

Offre de soins hospitaliers

Longtemps focalisée sur le financement des structures et les indicateurs de moyens, l'information sur l'offre de soins hospitaliers doit désormais proposer une mesure de l'activité hospitalière fondée sur des indicateurs de performance et de qualité.

Quelle utilisation de l'information pour la connaissance de l'activité hospitalière ?

Frédéric Bousquet
Chargé de mission,
direction
de la Recherche,
des Études,
de l'Évaluation
et des Statistiques

La connaissance de l'activité hospitalière est, par nature, utile à différents types d'acteurs. Gestionnaires, médecins et personnels soignants, pouvoirs publics... ont chacun besoin de disposer d'informations sur ce qui caractérise le rôle et la fonction des établissements. Qu'il s'agisse de construire des instruments de gestion, de produire de la connaissance médicale ou de définir des outils de pilotage du système, la connaissance de l'activité apparaît aujourd'hui comme un outil indispensable pour le pilotage du secteur hospitalier. Elle se heurte néanmoins à deux types de difficultés.

En premier lieu, les économistes distinguent souvent l'hôpital d'autres entreprises de l'industrie ou des services pour son caractère « multiproduits ». Or, paradoxalement, la mesure de l'activité hospitalière est longtemps restée limitée à la production de quatre indicateurs aujourd'hui surnommés les « quatre vieux » : le nombre de journées, le nombre de séjours, la durée moyenne de séjour et le taux d'occupation. L'évolution des con-

naissances médicales, les difficultés de maîtrise des dépenses de santé, les exigences accrues en matière de qualité et sécurité sont autant de facteurs qui ont mis en évidence la très nette insuffisance de ces indicateurs pour décrire la complexité de l'activité hospitalière. La deuxième difficulté est liée à la multiplicité des acteurs qui ont des besoins et des objectifs différents, voire divergents, en matière de production d'information.

Pour faire face à ces difficultés, les systèmes doivent d'abord multiplier les sources de production de données, de manière à couvrir toute la palette des activités médicales : hospitalisation complète, à temps partiel, chirurgie ambulatoire, urgences, traitements et cures ambulatoires correspondant aux prises en charge des séances de dialyses, de radiothérapie, de chimiothérapie ou encore de rééducation, consultations externes, etc. Toutefois, le système d'information hospitalier ne doit pas être conçu comme une simple juxtaposition d'enquêtes, mais il doit être envisagé comme un système statistique cohérent, composé d'éléments complémentaires et capables de communiquer les uns avec les autres. C'est à ces conditions que le système d'information hospitalier évolue depuis plusieurs années déjà, de la conception d'outil de recensement administratif à celle d'un outil d'évaluation des politiques hospitalières. Il reste néanmoins encore à s'assurer que l'ensemble des acteurs qui participent à sa construction et à son alimentation y trouvent clairement un intérêt partagé.

Couvrir toute la palette des activités et des modalités de fonctionnement des établissements

En une dizaine d'années, les systèmes d'information

hospitaliers ont considérablement évolué. Au niveau national, les quatre systèmes d'information qui décrivent principalement l'activité hospitalière sont aujourd'hui la Statistique annuelle des établissements (SAE), les rapports de secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile, l'enquête trimestrielle de conjoncture et le Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI). Les trois premiers, administrés par la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees), ont vocation à décrire les caractéristiques et les activités des structures hospitalières à un niveau agrégé (établissement, type de prise en charge, ou une zone géographique en ce qui concerne les secteurs psychiatriques...), ainsi que leurs évolutions. Ils ont tous les trois connu une refonte importante en 2000. Le PMSI, mis en place par la direction des Hôpitaux et aujourd'hui administré par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH), a quant à lui vocation à décrire l'activité au niveau beaucoup plus fin du séjour, à partir de données de nature démographique (âge et sexe) et médicales (diagnostics et actes).

La refonte de la Statistique annuelle des établissements (SAE) a cherché à répondre à un triple objectif : la mise à disposition plus rapide des informations¹, la prise en compte des données d'activité dorénavant fournies en routine par le PMSI, la mise en relation de l'activité et des moyens mobilisés pour la réaliser. Portant à son origine plus particulièrement sur le recensement des équipements (lits, places, équipements lourds), des personnels des établissements et de quelques indicateurs d'activités agrégés par grande discipline de soins, la SAE s'est progressivement adaptée pour prendre en compte les besoins de connaissance des activités soumises à autorisation dans le cadre de la planification hospitalière (neurochirurgie, chirurgie cardiaque, réanimation, dialyse...). Depuis l'exercice 2000, il a toutefois été choisi de limiter la collecte de données d'activité fines qui peuvent être connues par le PMSI, mais, à l'inverse, de renforcer la connaissance des caractéristiques des établissements sur plusieurs points. La SAE permet dorénavant de rendre compte des mutations des établissements, par exemple en suivant d'une année sur l'autre les modifications de l'entité juridique répondante (création, fusion, scission), ou encore la réalisation éventuelle d'opérations immobilières dans l'année. Elle cherche encore à décrire les modes de coopération interhospitalières, ainsi qu'entre la ville et l'hôpital. Elle collecte également des informations techniques qui permettent de mieux situer les conditions de fonctionnement des établissements : quelques caractéristiques immobilières, l'organisation des services logistiques ou encore l'informatisation de certaines fonctions liées aux patients tels la prise de rendez-vous, les commandes de produits pharmaceu-

tiques ou le recueil des vigilances. Par ailleurs, la SAE décrit plus précisément les facteurs de production des établissements (équipement des plateaux techniques et personnels intervenants) et, surtout, les rapproche dorénavant des données décrivant leur activité (amplitude d'ouverture, niveau d'utilisation). De même, le questionnement sur les activités de soins autorisées a lui aussi été enrichi par le renseignement du nombre des personnels attachés à ces activités, de leurs professions et de leurs statuts (libéral ou salarié).

Bien que la SAE couvre le champ des établissements de manière exhaustive, elle ne permet pas de rendre compte de l'activité des secteurs psychiatriques. La SAE est de fait centrée sur l'établissement, alors que les secteurs psychiatriques fonctionnent comme une sorte de réseau sur une zone géographique donnée. Pour tenir compte de cette spécificité, les rapports de secteurs de psychiatrie générale ont été mis en place dès 1983, fournissant de manière détaillée des informations sur les équipements et activités de chacun des modes de prise en charge. En 2000, une version rénovée de ces rapports est devenue nécessaire du fait de l'apparition de nouveaux besoins de connaissance de l'offre de soins en psychiatrie, en particulier en ce qui concerne les modalités d'accès aux soins, les pratiques des équipes dans l'organisation des soins et les activités de réseau. Ainsi, les nouveaux rapports fournissent aujourd'hui des informations sur l'organisation des prises en charge en urgence ou des cas difficiles, la pratique des équipes en matière de prévention ou de formation, l'existence et l'organisation des liens avec les intervenants extérieurs, ou encore la nature des soins dispensés dans le cadre de l'intersectorialité. Par ailleurs, il faut noter que les rapports de secteurs fournissent, outre le nombre de séjours, journées..., une estimation de la file active prise en charge (nombre de personnes prises en charge au moins une fois dans l'année).

L'enquête trimestrielle de conjoncture est réalisée auprès d'un échantillon d'établissements publics, complété depuis l'exercice 2000 par des établissements privés. Elle vise à fournir, chaque trimestre, une estimation de l'évolution de l'activité hospitalière du trimestre précédent sur quelques grands agrégats (nombre de journées, séjours et venues) par discipline médicale et par secteur d'hospitalisation.

Les programmes médicalisés des systèmes d'information ont été mis en place afin de fournir une description plus spécifique de ce que les économistes qualifient de production hospitalière. L'allusion à l'économie n'est à cet égard pas anecdotique puisque ces systèmes de mesure ont été pensés dans un objectif d'allocation de ressources. L'expérience montre toutefois que leur utilisation peut tout à fait être élargie à l'analyse de la morbidité hospitalière dans le cadre d'études épidémiologiques, ou encore à des évaluations assez générales des pratiques médicales ou des modes de prise en charge. Le PMSI a été mis en place sur le champ « médecine, chirurgie, obstétrique » (MCO) depuis 1996

1. Les données brutes (non redressées de la non-réponse) de l'exercice n sont désormais disponibles au niveau national entre 10 et 11 mois plus tard.

dans les établissements publics et généralisé aux établissements privés en 1997, mais du fait de difficultés liées à la montée en charge, des données de qualité ne sont véritablement exploitables pour la totalité des établissements qu'à partir de l'année 1998. Sur le champ des soins de suite et de réadaptation, le PMSI est en deuxième phase de production généralisée à l'ensemble des structures publiques et privées. Toutefois, certains de ses éléments doivent encore être validés pour qu'il puisse être utilisé comme instrument d'allocation de ressources. En psychiatrie, un PMSI est en phase d'expérimentation depuis deux ans. La durée de séjour, le caractère évolutif des pathologies et la forte diversité des modes de prise en charge rendent la mise en œuvre d'un tel instrument extrêmement complexe dans cette discipline.

En outre, le système d'information sur l'activité hospitalière ne se limite pas à des enquêtes ou collectes annuelles. Certaines sont réalisées ponctuellement et poursuivent plusieurs objectifs : médicaliser la description de l'activité lorsque cette information n'est pas disponible², estimer les niveaux de recours à certaines formes de prise en charge, analyser les modes de recours en fonction des caractéristiques des personnes ou des structures, éventuellement recueillir le niveau de satisfaction des patients. À cet égard, la Drees a mis l'accent depuis quelques années sur le développement des enquêtes auprès des usagers. On pourra citer, à titre d'exemple, les enquêtes réalisées auprès des personnes ayant recours aux consultations externes des hôpitaux, ou de celles se rendant aux urgences. Une enquête sur les usagères des maternités est en cours de préparation.

La description qui vient d'être faite des différentes sources d'information montre bien le souci actuel de recherche d'exhaustivité, de complémentarité et de cohérence dans la gestion globale des systèmes d'information. Ces trois points ne sont cependant pas pleinement acquis.

Sur le plan de l'exhaustivité, le système ne permet pas encore d'avoir une connaissance satisfaisante des coûts, ni de la qualité de l'activité. Les différentes sources doivent enfin pouvoir communiquer entre elles. Pour cela, il est essentiel de pouvoir disposer de deux types de « clés de passage » : d'une part, un identifiant de l'établissement commun à toutes les sources et, d'autre part, un identifiant unique et anonyme du patient.

Une exploitation des données tournée vers les besoins de pilotage et d'évaluation de la politique hospitalière

L'exploitation des sources d'informations sur l'activité hospitalière recherche à analyser la structure et la répartition de l'offre hospitalière, ainsi que son évo-

lution, et à fournir un panorama complet du paysage hospitalier français. Celui-ci s'articule autour de plusieurs points :

- la démographie des établissements,
- la répartition des activités entre les établissements et les secteurs d'hospitalisation, notamment l'apparition éventuelle de phénomènes de concentration ou de spécialisation de l'activité ;
- l'évolution des modes de prise en charge dans chaque discipline ;
- le recours aux urgences et aux consultations ;
- l'activité des plateaux techniques (blocs opératoires, imagerie, radiothérapie, chimiothérapie, dialyse) ;
- les raisons du recours à l'hôpital par pathologie, âge, sexe..., à travers l'analyse de la morbidité hospitalière et des enquêtes auprès des usagers.

Une synthèse de ces travaux est publiée chaque année dans le cadre de l'annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

Ce cadre général étant fixé, il serait sans doute intéressant de pouvoir décliner une vision globale de la stratégie d'exploitation de ces données aux niveaux national, régional et local. Il n'existe cependant pas aujourd'hui de recensement systématique des travaux effectués au niveau régional, et les travaux réalisés semblent assez divers d'une région à l'autre.

Au niveau national, la première forme d'exploitation des données se caractérise par la mesure de l'évolution de l'activité. Pour cela, la Drees procède au rapprochement des bases PMSI et SAE afin de réaliser un redressement statistique, par établissement et/ou par groupe d'établissements, des évolutions qui apparaissent aberrantes. Cela permet de renforcer très sensiblement la fiabilité des mesures de l'évolution de l'activité au cours du temps. Ce type de traitement ne concerne cependant que le champ MCO. Les évolutions des autres activités des établissements sont également suivies, à partir de la SAE.

L'ensemble du champ de l'activité hospitalière est donc pris en compte, ce qui permet notamment de mettre en évidence la transformation lente mais sensible de l'activité à temps complet vers ses alternatives (temps partiel, consultations externes...). Notons qu'il n'est toutefois pas possible de construire un indicateur agrégé global de l'activité hospitalière (on ne sait pas sommer, par exemple, des séjours en hospitalisation complète avec des passages aux urgences ou des séances de dialyse).

Un deuxième champ d'exploitation de ces données est constitué par l'analyse de la répartition de l'activité entre établissements ou secteurs hospitaliers. Les travaux menés jusqu'ici ont cherché à décrire les logiques de spécialisation entre les secteurs hospitaliers public et privé. Des travaux plus exploratoires ont également été conduits pour tenter de construire une typologie des établissements publics et participant au service public hospitalier (PSPH), basée sur les différences de nature d'activité de ces établissements. Ces différences de

2. C'est le cas par exemple de l'enquête nationale sur les populations prises en charge dans les établissements de psychiatrie, qui a été réalisée en janvier 2003.

répartition ont aussi été exploitées pour étudier leur impact éventuel sur la valeur du point ISA ou bien sur la situation économique et financière des cliniques privées. Des travaux de recherche sur la mesure de la spécialisation ou de la diversification de l'activité des établissements de santé sont en cours et seront développés dans le cadre de l'évaluation de la tarification à l'activité.

Un troisième axe d'analyse est celui de la difficile évaluation de l'adéquation de l'offre aux besoins de santé. Pour cela, la Drees a choisi de comparer les établissements sous l'angle des disparités de modalités de prise en charge sur des aspects spécifiques de leur activité. Ces disparités sont ensuite analysées en fonction des caractéristiques des structures (équipements et personnels). Ce type d'études a par exemple été mené sur les maternités, les urgences, les plateaux techniques, la dialyse etc. Les enquêtes réalisées auprès des usagers constituent un autre angle d'analyse de cette problématique.

Un quatrième aspect de l'exploitation des données de l'activité hospitalière se traduit dans les travaux exploratoires qui sont menés depuis plusieurs années sur la construction d'indicateurs de performance.

On ne développera pas ici les aspects régionaux ou plus locaux des possibilités d'exploitation des systèmes d'information. On soulignera toutefois que, comme il l'a été signalé plus haut, la rénovation de la SAE en 2000, notamment avec la volonté de pouvoir confronter l'activité des établissements avec les moyens mobilisés pour sa réalisation, s'inscrit très clairement dans le cadre du développement d'outils d'évaluation, pour les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) en particulier.

Comment faciliter l'appropriation des systèmes d'information par les acteurs ?

Le développement des systèmes d'information hospitaliers soulève aussi la question de leur utilité partagée : comment faire en sorte que l'information produite soit utile à la fois aux organismes de tutelle commanditaires et aux établissements producteurs ?

Plusieurs types de réponses peuvent être envisagés. Il s'agit d'abord de limiter le coût de production de l'information en recourant à l'échantillonnage dès que cela s'avère possible, au lieu de demander à la totalité des établissements de fournir des données ; cela suppose toutefois que l'on est capable de construire un échantillon représentatif dont on maîtrise la variance et le biais, et pour lequel on dispose d'une information fiable pour redresser les données collectées. Il faut aussi savoir parfois se contenter d'une information synthétique lorsque l'expérience montre que l'information détaillée est difficilement exploitable, soit par manque de fiabilité, soit par manque de temps pour la traiter.

Enfin, l'établissement aura intérêt à produire une information fiable si celle-ci est utilisée à des fins de gestion, de régulation, ou de financement. L'objectif de *benchmarking* est souvent évoqué comme un moteur pour le développement des systèmes d'information par les établissements. À cet égard, l'organisation d'un retour d'information vers les établissements, mise en forme et structurée, est indispensable pour leur permettre de se situer par rapport à des moyennes nationales, régionales ou à différents groupes d'établissements, en fonction de la taille ou de la nature de l'activité, etc. 🌐

Dispositifs de connaissance des coûts hospitaliers : évolutions et usages

Jean-Claude Moisson

Professeur, centre de gestion scientifique, École des Mines de Paris

On peut considérer que, jusqu'au début des années soixante, les systèmes d'information visant à répertorier de façon systématique les caractéristiques économiques de l'activité hospitalière sont restés embryonnaires. Étaient connus pour l'essentiel les comptes administratifs des établissements, que l'on pouvait décomposer selon les postes budgétaires classiques (personnel, produits médicaux, fournitures, amortissements, etc.). La comptabilité nationale tenait ainsi des chroniques permettant de suivre l'évolution des facteurs de production de l'hospitalisation publique, vus de façon globale. Raisonner en termes de coût était à cette époque aventureux, puisqu'il fallait alors référer ces dépenses globales à des indicateurs d'activité manquant de signification aux yeux des professionnels

de la santé, tel le nombre d'admissions ou de journées de l'établissement, paramètres ne rendant aucunement compte de la lourdeur des soins.

De l'opacité des années soixante...

Dans le courant des années soixante, les comptabilités analytiques des hôpitaux se sont développées, visant essentiellement à justifier les prix de journée, qui constituaient à l'époque le mode de financement des établissements hospitaliers, publics ou privés. Ces modèles de calcul de coûts pouvaient être sophistiqués, selon la précision du découpage analytique en sections d'analyse et le nombre de sections définitives de coûts prises en compte, ces sections définitives étant constituées par les disciplines médicales, et pouvaient