

POSTERS

Logiciel de remontée automatisée de données quantitatives et qualitatives issues du PMSI

S BRUANT¹, F DUPORTAIL¹, A BEAUCHET¹, AS LOT¹

¹ *Département de santé publique et d'information médicale, Hôpital Ambroise Paré, 92100 Boulogne, France*

Auteur correspondant : Anne-Sophie LOT, anne-sophie.lot@apr.aphp.fr, Hôpital Ambroise Paré, 9 avenue Charles de Gaulle, 92100 Boulogne, Tél : 0149095668, Fax : 0149095827

Introduction : En vue d'améliorer l'exhaustivité, mais aussi la qualité du codage, un programme permettant la remontée auprès des services de l'hôpital Ambroise Paré d'informations quantitatives et qualitatives issues du PMSI a été mis en place en juillet 2010.

Méthode : Le programme a été écrit avec le logiciel SAS. Il permet un accès direct à la base de données Simpa utilisée à l'APHP pour les données PMSI et une automatisation des sorties par service au format PDF. Ce programme réalise l'ensemble de ces fonctions en moins de dix minutes. Les informations quantitatives comprennent : l'exhaustivité, le dénombrement des séjours par secteur, les durées moyennes de séjour et de passage avec leur l'index de performance, la distribution des modes d'entrée et de sortie. Les informations qualitatives comportent : le case-mix des GHM, la nature des séjours (chirurgicaux, médicaux, avec ou sans acte classant, inférieurs ou supérieurs aux bornes), la sévérité. Pour la réanimation, le nombre de jours d'hospitalisation avec supplément de réanimation et l'IGS 2 moyen sont également mentionnés.

Enfin sont fournies des données relatives aux patients : âge, sexe, lieu de résidence et nombre de patients pris en charge.

Résultats : Quatre mois après la mise place, l'exhaustivité globale cumulée depuis le 1^{er} janvier 2010 est passée de 98,5% en juin à 99,9% en septembre ($p < 0,0001$).

Discussion/Conclusion : L'exhaustivité s'est améliorée grâce à une meilleure implication des services qui ont rattrapé les retards de codage. L'intérêt pour le DIM est la facilité d'utilisation du programme, une plus grande rapidité de réponse aux demandes des services et une diminution de la sollicitation des services. L'impact sur la qualité du codage est en cours d'évaluation.

Certains logiciels commerciaux fournissent des données similaires mais sont onéreux et difficiles à faire évoluer.

Nous souhaiterions transcrire le programme avec le logiciel R, afin de le mettre à disposition gratuitement.

Mots clés : exhaustivité, logiciel

Evaluation médico-économique de la prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate

Pauline Soler ⁽¹⁾, Gautier Rollin ⁽²⁾, Didier Fabre ⁽¹⁾, Pascal Rischmann ⁽³⁾, Michel Soulié ⁽²⁾, Laurent Molinier ⁽¹⁾

⁽¹⁾ INSERM, U558, Toulouse, F-31000 France ; CHU Toulouse, Département d'Information Médicale, Toulouse, F-31000 France.

⁽²⁾ CHU Toulouse, Service d'urologie du Pr Plante, Toulouse, F-31000 France

⁽³⁾ CHU Toulouse, Service d'urologie du Pr Rischmann, Toulouse, F-31000 France

Mots clés : hypertrophie bénigne de prostate, évaluation médico-économique

Introduction : L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) touche plus de la moitié des hommes de plus de 60 ans. 15% auront recours à une intervention chirurgicale.

L'objectif de cette étude était de comparer les coûts moyens d'hospitalisation à moyen terme engendrés par la résection monopolaire (RmTUP), et la vaporisation bipolaire transurétrale de prostate (VbTUP).

Méthodes : Les patients opérés d'une hypertrophie bénigne de prostate, entre Novembre 2008 et Février 2010 ont été inclus.

Les séjours concernant l'intervention, et les réhospitalisations au cours des 3 mois suivants, ont été étudiés.

Les coûts directs médicaux des séjours hospitaliers ont été calculés.

L'étude a été réalisée en adoptant le point de vue de l'établissement.

Résultats : 86 patients ont été inclus (44 RTUP et 42 VbTUP).

Les populations sont comparables concernant l'âge (69 ans vs 73 ans), le risque anesthésique (score ASA), et le traitement anti-coagulant (31% vs 45%).

A volume prostatique différent (42 vs 60mL), le temps opératoire par gramme de prostate est équivalent.

Le suivi ne révèle pas de différence concernant les durées de séjour (4,4 vs 4 jours), ou de sondage (3,4 vs 2,8 jours), ainsi que les taux de réhospitalisation (18% vs 14%) et complication (32% vs 25%).

Le prix des consommables diffère (252 vs 72 euros).

Les coûts moyens de l'hospitalisation initiale, et le coût total moyen par patient des hospitalisations à 3 mois sont équivalents ($p > 0,05$).

Une plus grande homogénéité des variances du coût total moyen des hospitalisations s'observe dans le groupe VbTUP ($p < 0,05$).

Discussion/Conclusion : Bien que ne prenant en compte que les séjours hospitaliers, cette étude constitue la première estimation du coût des chirurgies de l'hypertrophie bénigne de prostate. Elle met en avant une plus grande homogénéité des coûts dans le groupe VTUP.

Ces résultats sont à confirmer au cours d'une étude prospective, multicentrique évaluant plus largement les conséquences médicales et économiques.

Evaluation du coût d'une nouvelle prise en charge : l'exemple des cancers du rein traités par cryothérapie à l'hôpital Saint Louis en 2008, APHP.

Cécile Mignot, Sylvie Chevret, Rémi Flicoteaux

Département de Biostatistique et d'information médicale, Hôpital Saint Louis, Paris.

Introduction : La cryothérapie a été validée dans la prise en charge des cancers du rein inférieurs à 4 cm. Absente des référentiels nationaux, le coût de cette prise en charge est largement supporté par les établissements et non connu en France.

Méthodes : Nous avons décomposé le coût du séjour en une somme du coût d'hospitalisation et du coût de l'acte. Le coût de l'acte a été évalué par extrapolation des index de coût relatif (ICR) de radiologie interventionnelle ajouté au coût du matériel onéreux. Le coût de l'hospitalisation a été évalué par la comptabilité analytique (coût par journée d'hospitalisation) et l'enquête nationale des coûts (ENC). Nous avons comparé le coût de ces séjours à la prise en charge de référence (néphrectomie partielle) estimé par la même méthode.

Résultats : Dix actes de radiologie interventionnelle ont servi de référence pour l'évaluation du coût de la cryothérapie. L'hétérogénéité des ICR a été prise en compte par une analyse de sensibilité. Dans l'ENC 2008, nous avons retenu le groupe homogène de malade 12M05T, représenté par 5 séjours. L'analyse en fonction du coût des actes et des résultats de l'ENC donne une estimation médiane à 6366 €(extrêmes : 5635 € 6860 €). Associé à la comptabilité analytique, le coût total médian est estimé à 6622 €(extrêmes : 5891 € 7116 €). Pour la néphrectomie partielle, l'estimation médiane par la comptabilité analytique est de 8849 €(extrêmes : 4282 € 13680 €) en fonction de l'acte CCAM réalisé et de la durée de séjours (référence de 6 séjours en 2008).

Discussion / Conclusion : Dans les limites de l'évaluation du coût de la cryothérapie et du faible nombre de séjours étudiés, on retrouve que le coût de la nouvelle prise en charge était inférieur à celui de la prise en charge habituelle.

Evaluation du coût de la vertébroplastie dans le groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal

P. Troude¹, A. Dozol¹, C. Labalette¹, G. Pegon¹, J-D. Laredo², C. Segouin¹

¹*Service de Santé Publique et Economie de la Santé, groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal, Assistance Publique- Hôpitaux de Paris*

²*Unité clinique de radiologie viscérale et vasculaire, Groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal, Assistance Publique- Hôpitaux de Paris*

Adresse pour correspondance :

Dr Pénélope Troude, Service de santé publique et économie de la santé, Groupe Hospitalier Lariboisière-Fernand Widal,

2, rue Ambroise-Paré, F-75475 Paris Cedex 10.

E- email : penelope.troude@lrb.aphp.fr

Téléphone : 01 49 95 89 63 ; fax : 01 49 95 64 52

Introduction : La vertébroplastie est une technique de radiologie interventionnelle utilisée dans la prise en charge des lésions vertébrales qui s'est développée aux cours des vingt dernières années. Depuis le passage à la tarification à l'activité (T2A) à 100%, les radiologues se posent la question de la juste valorisation d'activités impliquant des actes techniques spécifiques et des dispositifs relativement coûteux. L'hypothèse est que de telles activités pourraient être sous-valorisées. L'objectif était d'étudier le coût hospitalier des vertébroplasties réalisées en radiologie interventionnelle dans le groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal, pour des patients hospitalisés, et de le comparer aux recettes.

Matériels et méthode : Etude de coût rétrospective, du point de vue de l'hôpital, portant sur les 60 séjours avec un acte de vertébroplastie réalisée en 2008 ou 2009, après exclusion de ceux comportant un acte chirurgical ou une prise en charge au bloc (n=4). Les coûts d'utilisation de la salle de neuroradiologie interventionnelle et d'hospitalisation ont été calculés à partir du coût moyen des unités d'œuvre retenues dans la structure, respectivement ICR et journée d'hospitalisation. Les recettes ont été calculées en appliquant les GHS en vigueur pour les périodes étudiées.

Résultats : Les coûts moyens par patient étaient : 9 686 euros en 2008 (n=24) et 8 802 euros en 2009 (n=36), les recettes moyennes par patient étaient respectivement : 4 912 euros et 4 232 euros. Les recettes générées par ces séjours étaient inférieures aux coûts pour les deux années étudiées. Après exclusion des séjours les plus longs cet écart diminuait, mais les recettes restaient inférieures aux coûts.

Discussion : Malgré les faibles effectifs, les séjours comportant un acte de vertébroplastie semblent sous-valorisés. Une prochaine étape sera d'évaluer le coût de réalisation de l'acte pour des patients extérieurs à l'hôpital afin de le comparer à l'évaluation réalisée chez les patients hospitalisés.

Mot-clés : vertébroplastie, étude de coûts, radiologie interventionnelle.

Identito Vigilance, l'affaire de tous !

J. Talmud¹, C. Gogibus², C. Gest³, C. Rousselin⁴

1. Médecin DIM, Hôpital La Musse, France

2. Cadre Informaticien, Hôpital La Musse, France

3. Direction Qualité, Hôpital La Musse, France

4. Responsable Laboratoire Biologie, Hôpital La Musse, France

Auteur correspondant : TALMUD Jérôme

j.talmud@hlrs-lamusse.net

Médecin DIM, Hôpital La Musse

Allée Louis Martin - 27180 Saint Sébastien de Morsent

Tel : 02 32 29 31 77

Fax : 02 32 29 31 53

Introduction : L'identito-vigilance est un élément clé de la qualité de la gestion des données à l'hôpital. Un groupe spécifique travaillant sur ce thème transversal a élaboré une démarche d'amélioration de la qualité dans le cadre de la Certification pour sensibiliser, former tous les acteurs de la prise en charge du patient.

Méthodes : L'interfaçage du groupe avec les applications professionnelles a transformé le contexte de l'identification du patient. Des procédures et des outils documentaires sont à la disposition des professionnels de terrain qui bénéficient aussi de sessions de formation.

Des enquêtes régulières de signalement d'incidents entreprises dans toutes les unités recevant des patients consistent au remplissage d'une fiche détaillée relevant lieu, type et nombre d'erreurs.

Le Système d'Informations propose des outils et éditions de contrôle permettant de détecter les doublons potentiels d'identité.

Résultats : 36 erreurs ont été colligées en septembre 2010 sur les 651 patients de l'établissement.

L'étiquetage reste le plus grand pourvoyeur avec 33% des cas.

Le nom et la date de naissance (inexactitude) représentent 15 % chacun des erreurs.

Diverses erreurs administratives apparaissent : régime matrimonial, mutuelle, numéros de sécurité sociale, téléphone.

L'aphasie a été notée dans un cas.

Discussion/Conclusion : Les erreurs d'identification du patient sont fréquentes. La Certification V2010 (critère 15a) définit l'identito-vigilance comme une pratique exigible prioritaire à toutes les étapes de la prise en charge du patient.

Les résultats des enquêtes régulièrement menées ont un aspect préventif. La chaîne est « auto-réparatrice », beaucoup d'erreurs sont corrigées en cours d'exécution.

L'enregistrement informatique des dossiers répond à des règles strictes, ainsi que les contrôles sur la base de données, avec traçabilité des modifications sur les identités et fusions d'IPP.

L'identito-vigilance est l'affaire de tous !

Mots clés : Identito-Vigilance, Qualité

Quel paramètre médico-économique choisir ? Étude de la corrélation GHM/GHS/tarif depuis 2004.

Dr Guylhem Aznar*
*CHU de Fort de France

Introduction : La vérification des paiements T2A est hors du champ de fonction habituel du DIM. En outre, les DIM ont pris l'habitude d'utiliser les GHM, qui ne sont pas un critère direct de tarification, mais un paramètre intermédiaire. Il en résulte un possible biais dans la plupart des études utilisant la notion de GHM.

Il est postulé que ces faits sont liés à l'évolution des calculs de tarification, et que d'autres paramètres sont préférables. Les formules ont donc été étudiées pour tester ce postulat et étudier les corrélations dans le temps.

Méthode : L'évolution des formules de tarification depuis le début de la T2A est présentée, puis un algorithme de calcul est proposé pour aboutir à une valeur en euro à partir des données du RSA. Les formules des différentes années sont comparées.

Résultats : On constate la complexification progressive des formules, un rôle progressivement plus important des suppléments, et une réduction de la corrélation entre les GHM et les GHS.

Toutefois, le GHS garde dans le temps une place prépondérante, et peut lever certaines différences économiques liées au GHM. Plusieurs exemples sont présentés, où l'utilisation du GHM ne permet pas de préciser quel tarif final doit être apporté.

Discussion-Conclusion : Le GHM est un paramètre indirect du tarif final. Le GHS est bien mieux corrélé au tarif final, de manière plus robuste dans le temps malgré l'irruption de suppléments. En conséquence, utiliser le seul GHM dans une étude médico-économique peut dans certains cas, dont la fréquence augmente depuis 2004, être un biais supplémentaire, du fait de l'imprécision conséquente dans la tarification finale.

Cette imprécision peut être levée en ayant recours aux actes CCAM, mais les comparaisons deviennent alors plus complexes, utilisant deux paramètres intermédiaires au lieu du critère le plus étroitement lié au résultat financier final, le GHS.

Identification des épisodes d'accident vasculaire cérébral multi-établissements dans la base PMSI

Olivier Grimaud, Fei Gao, Jean-François Philippon, Avner Bar-Hen.
EHESP, Av du Pr Léon Bernard, 35043 RENNES.

Introduction : Plusieurs séjours PMSI pour un même patient peuvent correspondre soit à des récurrences, soit à des admissions successives, au sein d'une filière par exemple, pour la prise en charge d'un même épisode de maladie. Dans cette étude sur les accidents vasculaires cérébraux (AVC) nous avons tenté d'identifier les admissions successives pour un même AVC et de comparer leurs caractéristiques à celles des autres séjours.

Méthodes : Les données proviennent de la base PMSI national MCO 2008. Les séjours ont été définis comme contigus lorsque, pour un même patient, un jour au maximum séparait la fin d'un séjour et le début du suivant. Un enregistrement « AVC multi-établissements » a alors été construit à partir d'information provenant du séjour initial (ex mode d'admission), du séjour final (ex mode de sortie) ou de l'ensemble des séjours (ex somme des durées de séjour).

Résultats : Une fois les AVC multi-établissements construits, la base PMSI 2008 comptabilise 108 113 épisodes d'AVC dont 6 091 multi-établissements (6%). Ces derniers sont pour une grande majorité (90%) composés de deux séjours contigus. Comparés aux autres séjours, les AVC multi-établissements concernent des patients plus jeunes (67 versus 73 ans), plus fréquemment atteints d'hémorragie intracérébrale (23% versus 15%) ou d'hémorragie méningée (14% versus 5%), dont la durée médiane de séjour est plus longue (14 versus 9 jours) et bénéficiant plus souvent d'une admission en unité neurovasculaire (23% versus 14%). La proportion de décès à l'issue des AVC multi-établissements était également significativement plus faible (11% versus 15%).

Conclusion : Ces résultats préliminaires sont conformes à l'hypothèse que les AVC multi-établissements correspondent, en partie, aux transferts de patients en phase aigüe vers des structures de prise en charge plus spécialisées. D'autres critères d'identification pourraient cependant être appliqués pour associer différents séjours au même épisode de maladie.

Qualité du codage informatique et de la concordance des données avec celles du dossier médical en soins de suite et réadaptation

JJ. LLOVERAS, N. ZANOUNE, MI. SHUKR, A. LINDOULSI , M. BLAISOT, P. GRIMA
*Centre de Rééducation Fonctionnelle, 5 Cours des Quinconces, 31110 BAGNERES DE
LUCHON , France*

But : Le but de ce travail est d'étudier la cohérence et de contrôler la qualité des données utilisées à partir du dossier médical non informatisé avec celles transmises au DIM ,puis codées dans un système ORBIS-PMSI.

Matériel et méthode : L'étude est réalisée dans un service de SSR comprenant 117 lits (en 2009 : 1083 admissions ; 33097 Journées d'hospitalisation). Le codage informatique est centralisé mais utilise un support -papier intermédiaire complété par les différents intervenants : médecins, IDE, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, manipulateurs radio, diététicienne, assistantes sociales.

Ce « dossier patient », différent du dossier médical lui-même, est tenu à jour au sein du DIM et utilisé pour le codage informatique. Dix dossiers de séjours ont été tirés au sort entre Aout 2009 et Aout 2010. Dossier patient, données informatiques et dossier médical ont été comparés en utilisant une grille de référence comprenant 87 items pour préciser leur conformité et le nombre d'erreurs commises.

Résultats : Sur les 870 items complétés, 22 « erreurs » ont été relevées : elles portaient sur l'ensemble des dix dossiers .

Parmi elles, 19 concernaient les dossiers remplis par les intervenants ; 11 relevaient d'anomalies de retranscription n'affectant pas la cohérence ou l'exactitude des données ;8 correspondaient à des insuffisances de précision sur le dossier intermédiaire portant sur l'identité du patient ou les scores de dépendance, et susceptibles de répercussion. Seules trois erreurs concernaient directement le codage informatique, portant toutes sur le temps d'intervention en kinésithérapie soit environ 0,34%(3/870).

Conclusion : Ce système de codage, centralisé, est susceptible d'améliorer la qualité du fait de l'habitude acquise ; les dossiers intermédiaires permettent une vérification assez aisée. Cependant, on ne peut exclure des erreurs initiales maintenues, voire amplifiées par cette méthode.

MOTS CLES : PMSI, Qualité,SSR

Auteur correspondant : JJ LLOVERAS, 5 cours des Quinconces, 31110 BAGNERES DE LUCHON Tel : 0561799300 ;Fax :0561799425 ; jllloveras@yahoo.fr

Mesure des conséquences économiques des décisions politiques de divergence entre coûts ENC et tarifs T2A en secteur Public

Dr Guylhem Aznar*
*CHU de Fort de France

Introduction : Étude Nationale de Coûts (ENC) nous avertit sur ses différences de périmètre avec la Tarification à l'Activité (T2A) : on ne devrait rien comparer vu les biais (suppléments), et l'effet de volume du casemix. Toutefois, vu l'intérêt d'une comparaison directe, une méthode est étudiée.

Méthode : Un algorithme valorise chaque séjour de la base nationale 2006. Pour 3 arrêtés de versement vérifiés, la divergence maximale de valorisation est 0.013% hors suppléments. Les GHS aux libellés peu variants sont identifiés (distance de Levenshtein), et leur valorisation T2A comparée aux estimations de l'ENC, sans molécules onéreuses et dispositifs implantables en sus.

Résultats : Les GHS inclus représentent 91.52% du volume de journées, 66.47% du nombre de séjours, et 83.71% des recettes T2A. Au niveau national, la T2A est supérieure au maximum de l'IC à 95% de l'ENC, ainsi que pour certains départements dont tous ceux éligibles au coefficient géographique sauf les Hauts-de-Seine. Paris représente à lui seul près de 50% de ce gain. Aucun département n'a moins de recettes que l'estimation moyenne ENC. Au niveau des établissements, 102 ont par contre moins de recettes que le minimum de l'IC à 95% des estimations. Le privé à but non lucratif représente 77.1% de ces cas, contre seulement 12.4% de cas au dessus du maximum qui comprend principalement des hôpitaux locaux et des CHR. Certaines activités inattendues (ex: chirurgies lourdes, transplantations pulmonaires) sont sous valorisés.

Conclusion : Retenir des GHS par leur libellé reste discutable mais en 2006, la T2A a eu ses perdants. Des hypothèses sont émises, dont une volonté de non rentabilisation des courts séjours, malgré le développement de l'ambulatoire. Un protocole de test est proposé pour les vérifier ultérieurement. Cette méthodologie ouvre le champ d'études économiques plus précises et d'hypothèses testables.

Indicateurs de suivi et de prévention des chutes en établissement SSR

V. Mennetrier¹, J. Talmud²

1 Directeur Gestion des risques - Qualité, Hôpital Villiers Saint Denis, France

2 Médecin DIM, Hôpital Villiers Saint Denis, France

Auteur correspondant : MENNETRIER Véronique

v.mennetrier@hls-villiers.net

Direction Gestion des risques – Qualité, Hôpital Villiers Saint

Denis – 1 rue Montfort – BP 1 - 02310 Villiers Saint Denis

Tel : 03 23 70 75 69

Fax : 03 23 70 53 41

Introduction : La prévention des chutes est une préoccupation majeure. Tous les patients ont des raisons de chuter en Appareillage, Gériatrie ou Neurologie. Un groupe spécifique travaille ce thème transversal mensuellement et élabore une politique de gestion et de prévention du risque.

Méthodes : 17 items sont analysés (sans rapprochement avec le PMSI) pour 3.025 patients et 8.819 séjours sur l'année 2009.

Sont recueillis par pôle : nombre mensuel, horaire, lieu, circonstances, assise, relevage seul, chaussage, dispositif de contention, aide technique, état psychologique avant la chute, antécédents de chutes, prise de médicaments, modification de traitement, état post chute, type de lésions, appel du médecin.

Résultats : 98% des chutes sont sans gravité (une seule fracture). 30% des chutes sont en relation avec l'utilisation du fauteuil roulant, démontrant la nécessité de l'apprentissage (le technicien responsable fait partie du groupe spécifique) 65% des chutes ont lieu en chambre et 20% aux toilettes, pieds nus dans 28% des cas.

Antécédents de chute pour 19%

Le patient s'est relevé seul pour 27%.

L'état psychologique est normal pour 77%, apathie dans 3%, désorientation dans 18%, agitation dans 2% des cas.

Après la chute, la vigilance est inchangée dans 73%, un coma (0.22%) a été noté.

Aucune lésion notée dans 69%, 14% d'ecchymoses et hématomes, 12% d'érosions cutanées, 1% de plaies suturables, 0.2% de nécessité de transfert (1 cas.)

Le médecin a été appelé dans 91% des cas.

Discussion/Conclusion : On sait que 9300 patients décèdent chaque année en France des suites de chutes. Il serait inquiétant en SSR d'avoir un indicateur faible car considérant les chutes comme peu importantes et donc sous déclarées. Le plan d'action comporte l'éducation et le suivi du patient « chuteur », le traçage du nombre de chutes antérieures dans le dossier, installation de référents « chute » par Pôle et la mise en place d'une consultation MPRGériatrieNeurologue.

Mots clés : Indicateurs de chutes, Qualité

Evaluation du potentiel de chirurgie ambulatoire de l'hôpital Bicêtre : comparaison 2000 — 2009

O. SEMOUN¹, A. DECAUX², L. MAGNANI¹, M. FRANK-SOLTYSIAK¹

¹ *Service de Santé Publique et d'Epidémiologie, MSI – Évaluation, CHU de Bicêtre/Paul Brousse, APHP, le Kremlin-Bicêtre – Villejuif, France*

² *Service d'Anesthésie et de Réanimation, CHU de Bicêtre, APHP, le Kremlin-Bicêtre, France*

Introduction : L'hôpital de Bicêtre dispose d'une Unité de Chirurgie Ambulatoire pluridisciplinaire (sept spécialités chirurgicales : adultes et enfants) depuis 2000. L'objectif de cette étude était d'évaluer le taux et les caractéristiques des séjours potentiellement transférables en chirurgie ambulatoire de l'hôpital Bicêtre en 2009, et de les comparer à ceux de 2000.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, basée sur une extraction des données du PMSI de l'hôpital de 2000 et de 2009 associée à une expertise clinique. A partir de l'ensemble des séjours d'hospitalisation en chirurgie traditionnelle, les séjours potentiellement transférables en ambulatoire ont été sélectionnés par des critères d'exclusion successifs. Les séjours ainsi sélectionnés ont ensuite été soumis à un clinicien par spécialité pour « avis d'expert » afin de valider leur caractère potentiellement transférable. La même méthodologie a été utilisée pour les séjours de 2000 et de 2009 afin de permettre leur comparaison.

Résultats : En 2000, de 19% à 21% des séjours de chirurgie complète étaient potentiellement transférables en ambulatoire, versus 9% à 13% en 2009. En parallèle on a observé une augmentation de l'activité ambulatoire sur la période qui est passée de 12% des séjours chirurgicaux en 2000 à 18% en 2009. On constatait également une évolution de la nature des actes potentiellement transférables, avec la disparition de certains actes et l'apparition de nouveaux. On a noté une diminution des durées des séjours potentiellement transférables.

Conclusion : L'orientation des séjours vers l'ambulatoire a été améliorée entre ces deux périodes. On observe un changement des pratiques avec l'apparition d'actes exclusivement réalisés en ambulatoire. Cette étude montre que l'activité de chirurgie ambulatoire évolue, et que les cliniciens s'adaptent à ces changements en affinant l'orientation des patients. Enfin, elle montre l'intérêt de l'utilisation des données PMSI dans l'évaluation avant mise en place de projets de restructuration hospitalière.

Mots clés :

- Chirurgie ambulatoire
- PMSI
- Evaluation