

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

aboutir, dans les établissements les plus importants, à des tableaux de bord présentant un grand luxe de détails. On disposait ainsi, pour un service donné, qu'il soit clinique ou qu'il appartienne au plateau médico-technique, des dépenses directes et indirectes de ce service, ces dépenses pouvant être distinguées par nature (personnel, fournitures, amortissement, etc.), et étant référées à une unité d'œuvre (les journées pour les services cliniques, les lettres clefs K, B, Z, etc. pour le plateau médico-technique).

Ces comptabilités analytiques ont vécu, au mieux, une utilisation externe (élément de négociation budgétaire entre les hôpitaux et la tutelle, à l'époque les directions départementales et régionales des Affaires sanitaires et sociales). L'usage interne s'est révélé très faible. Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer ce phénomène : tout d'abord celles qui sont liées à toute comptabilité analytique complexe accumulant les conventions pour effectuer des affectations en cascades de dépenses, et aboutissant par là-même à des résultats plus ou moins opaques. Là comme ailleurs on vit se développer des argumentations en faveur de méthodes analytiques différentes dans leur philosophie, telles les méthodes ABC, mais sans résultats spectaculaires quant à leur usage effectif dans la gestion des établissements. Deux autres causes de cette faiblesse de la raison gestionnaire sont en effet plus fondamentales :

- la non-médicalisation de la mesure de la production utilisée. Même si la segmentation en plusieurs dizaines de disciplines médico-économiques apparaît comme un progrès par rapport à un nombre global de journées pour l'hôpital, cette segmentation reste trop grossière par rapport aux milliers de pathologies présentes dans les classifications internationales des maladies. Par ailleurs, le recrutement des patients ne respecte pas à la lettre cette même segmentation : par défaut de place, un malade cardiaque peut se retrouver dans un service d'orthopédie.

- de façon plus structurelle encore, la culture que l'on peut appeler « culture de non-gestion » qui s'était installée dans l'hôpital moderne, c'est-à-dire depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Le développement économique des Trente Glorieuses et les caractéristiques organisationnelles de l'hôpital (organisation dite professionnelle, où les opérateurs, en l'occurrence les corps médecin et infirmier, disposent seuls des compétences permettant de configurer l'activité) se sont en quelque sorte épaulés pour faire de l'hôpital une entreprise privée de gestion interne, où le management, sans prise directe sur l'activité, a pour fonction essentielle d'aller chercher des ressources à l'extérieur, ce qui lui permet d'éviter les conflits que ne manquerait pas de susciter un effort gestionnaire trop soutenu.

Il convient d'ajouter à ce paysage qu'à l'époque, aucune base de données ne collecte les résultats de ces différentes comptabilités analytiques afin de créer des références économiques. De tels systèmes d'infor-

mation auraient de toute façon été difficiles à exploiter tellement le cadre général proposé pour ces outils (la circulaire M21) était souple et conduisait donc à des pratiques — et des résultats — très hétérogènes.

... aux apports du PMSI

L'accentuation de la contrainte financière, à partir du milieu des années soixante-dix, et le changement du mode de financement des hôpitaux publics, passant sous dotation globale en 1983, ne changeront pas immédiatement la situation. Au contraire, la disparition des prix de journée au profit d'un financement forfaitaire a pour effet de ralentir le développement des comptabilités analytiques.

Il faut attendre le milieu des années quatre-vingt-dix et la mise en application du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) pour voir les choses évoluer. Comme on le sait, cet outil propose une classification des patients hospitalisés en court séjour à la fois médicale et économique : les groupes homogènes de séjours (GHS), sont censés renvoyer chacun à un sous-ensemble de pathologies voisines aux yeux du corps médical et comporter des séjours mobilisant des ressources analogues. Ces groupes sont aujourd'hui au nombre d'environ 600, ce qui certes reste éloigné de la richesse des classifications internationales, mais constitue un progrès net par rapport aux descriptions précédentes. Comme on le sait, le développement du projet PMSI a été long, surtout sous l'angle des données économiques : il a été lancé en 1983, et très vite une première classification en GHS (GHM à l'époque : groupes homogènes de malades) a été élaborée, par importation pour l'essentiel d'une classification américaine de même nature. Ce n'est qu'en 1992 qu'est lancée l'opération intitulée Étude nationale de coûts (ENC), visant à munir les groupes homogènes de séjours (GHS) de caractéristiques économiques, notamment de coûts.

Les principes de l'Étude nationale de coûts sont les suivants : des hôpitaux sont recrutés sur la base de la qualité de leur système d'information (exhaustivité sur la classification de leurs séjours dans le PMSI, bonne affectation des actes techniques aux patients etc.); ils doivent par ailleurs appliquer une comptabilité analytique identique d'un site à l'autre, fondée sur des normes rigoureuses définies par l'administration de la santé (jusqu'en 2001, c'était la mission PMSI qui avait en charge ce dossier; à présent intervient l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Atih).

Cette comptabilité analytique aboutit au calcul d'un coût complet par séjour, ce qui explique les prérequis demandés aux établissements de l'échantillon en matière de système d'information. Il faut notamment que tous les actes effectués sur un séjour lui soient affectés, pour qu'une part des dépenses du plateau médico-technique soit imputée au même séjour, par l'intermédiaire d'une unité d'œuvre fonction des actes (depuis 1995 les index de coût relatif — ICR —, coûts standards des actes,

Pour en savoir plus

- 📖 Le manuel de comptabilité analytique des établissements publics, paru à la Documentation française : *Bulletin Officiel* n° 97/2 bis du ministère de la Santé et de l'Emploi, ainsi que ses mises à jour.
- 🌐 Le site de l'ATIH : www.atih.sante.fr, sur lequel on peut consulter les outils décrits dans ce texte, ainsi que des notices explicatives.
- 📖 Le livre collectif du Centre de gestion scientifique relatant l'évolution de la gestion hospitalière sur les dernières décennies : *La démarche gestionnaire à l'hôpital*, deux tomes, 1999 et 2000, auteurs : F. 0303, Engel, F. Kletz, J.-C. Moisdon, D. Tonneau. Ed : Seli Arslan.

déterminés à partir de dires d'expert, et remplaçant les lettres clefs B, K, Z... de la Sécurité sociale, dénuées de signification économique).

L'Étude nationale de coûts est une opération qui se renouvelle chaque année, l'effectif des hôpitaux de l'échantillon tournant autour de la cinquantaine. La dernière base de données constituée dans ce cadre comporte plus de 2,5 millions de séjours ou séances. Jusqu'en 2004 était calculée pour chaque groupe homogène de séjours la moyenne des coûts des séjours de ce GHS dans la base ; c'était cette moyenne qui, à un coefficient près, fournissait le nombre de points ISA (index synthétique d'activité) du GHS, indicateur qui, à partir de 1997, a été utilisé — plus ou moins — par les agences régionales de l'hospitalisation pour moduler l'allocation budgétaire aux différents établissements de leur circonscription. À partir de 2004, ne sont plus calculés de points ISA, mais les coûts moyens de séjour par GHS observés sur la base servent à déterminer des tarifs dits « à l'activité », le mode de financement actuel des hôpitaux, le budget global pour les publics, les prix de journée pour le privé étant progressivement remplacés par une tarification prenant en compte l'activité médicale.

Les coûts moyens par groupes homogènes de séjours calculés à partir de l'Étude nationale de coûts constituent ainsi des coûts de référence. Mieux, chaque année l'Atih propose un éclatement de ces coûts en une vingtaine de composantes issues de la comptabilité analytique (coût des médecins des services cliniques, coûts des infirmières des services cliniques, coûts des unités du plateau technique : blocs, labos, imagerie..., coûts de restauration et de blanchisserie, coûts administratifs, etc.), ce qui conduit à une matrice imposante de coûts (600 lignes environ — les GHS —, plus de 20 colonnes — les composantes du coût complet).

Il convient d'ajouter à cette base de données deux autres outils qui permettent *a priori* d'approfondir la connaissance des coûts hospitaliers :


- une base de données, tenue actuellement par le CHU d'Angers, sur les coûts par activités logistiques et médico-techniques, calculés selon les normes comptables évoquées précédemment, à partir d'un échantillon d'une centaine d'établissements volontaires ;

- l'analyse de gestion hospitalière nationale (AGHN), qui effectue un recoupement entre la base ENC, la SAE (Statistique annuelle des établissements, répertoriant chaque année les données d'offre en matériel et personnel sur l'ensemble des établissements), et les retraitements comptables transmis par les hôpitaux à la tutelle en vue du calcul des indicateurs PMSI : cet outil permet par exemple d'obtenir des indicateurs de productivité tels les effectifs de personnel médical ou non médical rapportés à l'activité, et cela sur l'ensemble des établissements. Tous ces outils seront prochainement intégrés dans un système d'information unique (Parthage), tout en s'adaptant au nouveau mode de financement (substitution des tarifs au concept ISA).

Pour quels usages ?

On a donc affaire au total à des systèmes d'information relativement riches, et prenant mieux en compte la variabilité de l'activité hospitalière. Force est cependant de constater que ces informations n'ont que très partiellement été utilisées par les établissements eux-mêmes, depuis qu'elles existent, c'est-à-dire paradoxalement depuis qu'existe également un incitatif économique fondé sur ces mêmes informations. Les raisons avancées par les responsables hospitaliers sont la plupart du temps d'ordre technique : ils estiment que les outils existants sont encore imparfaits. Il est vrai que le dispositif PMSI, sous son angle économique, a été essentiellement élaboré dans une optique de régulation de l'ensemble du système, aboutissant à des indicateurs globaux (la valeur du point ISA, par exemple) plus difficilement utilisables dans une optique de gestion interne pour les hôpitaux ne participant pas à l'Étude nationale de coûts (et ne pouvant donc pas calculer leurs propres coûts par GHS). Par ailleurs, des critiques nombreuses peuvent être apportées au dispositif actuel (ne serait-ce que son incomplétude puisqu'il ne vise toujours que le court séjour, et non les autres secteurs : soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, long séjour).

Pourtant les établissements ne sont pas totalement dépourvus en la matière, et pourraient par exemple mobiliser les résultats de l'Analyse de gestion hospitalière nationale, ou encore appliquer des méthodologies proposées par l'administration, comme le Tableau coûts-case-mix (TCCM), leur permettant de positionner leurs grands groupes de dépenses par rapport à un hôpital fictif issu de l'Étude nationale de coûts et ayant la même activité en GHS qu'eux, analyses qu'ils pourraient également compléter par les références offertes par la base d'Angers (cf. ci-dessus). Ils peuvent également essayer de transposer en interne les calculs faits par la tutelle dans le cadre de la régulation et examiner quels sont leurs centres de responsabilité (ou pôles) bénéficiaires ou au contraire déficitaires par rapport au PMSI. Certes tout cela est critiquable, fournit davantage de signaux à interpréter qu'une vérité incontestable, mais on retrouve là le statut traditionnel de l'instrumentation de gestion, qu'il s'agisse d'hôpital ou de gestion industrielle.

Le fait que peu d'efforts aient été observables dans ce sens renvoie moins en fait à des problèmes techniques qu'à une perpétuation de la culture de non-gestion évoquée plus haut, et ancrée dans les caractéristiques structurelles de l'activité. Le bond en avant effectué cette année par l'administration, insatisfaite devant le peu d'impacts des outils générés par le PMSI, et consistant à faire de ce dernier la base d'une tarification, changera-t-il cette situation, en imposant un incitatif plus brutal qu'auparavant et conduisant les professionnels à s'intéresser davantage aux conditions économiques de leur production ? C'est l'un des objectifs visés, mais en même temps un pari loin d'être gagné. 

Les indicateurs de qualité

Eric Ginésy

Chargé de mission, bureau E1, direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de soins

Étienne Minvielle

Chercheur CNRS, Centre de recherche en économie et gestion appliquées à la santé (Cregas)

Elvire Aronica

Chef du bureau E2 par intérim, direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de soins

La difficulté unanimement reconnue à rendre compte de la qualité des soins s'explique notamment par la multiplicité des points de vue et des attentes qui leur correspondent.

L'incertitude porte d'abord sur l'objet d'étude. S'intéresse-t-on à l'état de santé de la population ? À la qualité des soins ? À la performance, qui ajoute à la notion de qualité la dimension d'efficience ? Se place-t-on pour cela au niveau international ou national ?

Au crible de ces quelques questions, il apparaît que les différentes initiatives existantes dans le domaine, loin d'être concurrentes, correspondent en réalité à l'un de ces points de vue, qu'il s'agisse du rapport de l'OMS sur la performance des systèmes de santé, du projet « Indicateurs de qualité des soins de santé » de l'OCDE, du projet Path (Performance Assessment Tool for Hospitals) de l'OMS-Europe, ou des projets français Inpech (Indicateurs de performance expérimentaux pour la comparaison hospitalière) et Compaqh (Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière).

L'objet de la présente contribution se limite aux efforts de mesure de la qualité hospitalière conduits en France au travers de ce dernier projet.

Dans le domaine hospitalier, la recherche d'indicateurs de performance a été amorcée par la Drees, qui avait réuni des experts dans le domaine en 1999-2000. Ces travaux avaient abouti à la publication d'un dossier *Solidarité et santé* intitulé « Éléments pour évaluer la performance des établissements hospitaliers » (n° 2, avril juin 2001). Le projet Inpech est né de ces travaux¹.

Parallèlement, dans le cadre d'un projet de recherche cofinancé par l'Anaes et la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), le Cregas (laboratoire Inserm/CNRS) avait réalisé une revue des indicateurs disponibles dans la littérature pour mesurer la performance, plus spécifiquement en direction des cliniques privées². Ces travaux ont servi de base au projet Compaqh.

1. Ce projet consiste à tester les approches et les indicateurs dans trois CHU volontaires (Rouen, Rennes et Nantes). Deux approches sont mobilisées : l'une, macroscopique, appréhendant les fonctionnements organisationnels, économique et social des établissements au travers d'indicateurs extraits de bases médico-administratives ; l'autre, microscopique, à partir d'indicateurs cliniques spécifiques de problèmes de santé, centrés sur les patients et leur trajectoire dans les structures hospitalières. L'objet de ce projet est d'explorer les possibilités, l'intérêt et les limites d'utilisation des indicateurs issus des systèmes d'information existants (PMSI, SAE), mais aussi d'examiner l'intérêt d'autres données dans le cadre d'une démarche comparative volontaire menée par les équipes de soins, qui ont déterminé librement les indicateurs cliniques retenus.

2. Grenier-Sennelier, Minvielle, *Journal d'économie médicale*, 2002

Genèse du projet Compaqh

Le Cregas s'est vu confier le pilotage scientifique d'un projet visant à expérimenter, dans un échantillon d'établissements publics et privés, un ensemble d'indicateurs de qualité, dans la perspective d'une possible généralisation. Ce projet, s'étalant sur 33 mois, a débuté en mars 2003 sous la forme d'une convention entre la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins et l'Inserm, avec le soutien d'un comité de pilotage qui réunit en outre l'Anaes, les fédérations hospitalières (FHF, FHP, FEHAP, FNCLCC), la Mutualité française et l'Union générale des caisses d'assurance maladie.

Le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine, structure régionale de mutualisation des expériences d'amélioration de la qualité en Aquitaine, a apporté un soutien au Cregas dans la conduite des diverses étapes de ce projet.

Trente-six établissements publics et privés, couvrant un large éventail des activités hospitalières (médecine-chirurgie-obstétrique, services de suivi et de réadaptation, santé mentale, oncologie) se sont portés volontaires pour participer à l'expérimentation.

État d'avancement

Huit objectifs prioritaires ont d'abord été définis (encadré ci-dessous) à l'issue d'une large discussion, impliquant des instances représentatives des professionnels hospitaliers et des associations d'usagers, puis validés par le comité de pilotage. Cette phase a été déterminante pour éviter, ensuite, des discussions sur le caractère complet de l'ensemble des indicateurs retenus.

Environ 80 indicateurs issus de la revue de la littérature mentionnée plus haut ont été soumis à des groupes d'experts réunissant des professionnels des

Les objectifs prioritaires du projet Compaqh

- 1 Lutter contre la douleur
- 2 Assurer la continuité de la prise en charge des patients
- 3 Lutter contre les troubles nutritionnels
- 4.1 Lutter contre les infections nosocomiales
- 4.2 Lutter contre le risque iatrogène
- 5 Améliorer la satisfaction du patient
- 6 Respecter les bonnes pratiques cliniques
- 7 Accroître la motivation, la responsabilisation et l'évaluation des compétences des professionnels au contact du patient
- 8 Garantir l'accessibilité

établissements de santé volontaires, selon une méthode de consensus (Delphi), permettant de parvenir à une liste de 42 indicateurs (encadré ci-dessous). Alors que certains indicateurs spécifiques étaient retenus en

fonction de l'activité principale de l'établissement, un « tronc commun » de 9 indicateurs applicables à l'ensemble des établissements a été défini.

Cette méthode doit permettre d'assurer que la charge

Liste des indicateurs du projet Compaqh avec numéro, par activité

N°	Nom complet de l'indicateur
1	Conformité globale des dossiers des patients/Conformité des dossiers anesthésiques
2	Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation
3	Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte
4	Satisfaction du patient hospitalisé
5	Turnover
6	Indice composite d'évaluation des activités de lutte contre les infections nosocomiales (LIN)
7	Accessibilité (signalétique et autres aspects ergonomiques)
8	Traitement des patients douloureux
9	Absentéisme de courte durée
10	Demandes d'examens d'imagerie avec renseignements cliniques suffisants et adaptés
11	Annulation d'actes ambulatoires réalisés sous anesthésie
12	Respect des bonnes pratiques cliniques en gynécologie — cancérologie : chirurgie des lésions mammaires
13	Respect des bonnes pratiques cliniques en urologie : bilan d'extension du cancer de la prostate
14	Taux d'infections du site opératoire
15	Volume annuel de produits hydroalcooliques (gels et solutions) par journée-patient
16	Volume d'antibiotiques consommés par secteur d'activité
17	Taux de staphylococcus Auréus résistant à la meticilline (SARM) pour 1000 journées-patient
18	Mortalité hospitalière dans les groupes homogènes de malades à faible taux de mortalité
19	Traçabilité de l'évaluation de la douleur
20	Éducation thérapeutique
21	Durée d'attente aux urgences
22	Situation clinique exemplaire en cardiologie : prise en charge hospitalière de l'infarctus aigu du myocarde après la phase aiguë
23	Situation clinique exemplaire en neurologie : prise en charge hospitalière initiale de l'accident ischémique cérébral artériel constitué
24	Respect des bonnes pratiques cliniques en obstétrique : césariennes
25	Usure psychologique du personnel/Culture d'équipe
26	Délai d'attente en consultation externe
27	Délai de rendez-vous pour une consultation externe
28	Délai de rendez-vous pour une consultation en centre médico-psychologique (CMP)
29	Prise en charge multidisciplinaire
30	Respect des bonnes pratiques cliniques en cancérologie : prise en charge des effets secondaires des traitements
31	Respect des bonnes pratiques cliniques en gastro-entérologie : cancer du côlon
32	Prise en charge sociale
33	Attente avant admission dans l'établissement
34	Actes de violence en psychiatrie
35	Respect des bonnes pratiques cliniques : sevrage du patient alcoolo-dépendant
36	Respect des bonnes pratiques cliniques : traitement par électro-convulsivothérapie
37	Respect des bonnes pratiques cliniques : prise en charge des suicidants
38	Coordination de la prise en charge
39	Respect des bonnes pratiques cliniques : surveillance du diabète de type II par dosage de HbA1c
40	Respect des bonnes pratiques cliniques : utilisation des chambres d'isolement
41	Chutes des patients hospitalisés
42	Respect des bonnes pratiques cliniques : prise en charge et prévention des escarres

maximale liée au recueil sera limitée pour chaque établissement.

Le mode de recueil constitue en effet un élément décisif de la réussite d'un tel projet. Afin d'assurer la

qualité des données, le Cregas a notamment mobilisé les compétences d'assistants de recherche clinique. Toutefois, une part non négligeable de la charge de recueil repose sur chaque établissement expérimentateur.

Un travail d'explication du projet a été conduit par l'équipe de recherche, auprès de la communauté hospitalière (notamment médicale) de chaque établissement.

Compte tenu de l'importance de la lutte contre les infections nosocomiales, et de l'initiative prise par le ministère de la Santé et de la Protection sociale en vue de parvenir à un tableau de bord des infections nosocomiales, certains aménagements ont été apportés pour les indicateurs concernant ce domaine. Ainsi, l'InVS a été associé aux travaux et le choix des indicateurs a été soumis à l'avis du Comité technique de lutte contre les infections nosocomiales et les infections liées aux soins.

Perspectives

En dépit de l'effort qui leur est demandé, l'ensemble des établissements volontaires a constamment réaffirmé sa participation au projet. Pour répondre aux demandes d'établissements non participants désirant rejoindre le projet, un statut d'« établissement associé » a été créé. Les données issues de ces établissements feront l'objet d'un traitement statistique séparé.

Le calendrier de recueil s'étale de l'été 2004 au premier trimestre 2005. À cette date, les premiers résultats seront donc disponibles, avec les réserves qui s'attachent à des données expérimentales. Au vu de ces résultats, un diagnostic provisoire de la faisabilité du recueil pourra être conduit, ainsi qu'une première approche de la variabilité des résultats interétablissements. Le reste de l'année 2005 sera consacré à la collecte des indicateurs, éventuellement amendés en fonction du premier recueil. Cette seconde phase de recueil a pour objectifs :

- de vérifier si les mesures correctrices, prises par les établissements au vu de leurs résultats à l'issue du premier recueil par rapport au reste de l'échantillon, ont eu un impact sur les résultats ; en effet, l'amélioration de la qualité reste une finalité majeure de ce projet² ;
- de parvenir à des recommandations sur le nombre, le mode de recueil, la périodicité et les modalités de mise à disposition des différents indicateurs dont la généralisation est préconisée.

Il appartiendra ensuite au comité de pilotage de se prononcer, au vu de ces recommandations, sur la faisabilité et les conditions d'une généralisation des indicateurs retenus. Par-delà les problèmes de coût (et donc de financement), c'est l'existence des compétences nécessaires pour assurer le contrôle de la qualité des données dans l'ensemble des établissements qu'il conviendra alors de prendre en compte.

2. À ce titre, un « bon » indicateur non seulement donne une information pertinente sur la qualité, mais peut aussi être amélioré par un changement de comportement des professionnels de santé.

Nom abrégé de l'indicateur	MCO	CLCC	Psy	SSR
Conformité DPA/DA	1	1	1	1
Délai d'envoi courriers	2	2	2	2
Dépistage troubles nutritionnels	3	3	3	3
Satisfaction	4	4	4	4
Turnover	5	5	5	5
Score d'actions IN	6	6	6	6
Accessibilité	7	7	7	7
Traitement douleur	8	8	-	8
Absentéisme	9	9	8	9
Demandes ex d'imagerie	10	10	-	-
Annulation actes ambu	11	11	-	-
RPC lésions mammaires	12	12	-	-
RPC prostate	13	13	-	-
Infections du site opératoire	14	14	-	-
Volume produits hydroalcooliques	15	15	-	-
Volume d'antibiotiques consommés	16	16	-	-
Surveillance des SARM	17	17	-	-
Mortalité hosp GHM à faible tx	18	18	-	-
Traçabilité douleur	19	-	-	10
Éducation thérapeutique	20	-	9	11
Durée d'attente aux urgences	21	-	-	-
RPC IAM	22	-	-	-
RPC AVC	23	-	-	-
RPC Obstétrique : césariennes	24	-	-	-
Usure psy/Culture d'équipe	25	19	-	-
Délai d'attente en CS ext	-	20	-	-
Délai de RV pour une CS ext	-	21	-	-
Délai de RV pour CS en CMP	-	-	10	-
PC multidisciplinaire	-	22	-	-
RPC PC effets II	-	23	-	-
RPC cancer du côlon	-	24	-	-
Prise en charge sociale	-	-	11	12
Attente avant admission	-	-	12	13
Actes de violence	-	-	13	-
RPC sevrage du patient alcoolo-dépendant	-	-	14	-
RPC traitement par ECT	-	-	15	-
RPC PC des suicidants	-	-	16	-
Coordination de la PC	-	-	17	-
RPC diabète HbA1c	-	-	-	14
RPC chambres d'isolement	-	-	18	-
Chutes des patients hospitalisés	-	-	-	15
RPC escarres	-	-	-	16

Le ministre a déclaré, lors du salon Hôpital Expo, le 21 mai dernier, que les usagers pourront avoir connaissance « de critères objectifs, simples et compréhensibles, qui permettent à tous de connaître l'efficacité de l'hô-

pital qu'ils choisiront » et disposer rapidement « d'une panoplie d'indicateurs de performance ». Cette position ne laisse pas de doute concernant l'accessibilité des données aux usagers de ces informations. Cela suppose

Des systèmes d'information à l'adaptation de l'offre de soin : l'exemple du Samu de Paris

Le premier registre d'évaluation de la prise en charge de l'infarctus du myocarde (IDM) a été initié en avril 2000 à l'instigation de médecins des Samu (service d'aide médicale d'urgence) franciliens, en accord avec l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France. Ainsi chaque département peut avoir un reflet objectif de son activité. Le Samu de Paris assume 17 % (664/3448) des infarctus du myocarde franciliens (E. Must 2002/2003 en cours de publication).

L'infarctus du myocarde est la pathologie traceuse de choix en raison de son incidence médicale et économique. Il sera au centre de notre propos.

Le fonctionnement des Samu

Dans chaque département, conformément à la loi du 6 janvier 1986, un service public d'aide médicale urgente peut proposer un centre de réception et de régulation des appels (CRRA) et plusieurs équipes médicales mobiles d'intervention (Smur).

Au CRRA, des professionnels, médecins régulateurs et personnels auxiliaires de régulation médicale (Parm) écoutent, analysent, en permanence, pour comprendre la demande et y répondre. Parallèlement, le Samu doit assurer le transport et organiser l'accueil hospitalier optimal public ou privé en respectant le choix du patient ou celui du médecin traitant. La régulation est réalisée par un centre opérationnel décisionnel qui exerce le contrôle permanent de ses effecteurs.

Dès la réception d'un appel, un Parm, premier chaînon de la régulation médicale, enregistre sur un dossier informatique les coordonnées et le motif d'appel. Puis le médecin régulateur analyse les différents symptômes et décide de la réponse la plus appropriée. Chaque événement décisionnel de la

régulation est enregistré en temps réel sur la fiche informatique de l'appelant. Le bilan médical du médecin transporteur est transmis à la régulation du Samu et enregistré sur le dossier informatique.

L'analyse des données médicales réalise une véritable cartographie de l'épidémiologie des différentes pathologies traitées en urgence et met ainsi la réalité du réseau médical en évidence.

La prise en charge de l'infarctus par les Smur

Dans ce dispositif, cependant, l'évaluation de la pratique médicale fait défaut, particulièrement pour l'infarctus du myocarde. L'activité cardiologique représente 20 à 40 % de l'activité des Smur en France, dont plus de 25 % de syndromes coronariens aigus et les praticiens, soucieux d'évaluer la pertinence de leur travail, se sont engagés à créer ce registre [1].

L'agence régionale de l'hospitalisation s'est imposée pour en assurer l'indépendance et garantir la liberté d'action du comité scientifique (3 médecins de Samu, 1 médecin de l'Inserm, 1 statisticien).

Un contrôle régulier de l'activité globale des Samu et des dossiers inclus (IDM pré-hospitaliers) a permis d'atteindre une quasi-exhaustivité, soit 95 %. Le contrôle de la qualité repose sur des tests effectués à différentes étapes du processus de recueil des données. Un audit externe biannuel de chaque centre analyse sur une période aléatoire les données concernant toutes les interventions des Smur. Tous les dossiers IDM sont répertoriés et confrontés à l'ensemble des dossiers IDM pré-hospitaliers.

L'enregistrement en temps réel par les médecins des Smur de nombreux items reflétant toutes les étapes de

l'intervention représente une augmentation du temps médical, bien accepté cependant. Grâce à l'exhaustivité de ce registre, le retour d'information et la comparaison des filières de soins et des stratégies thérapeutiques ont permis d'évaluer la qualité du travail des Samu franciliens.

Des registres identiques initiés dans d'autres régions dès la diffusion des premiers résultats permettent désormais de comparer, à partir d'une pathologie traceuse, les différentes pratiques médicales à travers toute la France...

La mesure des délais réels des interventions a permis de modifier certaines pratiques. En effet, dans le registre, 50 % des patients sont médicalisés dans les deux premières heures après le début des symptômes. Or les résultats de l'étude Captim récemment publiés montrent une forte tendance à la diminution de la mortalité pour les patients thrombolysés en préhospitalier dans les deux premières heures par rapport au groupe traité par désobstruction mécanique à l'hôpital [2]. Les données scientifiques et les résultats du registre sont complémentaires et orientent le choix de la stratégie thérapeutique.

L'utilité et le contenu du registre

Les perspectives d'exploitation sont multiples. Sur le plan médical, les voies de transmission en temps réel des données acquises auprès du patient, images ou textes, constituent une première voie de développement par transmission des données en circuit court sécurisé au médecin régulateur et au médecin du centre d'accueil. Ces données pourraient également s'intégrer dans le dossier médicalisé lisible par le médecin sur place. Elles constituent une source de renseignements précieux sur l'anamnèse du patient et sur les thérapeutiques en cours.

Christine Roullière-Le Lidec
Interne en médecine générale
Patrick Sauval
Praticien hospitalier,
Samu de Paris,
Smur Necker

cependant une réflexion sur les conditions de mise à disposition de ces informations : explications claires, précautions de lecture. Le recours à des relais (associations d'usagers, médecins traitants, par exemple)

pourra être envisagé en fonction de l'expérience conduite dans les établissements participant au projet pendant la phase d'expérimentation. 🌀

En parallèle, l'expansion de la « technologie embarquée » permettant des analyses biologiques et/ou échographiques sur le lieu même de l'intervention induirait, par des examens complémentaires délocalisés, un diagnostic initial réalisé dans des conditions plus précises et plus fiables conduisant à une hospitalisation spécialisée adaptée.

Par ailleurs, cette nouvelle approche a modifié les activités des unités de soins intensifs en cardiologie (Usic), centres partenaires du Samu pour l'infarctus du myocarde. Cette modification s'est appuyée sur une reconnaissance mutuelle des différents acteurs et une dynamique de recherche commune étayée par de nombreux travaux. Comme pour les Samu, il est difficile de relier le registre de diagnostic et de traitement de l'infarctus du myocarde des Usic avec le registre pré-hospitalier, en raison d'une articulation insuffisante.

Une prochaine orientation devrait affiner la régulation en s'appuyant sur des mots clefs établis selon les recommandations de bonnes pratiques et les données de la littérature. Ainsi un algorithme décisionnel informatique serait réalisé sur la base d'un questionnaire adapté à chaque situation. Ces informations saisies en temps réel lors de l'appel apporteraient une aide à la décision du médecin régulateur.

Via l'outil informatique, ces guidelines présenteraient certains avantages : l'intégration au dossier médical partagé, l'évaluation permanente des pratiques médicales, la simplification du trajet du patient avec l'absence de doublon dans les soins, la diminution du risque d'erreur dans le circuit de soins. Toutes ces données, favorisent l'évaluation régulière de la qualité des soins, les travaux de recherche clinique et garantissent une sécurité sanitaire maximale.

Un système modélisable

Un tel recueil d'information peut servir de modèle pour d'autres pathologies nécessitant une action rapide évitant les séquelles, génératrices de handicaps. Les pathologies neurovasculaires constituent des candidats naturels à ce type de registre. Elles se rapprochent de la pathologie coronarienne par leur physiopathologie. Cette action thérapeutique initiée le plus précocement possible favorise un éventuel retour à la normale et une nette diminution des conséquences de cet accident aigu. La validation récente de la thrombolyse dans l'accident vasculaire cérébral ischémique (AVCI) et la création des unités de soins intensifs neuro-vasculaires (USI-NV) a fait évoluer les stratégies de prise en charge. Le long délai d'arrivée des accidents vasculaires cérébraux à l'hôpital en Île-de-France (médiane à quatre heures en 2002, d'après l'ARH) contre-indique l'application de la thrombolyse. Un registre spécifique temporaire (durée trois mois) pour la prise en charge pré hospitalière de l'AVCI en milieu urbain a été créé, ainsi qu'un item informatique supplémentaire dédié aux suspicions d'accident vasculaire cérébral. Le premier effet de ce registre provisoire a été d'améliorer la sensibilisation des Parm à l'AVCI (item informatique spécifique). La synergie des médecins pré-hospitaliers et hospitaliers s'est rapidement traduite par une stratégie combinée et harmonieuse. Une fiche réflexe instituée pour orienter le malade le plus rapidement possible vers un centre bénéficiant d'une imagerie par résonance magnétique permet une action thérapeutique adéquate. Cette stratégie augmente le nombre d'admissions directes en USI-NV. Le Smur est le vecteur de choix pour sa rapidité, sa fiabilité diagnostique et son efficacité thérapeutique.

L'aspect médico-économique est essentiel dans cette démarche. Première cause de mortalité et première cause de handicap, respectivement, les pathologies cardio-vasculaires et neuro-vasculaires sont des priorités de santé publique. L'allocation des ressources dans le but d'adapter l'offre de soins en aval des urgences pré-hospitalières représente un enjeu majeur. Dans un souci d'efficacité économique et d'efficacité médicale, le circuit du syndrome coronaire aigu peut constituer une base de réflexion intéressante pour les urgences neurovasculaires. Ce processus ne peut s'effectuer sans une étude de faisabilité sur l'adaptation des moyens en aval.

Ainsi les registres mis en place pour l'infarctus du myocarde pourraient servir à créer d'autres supports pour les urgences neurovasculaires avec l'essor probable de marqueurs biologiques précoces. La médecine pré-hospitalière est le pivot de l'orientation qualité-efficacité en optimisant la prise en charge du patient et en développant le circuit court d'hospitalisation spécialisée. La coordination thérapeutique des soins pré-hospitaliers et hospitaliers a modifié les comportements de l'ensemble des acteurs de la chaîne des soins. Le partage du savoir thérapeutique et diagnostique via des systèmes d'information performants, la reconnaissance de l'action de chacun sont des facteurs d'amélioration tangibles du système de santé. 🌀

1. Bonnet J.-L., Domergue R., Martin C. « Prise en charge pré-hospitalière de l'infarctus du myocarde évolutif ». *Rev Samu* 1997 ; 4 : 172-8.
2. Steg P.-G., Bonnefoy E., Chabaud S., Lapostolle F., Dubien P.-Y., Cristofini P., Leizorovicz A., Touboul P. « Comparison of Angioplasty and Prehospital Thrombolysis In acute Myocardial infarction (CAPTIM) Investigators. Impact of time to treatment on mortality after prehospital fibrinolysis or primary angioplasty : data from the CAPTIM randomized clinical trial ». *Circulation*. 9 décembre 2003. 9 ; 108 [23] : 285/1-6. Epub 17 novembre 2003.