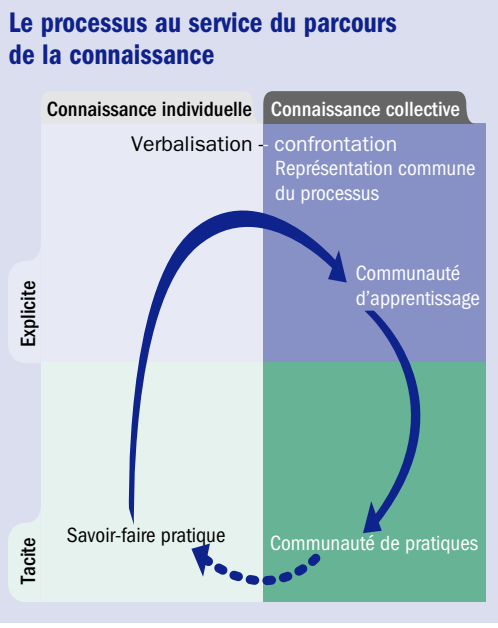


figure 2



lassitude concourante des acteurs qu'elle engendre, la mise en œuvre d'une gestion par les processus se heurte à la nécessité de *repenser les structures d'autorité* pour conjuguer structure verticale et structure horizontale. L'une ne peut pas fonctionner sans l'autre. La maîtrise des modes de production de soins reposera en grande partie sur la capacité des établissements à faire cohabiter l'autorité des chefs de service et l'autorité de véritables responsables de processus à même de faire travailler ensemble des corps de métier différents en dépit des intérêts corporatistes ou des luttes de territoires.

Néanmoins, malgré ces réserves, parce qu'elles se veulent une construction en prise avec l'organisation qui leur a donné naissance, parce qu'elles n'ont d'autre objet que de rendre compte d'une réalité qu'elles s'efforcent de rendre visible, accessible et compréhensible, l'analyse et la gestion des processus constituent une réponse à la difficulté de faire ensemble, une réponse certes partielle mais une réponse pertinente et opératoire, adaptée à la flexibilité et à la fluidité des organisations mises en place pour répondre aux exigences des nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire, qu'il s'agisse des filières ou des réseaux de soins.

Parce que les filières et les réseaux de soins dessinent des organisations à géométrie variable, tant dans les prises en charge qu'elles mettent en œuvre que dans les pathologies qu'elles traitent, les structures juridiques qu'elles se donnent ou les organigrammes émergents, l'analyse et la gestion des processus sont l'un des éléments pivots de la gestion de production que les établissements de santé, les filières et les réseaux se doivent d'inventer. ■

PMSI

Quelles comparaisons possibles et impossibles ?

Cyrille Colin
Professeur de santé publique, Université Claude Bernard, Lyon I, Lass-Graphos CNRS

Sandrine Couray-Targe
Assistante hospitalo-universitaire, département d'information médicale des hospices civils de Lyon

Loïc Geoffroy
Directeur, agence régionale de l'hospitalisation de Franche-Comté

Dans un contexte économique où l'optimisation des ressources affectées au système de soins est devenu un objectif essentiel, le monde hospitalier doit gérer une triple contrainte : d'une part, la réduction de la croissance de ses coûts dont il devient responsable, d'autre part, la nécessité de faire toujours mieux dans la qualité et la transparence des soins délivrés et enfin, l'exigence de satisfaction des patients. Cette nécessaire évolution, loin d'être contradictoire, survient dans un environnement très marqué par une logique de consumérisme largement relayée par les médias, au travers notamment des comparaisons interhospitalières de résultats des soins.

Ces comparaisons sont largement facilitées par la généralisation, dans les établissements de santé, du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui met à la disposition des décideurs, mais aussi des usagers, un outil d'analyse médicalisée de l'activité hospitalière. Cet article se propose de montrer que quels que soient les destinataires de cette information et leurs intentions — régulation et gestion du système pour les uns, qualité des soins et désir de transparence pour les autres — toutes les comparaisons basées sur cet outil nécessitent beaucoup de rigueur et une bonne connaissance de ses limites méthodologiques.

Les comparaisons effectuées

Dans la mesure de la qualité des soins

Les indicateurs de qualité utilisés le plus souvent dans les comparaisons interhospitalières sont des indicateurs de résultat des soins [5] comme les taux de mortalité, d'événement sentinelle... Le choix et le recueil systématique de ces indicateurs destinés à décrire une situation sont très exigeants, ces indicateurs devant réunir un certain nombre de qualités : être quantifiables, fiables, sensibles, spécifiques et pertinents. Ils sont le plus souvent utilisés comme « révélateurs », c'est-à-dire que toute variation significative de leur niveau dans le temps ou dans l'espace est censée entraîner la recherche d'une explication. Parmi ceux-ci, le taux de mortalité est le plus connu pour établir des comparaisons entre hôpitaux. Un taux de mortalité attendu est déterminé pour un établissement donné et le taux de mortalité observé est comparé à ce taux attendu, l'objectif étant de pouvoir repérer des hôpitaux



dont le taux de mortalité réel est significativement supérieur au taux prévu pour une prise en charge bien codifiée (infarctus du myocarde, pneumopathie, cholécystectomie, prostatectomie...). Aux États-Unis, de nombreux programmes de développement et d'application d'indicateurs de la qualité des soins ont été mis en place. Ainsi, depuis 1986, des statistiques de mortalité des hôpitaux de Medicare sont publiées par la Health Care Financing Administration américaine. En France, ces expériences ont surtout été développées par les médias.

Bien que ces programmes permettent une approche globale du système de santé et malgré l'utilisation d'ajustements des taux sur des facteurs prédictifs par des analyses statistiques appropriées, ces comparaisons ont été largement critiquées [11]. En effet, de nombreux facteurs peuvent influencer le taux de mortalité global [7] : hétérogénéité de l'information, faiblesse des effectifs analysés, variétés des épisodes de soins ou des situations cliniques traceuses, absence ou recueil incomplet des variables d'ajustement possibles, caractéristiques hospitalières... Malgré toutes les précautions prises, l'interprétation des taux reste un exercice délicat et controversé : les hôpitaux « mal » classés délivrent-ils des soins de qualité inférieure ou bien soignent-ils des patients « différents » ?

À l'intérieur des hôpitaux, le PMSI peut être utilisé dans la mise en place de dispositifs de surveillance. Une liste d'événements sentinelles est définie : morts évitables, infections nosocomiales..., taux de transfert de nouveau-nés, taux de mortalité périnatale, taux de césariennes et taux de prématurité dans le cas du suivi des activités d'obstétrique. En fonction de l'événement en cause, le repérage peut s'effectuer à partir des résumés d'unité médicale. Chaque dossier est alors révisé pour identifier la cause de l'événement et susciter les mesures correctrices destinées à en prévenir la répétition ; c'est le principe des comités de décès. Mais il peut également s'effectuer sur la base d'une grille de critères préétablis qui permet de mesurer un écart à une référence historique ou géographique (tableaux de bord régionaux, par exemple). Dans ce cas, c'est le caractère statistiquement significatif de l'écart retrouvé qui déclenche l'analyse et l'action correctrice.

Dans la régulation et la gestion du système hospitalier

Les groupes homogènes de malades (GHM) valorisés en nombre de points Isa au niveau national sont devenus un outil standardisé de mesure de la production hospitalière. Plusieurs indicateurs jugés plus pertinents que les habituelles statistiques administratives telles que les « taux d'occupation » et la « durée moyenne de séjour » sont maintenant directement accessibles au niveau externe [28]. Se sont ainsi développés plusieurs types d'analyses essentiellement destinés à réaliser des comparaisons interhospitalières permettant par exemple : de mettre en évidence des différences de ca-

pacité d'accueil (par l'analyse des durées de séjour de certains GHM ajustées sur l'âge et d'autres covariables), d'apprécier la répartition de l'offre de soins dans un objectif de planification (par l'analyse des segments d'activité des établissements tels les regroupements de GHM), d'estimer la proportion de séjour qui pourrait être en théorie effectuée en ambulatoire (par l'analyse des actes réalisés). L'utilisation la plus connue de ces indicateurs est la démarche d'allocation budgétaire basée sur un principe d'égalité simple : « à nature et volume d'activité identique, financement identique ». Cette démarche ne prend pas en compte les besoins en soins de la population, mais les écarts constatés entre dotations budgétaires réelle et théorique sont analysés au sein des agences régionales de l'hospitalisation au regard des spécificités et de l'environnement des établissements.

Les indicateurs d'activité que le PMSI fournit peuvent également être utilisés pour soutenir et compléter différents projets de gestion hospitalière médicalisée : l'élaboration du projet d'établissement, l'insertion dans les filières de soins, mais aussi l'articulation entre le financement externe et l'allocation interne des ressources. Cependant, ces différents travaux menés à partir du PMSI ne permettent pas, d'une part, de résoudre la question de la pertinence de l'organisation des activités mises en œuvre et, d'autre part, révèlent deux écueils : la difficulté de transposition du modèle en interne et l'absence d'indicateurs régionaux suffisamment précis pour se positionner au sein du marché local et régional de l'offre de soins qui permettrait un véritable pilotage stratégique des établissements.

Les précautions à prendre dans l'interprétation des résultats

Limites méthodologiques

L'utilisation des indicateurs issus du PMSI à des fins de gestion et de mesure de la qualité des soins nécessite une bonne connaissance, d'une part, des erreurs susceptibles d'influer sur la fiabilité et la validité des données [10] et, d'autre part, de ses limites structurelles.

Ces limites structurelles sont essentiellement dues au fait que le PMSI développé en France, sur le modèle des *diagnosis related groups* (DRG's), n'est pas une application qualitative destinée à l'évaluation systématique des processus de soins et de leurs résultats, mais plutôt un système à visée tarifaire, dont l'objectif est de permettre d'allouer des ressources aux hôpitaux en tenant compte des besoins des patients... Ses faiblesses sont donc bien connues : aspect fragmentaire de la représentation du séjour hospitalier sans prise en compte de la trajectoire du patient, absence de critères de jugement sur l'adéquation d'une hospitalisation ou d'un acte, dispersion des coûts à l'intérieur de certains GHM inhérente à la variabilité des malades, aux pratiques des médecins et à la structure des établissements.

Parmi les risques d'erreurs, on peut citer : les erreurs liées au manque d'exhaustivité, les erreurs liées au recueil des informations médicales, notamment des comorbidités [15], et les erreurs liées à l'interprétation des indicateurs et à l'absence en routine des variables nécessaires à l'ajustement. Les variations des indicateurs (durée de séjour, coûts, taux de mortalité...) peuvent donc aussi bien être interprétées comme le reflet de variations des pratiques de prise en charge, mais aussi comme une variation de leur contenu.

Lacunes du système

Un certain nombre de champs ne peuvent être explorés par les indicateurs issus du PMSI, car ils ne sont tout simplement pas relevés. Leur connaissance est cependant importante puisqu'elle permet d'en pondérer l'interprétation. Ce sont les spécificités liées aux caractéristiques des établissements : taille, statut, activités d'enseignement, prise en charge de l'urgence, présence d'un service de réanimation, caractère programmé des hospitalisations et des actes, niveau de technicité, prise en compte des innovations technologiques, missions spécifiques confiées dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (pôles de référence...), intégration dans les filières de soins... Les caractéristiques des patients peuvent aussi affecter la nature des morbidités et influencer les soins et les résultats des soins [26] : âge, niveau socio-économique et de précarité, sévérité des cas [23].

Le PMSI présente donc un potentiel intéressant pour les analyses comparatives dans le domaine de la gestion et de l'évaluation de la qualité des soins. Son accès facile et le grand nombre de données qu'il contient sont des conditions favorables à son utilisation pour la mesure des écarts des établissements par rapport à un standard.

Néanmoins, les différentes méthodologies adoptées dans les comparaisons interhospitalières nécessitent plusieurs de prérequis et leur interprétation, une véritable rigueur professionnelle. En effet, les résultats obtenus doivent être analysés sous l'éclairage d'autres sources d'informations issues ou non du système d'information hospitalier : statistique d'activité des établissements, carte sanitaire et schéma régional d'organisation sanitaire, aspect démographique du bassin d'attraction, rapports de conformité, résultats de l'accréditation... La connaissance de l'information de santé publique est donc essentielle.

Sous la pression des différents acteurs du système de santé, le développement incontrôlé de méthodes non validées tant dans le domaine de la régulation du système de soins que dans l'évaluation de la qualité des soins par l'approche des résultats risque à terme de décrédibiliser l'outil PMSI lui-même, de répandre des informations erronées et de générer des inégalités de traitement entre établissements ou régions. Une réflexion globale et pluridisciplinaire sur cette problématique et le développement d'outils standardisés d'analyse s'avère donc nécessaire. ■

Philippe Loirat
Président du Conseil
scientifique de
l'Anaes

Accréditation Limites attendues et perspectives

Pour interpréter les limites de l'accréditation, il faut considérer aussi ses points forts. Ceci concerne la procédure elle-même mais également les différents acteurs intervenant dans la procédure : le succès ou l'échec de l'entreprise passe par eux.

La procédure

L'accréditation est une procédure d'évaluation itérative des établissements de santé qui a pour objectif la mise en place de démarches d'amélioration continue de la qualité. Elle est organisée par l'Anaes, créée par les ordonnances de 1996 et installée en octobre 1997. Elle est mise en œuvre par des professionnels de santé et se base sur un référentiel de bonnes pratiques, établi par l'Anaes, évaluant le fonctionnement global des établissements. La première version expérimentale du manuel d'accréditation a été testée à la fin du 2^e semestre 1998. La première version stable est devenue disponible au 1^{er} semestre 1999, les premières procédures d'accréditations ont commencé au 2^e semestre. Le Collège d'accréditation a été installé en octobre 1999. Les premiers comptes-rendus sont parus au 1^{er} semestre 2000.

Points forts

La qualité du manuel d'accréditation est reconnue de tous. Les référentiels, mis au point par des groupes de travail multidisciplinaires comprenant chaque fois que possible des usagers, sont bien acceptés par les professionnels comme par les usagers.

L'organisation mise en place s'avère satisfaisante. Les experts visiteurs, actuellement au nombre de 358, sont sélectionnés (3 200 personnes ont répondu aux appels à candidature), formés de façon rigoureuse, partagent et diffusent la culture de l'amélioration continue de la qualité.

Le démarrage de l'accréditation entraîne à lui seul une dynamique, source de progrès, avant même que les établissements soient effectivement rentrés dans la procédure.

Points faibles

L'engagement des établissements de santé a été lent. À l'automne 2000, 230 établissements se sont engagés, 75 visites auront été effectuées. Cette frilosité s'explique sans doute par le désir des établissements de corriger en grande partie leurs dysfonctionnements avant de se manifester. La loi oblige l'ensemble des 3 500 établissements de santé publics et privés à