

**P16****Indicateurs de la qualité du codage des complications et morbidités associées (CMA)**

A. Patris, S. Gomez, P. De Mey

*Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), Lyon, France**Mots clés :* GHM ; DRG creep

*Introduction.*— Depuis l'introduction de quatre niveaux de sévérité dans la classification en Groupes homogènes de malades (GHM), et les dérivés potentielles, il est important de disposer d'index tendant à mesurer la qualité du codage des CMA (complications et morbidités associées). Les applications seraient diverses : détecter des non conformités, expliquer des déficits, modifier la nomenclature des diagnostics ou les consignes de codages, maintenir les niveaux de sévérité, expliquer des taux de décès attendu anormaux. On présente les travaux déjà menés par l'ATIH dans ce domaine. On s'attache à en montrer la pertinence, à savoir la propension à détecter des changements dans le niveau de sévérité codage et non dans les recrutements des patients.

*Méthodes.*— On dispose de deux familles d'indicateurs : les uns qualifient les établissements (par exemple : ratio entre le pourcentage de séjours en niveau 3 et un taux attendu), les autres qualifient les diagnostics (évolution des effectifs, répartition, effet isolé).

*Résultats.*— Un indicateur combinant la sévérité et la durée de séjour, ajustées par racines, s'est avéré pertinent pour pointer des établissements en grand déficit, ou des établissements avec des taux de mortalité standardisés anormaux. Le suivi des effets isolés par diagnostic permet de voir l'évolution de leur effet sur la durée moyenne de séjour (DMS) en fonction de l'augmentation ou de la diminution de leur utilisation, éventuellement par établissement ou groupe d'établissements. Cela représente une aide majeure pour la maintenance des CMA.

Enfin on a montré que la fréquence et la dispersion d'une CMA dans la *case-mix* d'un établissement est reliée d'une manière complexe à son effet sur la DMS dans l'établissement.

*Discussion et conclusion.*— Il semble possible de construire des outils pertinents. Toutefois, les méthodes ne sont pas encore finalisées.

doi: 10.1016/j.respe.2011.12.051

**P17****Étude des cryptorchidies et hypospadias opérés en France de 1998 à 2008 chez le petit garçon âgé de moins de sept ans à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)**

A.-C. Paty, E. Gomes do Espirito Santo, F. Suzan

*Département des maladies chroniques et traumatismes, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France**Mots clés :* Cryptorchidie ; Hypospadias ; PMSI

*Introduction.*— L'objectif de notre étude était d'analyser l'évolution temporelle et la variation géographique des interventions chirurgicales pour cryptorchidies et hypospadias.

*Méthodes.*— L'algorithme de sélection des séjours hospitaliers reposait à partir de la base nationale PMSI sur :

- la coexistence dans un séjour hospitalier d'un diagnostic de cryptorchidie ou d'hypospadias et d'un code d'acte chirurgical correspondant à la malformation congénitale ;

- au moins un des deux codes devait être spécifique de la pathologie.

L'analyse a été réalisée sur les séjours hospitaliers et la région de référence était celle du domicile.

*Résultats.*— Sur la période 2005–2008, le taux d'interventions chirurgicales pour cryptorchidie est de 2,65 pour 1000 garçons âgés de moins de sept ans/an en métropole avec une augmentation de 1,8 % par an entre 1998 et 2008 et de 1,37 dans les DOM avec une augmentation de 4 % par an entre 2000 et 2008. Pour l'hypospadias, ce taux est de 1,14 en métropole en 2005–2008 et augmente annuellement de 1,2 %. Dans les DOM, il est de 0,66 sans augmentation significative.

*Discussion et conclusion.*— Les taux d'interventions chirurgicales témoignent de la gravité de la pathologie (formes opérées). Ils dépendent également de l'offre de soins, des pratiques médicales et des habitudes de codage du PMSI. Ils constituent, néanmoins, de bons indicateurs pour les analyses de tendance temporelle et de variations géographiques de la prise en charge opératoire de ces maladies, notamment depuis l'avènement de la tarification à l'activité en 2005. Une augmentation annuelle du taux d'interventions chirurgicales pour cryptorchidie, plus faible pour l'hypospadias est montrée. Une variabilité régionale est retrouvée, ni systématique aux deux malformations congénitales étudiées, ni strictement superposable à la densité chirurgicale régionale.

doi: 10.1016/j.respe.2011.12.052

**P18****Analyse de la morbidité d'une maladie rare à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : exemple de la drépanocytose**

A.-C. Paty, F. Suzan

*Département des maladies chroniques et traumatismes, Institut de veille sanitaire (InVS), Saint-Maurice, France**Mots clés :* Drépanocytose ; Hérité ; PMSI

*Introduction.*— Dans le cadre de la surveillance des maladies rares en France, l'InVS produit des indicateurs de morbidité hospitalière à partir du PMSI. La drépanocytose est la première pathologie pour laquelle la description de l'évolution des patients et des séjours hospitaliers a été étudiée. Cette maladie génétique de l'hémoglobine est une des maladies héréditaires les plus fréquentes en France.

*Méthodes.*— Ont été retenus tous les séjours pour hospitalisation et pour séance (en court-séjour) de personnes résidentes en France métropolitaine et dans les DOM (Martinique, Guadeloupe, Réunion), dans les résumés desquels sont codés en diagnostic principal (DP), relié (DR) ou associé (DAS) au moins un code de la CIM-10 de la drépanocytose, trait drépanocytaire (forme mineure de la drépanocytose) exclu. L'analyse concerne la période 2004–2009 et a porté sur la description des séjours et, après chaînage, des patients.

*Résultats.*— Sur la période 2004–2009, 137 447 séjours de personnes atteintes de drépanocytose ont été identifiés, dont 77 % pour hospitalisation et 23 % pour séance (majoritairement pour transfusions), ce qui correspond à environ 7355 patients pris en charge annuellement. Le taux d'hospitalisations (hors séance) est de 28 pour 100 000 habitants et le nombre d'hospitalisations augmente en moyenne de 3,5 % (IC : [1,7 % ; 5,2 %]) par an. Les personnes atteintes de drépanocytose sont hospitalisées en moyenne trois fois par an et cumulent près de dix jours d'hospitalisation sur 12 mois, avec des variations significatives selon l'âge. Le nombre d'enfants âgés de moins de deux ans identifiés dans le PMSI est comparable à ceux dépistés par l'AFDPHE (375 cas en moyenne par an entre 2006 et 2009).

*Discussion et conclusion.*— Les indicateurs définis ne permettent pas d'estimer la prévalence de la maladie mais ils offrent la possibilité de suivre l'évolution du nombre annuel de patients hospitalisés et les caractéristiques de leur prise en charge hospitalière.

doi: 10.1016/j.respe.2011.12.053

**P19****Les déterminants du recours à la chirurgie ambulatoire dans les établissements hospitaliers de Champagne-Ardenne et de Lorraine**

O. Pereira, D. François, J.-P. Gara, J.-P. Mineur

*Direction régionale du service médical du Nord-Est, Nancy, France**Mots clés :* Chirurgie ambulatoire ; MSAP

*Introduction.*— L'assurance maladie s'investit depuis 2001 dans le développement du recours à la chirurgie ambulatoire. La mise sous accord préalable