



l'information sur l'offre de soins

dossier

coordonné par
Marc Duriez
Chargé de mission,
Haut Comité
de la santé publique

La régulation de l'offre de soins en France est-elle fondée sur une information cohérente par rapport aux objectifs fixés ? L'information constitue-t-elle un instrument efficace d'accompagnement de la régulation ?

À quoi peut-on prétendre en matière de régulation de l'offre de soins lorsque les instruments élaborés pour la mettre en œuvre sont lents à se mettre en place ? Heurtent la culture des principaux acteurs appelés à les utiliser ? Ne peuvent être légitimés par une volonté commune de les appliquer, ni par un consensus sur les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre pour les atteindre ? Lorsque les défis du futur nécessitent un affinement de la connaissance des phénomènes qui les génèrent ? Lorsque la réponse à ces défis implique un changement de paradigme, un changement de référence, une réorientation des processus de décision et de gestion ?

C'est en se fondant sur ces questionnements qu'*adsp* a sollicité des auteurs, chercheurs ou acteurs de terrain, pour rendre compte de leurs réflexions quant à la spécificité de l'information en matière d'offre de soins dans le système de santé français.

Le dossier est introduit par une réflexion de Nathalie Morieul sur l'adaptation des systèmes d'information à l'évolution sur le long terme de la régulation de l'offre de soins. Le passage d'une gestion de moyens « sur inventaire » fortement connotée aux préoccupations financières à une gestion des processus et des services produits a impliqué l'introduction dans l'information de références nouvelles : maîtrise médicalisée, évaluation des activités.

L'information sur l'offre de soins hospitaliers

Jean-Claude Moisdon met en lumière cette orientation dans son analyse de l'évolution des dispositifs de connaissance des coûts hospitaliers. L'opacité induite par la non-médicalisation de l'information et l'absence de collecte nationale de comptabilités analytiques ne s'est dissipée qu'au début des années quatre-vingt-dix. Le PMSI initié en 1983 n'a acquis une réelle opérationnalité qu'en 1992. Les procédures d'affectation, à chaque séjour hospitalier, des actes qu'il a occasionnés sont récentes. En 2004, ces procédures sont remplacées par un calcul de coûts moyens destiné à déterminer des tarifs à l'activité, mode de financement actuel des hôpitaux. Porteuses d'informations en termes de productivité et de variabilité de l'activité, elles doivent s'appuyer sur une culture de gestion opérationnelle. La nécessaire appropriation de cette culture par les différents acteurs implique de mettre en œuvre des systèmes d'information à audience nationale. L'orientation générale proposée s'inscrit en rupture avec les régulations antérieures fortement focalisées sur le financement des structures. Elle doit trouver son prolongement dans l'analyse de la performance des établissements que proposent les projets Inpech (Indicateurs de performances expérimentaux pour la comparaison hospitalière) et Compaqh (Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière) présentés par Eric Ginésy, Étienne Minvielle et Elvire Aronica.

Frédéric Bousquet, pour sa part, met l'accent sur la nécessité, ressentie trop récemment,

de dépasser les indicateurs relatifs aux recensements administratifs de l'hospitalisation pour intégrer dans un système statistique cohérent les évolutions des activités hospitalières. Une véritable politique hospitalière intégrant les mutations des établissements, les modes de coopération interhospitalière et les relations ville-hôpital ne peut se concevoir qu'à la lumière de ces informations.

Les informations sur la médecine de ville

Dans le domaine de la médecine de ville, Pascale Breuil-Genier s'interroge sur ce « *que nous apprennent les projections de démographie médicale* ». Cette problématique se fonde sur des déterminants combinant décisions publiques et comportements des professionnels. L'exercice proposé est délicat. Il consiste à décrire dix scénarios d'évolutions possibles sur la base de deux jeux d'hypothèses définies dans le cadre de l'Observatoire national des professions de santé créé en 2003. Il se doit d'intégrer les mutations des métiers de la santé compte tenu de l'évolution attendue du paysage sanitaire tant du point de vue de l'évolution de l'exercice médical (évolution des statuts, de la répartition par sexe, du comportement des praticiens, de leur répartition par spécialités, de leur implantation géographique, de l'influence des avancées médicales) que de celle des besoins ; « *l'éventail des futurs possibles pour les besoins est probablement très large* ». Les évolutions intervenues sur les douze dernières années tendent à relativiser la validité des projections qui auraient pu être proposées en 1992 au vu de la réalité de 2004. L'impact des hypothèses de travail est très important. L'adéquation de l'offre médicale aux besoins sur les plans quantitatif et surtout qualitatif demeure très problématique.

Saluant la création du Répertoire national des professionnels de santé, Bernard Huynh s'interroge cependant sur la résolution des situations déficitaires et sur les moyens incitatifs susceptibles d'être proposés. L'amélioration des systèmes d'information saura-t-elle avoir une incidence sur les comportements des professionnels ?

Christine Roullière-Le Lidec et Patrick Sauval proposent un éclairage du système d'information sur une activité particulière, la prise en charge de l'infarctus du myocarde par les services médicaux d'urgence. Leurs conclusions débouchent sur la proposition d'un modèle de recueil d'information pour d'autres pathologies nécessitant une intervention rapide.

Une expérience située dans le cadre de l'« Arc alpin » du Réseau français des villes santé-OMS est présentée par Pierre Micheletti, Isabelle Gamot, Monique Viguié et Patricia Lerebourg. Son intérêt réside dans la mise en œuvre d'un outil d'information permettant de conjuguer trois séries d'indicateurs d'état de santé, d'offre et de consommation de soins concernant la connaissance et la prise en charge des problèmes de santé mentale sur une région. Elle permet de mettre l'accent sur la difficulté de superposer institutions et découpages territoriaux.

L'analyse de l'activité médicale de ville en France ne permet pas actuellement de répondre à des questions fondamentales sur la nature des maladies traitées, les prescriptions et leur variabilité, le respect des bonnes pratiques. Karine Chevreul présente en contrepoint les expériences de cinq systèmes de santé (Royaume-Uni, Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Italie) qui fournissent de façon permanente des informations sur la morbidité observée, les caractéristiques des médecins et des patients (sociales, économiques, sanitaires) et l'attitude thérapeutique choisie. Ces systèmes concernent la médecine générale essentiellement. Ils sont gérés par des institutions autonomes. Ils procèdent par échantillonnage auprès de médecins volontaires qui reçoivent un rapport sur leur pratique et bénéficient d'une contrepartie sous forme de soutien technique et intellectuel, quelquefois financier. Ces modèles sont inconnus en France. Durant de longues années les réformes structurelles et les expérimentations ont concerné l'hôpital et très peu la médecine de ville. Sans doute faut-il y voir une pluralité de références institutionnelles et, jusqu'à une époque assez récente, une absence de coopération entre la ville et l'hôpital.

Quelles leçons peut-on tirer des expériences étrangères ? Gérard de Pourville focalise son propos sur la qualité des soins délivrés, préoccupation induite par celle relative à la régulation des coûts dans les systèmes de santé des pays développés. Cette préoccupation s'est traduite par des actions guidées selon plusieurs logiques : professionnelle, managériale, concurrentielle, de politique publique. Ces différentes logiques se retrouvent selon des modalités différentes liées aux obligations institutionnelles, aux situations de concurrence entre financeurs et gestionnaires ou entre structures de soins ou/et encore aux pressions de la judiciarisation des erreurs médicales. Le profit dont peuvent bénéficier les différents acteurs tient à plusieurs exigences, en premier, lieu la qualité des systèmes. Deux écoles s'affrontent selon l'auteur : bases s'appuyant sur des données cliniques fines ou bases à caractère administratif comme le PMSI ou la SAE en France. Si les premières se révèlent coûteuses et longues à élaborer, les secondes présentent l'inconvénient de poursuivre en première intention des objectifs tarifaires ou d'allocation des ressources. Le partenariat avec les professionnels de santé apparaît indispensable pour l'élaboration et la critique, mais le risque de sanctions économiques ou juridiques constitue souvent un obstacle à une totale collaboration. La communication aux patients d'une information complexe implique très souvent des modalités adaptées telles que la contre évaluation, un dialogue entre experts et médias, la médiation par les associations de malades. Enfin les arbitrages entre qualité et coût, indispensables dans toute politique de régulation, impliquent des systèmes d'information différents : sur la base du marché pour le payeur en situation concurrentielle, dans le cadre d'un débat public sur le niveau du prix pour le payeur public. 