays de la Loire - Edition 2003-2004

223 - Les estimations d'incidence des cancers

Des estimations d'incidence des cancers sont disponibles pour toutes les régions. Ces estimations sont réalisées par le réseau national des registres des cancers (Francim) à partir des rapports incidence/mortalité des départements couverts par un registre.

Ces données sont disponibles pour les localisations les plus fréquentes (voir ci-dessous), uniquement à l'échelon régional, et pour les années 1985, 1990, 1995 et 2000. Elles ne concernent que les tumeurs invasives, en sont donc exclus les cancers in situ. C'est le seul groupe d'affections pour lequel on dispose de données épidémiologiques aussi proches de la notion de besoins.

Les **indicateurs mobilisables** sont les nombres de nouveaux cas de cancers et les taux d'incidence standardisés.

Liste des localisations cancéreuses pour lesquelles des estimations d'incidence régionale ont été établies par le réseau national des registres (FRANCIM)

	Codes CIM10	Hommes	Femmes
Lèvre, cavité buccale, pharynx	C00-C14	■	■
Œsophage	C15	■	
Estomac	C16	■	■
Colon-rectum	C18-C21	■	■
Larynx	C32	■	
Poumon	C33-C34	■	■
Leucémie		■	■
Mélanome	C44	■	■
Prostate	C619	■	
Vessie	C67	■	■
Rein	C64 à C66, C68	■	■
Système nerveux central	C70 à C72	■	■
Lymphome malin non hodgkinien		■	■
Sein	C50		■
Col utérin	C53		■
Corps utérin	C54		■
Ovaire	C569a C574		■

224 - Tableau récapitulatif**Principales données d'état de santé mobilisables au plan régional (liste indicative³)**

CHAPITRES DE LA CIM	Causes médicales de décès (INSERM-CépiDC) ¹	Admissions en affection de longue durée (assurance maladie) ²	Autres types de données
Maladies infectieuses	- sida - tuberculose	- infection par le vih (7) - tuberculose active (29)	- données concernant les déclarations obligatoires d'infection à vih, de tuberculose (InVS)
Tumeurs	- ensemble des cancers - trachée, bronches, poumon - voies aérodigestives sup. - colon-rectum - uterus - sein - prostate - mélanome - plèvre	- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (30)	- estimations d'incidence par localisation (Francim)
Maladies du sang		- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques (2) - déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé (7) - hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères (10) - hémophilie et affections constitutionnelles de l'hémostase graves (11)	
Maladies endocriniennes		- diabète I et diabète de type II (8) - maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé (17) - mucoviscidose (18)	Estimation du nombre de patients traités pour diabète (CNAMTS)
Troubles mentaux et du comportement	- troubles mentaux - psychose alcoolique et alcoolisme	- psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale (23)	
Maladies du système nerveux		- maladie de Parkinson (16) - forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave (9) - paraplégie (20) - sclérose en plaques (25)	
Maladies de l'œil			
Maladies de l'oreille			
Maladies de l'appareil circulatoire	- maladies de l'appareil circulatoire - cardiopathies ischémiques - accidents vasculaires cérébraux	- accident vasculaire cérébral invalidant (1) - artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques (3) - Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (5) - hypertension artérielle sévère (12) - maladie coronaire (13)	- Registres de cardiopathies ischémiques (Monica) sur certains sites... - Registre des accidents vasculaires cérébraux de Dijon.

Maladies appareil respiratoire	- maladies de l'appareil respiratoire - bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives - pneumonie et bronchopneumonie - asthme - gripes...	- insuffisance respiratoire chronique grave (14)	
Maladies de l'appareil digestif	- maladies de l'appareil digestif - cirrhose du foie	- maladies chroniques actives du foie (dont hépatites) et cirrhoses (6) - rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives (24)	- registres des maladies de Crohn et rectocolite hémorragique
Maladies de la peau		- lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodémie généralisée évolutive (21)	
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif		- périarthrite noueuse (21) - polyarthrite rhumatoïde évolutive grave (22) - scoliose structurale évolutive (jusqu'à maturation rachidienne (26) - spondylarthrite ankylosante grave (27)	
Maladies de l'appareil génito-urinaire		- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (19)	
Grossesse, accouchement			
Période périnatale			
Malformations congénitales			- registres des malformations, - registre des handicaps de l'enfant (Isère)
Lésions traumatiques et empoisonnements	- chute accidentelle - noyade - accident de la circulation - suicide		- statistiques concernant les accidents de la route, rapportées au lieu de survenue

¹ Données figurant dans la base de données score-santé au 1^{er} juillet 2004. Des données complémentaires peuvent être obtenues directement auprès des ORS, ou directement auprès de l'INSERM.

² Le chiffre entre parenthèses indique le numéro correspondant de la liste des ALD

³ Cette liste est donnée à titre indicatif, d'autres informations épidémiologiques étant mobilisables au plan local.

3 - CONDUITE DE LA DEMARCHE PARTICIPATIVE

La démarche d'évaluation des besoins de santé est une démarche **participative**, basée sur une **approche par pathologie**, et conduite au niveau **régional**. Elle fait appel aux techniques classiques « d'accompagnement du changement », généralement conduites en quatre temps :

- diagnostic partagé,
- identification et priorisation des « problèmes »,
- élaboration de propositions,
- définition d'objectifs opérationnels.

Les pathologies susceptibles d'être prises en compte sont celles de la liste EBS (cf. annexe 2 page 37). Les critères de choix de ces pathologies peuvent être les suivants :

- indice comparatif d'hospitalisation (ICH) régional particulièrement élevé, ou à l'inverse très faible,
- différences importantes entre les ICH des départements de la région,
- discordance entre l'ICH et les données d'état de santé (ICM notamment),
- pathologies à l'origine d'une proportion importantes de séjours, de journées,
- pathologies susceptibles de voir leurs conditions de prise en charge évoluer,
- présence d'une expertise régionale spécifique,
- problème de santé particulier à la région,
- impact très important du vieillissement,
- démarche ad hoc déjà engagée,
- ...

Par ailleurs, pour faciliter l'articulation avec les travaux du SROS, un tableau de correspondance a été établi entre les matières prévues par l'arrêté du 27 avril 2004 (NOR : SANH0421524A, JO du 15 mai 2004) et les informations contenues dans la base PMSI-EBS.

31 - Diagnostic partagé, par pathologie, ou groupe de pathologies

Le diagnostic partagé, temps essentiel de la démarche, repose donc sur l'analyse des données de recours aux soins concernant les pathologies retenues, et leur confrontation avec les données qui permettent d'approcher les besoins de santé (voir §1222 page 7).

Le rapprochement de ces différentes données va susciter de très nombreuses interrogations que le débat engagé entre cliniciens, épidémiologistes, responsables de la santé ... doit permettre d'éclairer.

La participation des médecins chargés de l'information médicale dans les établissements (DIM) apparaît essentielle dans la mesure où ils peuvent porter une appréciation sur la qualité des données et les pratiques de codage.

Quatre axes de travail peuvent structurer cette étape :

Les caractéristiques des séjours :

- importance des séjours de moins de deux jours, dispersion des durées de séjour...
- prises en charge chirurgicales/non chirurgicales,
- âge des patients,
- liens avec les soins de suite
- ...

Les disparités territoriales

L'analyse des disparités territoriales est basée sur l'examen des écarts entre les indices comparatifs d'hospitalisation des régions, mais également à l'intérieur des régions, entre départements.

L'origine de ces écarts peut être diverse :

- effets de mesure liés aux modalités de recueil d'information du PMSI,
- particularismes locaux en matière d'état de santé,
- différences de pratiques ou d'organisation des soins,
- ...

Les conditions de prise en charge

La démarche doit s'enrichir d'une réflexion sur les conditions de prise en charge, à l'instar de celle conduite récemment par l'ARH de Lorraine⁵ pour les accidents vasculaires cérébraux.

Cette réflexion s'appuiera notamment sur :

- les recommandations professionnelles (une base de données est maintenant disponible sur le site internet de l'ANAES),
- les éventuelles expertises réalisées localement,
- l'analyse de la répartition des séjours entre établissements de santé.

Les éléments prospectifs

Il importe de nuancer les éléments prospectifs fournis par la base EBS (séjours attendus en 2010, « toutes choses égales par ailleurs »), par les connaissances disponibles et par les hypothèses qui peuvent être formulées sur les autres facteurs (épidémiologie, progrès des techniques médicales, modification des modes de prise en charge...) susceptibles de faire évoluer les recours aux soins hospitaliers.

⁵ ARH Lorraine (2003). Schéma régional d'organisation sanitaire 2003-2004 : prise en charge des accidents vasculaires cérébraux

32 - Identification et priorisation des problèmes

Les problèmes, c'est-à-dire les situations de non-adéquation entre les recours aux soins hospitaliers et les besoins tels qu'ils peuvent être approchés, doivent ensuite faire l'objet d'une formulation explicite et d'une priorisation.

Ces problèmes peuvent être regroupés selon les axes suivants :

- pratiques professionnelles,
- coopération entre les acteurs,
- équipements, moyens, organisation,
- santé de la population,
- connaissance.

Pratiques professionnelles

- modalités de prise en charge par rapport aux recommandations professionnelles (DMS...),
- contraintes médico-légales,
- affections iatrogènes et infections nosocomiales,
- ...

Coopération entre les acteurs

EN AMONT DE L'HOSPITALISATION

- programmation des hospitalisations, adressage des patients,
- régulation, liens avec la permanence des soins,
- relations entre les urgences et les unités de soins,
- ...

EN AVAL DE L'HOSPITALISATION

- suivi des patients (transmission d'information au médecin traitant, vers les soins de suite, les structures médico-sociales, les services à domicile...),
- coopération avec le secteur ambulatoire,
- ...

RESEAUX, COOPERATION AVEC LE SECTEUR AMBULATOIRE

- partage d'activité avec le secteur ambulatoire,
- ...

Equipements, organisation, moyens

- développement de la chirurgie ambulatoire, de l'hospitalisation de jour,
- accès aux services médico-techniques (imagerie, biologie...),
- disponibilité de lits de court séjour, de soins de suite, de structures médico-sociales,
- moyens humains (démographie médicale, équipes hospitalières, personnel social...),
- formation,
- ...

Santé de la population

- problèmes sociaux,
- disparités d'état de santé,
- besoins non couverts (suspectés devant des recours inférieurs à la moyenne),
- file d'attente,
- information de la population,
- ...

Connaissance

- connaissances insuffisantes par rapport aux axes énumérés ci-dessus.

33 - Elaboration de propositions

La troisième étape a pour objectif d'élaborer des propositions concernant principalement l'organisation et les pratiques de soins (curatifs et préventifs). Ces propositions seront élaborées sur la base du travail mené lors des deux étapes précédentes à savoir le diagnostic partagé, et l'identification et la priorisation des problèmes.

Dans le souci de permettre une bonne prise en compte des différents domaines sur lesquels il est possible d'agir, mais aussi afin de favoriser la cohérence des travaux des différentes régions, les propositions seront organisées selon les mêmes axes que les problèmes :

- pratiques professionnelles,
- coopération entre les acteurs,
- équipements, moyens, organisation,
- santé de la population,
- connaissance.

34 - Définition d'objectifs opérationnels

Ces propositions aboutiront à la définition d'objectifs opérationnels précis, et dans la mesure du possible quantifiés, afin de faciliter l'évaluation de leur mise en œuvre.

Ces propositions pourront dépasser le seul cadre de l'organisation sanitaire hospitalière et concerner également la coopération avec le secteur ambulatoire, le secteur médico-social, mais aussi l'information des usagers, la prévention, le développement de la connaissance...

ANNEXES

1. Utilisation possible des données de la base PMSI-EBS dans le cadre des travaux liés aux différentes matières du SROS

		Utilisation possible	Remarques
1	médecine	Oui	Voir ci-dessous
2	chirurgie	Oui	Limites liées à la définition des actes opératoires classants (au sens du PMSI). Le nombre de séjours avec un acte chirurgical est en réalité plus important que le nombre de séjours classés comme « chirurgicaux ». Par ailleurs tous les séjours dans un service de chirurgie ne donnent pas forcément lieu à un acte chirurgical
3	périnatalité	Oui, notamment chapitres 15-16-17 de la CIM	
4	soins de suite, rééducation, réadaptation fonctionnelle	Oui	
5	hospitalisation à domicile	Non	Ce type d'activité n'est pas renseigné dans le PMSI
6	prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins	Non	Aucune donnée concernant le passage par les urgences dans le PMSI avant 2004
7	réanimation, soins intensifs, soins continus	Oui, par des exploitations ad hoc	Exploitation régionale possible de données spécifiques concernant les actes de réanimation dans le PMSI
8	imagerie médicale	Non	La méthode est peu adaptée car les données concernant l'imagerie contenues dans le PMSI ne couvrent qu'une faible partie de cette activité
9	techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale	Non	Exploitation régionale possible de données spécifiques concernant certains actes dans le PMSI
10	prise en charge de l'insuffisance rénale chronique	Oui	Cf. l'enquête nationale SROS IRC de juin 2003
11	psychiatrie et santé mentale	Oui, notamment le chapitre V	La méthode est peu adaptée car le PMSI-MCO ne concerne que les séjours pour troubles mentaux dans les services de médecine
12	prise en charge des personnes âgées	Oui	
13	prise en charge des enfants et adolescents	Oui	
14	prise en charge des personnes atteintes de cancer	Oui, avec de nombreuses précautions méthodologiques	Travaux en cours sur l'utilisation des données du PMSI (notamment dans le cadre du Plan Cancer)
15	soins palliatifs	Oui	Les soins palliatifs ont le code Z.51.5 dans la CIM10 (chapitre 21) Correspond à une catégorie majeure clinique dans le PMSI-SSR
16	prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires	Non	

2. Codes CIM10 correspondant aux différentes rubriques de la liste des diagnostics de la base PMSI-EBS

Liste EBS	Code CIM 10	Diagnostic principal
		1 - MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES
1001	A00 à A09	Maladies intestinales infectieuses
1002	A15 à A19	Tuberculose
1003	A40, A41	Septicémies
1004	A50 à A60, A63, A64	Maladies sexuellement transmissibles
1005	B15 à B19	Hépatites virales
1006	B20 à B24	Maladies dues au V.I.H.
1999	autres codes du chapitre	Autres maladies infectieuses et parasitaires
		2 - TUMEURS
2100	C00 à C97	Tumeurs malignes
2101	C00 à C14	Tumeurs malignes de la lèvre, de la bouche, et du pharynx
2102	C15	Tumeur maligne de l'œsophage
2103	C16	Tumeur maligne de l'estomac
2104	C18 à C20	Tumeurs malignes colo-rectales
2105	C22	Tumeurs malignes du foie et des voies biliaires intrahépatiques
2106	C25	Tumeur maligne du pancréas
2107	C32	Tumeur maligne du larynx
2108	C33, C34	Tumeurs malignes de la trachée, des bronches, et du poumon
2109	C43	Mélanome malin de la peau
2110	C44	Autres tumeurs malignes de la peau
2111	C50	Tumeur maligne du sein
2112	C53	Tumeur maligne du col de l'utérus
2113	C54	Tumeur maligne du corps de l'utérus
2114	C61	Tumeur maligne de la prostate
2115	C67	Tumeur maligne de la vessie
2116	C70 à C72	Tumeur maligne du système nerveux central
2117	C73	Tumeur maligne de la thyroïde
2118	C91 à C95	Leucémies
2119	C77 à C79	Tumeurs malignes secondaires
2199	autres codes du sous-chapitre tumeurs malignes	Autres tumeurs malignes
2200	D00 à D07, D09	Carcinomes in situ
2300	D10 à D36	Tumeurs bénignes
2301	D12	Tumeurs bénignes du côlon, du rectum, de l'anus et du canal anal
2302	D22, D23, D17.0 à D17.3	Tumeurs bénignes de la peau et tumeurs lipomateuses bénignes peau et tissu sous-cutané
2303	D24	Tumeur bénigne du sein
2304	D25, D26	Tumeur bénigne de l'utérus
2305	D27	Tumeur bénigne de l'ovaire
2399	autres codes du sous-chapitre tumeurs bénignes	Autres tumeurs bénignes
2400	D37 à D48	Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue
		3 - MAL. DU SANG ET CERTAINS TROUBLES IMMUNITAIRES
3001	D50 à D53, D55 à D64	Anémies
3999	autres codes du chapitre	Autres maladies du sang et troubles immunitaires
		4 - MALADIES ENDOCRINIENNES ET METABOLIQUES
4001	E00 à E07, E89.0	Affections de la glande thyroïde

Liste EBS	Code CIM 10	Diagnostic principal
4002	E10 à E14	Diabète sucré
4003	E65 à E68	Obésité et autre excès d'apport
4004	E70 à E80, E83 à E88 , E89.1, E89.8, E89.9, E90	Anomalies du métabolisme
4999	autres codes du chapitre	Autres maladies endocriniennes et métaboliques
		5 - TROUBLES MENTAUX (+G30)
5001	F01 à F03	Démences (sauf Alzheimer)
5002	F00 + G30	Maladie et démence d'Alzheimer
5003	F10.0	Intoxication aiguë due à l'alcool
5004	F10.1 à F10.9	Alcoolisme chronique, troubles mentaux dus à l'alcool
5005	F20 à F25, F28, F29	Schizophrénie, autres troubles délirants non organiques
5006	F30 à F34, F38, F39, F43.2, F53.0, F92.0	Dépression, autres troubles de l'humeur
5007	F40 à F42, F43.0, F43.1, F43.8, F43.9, F44, F45.2, F48, F52, F60 à F66, F68, F69, F90, F91, F92.8, F92.9, F93, F94	Troubles névrotiques, de la personnalité, et du comportement
5008	F45.0, F45.1, F45.3 , F45.4, F45.8, F45.9, F50, F54, F59, F98.2, F98.3	Troubles psycho-somatiques ou alimentaires
5999	autres codes du chapitre	Autres troubles mentaux
		6 - MALADIES DU SYSTEME NERVEUX (sauf G30)
6001	G00 à G09	Maladies inflammatoires du système nerveux central
6002	G20 à G22	Maladie de Parkinson
6003	G35	Sclérose en plaques
6004	G40, G41	Epilepsie
6005	G45	Ischémie cérébrale transitoire
6006	G47	Troubles du sommeil
6007	G56.0	Syndrome du canal carpien
6008	G50 à G55, G57 à G59	Autres affections des nerfs, racines et plexus nerveux
6999	autres codes du chapitre (sauf G30)	Autres maladies du système nerveux
		7 - MALADIES DE L'ŒIL ET DE SES ANNEXES
7001	H25, H26, H28.0 à H28.2	Cataracte
7002	H33	Décollement, déchirure de la rétine
7003	H40, H42	Glaucome
7004	H49 à H51	Strabisme, autres anomalies mouvements binoculaires
7999	autres codes du chapitre	Autres maladies de l'œil et de ses annexes
		8 - MALADIES DE L'OREILLE ET APOPHYSE MASTOÏDE
8001	H65 à H67, H70	Otite moyenne et mastoïdite
8002	H81, H82	Atteinte des fonctions vestibulaires et syndrome vertigineux au cours de maladies classées ailleurs
8003	H90, H91	Surdité
8999	autres codes du chapitre	Autres maladies de l'oreille et apophyse mastoïde
		9 - MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE
9001	I10 à I13, I15	Maladies hypertensives
9002	I20	Angine de poitrine
9003	I21, I22	Infarctus aigu du myocarde
9004	I23, I24	Autres cardiopathies ischémiques aiguës
9005	I25	Cardiopathies ischémiques chroniques

Liste EBS	Code CIM 10	Diagnostic principal
9006	I26	Embolie pulmonaire
9007	I34 à I39	Valvulopathie cardiaque non rhumatismale
9008	I44 à I49	Troubles de la conduction et du rythme cardiaque
9009	I50, I97.1	Insuffisance cardiaque
9010	I60 à I62	Hémorragie méningée, cérébrale, intracrânienne
9011	I63, I65, I66	Thrombose artères cérébrales et pré-cérébrales
9012	I64	Accident vasculaire cérébral mal défini
9013	I70	Artériosclérose périphérique
9014	I71	Anévrisme aortique et dissection
9015	I74	Embolie et thrombose artérielle
9016	I80 à I82	Phlébite et thrombophlébite
9017	I83	Varices des membres inférieurs
9018	I84	Hémorroïdes
9999	autres codes du chapitre	Autres maladies de l'appareil circulatoire
		10 - MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
10001	J00 à J06	Affections aiguës voies respiratoires supérieures
10002	J12 à J18	Pneumonie
10003	J20 à J22	Bronchites et bronchiolites aiguës
10004	J31	Rhinite, rhinopharyngite, pharyngite chroniques
10005	J32	Sinusite chronique
10006	J34.2	Déviation de la cloison nasale
10007	J35	Maladies chroniques des amygdales, des végétations adénoïdes
10008	J45, J46	Asthme
10009	J40 à J44, J47, J95.3, J96.1, J96.9	Bronchite chronique, maladies pulmonaires obstructives chroniques
10010	J93	Pneumothorax
10011	J86, J90 à J92, J94	Pleurésie
10999	autres codes du chapitre	Autres maladies de l'appareil respiratoire
		11 - MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
11001	K00 à K08	Maladies des dents et du parodonte
11002	K20 à K23	Maladies de l'oesophage
11003	K25 à K28	Ulcères de l'estomac et du duodénum
11004	K29	Gastrite, duodénite
11005	K35 à K38	Appendicite
11006	K40	Hernie inguinale
11007	K41 à K46	Autres hernies abdominales
11008	K50 et K51	Maladie de Crohn et recto-colite hémorragique
11009	K52	Autres gastro-entérites et colites non infectieuses
11010	K56, K91.3	Occlusion sans mention de hernie
11011	K57	Diverticulose intestinale
11012	K58, K59	Syndrome de l'intestin irritable et autres troubles fonctionnels de l'intestin
11013	K60, K61	Fistule, abcès région anale et rectale
11014	K70	Maladie alcoolique du foie
11015	K71-K77	Autres maladies du foie
11016	K80	Lithiase biliaire
11017	K85, K86; K87.1	Maladies du pancréas
11018	K92.0 à K92.2	Hémorragie digestive sans mention d'ulcère
11999	autres codes du chapitre	Autres maladies de l'appareil digestif

Liste EBS	Code CIM 10	Diagnostic principal
		12 - MALADIES DE LA PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANE
12001	L00 à L05, L08	Infections peau, tissu cellulaire sous-cutané
12002	L60.0	Ongles incarnés
12999	autres codes du chapitre	Autres maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
		13 - MALADIES DU SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE, DES MUSCLES ET DU TISSU CONJONCTIF
13001	M16	Coxarthrose
13002	M17	Gonarthrose
13003	M23	Lésion interne du genou
13004	M00-M15, M18-M22, M24-M25	Autres athropathies
13005	M30-M36	Affections disséminées du tissu conjonctif
13006	M40-M49	Dorsopathies avec déformation et spondylopathies
13007	M50-M52	Atteintes des disques intervertébraux
13008	M54	Dorsalgies
13009	M72.0	Maladie de Dupuytren
13999	autres codes du chapitre	Autres maladies du système ostéo-articulaire
		14 - MALADIES DE L'APPAREIL GENITO-URINAIRE
14001	N00 à N08, N25, N26	Néphrite, syndrome néphrotique, néphrose
14002	N10 à N12, N15, N16, N39.0	Infection rein et voies urinaires
14003	N17 à N19, N99.0	Insuffisance rénale
14004	N20 à N23	Calculs des voies urinaires
14005	N30, N33.0	Cystite
14006	N39.3, N81	Prolapsus génital
14007	N46, N96 à N98	Stérilité
14008	N40	Hyperplasie de la prostate
14009	N43	Hydrocèle et spermatocèle
14010	N47	Phimosi
14011	N60 à N64	Affections du sein
14012	N70 à N77	Affections inflammatoires des organes génitaux féminins
14013	N80	Endométriose
14014	N83.0, N83.1 et N83.2	Kyste de l'ovaire et du corps jaune
14015	N84	Polype de l'appareil génital de la femme
14016	N87	Dysplasie du col de l'utérus
14017	N91 à N94	Hémorragies génitales, troubles menstruation
14999	autres codes du chapitre	Autres maladies de l'appareil génito-urinaire
		15 - GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET PUERPERALITE
15001	O03	Avortement spontané
15002	O04	Avortement médical
15003	O00 à O02, O05 à O08	Autres grossesses se terminant par un avortement
15004	O47	Menace d'accouchement prématuré et faux travail
15005	O10 à O16, O20 à O26, O28 à O36, O40 à O46, O48	Autres complications de la grossesse prédominant dans la période anténatale
15006	O60-O75	Complications du travail et de l'accouchement
15007	O80	Accouchement unique et spontané
15008	O81 à O84	Autres accouchements
15999	autres codes du chapitre	Autres pathologies liées à la grossesse et à l'accouchement

Liste EBS	Code CIM 10	Diagnostic principal
		16 - CERTAINES AFFECTIONS DONT L'ORIGINE SE SITUE DANS LA PERIODE PERINATALE
16001	P05, P07	Prématurité et hypotrophie
16999		Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
		17 - MALFORMATIONS CONGENITALES ET ANOMALIES CHROMOSOMIQUES
17001	Q20 à Q28	Malformations congénitales cardio-vasculaires
17002	Q38 à Q45	Malformations congénitales de l'appareil digestif
17003	Q50 à Q56	Malformations congénitales des organes génitaux
17004	Q60 à Q64	Malformations congénitales de l'appareil urinaire
17005	Q65 à Q79	Malformations congénitales ostéo-articulaires et musculaires
17999	autres codes du chapitre	Autres malformations congénitales et anomalies chromosomiques
		18 - SYMPTOMES, SIGNES ET RESULTATS ANORMAUX D'EXAMENS CLINIQUES ET DE LABORATOIRE
18001	R00 à R02, R04 à R07, R09, R57	Symptômes et signes relatifs aux appareils circulatoire et respiratoire
18002	R10 à R19	Symptôme de l'appareil digestif et de l'abdomen
18003	R25 à R27, R29	Symptômes du système nerveux et ostéo-musculaire
18004	R30 à R36, R39	Symptômes appareil urinaire
18005	R40 à R42, R50 à R56, R58 à R64, R68	Symptômes et signes généraux
18006	R03, R70 à R87, R89 à R94	Résultats anormaux examens sans symptômes
18999	autres codes du chapitre	Autres symptômes, signes et résultats anormaux
		19 - LESIONS TRAUMATIQUES ET EMPOISONNEMENTS
19001	S02.0 à S02.4, S02.6 à S02.9, S07.1	Fracture crâne et os de la face
19002	S06	Traumatisme crânien
19003	S12, S22, S32, T02.1, T08	Fracture colonne et os du tronc
19004	S42, S52, S62, T02.2, T02.4, T10	Fracture du membre supérieur
19005	S72.0 à S72.2	Fracture du col du fémur
19006	S72.3, S72.4, S72.7 à S72.9, S82, S92, T02.3, T02.5, T12	Autres fractures du membre inférieur
19007	S03, S09.1, S13, S16, S23, S29.0, S33, S39.0, S43, S46, S53, S56, S63, S66, S73, S76, S83, S86, S93, S96, T03, T06.4, T09.2, T09.5, T11.2, T11.5, T13.2, T13.5, T14.3, T14.6	Luxations et entorses
19008	S26, S27, S36, S37, S39.6, T06.5	Traumatismes intrathoracique, intra-abdominal
19009	S04, S14, S24, S34, S44, S54, S64, S74, S84, S94, T06.0 à T06.2, T09.3, T09.4, T11.3, T13.3, T14.4	Traumatisme des nerfs
19010	S01, S02.5, S05.2 à S05.7, S08, S09.2	Plaie tête (inclu globe oculaire)
19011	S61	Plaie ouverte du poignet et de la main

Liste EBS	Code CIM 10	Diagnostic principal
19012	S41, S48, S51, S58, S68, T01.2, T05.0 à T05.2, T11.1, T11.6, S71, S78, S81, S88, S91, S98, T01.3, T05.3 à T05.5, T13.1, T13.6	Autres plaies des membres
19013	T15 à T19	Corps étranger par orifice naturel
19014	T20 à T32	Brûlure et corrosion
19015	T36 à T50	Intoxication produit pharmaceutique
19016	T51 à T65	Intoxication produit non pharmaceutique
19017	T80 à T88	Complications d'actes chirurgicaux et soins médicaux non classés ailleurs
19018	T90 à T98	Séquelles de lésions traumatiques et empoisonnements
19999	autres codes du chapitre	Autres lésions traumatiques et empoisonnements
		21 - AUTRES MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS
21001	Z00 à Z04, Z08 à Z13	Examens, investigations sans résultats anormaux
21002	Z30.2	Stérilisation
21003	Z31	Mesures procréatives
21004	Z35	Surveillance d'une grossesse à haut risque
21005	Z36	Dépistage prénatal
21006	Z38	Enfants nés vivants
21007	Z51.5	Soins palliatifs
21999	autres codes du chapitre	Autres motifs de recours aux soins