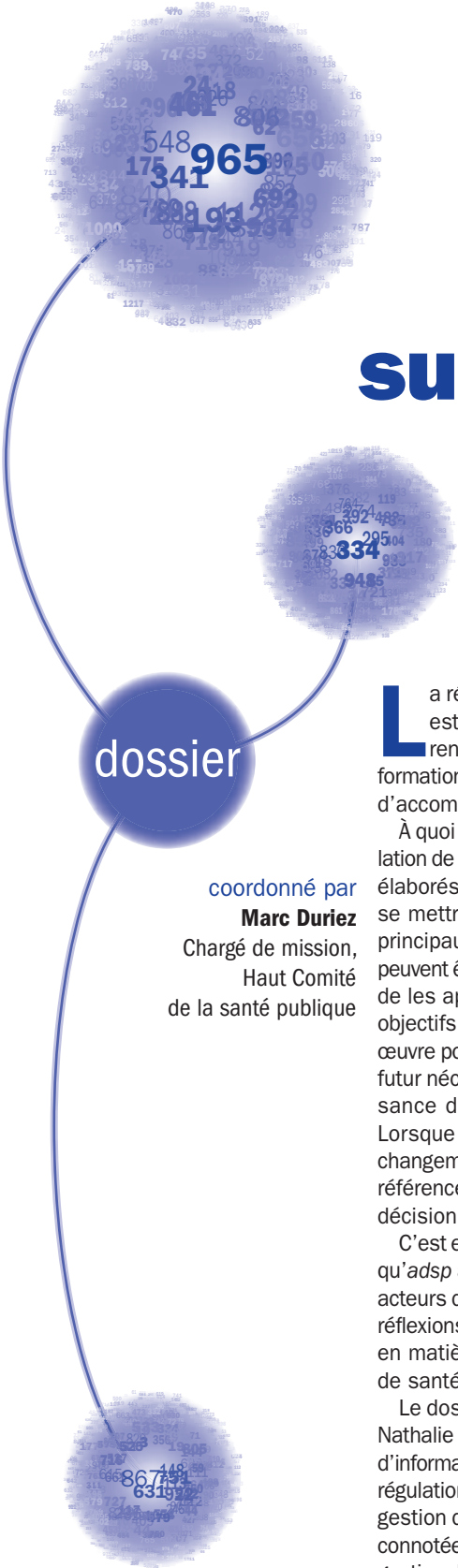




l'information sur l'offre de soins

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 Pouvoirville 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. ③

Les systèmes d'information de la régulation de l'offre de soins

La régulation du système de santé s'est orientée vers la gestion de l'offre de soins en fonction d'impératifs économiques. Elle a nécessité la mise en place d'un système d'information plus adapté à la gestion des activités.

Nathalie Morieul
Stagiaire, Université
Paris IX-Dauphine
Marc Duriez
Chargé de mission,
Haut Comité de la
santé publique

L'analyse de la régulation française de l'offre de soins au cours de ces trente dernières années fait ressortir, après une longue période de gestion des structures, l'émergence récente d'une approche de la performance et de la qualité.

De la planification à la régulation financière

La première grande période s'étale du début des années soixante-dix au début des années quatre-vingt-dix. La maîtrise budgétaire des dépenses de santé s'impose. Dès le début des années soixante-dix, les premières mesures de rationalisation de l'offre hospitalière sont prises. Elles s'illustrent à travers l'instauration de la carte sanitaire en 1972 (redéploiement des services entre court, moyen et long séjour). La carte sanitaire détermine le nombre d'installations et d'activités de soins nécessaires dans chaque zone sanitaire retenue (secteur, région et ensemble de territoire) par application d'indices de besoins à la population résidant dans cette zone. Un *numerus clausus* répond à la fois au souci des pouvoirs publics de maîtriser les dépenses de santé en limitant la croissance de l'offre de soins et aux craintes des médecins d'une « pléthore médicale ».

En 1980, une réforme du système conventionnel est engagée avec la création d'un double secteur. À côté des médecins du secteur dit « conventionné » (ou secteur I), d'autres optent pour un secteur conventionné « à honoraires libres » (ou secteur II), au prix de la perte de quelques avantages sociaux et fiscaux. En outre, pour la première fois, le texte de la convention signée cette année-là par les partenaires intègre la problématique de la maîtrise des dépenses de santé. Il s'agit, pour les caisses de référer ainsi la gestion du risque maladie aux

contraintes économiques générales, et, d'autre part, de sensibiliser les médecins à leur rôle économique dans le système de santé.

Durant cette période, différents plans de maîtrise des dépenses se mettent en place qui bloquent les honoraires des médecins (plan Barre 1979). Ces différents mécanismes de contrôle budgétaire s'inscrivent ainsi dans une politique générale de contrainte sur les prix.

Le financement des hôpitaux par le prix de journée est jugé inflationniste et l'inflation spécifique du domaine sanitaire se développe à un taux supérieur à celui de l'inflation générale. Il incite, en particulier, les hôpitaux à allonger les séjours, à maximiser le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour. Il s'inscrit dans une optique purement quantitative, éloignée de la recherche de la qualité du service hospitalier.

En 1983, le prix de journée est abandonné au profit de la dotation globale de financement. Ce nouveau système de financement des hôpitaux, en les incitant à réduire les séjours, permet de contenir pour partie l'évolution des dépenses hospitalières. Cependant, il s'avère rapidement limité et insuffisant. Construite au départ sur une base historique, son évolution est fixée ensuite d'une année sur l'autre par un taux directeur national, sans référence à l'activité. Il pérennise ainsi les inégalités de moyens entre hôpitaux et favorise une externalisation de certaines activités vers les cliniques privées.

De la nécessité d'un système d'information médicalisé

Force est de constater qu'un financement global nécessite la mise en place d'un système d'information performant pour justifier les montants alloués à chaque hôpital.

Or le produit hospitalier n'est pas suffisamment décrit, le dossier médical n'est pas mis en commun entre les acteurs de santé et le système d'information en est à ses balbutiements. Les premières études de morbidité hospitalière datent seulement de 1985. L'activité de l'hôpital et donc ses performances demeurent inconnues.

À partir de 1982, une réflexion sur le projet PMSI, inspiré du modèle développé aux États-Unis par le professeur Fetter, s'engage. Elle répond à la nécessité d'élaborer des outils techniques valides susceptibles de fournir une appréciation réelle de l'activité des hôpitaux, notamment en introduisant les bases de comptabilité analytique, mais surtout de légitimer les choix proposés¹. Un guide de la comptabilité analytique est publié en 1985. Mais dans un environnement professionnel souvent hostile et un contexte technique *a priori* difficile (absence d'une traduction forte de production des données médicales et faible culture des données chez les praticiens), le PMSI mettra une dizaine d'années pour se généraliser dans les hôpitaux publics et privés français.

Le milieu des années quatre-vingt se distingue par le développement d'importantes avancées médicales en biologie, en imagerie médicale (IRM, échographie...). Cependant le modèle gestionnaire et décisionnel ne permet pas de juger de la qualité des services proposés. Outre le fait que les outils de mesure sont balbutiants (PMSI, enquêtes épidémiologiques), ils apparaissent inadaptés à la connaissance, voire inexistants. Les nomenclatures ne peuvent être conçues comme des instruments de description de l'activité médicale. Elles sont utilisées essentiellement à des fins gestionnaires. La pharmacie représente le seul domaine où les procédures d'évaluation sont prévues (évaluation du service médical rendu, si le médicament est destiné à être remboursable par la Sécurité sociale ou vendu à l'hôpital, par la Commission de transparence). Parce que l'industrie pharmaceutique a besoin de légitimité, mais aussi parce que la prise de conscience d'évaluer l'apport du médicament est apparue dès les années quatre-vingt dans le cadre de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

A contrario, d'autres pays à la même époque avaient déjà inséré dans la gestion de leur système de santé des procédures systématiques d'évaluation.

Cette période est marquée également par la tentative de mise en place des réseaux de soins coordonnés. La loi du 19 janvier 1983 encourage, sur une base expérimentale, la création de réseaux de soins ville-hôpital. Elle apparaît ainsi comme une réponse à la mise en place du budget global dans les hôpitaux qui rend totalement opaque la mesure des activités hospitalières. L'idée mettra plus de douze ans pour connaître une institutionnalisation concrète dans la politique de régulation.

1. Naiditch M., Pouvoirville (de) G., 1997.

Vers une approche qualitative de la régulation

La loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, cherche à dépasser les limites des réformes instituées jusque-là et focalisées sur l'encadrement de l'offre de soins et son financement, pour s'articuler autour de plusieurs axes principaux, dont notamment l'adaptation de l'offre de soins aux besoins sanitaires de la population. Afin d'améliorer la qualité des soins, elle crée en particulier, à côté de la carte sanitaire, outil quantitatif d'encadrement du développement de l'offre de soins, un outil qualitatif, le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros), qui « *détermine la répartition géographique des installations et activités de soins [...] afin d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population* ». Les premiers Sros couvrent la période 1994-1998 et leurs actions se fondent sur plusieurs principes : le renforcement des équipes médicales et des moyens médico-techniques des hôpitaux de moyenne proximité, la structuration des établissements en réseaux. La graduation des moyens en trois niveaux (régional, pôle de référence au niveau du secteur sanitaire et établissement de proximité) a pour but à la fois d'améliorer l'accès aux soins hospitaliers par le maintien et la diffusion de soins hospitaliers courants sur des sites de proximité immédiate, et de favoriser la sécurité et la qualité des soins. L'objectif de régulation des coûts est cependant omniprésent.

La loi de 1991 confirme le principe de l'évaluation des pratiques professionnelles à l'hôpital énoncé en 1984 et rejoint, au plan législatif, la mission de l'Agence nationale d'évaluation médicale (Andem) en 1990. La création de cette agence s'inscrit dans une démarche qualitative nouvelle de conseil, de formation et d'amélioration de l'analyse d'activité. Elle fait écho à la prise de conscience d'intégrer dans la régulation du système de santé de nouvelles approches et de nouveaux instruments. Elle a ainsi initié durant cette période une première démarche d'évaluation, reprise et renforcée par la suite avec la création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), qui s'y substitue. La loi confirme également le bien-fondé du PMSI et la circulaire du 16 septembre 1991 subordonne l'attribution de crédits à la production des informations médicalisées.

À l'instar d'autres pays étrangers (par exemple l'Allemagne), qui ont initié cette orientation dès la décennie quatre-vingt, des enveloppes globales de dépenses par activités sont progressivement introduites. Les biologistes, en 1991, sont les premiers concernés par ces accords de maîtrise des dépenses dans la mesure où les activités d'analyses biologiques, du fait des avancées médicales et technologiques, deviennent fortement inflationnistes. Pour faire accepter cette logique de rationnement généralisé, le gouvernement soutient la thèse d'une mauvaise utilisation des moyens existants et d'une nécessaire redistribution de ceux-ci.

Entre 1975 et le début des années quatre-vingt-dix, ce n'est pas moins d'une dizaine de plans de redressement

qui se succèdent sans que l'équilibre financier des comptes de l'assurance maladie soit rétabli. Ce constat, largement partagé, de l'échec de la régulation de l'offre de soins, se traduit notamment par plusieurs rapports tels que le rapport Béraud évoquant le « *gaspillage* » concernant l'offre de soins et la non-qualité médicale et économique du système de soins français.

La médicalisation de la régulation

Devant les échecs des différentes politiques budgétaires de maîtrise des dépenses et face à des rapports convergents, les pouvoirs publics s'engagent peu à peu sur la voie d'une maîtrise « médicalisée » des dépenses, en collaboration avec les médecins. Ce principe de maîtrise médicalisée est introduit par la loi « Teulade » de janvier 1993, qui engage la profession médicale à respecter des objectifs prévisionnels de dépenses et des recommandations de pratiques médicales (les références médicales opposables) élaborées par la profession et l'assurance maladie et dont le non-respect peut entraîner des sanctions.

La maîtrise médicalisée reste néanmoins très lente à se mettre en place. Elle se heurte notamment aux réticences très violentes des professionnels de santé et au manque de visibilité de la politique menée.

Le *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie*, établi par Raymond Soubie, Jean-Louis Portos et Christian Prieur en décembre 1994 à la demande du Premier ministre, propose un certain nombre de recommandations à court terme² : redonner une logique aux instruments de régulation du système, donner la première place aux préoccupations de santé publique, redéfinir le rôle de l'État et adapter l'organisation administrative de ses missions, conforter la maîtrise médicalisée sans la déconnecter de toute préoccupation économique, favoriser les comportements vertueux, mieux gérer l'hospitalisation, consolider la politique économique du médicament, solliciter l'intervention du législateur pour ouvrir la voie de l'expérimentation et développer les systèmes d'information.

Se distinguant des quinze derniers plans de redressement (de 1976 à 1994) qui visaient essentiellement à rétablir l'équilibre financier, le plan Juppé marque un tournant dans le processus de réforme des deux dernières décennies. S'inspirant, entre autres, des recommandations du Livre blanc, il vise une réforme structurelle axée sur le renforcement d'un nouveau mode de régulation du système de santé français. En effet, c'est une approche plus globale et orientée entre autres vers l'analyse de la demande et l'évaluation des besoins qui est envisagée.

La loi constitutionnelle adoptée le 19 février 1996 et les trois ordonnances du 24 avril 1996 sur l'organisation de la Sécurité sociale, la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et la réforme de l'hospitalisation publique et privée instaurent une nouvelle architecture

de l'offre de soins en France. Celle-ci s'articule sur un double niveau : national, régional.

Sur la base des travaux de la Conférence nationale de santé, le Parlement fixe, dans le cadre des lois de financement de la Sécurité sociale, l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Pour la première fois, le Parlement est donc légitime pour voter le budget des dépenses de santé.

Le niveau régional

Consacré comme un véritable niveau structurant de la politique de santé, notamment hospitalière, depuis 1991, l'échelon régional voit son rôle réaffirmé et constitue désormais un cadre de pilotage privilégié de la politique de santé. Les ordonnances de 1996 créent en effet au niveau régional deux nouvelles institutions, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) pour l'hôpital, et les unions régionales de l'assurance maladie (Urcam) pour les soins de ville. S'il est vrai que l'organisation régionale est très dense entre les divers organismes — ARH, directions régionales des Affaires sanitaires et sociales (Drass), caisses régionales d'assurance maladie (Cram), Urcam et unions régionales des médecins libéraux (URML) —, le système de gouvernance reste cependant très « verticalisé ».

Les Sros dits de seconde génération (1999-2004) marquent une évolution considérable par rapport aux premiers, axés avant tout sur une rationalisation de l'offre de soins, dans la mesure où ils sont établis en partant réellement des besoins de la population. Leur contenu est donc plus qualitatif.

Les Urcam et les URML ont, théoriquement, un pouvoir important en matière de régulation. Cependant, à la différence des ARH qui, à travers l'allocation des moyens budgétaires, peuvent infléchir l'organisation des soins hospitaliers, ces unions régionales n'ont pas de véritables moyens d'action pour exercer une pleine responsabilité en matière de gestion du risque et agir sur l'offre de soins ambulatoires.

Évaluation et systèmes d'information

Avec la création des ARH, l'engagement d'une politique d'accréditation et d'évaluation des établissements de santé est la deuxième innovation majeure de la réforme de 1996. Certes, la loi hospitalière de 1991 avait déjà introduit le principe de l'évaluation tous les cinq ans des activités de soins et de leur organisation au sein des établissements par l'Andem, mais c'est la création de l'Anaes en 1996 qui engage réellement une dynamique d'évaluation et d'accréditation des établissements de santé. Les missions de l'Anaes en font un instrument privilégié de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et de l'amélioration de la qualité des soins, tant dans les établissements hospitaliers qu'en médecine ambulatoire, parce qu'elles autorisent l'analyse des pratiques par rapport à des référentiels et la comparaison entre établissements comme entre praticiens.

Cette recherche de qualité du système de soins doit

2. J.-M. Budet, F. Blondel (1998).

également passer par le développement des outils d'information et la recherche de leur cohérence. En effet, ce nouveau type de régulation, et donc d'instruments, appelle un nouveau type de système d'information qui doit dépasser la connaissance des moyens mis en œuvre et permettre l'analyse de l'activité médicale (ambulatoire et hospitalière). Il doit se focaliser sur les filières de soins, sur les pratiques médicales, sur les modes de financement, sur de nouvelles expérimentations (télé-médecine, tarification à la pathologie) et la qualité (projet « Compaqh »). Toutes ces analyses ont en commun de nécessiter des données fines. En France, l'orientation se dirige plutôt dans le sens des expérimentations, d'où la généralisation progressive d'études microéconomiques.

Les récentes préoccupations relatives à l'évolution de la démographie médicale ont conduit à s'interroger sur l'avenir des différentes spécialités médicales et paramédicales, sur l'évolution attendue et souhaitable de leurs contenus et leurs complémentarités. C'est pour y répondre que s'est créé en 2003 l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

Afin de maîtriser les dépenses de santé, l'existence d'une nomenclature commune descriptive des actes professionnels est considérée comme un préalable incontournable³. Elle est, en effet, indispensable pour la connaissance de l'activité des professionnels de santé, pour le suivi et l'évaluation des pratiques, ainsi que pour la tarification des actes et des services médicaux. Or, la situation française se caractérisait, jusqu'à récemment, par la coexistence de deux nomenclatures (la Nomenclature générale des actes professionnels ou NGAP, et le Catalogue des actes médicaux ou CDAM) presque totalement incompatibles. La nouvelle nomenclature, la Classification commune des actes médicaux (CCAM), dont les travaux ont débuté en 1996, devait être opérationnelle en juillet 2002. Malgré de nombreux avantages, elle reste néanmoins complexe et l'adhésion des professionnels de santé n'est pas du tout acquise. Elle constitue avant tout un outil de tarification et d'allocation des ressources. L'activité médicale reste, par conséquent, insuffisamment mesurée.

Vers une nouvelle configuration de l'offre de soins

Afin de décloisonner le système de santé et d'assurer une meilleure prise en charge du patient, les ordonnances de 1996 officialisent les réseaux et proposent ainsi un certain nombre d'outils indispensables à la gestion en réseau (dossier médical partagé, informatisation, système d'information...). Les réseaux s'inscrivent dans une démarche fondée sur la prise en compte de la pathologie et proposent une coordination des diverses activités de soins. À ce titre, les réseaux, en remettant en cause une large partie de l'organisation

de l'hôpital, participent à la recomposition de l'offre de soins.

Grâce aux progrès des techniques médicales et/ou chirurgicales réalisés durant ces dernières décennies, de nouvelles formes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète se sont développées : hospitalisation partielle, chirurgie ambulatoire et hospitalisation à domicile. Elles ont pour but, comme les réseaux, d'améliorer l'organisation des soins, notamment en favorisant la coopération entre l'hôpital et la médecine de ville.

Cette nouvelle configuration de l'offre de soins répond à la nécessité, qui se fait de plus en plus pressante, de privilégier une logique d'activités à une logique traditionnelle de structures.

Pour être efficace, cette recherche de coordination et de complémentarité entre activités nécessite de développer des systèmes d'information permettant une meilleure connaissance des activités par les professionnels de santé et les patients, mais aussi une meilleure convergence entre rémunérations et prise en charge dans le cadre d'une tarification à la pathologie.

Perspectives

Les dispositions de la réforme de l'assurance maladie votée le 13 août 2004 s'orientent vers une tentative de systématisation des nouvelles approches orientées vers la connaissance des « produits du système de santé » qui ont fait l'objet de nombreuses réflexions et expérimentations à la fin des années quatre-vingt-dix et au début des années deux mille.

Une Haute Autorité de santé a désormais pour mission d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes pris en charge et le service médical rendu. Elle émettra des avis sur les conditions de prescription et élaborera des guides de bon usage des soins. Elle mettra en œuvre des procédures d'évaluation des pratiques d'accreditation des professionnels et de certification des établissements.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, outre la détermination des tarifs, pourra proposer d'inscrire des actes et prestations à la nomenclature.

Un comité de l'hospitalisation est créé. Il permettra d'associer l'assurance maladie à la définition des orientations hospitalières.

Le dossier médical partagé doit assurer la coordination, la qualité et la continuité des soins. Un Institut des données de santé a pour mission d'assurer la cohérence et la qualité des systèmes d'information.

Ces dispositifs auront à faire face aux « nouveaux » défis qui se présentent : rationalisation de l'évolution de la démographie médicale, vieillissement de la population avec l'émergence de nouveaux types de prise en charge, prise en compte des innovations thérapeutiques. La connaissance des activités, de leur adéquation à l'évolution des besoins, de leurs performances constitue désormais une nécessité. Elle s'impose à la recherche de la cohérence de la politique de santé. 

3. Rapport sur une procédure d'élaboration et d'actualisation permanente d'une classification commune unique et codifiée des actes professionnels de santé, C. Prieur et J.-L. Portos, avril 1997.

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 questionnaire 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. Moisson, 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, répertoire 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

L'information sur l'offre de soins

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 1 000 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 alcoolodépendant	-	-	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. ④

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.

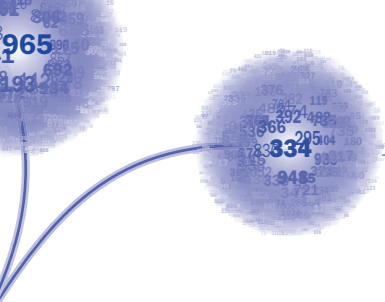
Un système modélisable

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 préhospitaliers 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. ⑤

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.



Offre de soins de ville

L'analyse de l'activité médicale de ville implique de mettre en œuvre des systèmes d'information susceptibles d'évaluer les caractéristiques de la réponse thérapeutique à la demande de soins, en tenant compte de l'évolution des métiers et des pratiques.

Les projections de démographie médicale

Pascale Breuil-Genier
Chef du bureau des professions de santé,
Drees

Combien y aura-t-il de médecins dans les années à venir ? Et comment ces derniers se répartiront-ils par spécialité ou par région ? Les réponses à ces questions dépendent évidemment des décisions que les pouvoirs publics seront amenés à prendre en matière de *numerus clausus* ou de répartition des places à l'examen national classant¹. Mais les réponses dépendent aussi des choix que les médecins et futurs médecins feront, comme le choix de leur spécialité, de leur région d'exercice ou de l'âge auquel ils souhaiteront arrêter de travailler.

Des projections et non des prévisions

Avoir une vision prospective sur l'évolution de ces deux types de facteurs (décisions publiques et choix des professionnels) afin de faire une prévision sur l'évolution du nombre de médecins reste très délicat. En matière de décisions publiques, compte tenu des durées de formation des médecins, cela nécessite de produire des hypothèses de *numerus clausus* pour les quinze années

à venir pour une projection du nombre de médecins à l'horizon 2025. Or il suffit de considérer les évolutions passées du *numerus clausus*² (figure 1) pour constater que l'ampleur des variations de ce dernier a été considérable, et que l'appréciation portée sur la démographie médicale a pu radicalement changer en quelques années : à une situation considérée comme « excédentaire » ayant entraîné la diminution du *numerus clausus* et la mise en place de mécanismes d'incitation à la cessation d'activité (Mica), a succédé une situation où le recul annoncé des effectifs médicaux est supposé justifier une augmentation du *numerus clausus*.

La prospective est tout aussi difficile concernant l'évolution des comportements des médecins. Prenons l'exemple des choix de régions d'exercice. On peut supposer que les médecins nouvellement diplômés d'une région continueront à se répartir dans l'ensemble des régions dans les mêmes proportions qu'aujourd'hui. Cela entraînerait une diminution de la démographie médicale plus marquée en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte-d'Azur, puisque les médecins de ces régions sont plus âgés que la moyenne et vont massivement partir à la retraite dans les années à venir. Est-ce réaliste si l'on considère que ces deux régions sont celles qui actuellement ont la densité médicale la plus élevée ? Mais à l'inverse, peut-on supposer l'attractivité de ces régions suffisamment forte pour que tous les médecins y cessant leur activité soient remplacés ? Bien sûr, il

1. Examen qui remplace le concours de l'internat, et que devront dorénavant passer tous les étudiants pour accéder au troisième cycle des études médicales.

2. Fixé à plus de 8000 lors de son instauration dans les années soixante-dix, le *numerus clausus* a baissé jusqu'à 3500 en 1996, avant de remonter jusqu'à 5550 en 2004.

est tentant de supposer que les comportements futurs pourraient être intermédiaires entre ces deux hypothèses, mais cela ne suffit pas à les préciser...

Les exemples donnés ci-dessus illustrent la difficulté d'une vision prospective sur des phénomènes dont les déterminants combinent décisions publiques et comportements des professionnels, et expliquent pourquoi la Drees a choisi de réaliser non pas des *prévisions*, mais des *scénarios* de la démographie médicale. Autrement dit, il ne s'agit pas de prévoir le futur, mais plus modestement de décrire des évolutions possibles de la démographie médicale, à partir d'hypothèses explicitement formulées. Ainsi le dernier exercice de projection réalisé par la Drees a consisté à décrire dix scénarios d'évolutions possibles, sur la base de dix jeux d'hypothèses définis dans le cadre de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé³.

Une évolution du nombre de médecins d'ores et déjà largement déterminée d'ici 2015

Les résultats de ces dix scénarios présentent bien sûr des traits communs. Dans tous les cas, le nombre de médecins devrait diminuer d'ici quelques années et cette diminution se prolongerait au moins jusqu'en 2015. Le nombre de médecins passerait de 205 400 actuellement à 196 700 en 2015, soit une baisse de 4 % sur cette période. En effet, compte tenu des durées de formation des médecins, une variation du *numerus clausus* décidée aujourd'hui n'aurait pas d'impact avant 2015. Ce résultat reste toutefois conditionné par le fait qu'aucun scénario ne tienne compte de flux de médecins étrangers, la prospective dans ce domaine restant encore plus délicate qu'ailleurs.

C'est donc surtout au-delà de 2015 que l'analyse comparative des différents scénarios devient intéressante. Elle permet en effet de mettre en évidence l'impact des décisions des pouvoirs publics ou des choix des professionnels sur l'évolution future de la démographie médicale.

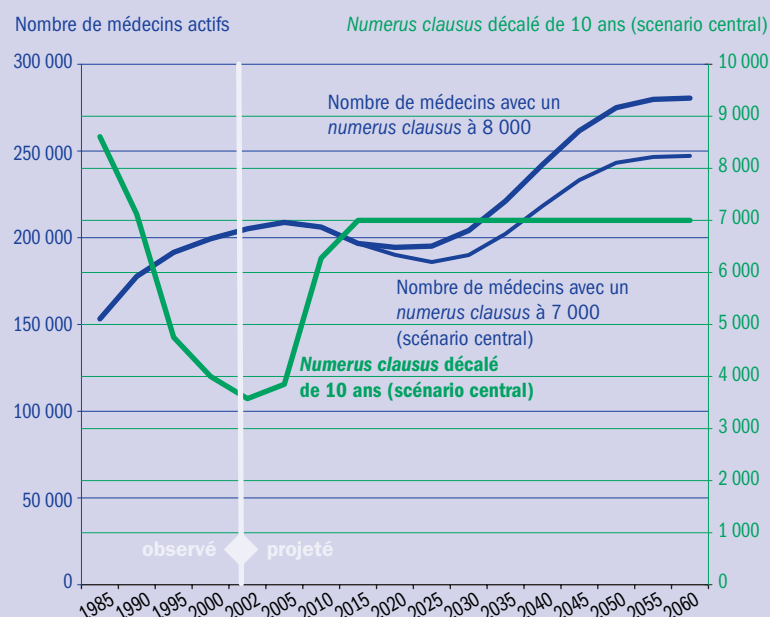
L'impact du *numerus clausus* entre 2015 et 2025... et au-delà

Avec un *numerus clausus* à 7 000 (conformément à une annonce ministérielle récente), atteignant ce niveau dès 2006, le nombre de médecins serait de 186 000 en 2025, soit 9 % de moins qu'en 2002 (ou encore 5 % de moins qu'en 2015). Compte tenu de la croissance de la population française projetée par l'Insee, la densité médicale diminuerait encore plus fortement (-16 %), passant de 335 en 2002 à 283 en 2025. Cette densité

3. Cf. Bessière S., Breuil-Genier P., Darriné S. 2004. « Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2005. Par région et spécialité », Observatoire national de la démographie des professions de santé, le *Rapport 2004*, tome II, 2004, ainsi que les *Études et Résultats* n° 352 (« La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national ») et 353 (« La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections ») des mêmes auteurs.

figure 1

Évolution du nombre de médecins selon l'évolution du *numerus clausus*



Source : Adeli redressé au 31 décembre 2002 et projections Drees.

Champ : médecins de moins de 80 ans, France entière.

Note : Le *numerus clausus* est représenté avec un décalage de 10 ans dans le temps, correspondant approximativement à la durée des études médicales après l'entrée en deuxième année de médecine. Par exemple, un étudiant franchissant le cap du *numerus clausus* en 2005 n'entrera en exercice que vers 2015. Ce décalage permet de mettre en regard les effectifs des nouveaux diplômés à la période à laquelle ils s'installent et les évolutions des effectifs de médecins en activité. Avec l'hypothèse retenue sur le *numerus clausus*, le nombre de nouveaux diplômés augmentera fortement à partir de 2010, sans que cela se traduise à court terme par une augmentation du nombre de médecins du fait de la forte augmentation des départs en retraite observée en parallèle.

retrouverait en 2025 un niveau proche de celui qu'elle avait au milieu des années quatre-vingt. Par rapport à ce scénario conventionnellement qualifié de « central », un raisonnement en variante permet de voir l'impact du *numerus clausus* : toute hausse de ce dernier de 100 places dès 2006 permettrait d'augmenter de 1 000 le nombre de médecins en 2025 par rapport au scénario central (et, conformément à ce qui précède, serait quasiment sans impact sur le nombre de médecins en 2015). Aussi, avec un *numerus clausus* à 8 000, le nombre de médecins serait presque stabilisé entre 2015 et 2025, pour atteindre environ 195 000 médecins en 2025. Mais avec un *numerus clausus* maintenu à ce niveau tout au long de la période de projection, le nombre de médecins augmenterait à nouveau fortement après 2025, ce qui pourrait entraîner en réaction une nouvelle réduction de ce *numerus clausus* et donc de nouveaux déséquilibres de la démographie médicale dans le futur⁴.

4. Cf. Bui Dang Ha Doan (2004) : « Projection de la démographie médicale en France 2000-2050 », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 44^e année, n° 1, p. 101-148.

La répartition par spécialité

La répartition entre généralistes et spécialistes⁵ en 2025 dépendra, elle aussi, des décisions des pouvoirs publics. Elle dépendra notamment de la répartition des places offertes à l'examen national classant entre médecine générale et autres spécialités, mais également de la manière dont ces places seront pourvues. D'après l'arrêté du 30 avril 2004, le nombre total de postes de troisième cycle ouverts à l'issue de l'examen national classant (ENC) en 2004 était de 3 988, réparti entre 1 841 places en médecine générale (soit 46 %) et 2 147 places dans les autres spécialités (soit 54 %). Or, dans les faits, seuls 3 368 postes ont été attribués, certains candidats à l'examen n'ayant *in fine* pas validé leur 6^e année de médecine et n'ayant donc pas été affectés. Les places non attribuées ont quasiment toutes concerné la médecine générale, puisque seules 1 232 des 1 841 prévues dans cette discipline ont été pourvues (contre 2 136 des 2 147 places de spécialistes). Du fait des écarts potentiels entre postes de généralistes offerts et pourvus, les projections réalisées ne s'appuient pas sur les nombres de postes de généralistes figurant dans l'arrêté du 30 avril 2004 (ou encore sur la part que représentent ces postes sur l'ensemble). Elles font l'hypothèse que le nombre de places de troisième cycle en spécialité est déterminé à partir du *numerus clausus* cinq ans plus tôt (en le supposant, par exemple, égal à 50 % de ce dernier dans le scénario central)⁶. Le nombre d'étudiants de troisième cycle en médecine générale est alors déterminé par différence entre le nombre de candidats validant leur deuxième cycle (estimé par le modèle de projection à partir d'hypothèses sur les taux de redoublement) et le nombre de places de troisième cycle en spécialité, fixé comme expliqué ci-dessus.

Dans le scénario central, un nombre de postes de spécialistes à l'ENC correspondant à 50 % du *numerus clausus* cinq ans plus tôt conduirait à une faible diminution du nombre de généralistes entre 2002 et 2025 (–3 %), et à une baisse plus prononcée du nombre de spécialistes (–15 %). Chaque hausse d'un point de ce ratio se traduirait en 2025 par 900 spécialistes en plus et 1 000 généralistes en moins par rapport au scénario central. De forts départs à la retraite étant attendus dans les années à venir chez les spécialistes (sensiblement plus âgés que les généralistes), un ratio de 56 % serait nécessaire pour aboutir à des évolutions identiques des nombres de généralistes et de spécialistes d'ici à 2025 (soit une diminution de 9 % des effectifs par rapport à 2002 pour chacune de ces deux catégories de médecins). Bien sûr, un tel ratio conduirait à continuer à former transitoirement plus de spécialistes que de généralistes, et se traduirait après 2025 par une forte baisse du nombre de ces derniers.

5. Dans tout ce texte, le terme de spécialistes désigne des spécialistes hors médecine générale.

6. Ce choix est également cohérent avec le fait que, jusqu'en 2003 au moins, ce *numerus clausus* servait de référence pour la discussion sur le nombre total de places à l'internat.

À l'inverse, un ratio de 40 % permettrait au nombre de généralistes de remonter en 2025 au-dessus de son niveau de 2002.

En termes de spécialités fines, et sous les hypothèses d'un *numerus clausus* à 7 000, d'un ratio entre le nombre de places de spécialistes et le *numerus clausus* cinq ans avant de 50 % et d'une répartition des places par disciplines (hors médecine générale) à l'ENC identique à celle de 2004, ce sont l'ophtalmologie, la psychiatrie et l'ORL qui connaîtraient la plus forte réduction de leurs effectifs (respectivement –43 %, –36 % et –31 % par rapport à 2002). Là encore, des variantes permettent d'étudier l'impact d'une modification de la répartition par spécialité des places à l'ENC sur les effectifs de médecins actifs en 2025 : chaque variation d'un point de la part des postes à l'ENC (par rapport à l'ensemble des postes de spécialistes hors médecine générale) se traduirait par environ 450 médecins en plus en 2025. On en déduit par exemple que, pour un cas extrême comme celui de la psychiatrie, il serait nécessaire pour retrouver un nombre de psychiatres au moins égal en 2025 à celui de 2002 que la part de cette spécialité parmi les postes hors médecine générale à l'ENC passe à partir de 2005 de 9 à 20 %...

Les répartitions par sexe et région

La méthode de projection utilisée, qui repose largement sur des simulations sur données individuelles, permet également de détailler tous les résultats précédents par sexe, statut (libéral, salarié hospitalier, salarié non hospitalier) et par région. Elle montre que la poursuite de la féminisation du corps médical dans le futur ne fait guère de doute : les femmes étant de plus en plus nombreuses dans les promotions récentes d'étudiants en médecine, leur part parmi les médecins en activité devrait dépasser 50 % peu après 2020.

Les évolutions régionales sont, elles, moins évidentes à projeter, du fait des évolutions possibles des comportements de mobilité des médecins comme des décisions des pouvoirs publics (en matière de répartition régionale du *numerus clausus* ou des postes à l'ENC, voire d'incitation à l'installation).

Ainsi, selon les scénarios, les écarts de densité médicale entre régions pourraient se réduire entre 2002 et 2025 — comme dans le scénario central qui suppose un maintien des décisions publiques et des comportements actuels des professionnels — ou au contraire s'accroître, par exemple si les comportements de mobilité des généralistes, désormais également susceptibles de faire leur troisième cycle dans une autre région que celle de leur deuxième cycle, rejoignent ceux des spécialistes.

Et l'évolution des besoins en médecins ?

Si les résultats précédents contribuent à préciser l'impact des décisions publiques et des comportements des (futurs) médecins sur l'évolution de la démographie médicale, ils ne suffisent évidemment pas pour inférer

quelles seraient les décisions (ou comportements) souhaitables. Pour cela, ce n'est pas à la question « Combien aura-t-on de médecins en 2025 » qu'il faudrait répondre, mais à la question « De combien de médecins aura-t-on besoin en 2025 ? ». La réponse à cette deuxième question est plus complexe, car elle requiert des hypothèses sur l'évolution des pathologies et de leur incidence, ainsi que sur l'évolution de la place des différentes spécialités dans leur prise en charge. Or le vieillissement de la population, les progrès de la médecine, mais aussi les réflexions sur les rôles respectifs des médecins et des autres professions de santé font que l'éventail des futurs possibles pour les « besoins » en temps médical est probablement très large. Sans doute si large qu'il est prévisible que les fourchettes auxquelles on aboutirait seraient trop vagues pour constituer des réponses satisfaisantes aux yeux de ceux, décideurs notamment, qui expriment des demandes à ce sujet. Ce travail reste toutefois possible sur quelques pathologies et spécialités ciblées⁷.

De plus, quand bien même on arriverait à estimer les « besoins futurs en temps médical », il resterait à formuler une hypothèse sur le temps de travail des médecins

pour traduire ces besoins en « nombre de médecins souhaitable ». Or, sur cette question non plus, rien n'est évident. Ainsi, alors que la féminisation du corps médical est souvent supposée se traduire par une diminution du volume d'activité des médecins, les évolutions observées sur la dernière décennie montrent que cela n'a pas été le cas, au contraire : le temps de travail hebdomadaire des médecins libéraux qui, à temps de travail par sexe supposés identiques à ceux observés en 1992, aurait dû diminuer de vingt-cinq minutes entre 1992 et 2001, a en fait augmenté de deux heures⁸. Aussi, des projections démographiques qui, en 1992, auraient tenté de prendre en compte l'évolution prévisible du volume d'activité par médecin, auraient conduit à des prévisions d'évolutions d'activité moins proches de la réalité que celles que l'on aurait pu déduire de la seule évolution des effectifs. Ce dernier résultat permet à lui seul de rappeler en conclusion ce que sont les modèles de projections : des outils parfois sophistiqués (qui, comme le modèle utilisé par la Drees, peuvent permettre des analyses très détaillées), mais qui, en termes de prévisions, n'ont pas de valeur indépendamment de celle des hypothèses qui y ont été introduites. ➤

7. Voir par exemple Pouvoirville (de) G. et al. « La Démographie en ophtalmologie 2000-2020 », rapport présenté au conseil scientifique de la Cnamts, 2003.

8. Niel X. et Perret J.-Ph., « Féminisation et vieillissement des médecins au cours des années quatre-vingt-dix », *Données sociales*, Insee, 2002.

Observatoire national de la démographie des professions de santé

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé créé par arrêté du 1^{er} juillet 2003 a pour mission :

- de rassembler et d'analyser les connaissances relatives à la démographie des professions de santé et à l'évolution des métiers ;
- de développer ces connaissances au niveau régional en fournissant un appui méthodologique ;
- de promouvoir les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels et de l'évolution des métiers dans le cadre des nouveaux modes d'accès aux soins ;
- de faire le bilan, dans un rapport annuel remis au ministre, de la situation des effectifs des différentes professions et d'en préciser les perspectives d'évolution.

L'analyse de l'évolution démographique des professions de santé se fonde sur les données actuelles de temps de soins, de coopération entre professionnels, sur l'environnement professionnel général.

Cette création s'inscrit dans la volonté des responsables de promouvoir une politique de rationalisation de l'évolution des professions de santé. Elle répond aux interrogations relatives au renversement de tendance enregistré au début des années 2000 en matière d'adéquation de l'offre médicale et paramédicale aux besoins. Avec une densité actuelle de 330 médecins pour 100 000 habitants au début des années 2000, la France s'est située dans les pays les mieux dotés de l'Union européenne. Cette donnée moyenne intègre cependant des disparités régionales et locales. Par ailleurs l'impact du départ en retraite du grand nombre de médecins formés entre 1975 et 1985 et du faible niveau du *numerus clausus* institué dans les années quatre-vingt-dix fait craindre l'émergence d'une pénurie dans certaines spécialités.

Les missions de l'ONDPS font écho à trois orientations de la politique de régulation de la démographie médicale.

- Garantie d'accès à des soins satisfaisants dans les zones menacées de

désertification. De récentes investigations ont proposé la création de cabinets multisites, la constitution de réseaux incluant les hôpitaux locaux, la création de cabinets de groupes multiprofessionnels sous l'impulsion des collectivités territoriales (conseils généraux, communes). Des incitations fiscales et conventionnelles sont prévues pour l'installation en zones rurales.

- Réflexion sur les transferts de compétences dans le cadre de l'évolution des métiers de la santé. Cette orientation s'est déjà traduite par la mise en œuvre d'expérimentations au niveau régional.

- Création d'un Répertoire partagé des professionnels de santé qui a pour vocation d'identifier d'une manière fiable, exhaustive et actualisée, l'ensemble des professionnels de santé médicaux et paramédicaux, libéraux ou salariés. Les données présentées constituent la base des travaux de l'ONDPS destinés à élaborer les grandes orientations de la politique en matière de démographie. ➤

Les systèmes d'information comme outil de la régulation

Bernard Huynh
Président de l'Union
régionale des
médecins libéraux
d'Île-de-France

Les soins ambulatoires et leur régulation sont au centre des préoccupations des responsables du système de santé français, depuis maintenant plusieurs décennies. L'adaptation de l'offre de la médecine de ville à la demande de soins, aux besoins de santé publique et aux contraintes économiques reste pour l'essentiel un problème non résolu dont les impératifs sont contradictoires.

La remise en cause du paradigme de rationnement de l'offre

Après quelques années de théorie inductive pendant lesquelles l'objectif était de réduire l'offre de soins pour réduire les dépenses [1], la pénurie de professionnels de santé apparaît maintenant inquiétante, et ce d'autant plus que certaines activités ou régions moins attractives illustrent déjà la catastrophe annoncée pour les autres [2]. Les moyens autoritaires visant à remédier aux lacunes géographiques ou catégorielles de professionnels de santé ne semblent plus fiables depuis les échecs des politiques contraignantes en matière de dépenses de santé. Ils ne sont pas non plus très présentables dans un pays exemplaire pour le monde entier en matière de démocratie et d'humanisme.

L'incitation à l'installation comme régulation positive est difficile à doser de façon efficace tant que des données exactes manquent ; mais c'est probablement la seule voie possible. C'est un chemin difficile : on a encore le souvenir des départs massifs des anesthésistes et des médecins de campagne vers la préretraite du MICA (dispositif d'incitation à la cessation d'activité) qui a eu l'effet pervers de dépeupler de leurs praticiens fatigués les zones et les activités les plus délaissées.

Il s'agira d'aider les soignants à trouver dans l'information sur l'offre de soins le remède à la pénurie qui s'annonce.

Préciser les moyens qui existent afin de prévoir ce dont nous aurons besoin pour soigner demain est donc un premier pas indispensable.

La diversité des sources et la variabilité des résultats

L'accès à l'information sur l'offre de soins existe déjà même si les données qui lui servent de base sont approximatives. Les cartes, les listes, les classements des villes où il fait bon vivre sont issus des fichiers des directions régionales des Affaires sanitaires et sociales (Drass), des ordres professionnels, des unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) ou de questionnaires sur l'offre de soins que la presse adresse périodiquement aux municipalités. Ces informations sur les médecins et les paramédicaux sont très différentes selon ces sources, dans une même

région et au même moment. Elles varient dans des proportions importantes avec une marge d'erreur supérieure à 10 % selon une étude de 2004 de l'URML Languedoc-Roussillon.

Cette information approchée constitue pourtant à ce jour le seul instrument disponible. Malgré ses imperfections évidentes, elle influe déjà de façon collective ou individuelle sur les décisions qui vont réguler les ressources disponibles : les décisions sur le nombre de professionnels formés par les universités, les mesures incitatives régionales, les décisions de prospection des candidats à l'installation, les crédits accordés par les banques, les conseils des amis et des familles utilisent ces sources de connaissance.

En outre, ces données varient au gré des installations et des départs sans qu'aucun enregistrement systématique soit fait par un organisme centralisateur national ou régional. Des paradoxes n'ont d'explication que dans un dénombrement inexact des professionnels de santé : en Seine-Saint-Denis, les médecins de ville sont les moins nombreux de France, mais c'est compter sans les centres de santé, qui ont la plus grande densité nationale ; c'est ce qui explique que les chiffres d'affaires des libéraux soient inférieurs dans ce département à ceux de nombreux autres où la densité médicale « disponible » est plus basse dans la réalité [3].

Une orientation saine

C'est ce défaut qui devrait trouver le premier une solution prochaine avec la mission récemment donnée au GIP-CPS d'établir un répertoire national de tous les professionnels de santé en activité, et donc éligibles à l'attribution d'une carte professionnel de santé (CPS) officialisant leur identité professionnelle et surtout leur activité précise (nature, lieux...). Cette identification authentique de chaque professionnel de santé est la première brique d'un édifice enfin solide pour l'information sur l'offre de soins en France.

Ensuite, dans un avenir tout proche, l'information dont nous disposerons sera affinée, précise, et régulièrement mise à jour, car la collecte des données se perfectionne en permanence : les annuaires de professionnels de santé, le codage de leurs activités, comme le répertoire des assurés sociaux et le codage de leurs pathologies, seront au point dans quelques mois. Leurs mises à jour seront réalisées par les acteurs des procédures de soins eux-mêmes, pour la simple et excellente raison que cette actualisation télétransmise déclenchera le règlement financier des actes médicaux et paramédicaux. C'est dire qu'un des plus puissants défenseurs de la tarification à l'activité dans les établissements d'hospitalisation et du paiement à l'acte en ville sera

demain le gestionnaire de base des professionnels de santé, ou celui de l'offre de soins !

Ces données vont donc bientôt nourrir des outils de régulation dont nous allons parcourir les possibilités.

Pour des mesures d'accompagnement de l'information sur l'offre

Au-delà des statistiques et de la connaissance précise des besoins, il faut, pour que le système de soins fonctionne, que les informations permettent aux acteurs, professionnels et patients, et aux décideurs, institutions nationales et régionales, d'apprécier l'offre et d'agir pour un aménagement du territoire équilibrant offre et demande. Il n'est pas difficile de prévoir que les tendances déficitaires amplifieront les lacunes que nous observons déjà si aucune correction n'est apportée. Les zones où l'offre de soins sera insuffisante seraient alors, selon les analyses actuelles, les zones urbaines ou périurbaines pauvres et les zones rurales les moins attractives. Les activités médicales pénibles (et/ou dangereuses) comme l'obstétrique ou l'anesthésie seraient en même temps délaissées. Les affectations d'office ou les mesures autoritaires diverses ne peuvent pas corriger ces constantes : c'est dans ces mêmes situations qu'on observe les postes hospitaliers non pourvus de titulaires, les refus de mutation des infirmières ou les démissions des enseignants.

Il faudra donc trouver les moyens de l'incitation à combler les vides de l'offre de soins !

C'est à ce niveau que pourront intervenir les systèmes d'information qui, s'ils ne parviennent pas à modifier la réalité, peuvent en aménager l'usage.

En effet, les médecins âgés n'ont nulle envie de continuer à exercer plus que la durée légale du travail au-delà de l'âge où les autres Français partent en retraite. Les systèmes d'information leur ont apporté une connaissance de la situation sociale qui ne permettra pas de les retenir s'ils décident de partir. Les dispositifs qui permettent aux retraités de combler temporairement certains vides ne génèrent pas des solutions durables et les effets resteront marginaux dans l'offre de soins.

Quant aux jeunes médecins citadins habitués à un environnement technologique opulent et aux 35 heures, ils devraient s'installer dans les campagnes pour y travailler jour et nuit avec bien peu de moyens.

C'est sur l'installation de ces jeunes médecins qu'il faudra focaliser les efforts, et la régulation positive indispensable pourrait utiliser les systèmes d'information à plusieurs niveaux. Les motifs d'installation sont étroitement intriqués avec la vie personnelle de chaque professionnel de santé, comme le sont ceux de n'importe quel autre citoyen. Des spécificités médicales et des lignes de force dans les choix professionnels existent bien sûr, mais l'opportunité d'une rencontre et l'environnement de l'offre d'installation jouent un rôle essentiel [4].

Les opportunités peuvent se créer. Les stages en médecine libérale institués en fin du cursus des

études doivent devenir l'occasion de rencontres entre les médecins installés en zones déficitaires, ou pratiquant une spécialité en voie de disparition, et leurs futurs confrères. Les systèmes d'information peuvent contribuer à abolir la distance qui existe entre les futurs et les anciens, et permettre d'échanger stages ou propositions. Cela n'est cependant pas suffisant pour contrer la tendance lourde de nombreux étudiants à rester près de leur lieu de formation et l'attraction géographique des CHU pour les jeunes diplômés. La communication électronique peut aussi améliorer le confort intellectuel et professionnel de ceux qui franchissent le pas de l'éloignement en gardant le contact avec l'innovation et les lieux où la médecine s'enseigne. À l'heure où les chercheurs du monde entier fonctionnent grâce à Internet comme dans un immense laboratoire où les hypothèses et les questions s'échangent en temps réel, il est ahurissant de voir des médecins généralistes franchir de nuit des dizaines de kilomètres de routes dangereuses pour une réunion de formation médicale continue. L'enseignement post-universitaire à distance généralisé, la télé-médecine facile, les coopérations sanitaires organisées dans le cadre de réseaux de santé efficaces seraient des atouts non négligeables pour les professionnels exerçant dans les endroits d'accès difficile. Alors qu'ils en disposent désormais techniquement, il manque une impulsion, une volonté de libérer les énergies, de favoriser les projets.

L'Internet à haut débit partout en France est à juste raison un des objectifs majeurs de l'aménagement du territoire. Il permet d'aménager l'isolement culturel et médical du médecin, mais aussi de répondre aux exigences de sa famille. Permettre à son mari de poursuivre une activité professionnelle grâce au télétravail poussera probablement certaines étudiantes à accepter un stage puis une installation loin de la ville. C'est une voie dont l'exploration est impérative car la décision d'implantation d'un cabinet médical est souvent familiale.

Enfin il est impossible de passer sous silence le pouvoir stimulant de l'information sur les rémunérations réelles obtenues par la mise en œuvre d'une politique d'incitation financière forte. Il est aussi impossible de taire la difficulté actuelle de proposer des avantages significatifs pour des spécialités médicales délaissées ou des régions désertées par des médecins et des professionnels paramédicaux, tant les réactions peuvent être vives lorsqu'on touche à l'« unicité de traitement »...

Les systèmes d'information deviendront, c'est certain dans un avenir proche, un élément de la régulation de l'offre de soins. Ce sera peut-être en informant sur la réalité des ressources, en créant des opportunités et un environnement propices à la répartition harmonieuse des professionnels de santé dans les fonctions et dans l'espace. Ce sera de toute façon en informant l'opinion publique et en faisant fuir les patients vieillissants des régions démedicalisées, rétablissant ainsi les densités idéales. C'est là qu'est l'enjeu de décisions urgentes et indispensables. ☺

1. Delattre E. « Comportements d'offre de soins des médecins libéraux français ». *Thema Paris X*. 18 juillet 2000.
2. Enquête sur les inégalités infra-régionales de l'ORS Picardie 2000.
3. Analyse des recettes, dépenses professionnelles et revenus des médecins libéraux d'Île-de-France, année 1999 — juin 2001. URML Île-de-France 2003.
4. Livre blanc des internes : « À quoi rêvent les jeunes spécialistes ? » Enquête auprès des internes. SIHP et URML Île-de-France 2003 www.urml-idf.org/urml/Livre_Blanc.pdf.

Villes, psychiatrie et santé mentale

Depuis quelques années on assiste à une multiplication des signaux témoignant d'une expression de plus en plus bruyante des problématiques de santé mentale sur les territoires¹ et traduisant par ailleurs les limites de notre système de santé pour y faire face².

Les élus municipaux sont directement confrontés à ces réalités par la proximité à l'égard de leurs concitoyens que leur confère le mandat électif, mais également par le rôle de « police sanitaire » attribué aux maires. Il s'agit là d'une des rares compétences légales des communes dans le champ de la santé et plus particulièrement dans le champ de la santé mentale, laquelle reste de la responsabilité de l'État. Dans un certain nombre de cas, des situations aiguës conduisent en effet à des hospitalisations sous contrainte et plus

particulièrement à des hospitalisations d'office, lesquelles apparaissent comme l'unique recours de situations mal ou insuffisamment prises en charge par les différents acteurs du champ médico-social.

À la demande des élus locaux, les villes de « l'Arc alpin » membre du Réseau français des villes santé-OMS se sont engagées depuis 2002 dans un travail visant à produire un outil capable de rendre compte du « bruit de fond » des problématiques de santé mentale sur les territoires de ces villes. Les finalités de ce chantier résident dans la volonté d'objectiver un certain nombre de problèmes permettant aux élus, et aux services concernés, d'orienter les politiques publiques soit au travers d'actions municipales spécifiques, soit par l'interpellation des institutions qui ont la compétence légale en la

matière, les services déconcentrés de l'État et les centres hospitaliers spécialisés en particulier.

Cinq villes se sont engagées dans ce travail : Bourgoin-Jallieu, Genève, Lyon, Villeurbanne et Grenoble, qui a coordonné la réflexion jusqu'à ce jour.

Un groupe de pilotage composé d'un panel varié d'acteurs de la santé mentale sur la ville de Grenoble — service de psychiatrie du Centre hospitalo-universitaire (CHU), direction départementale des Affaires sanitaires et sociales, département de l'information médicale du CHU, centre hospitalier spécialisé, service de médecine légale, centre Hauquelin, médecins de la maison d'arrêt de Varcès, caisse primaire d'assurance maladie, centres de santé — a été mis en place. À partir d'une analyse de la littérature, il a été élaboré un outil composé d'indicateurs répartis en trois catégories : des indicateurs reflétant l'état de santé de la population, des indicateurs d'offre de soins et des indicateurs de consommation de soins.

Deux réseaux d'acteurs ont ainsi été mobilisés de façon complémentaire :

- les acteurs grenoblois de la santé mentale ont été sollicités afin de valider l'intérêt de la démarche générale, de se prononcer sur les indicateurs pressentis et pour enrichir la liste de ces indicateurs, et enfin, dans le but de les mobiliser pour obtenir leur accord et leur soutien afin que soient fournies, en routine, les informations dont sont détentrices chacune des institutions qu'ils représentent ;

- les représentants du réseau rhône-alpin des villes santé-OMS, outre leur implication depuis le démarrage de ce projet, ont été associés à une recherche de consensus concernant, pour chacun des indicateurs retenus, leur avis sur la pertinence et l'accessibilité de ces informations dans chacune des villes concernées.

Cette démarche a permis d'être

État de santé

Taux annuel de suicides
Taux annuel de tentatives de suicide avec hospitalisation
Taux annuel de plaintes de voisinage en lien avec des troubles psychiques
Taux annuel d'hospitalisations à la demande d'un tiers (incidence)
Taux annuel d'hospitalisations d'office (incidence)
Taux annuel de patients en longue maladie pour des raisons de santé mentale (prévalence)

Offre de soins

Taux de psychiatres libéraux
Taux de psychiatres publics et parapublics
Taux d'infirmiers psychiatriques publics
Taux de psychologues libéraux
Taux de psychologues publics et parapublics
Nombre de lits hospitaliers
Nombre d'appartements thérapeutiques
Nombre de CMP adultes
Nombre de CMP infanto-juvéniles
Nombre de lieux d'écoute
Taux annuel d'hospitalisations refusées en psychiatrie publique
Taux annuel d'hospitalisations en surnombre en psychiatrie publique

Consommation de soins

Nombres d'actes réalisés par les psychiatres libéraux
Volumes annuel des psychotropes prescrits
File active des CMP adultes
File active des CMP enfants
File active des points écoute
File active des personnes sous traitement substitutif à la méthadone

Pierre Micheletti
Médecin, directeur
Isabelle Gamot
Monique Viguié
Patricia Lerebourg
Infirmières
en santé publique
Direction santé
publique et
environnementale,
Grenoble

confrontés assez rapidement à la fois aux difficultés d'accès à certaines informations mais également aux limites des indicateurs initialement retenus, pour une bonne part du fait des découpages territoriaux non superposables selon les institutions. Le travail initié pointe également le peu de formalisation, à ce jour, des informations produites et potentiellement utilisables par les différents acteurs de la santé mentale.

Ces constats, s'ils sont partagés par les autres villes, amèneront à réduire le nombre des indicateurs retenus afin d'aboutir à un outil relativement fiable et robuste et dont les informations pourraient être comparables d'une ville à l'autre ou qui, pour le moins, devrait permettre de comparer dans le temps l'évolution de ces indicateurs dans une même ville.

L'outil ainsi élaboré n'a d'autre vocation que de rendre compte d'un bruit de fond ne nous dispensant pas, pour développer des actions, d'analyses ou d'enquêtes spécifiques et adaptées aux différents projets portés ou soutenus par les villes dans le champ de la santé mentale.

Cette démarche génère en outre des collaborations fructueuses entre acteurs de la santé mentale et de la santé publique.

Au-delà de la construction d'une grille de lecture, cela constitue en effet l'occasion de fédérer et d'associer les réseaux d'acteurs locaux de la santé mentale sur un projet qui suscite un intérêt manifeste de leur part en ce qu'il semble répondre à un souci de produire et d'analyser de l'information nécessaire à la prise de décision, permettant d'objectiver, par les indicateurs retenus, le ressenti de ces mêmes acteurs confrontés à des difficultés croissantes. 

1. « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale », *Études et résultats* n° 347, Drees, octobre 2004.

2. « La psychiatrie, éternelle oubliée », *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 2376, 8 octobre 2004.

L'information sur les pratiques médicales de ville : points de convergence des systèmes étrangers

Karine Chevreul
Médecin de santé publique

Philippe Le Fur
Médecin, directeur de recherche

Catherine Sermet
Médecin, directeur de recherche
Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

En France, depuis plus de deux décennies, il existe un système d'information médicalisé, le PMSI, couvrant en partie le secteur hospitalier. Malgré ses imperfections, il permet de connaître les motifs médicaux principaux des séjours et de certains actes effectués au cours des hospitalisations.

En revanche, dans le secteur ambulatoire, malgré la volonté du législateur¹ de mettre en place un codage des pathologies pour chaque recours d'un patient à un médecin, l'information sur les causes de consultation, les situations cliniques rencontrées et l'attitude thérapeutique adoptée en réponse ne sont pas publiquement disponibles en routine. Actuellement, les seules données existantes sur les motifs de recours proviennent de sociétés privées recueillant des informations pour l'industrie pharmaceutique ou de sociétés savantes. D'une manière générale, les difficultés d'accès à ces données et/ou les caractéristiques de leur recueil limitent l'utilisation.

Il n'est donc pas possible aux différents acteurs du système de soins de connaître la nature de la demande exprimée en médecine de ville en lien avec la réponse thérapeutique offerte : examens complémentaires et médicaments prescrits. On ne peut pas, par exemple, répondre aux questions suivantes : Quelle est la nature des maladies observées en médecine de ville ? Quels médicaments sont prescrits pour une pathologie donnée ? Quelle est l'ampleur de la variation de prescription face à cette pathologie ? En quelle proportion les recommandations de bonnes pratiques sont-elles appliquées ou applicables ? De la réponse à ces questions peut dépendre l'anticipation des besoins de soins, la réflexion sur l'optimisation des pratiques ou la définition de thèmes pour la formation médicale continue.

Certains pays ont des systèmes publics ou parapublics qui renseignent les pratiques en médecine de ville. L'étude de ces derniers est particulièrement importante pour connaître les conditions de leur mise en œuvre et tenter de mettre en exergue des points de convergence qui pourraient servir de base à la réflexion pour le développement d'un tel système en France.

1. Principe prévu par la loi dite « Teulade » du 4 janvier 1994, renforcée par les ordonnances d'avril 1996.

L'information sur l'offre de soins

Huit systèmes étrangers concernant la médecine générale

Huit systèmes qui fournissent de façon permanente des informations à la fois sur la morbidité rencontrée, les caractéristiques des médecins et des patients consultants (âge, sexe, catégories socioprofessionnelles, et/ou

antécédents...) et l'attitude thérapeutique choisie en réponse ont été analysés. Ce sont des recueils informatisés non exhaustifs de données saisies lors de contacts médecin-patient. Ils sont situés au Royaume-Uni (3/8), en Australie (2/8), en Nouvelle-Zélande (1/8), aux Pays-Bas (1/8) et en Italie (1/8)^{2,3,4} (tableau 1).

tableau 1

Principales caractéristiques des systèmes d'information étudiés

Systèmes étudiés	Année d'instauration	Taille			Contrepartie pour les médecins	
		Cabinets	Médecins	Patients	Financière	Intellectuelle
Australie						
Medic-GP	1994		150	61 000	Redistribution de recettes sur l'utilisation des données	Retour d'information
GPRN	2000	128	297	600 000	Non	Retour d'information Points assurance qualité et FMC Évaluation des pratiques
Italie						
HSD	1996		550		Non	Retour d'information
Nouvelle-Zélande						
RZNCGP computer research network	1989	180	450	800 000 (23 % pop.)	Non	Retour d'information
Pays-Bas						
NIN-GP	1996	80			1 500 euros/an	Retour d'information
Royaume-Uni						
GPRD	1987	400	2 500	3 millions (5 % pop.)	0,38 euro/an/patient	Retour d'information
Qresearch	2004	500		3,5 millions	Non	Retour d'information
WRS	1967	80	400	0,75 million	0,60 euro/an/patient	Retour d'information

a. Royal College of General Practitioners. b. 2 groupes de recherche en médecine générale. c. Medicine and Health Care Regulatory Agency, service de l'État. d. Classification propre mais transcodification en CISP et CIM. e. Classification développée par le Dr Read prédominante au Royaume-Uni.

Ces systèmes d'information sont majoritairement apparus depuis la deuxième moitié des années quatre-vingt-dix avec pour objectif d'étudier les pratiques en médecine de ville. Dans l'ensemble, ils ne concernent que la médecine générale. On peut penser que l'organisation des systèmes de santé dans lesquels ces

outils sont présents participe pour beaucoup à ce phénomène⁵.

Des informations enregistrées pendant la rencontre médecin-patient

Les modalités pratiques du recueil sont le plus souvent les suivantes :

- Saisie des données au cabinet à l'aide d'un logiciel médical.
- Utilisation de classifications pour l'enregistrement des diagnostics, motifs de recours et prescriptions. Par l'utilisation d'un langage commun, elles permettent de comparer les données émanant d'acteurs différents en les standardisant de façon importante. La classification choisie dépend du pays. Des transcodifications automatiques en Classification internationale des soins primaires (CISP) ou Classification internationale des maladies (CIM) sont prévues dans la majorité des systèmes.
- Transmission des données par Internet via des lignes sécurisées à la fréquence d'une fois par semaine à une fois par mois. L'utilisation de programmes d'extractions semi-automatiques⁶ semble le cas de figure le plus courant.

Des médecins volontaires

L'échantillon de médecins participant au recueil est toujours constitué de volontaires. Outre le fait que l'on remette en cause la représentativité des pratiques des médecins volontaires⁷, la sélection sur la base du volontariat n'assure pas la représentativité du panel au moins en termes de répartition géographique sur le territoire national, répartition selon le degré d'urbanisation du lieu d'exercice et répartition entre cabinet de groupe et pratique individuelle. Certains⁸ ont ensuite fait un tirage au sort stratifié parmi les cabinets volontaires. Cette méthode augmente la représentativité de l'échantillon, mais il n'est pas tout le temps possible de l'appliquer. Elle dépend pour beaucoup du nombre de volontaires au départ et des moyens dévolus à la gestion du système.

Une gestion autonome de l'État et des organismes de protection sociale

À l'exception du General Practice Research Database (GPRD) au Royaume-Uni, l'ensemble de ces outils sont

Gestion	Classification diagnostic	Remarques
RCGP ^a	CISP CIM 9	Persistance suite à une étude nationale.
Health Communication Network	Docle ^d	Gestion par la société détentrice du logiciel utilisé par 85 % des cabinets australiens, impulsion publique de sa mise en place.
SIMG	CIM 9	Mis en place par la Société italienne de médecine générale.
RCGP ^a	Non	Pas d'utilisation de classification, enregistrement des diagnostics en langage vernaculaire, mise en relation avec les séjours hospitaliers des patients.
WOK et Nivel ^b	CISP	Enregistrement du diagnostic depuis 2001 suite à une grande étude nationale.
MHCRA ^c	Read ^e	Mis en place par l'industrie, donné au ministère de la Santé, géré par une de ses institutions mais statut autonome. La seule obligation est d'enregistrer la prescription, le diagnostic est moins bien renseigné.
Université de Nottingham	Read	Mis en place pour pallier les limites du GPRD : renseignements diagnostics insuffisants et accès onéreux.
RCGP ^a	Read	La plus ancienne des bases, utilisation pour veille épidémiologique, les données de prescription ne sont pas utilisées.

2. On note que la prédominance des bases anglo-saxonnes peut, en partie, être relative à un biais de repérage lié à la plus grande masse de publications accessibles en anglais.

3. On note que, à l'exception des Pays-Bas, ces pays ont tous des systèmes nationaux de santé.

4. En Allemagne, il existe un système de relevé systématique de la morbidité par les médecins, mais celle-ci n'est pas reliée aux autres informations enregistrées lors des contacts médecin-patient.

5. Au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, par exemple, les spécialistes exercent presque tous à l'hôpital.

6. Dans ce cas, la transmission des données est soumise à un accord préalable du médecin.

7. Ils auraient un comportement différent de l'ensemble de leurs confrères.

8. GPRD, Qresearch et NIN-GP.

sous la responsabilité d'institutions non gouvernementales. Trois⁹ sont gérés par des collèges royaux ou sociétés savantes représentant les médecins généralistes, trois¹⁰ par des départements universitaires spécialisés dans la recherche en soins primaires.

Bien que souvent mis en place avec l'aide de l'État, ils ont tous un statut d'organisation autonome. Dans certains cas, un comité directeur permet aux acteurs ayant un intérêt dans le secteur des soins primaires (communauté des médecins, chercheurs, institutionnels, industrie pharmaceutique...) d'intervenir sur les grandes orientations et projets de ces systèmes. D'autres comités régulent l'accès aux données qui, le plus souvent, est ouvert à tous¹¹ et supervisent leur bonne utilisation (comité éthique, comité scientifique...).

Autofinancement pour la plupart des systèmes

Il semble qu'une telle organisation soit nécessaire au bon fonctionnement de ces systèmes. En effet, le statut d'institution autonome garantit que l'information ne peut être monopolisée par un des acteurs du système de soins (représentant institutionnel, comme représentant des médecins). Il favorise dans le même temps la qualité et la véracité des informations saisies. Les médecins, détenteurs de l'information, ne sont pas tentés de falsifier les données puisqu'ils en sont le plus souvent utilisateurs et parce que, par l'intermédiaire des comités, ils en contrôlent l'utilisation¹².

Le mode de financement influe sur l'autonomie de ces systèmes, leur pérennité et leur qualité. Hormis le Wilson Research Strategy au Royaume-Uni et l'étude en médecine générale des Pays-Bas qui sont commandés par le gouvernement, ils s'autofinancent. Le plus souvent, ils vendent l'accès à leurs données. Ils peuvent également facturer l'exécution d'études. Les tarifs sont liés à la quantité de données demandée ou au travail nécessaire à leur mise à disposition.

Le plus souvent un apport initial fut nécessaire à la mise en place de ces systèmes d'information. En fonction des recueils, il s'agit de donations ou d'avances du gouvernement, de sociétés savantes ou d'industriels. L'intervention de ces derniers est assez fréquente. Il s'agit de l'industrie pharmaceutique ou de compagnies commercialisant les logiciels médicaux. Le développement actuel de Qresearch au Royaume-Uni est, par exemple, financé par EMIS, distributeur de logiciels médicaux, qui doit recouvrer son investissement dans les premières années de fonctionnement et se retirer. L'autonomie du système est ainsi préservée. En Italie, Health Search Database (HSD) a été mise en place grâce au financement de quatre compagnies pharmaceutiques.

Il semble que leurs prérogatives n'aient alors pas été bien définies et qu'elles aient eu un accès privilégié aux données qui leur a été judiciairement retiré dernièrement. Afin de garantir la qualité de l'outil, les participations aux financements initiaux doivent, semble-t-il, être soit des donations sans contrepartie, soit des prêts.

Toujours une contrepartie pour les médecins

Dans tous les systèmes, les médecins du panel reçoivent une contrepartie. Celle-ci peut être financière : c'est le cas pour la moitié des systèmes¹³, mais elle est toujours intellectuelle. Les médecins reçoivent au moins un rapport sur leur activité et leurs pratiques, qu'ils pourront comparer à la moyenne de l'ensemble du panel. Certains ont également un logiciel qui leur permet de faire des statistiques sur leurs données. D'autres pourront avoir accès aux données de la base issue du système et mener des études après accord sur leur projet de recherche. Les contreparties proposées par le General Practice Research Network (GPRN) en Australie sont à retenir. En plus d'un retour sur les données, la participation au panel donne des points aux médecins au titre de la formation médicale continue et de la participation à des actions de qualité. Elle permet, également, d'obtenir un soutien technique pour le développement d'audits de pratiques et d'accéder à des formations sur l'utilisation du logiciel médical.

Cette forte convergence des caractéristiques organisationnelles des systèmes étrangers laisse à penser qu'elles sont en partie nécessaires à leur bon fonctionnement et impose leur prise en considération pour le développement éventuel d'un tel système en France. ☺

9. WRS, RNZCGP, HSD.

10. Q-research, Medic-GP, NIN-GP.

11. Sauf pour les cas du WRS et du RNZCGP. Ce dernier conduit lui-même les projets de recherche moyennant financement ou peut accueillir des chercheurs.

12. Ils peuvent ainsi s'assurer que l'information n'est pas utilisée à leurs dépens, à des fins de contrôle par exemple.

13. Medic-GP, GPRD, WRS, NIN-GP.

tribune

Quel sens donner à l'information sur l'offre de soins ?

Les expériences étrangères

La publication d'indicateurs de qualité des soins permet d'évaluer la performance des services et de les comparer entre eux. Des questions se posent néanmoins sur la validité des indicateurs retenus. Ils doivent répondre à des exigences en termes de systèmes d'information, de partenariat avec les producteurs de soins, de communication envers les usagers et de formalisation de la relation qualité-coût.

Gérard de Povourville
Directeur de recherche au CNRS,
directeur du Cregas

La mise sous contrainte de ressources des systèmes de soins de santé des pays développés a conduit à une attention accrue portée aux coûts unitaires dans la délivrance des services par des financeurs publics et privés. Assez vite, cependant, est apparue la préoccupation de la qualité des soins délivrés : il ne fallait pas que la réduction ou la modération de l'évolution des coûts se traduise par des soins de moins bonne qualité. Sur ce plan, plusieurs lignes d'action ont été conduites par les différents acteurs. On distingue quatre logiques principales : une logique professionnelle, de rationalisation des pratiques, une logique manageriale, s'inspirant des pratiques de gestion de l'industrie manufacturière d'amélioration continue de la qualité, une logique concurrentielle, visant à exiger de la part des producteurs de soins la publication d'indicateurs sur la qualité des soins, enfin, une logique de politique publique, les pouvoirs publics jouant un rôle moteur dans la publication de tels indicateurs, soit au nom de l'« accountability » des services publics, soit au nom d'une logique de réglementation correctrice de l'asymétrie d'information entre usagers potentiels des services et producteurs de soins. Les deux dernières logiques aboutissent au même résultat — la publication d'indicateurs de qualité des soins permettant d'évaluer la performance des services et de les comparer entre eux —, mais les modalités d'action ne sont pas identiques : dans un cas, ce sont les acheteurs de soins (le plus souvent les assureurs) qui se servent de la mise en concurrence pour exiger des producteurs qu'ils fournissent de l'information, dans le deuxième cas, le mode d'intervention est la réglementation.

Les pays pionniers de la publication d'indicateurs

Ces logiques se sont mises en place selon des rythmes et des modalités différents selon les pays. Les États-Unis d'Amérique ont commencé très en avance. L'Agence fédérale de financement des soins de santé (HCFA), gestionnaire du fonds Medicare, a publié dès 1986 des taux de mortalité ajustés sur les groupes homogènes de malades (GHM). La Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) publie un guide présentant les différents systèmes de mesure de la performance des hôpitaux. En 1991, plusieurs organismes privés commerciaux ou sans but lucratif ont créé le National Committee for Quality Assurance (NCQA), dont le rôle est de fournir des informations sur les différents plans d'assurance maladie offerts aux Américains. Cette avance s'explique par quatre caractéristiques de ce pays : l'obligation pour le gouvernement fédéral et ceux des États de rendre des comptes régulièrement aux instances parlementaires sur les actions mises en place, la croyance forte dans la concurrence comme moteur principal de régulation des activités économiques, l'existence d'un système pluraliste d'assurance maladie, enfin, la forte pression exercée par le système judiciaire en matière de réparation des erreurs et des fautes professionnelles. Le Royaume-Uni s'est aussi lancé en 1989 dans une politique de mise en concurrence des structures hospitalières par des groupements de médecins généralistes, avec la publication régulière de données comparatives sur la performance des hôpitaux. L'Angleterre s'est limitée à la publication d'indicateurs reflétant plus la qualité du service rendu (par

exemple, les files d'attente) que les résultats cliniques et ce n'est que depuis trois ans que le National Health Service rend public des données de mortalité hospitalière. En 2001, une initiative privée intitulée « Dr Foster » a mis à la disposition du grand public sur Internet des données comparatives des établissements hospitaliers publics et privés, qui n'ont pas manqué de susciter de vifs débats sur la méthode d'ajustement des taux de mortalité. L'Écosse publie régulièrement des indicateurs de résultat et de processus de soins. Le Canada publie une enquête annuelle dont l'objectif est de comparer la qualité du service rendu par les services de santé, analysés par zone géographique. Le travail est réalisé par le Canadian Institute for Health Information. Cette enquête annuelle complète une initiative de la province d'Ontario, qui a publié des « Hospital Report Cards » sur 95 établissements provinciaux. En France, ce sont les médias qui ont pris l'initiative en 1999 de la publication d'un palmarès des établissements hospitaliers. Depuis, le ministère de la Santé, par l'intermédiaire de sa direction des Études, élabore un modèle français de publication des données comparatives sur la performance des hôpitaux [1], ainsi que l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation des soins.

Ces expériences ont soulevé dans la communauté de recherche de nombreuses questions sur la validité des indicateurs de performance retenus, questions qui ont à leur tour stimulé des travaux de plus en plus rigoureux, mais également plus sophistiqués [2]. Les interprétations des résultats requièrent de la nuance et de la rigueur, souvent ressenties comme contradictoires avec la simplicité médiatique de la publication de palmarès. Cet arbitrage simplicité-rigueur est au centre de la question de l'utilisation de l'information sur l'offre de soins dans la régulation du système de santé. Il est d'ailleurs présent sur d'autres domaines que celui du développement d'indicateurs de performance des services de soins : aux États-Unis, les rapports d'accréditation sont en accès libre sur le Net, et sont bien peu consultés par les usagers. En France, le PMSI reste un outil complexe de maniement et d'interprétation ; la nouvelle Tarification à l'activité, dans sa louable recherche d'un financement équitable et approprié des différentes activités hospitalières, va nécessiter un long temps d'apprentissage pour tous les acteurs, tutelle, assurance maladie et hospitaliers. On n'abordera cependant pas ici les débats sur les qualités métrologiques des différents indicateurs. L'objet de ce texte est de tirer

des leçons pour la France d'une abondante littérature sur le thème de l'utilisation de l'information sur l'offre de soins pour la régulation du système de santé [3].

Les critères de qualité des informations

On prend ici pour acquis que la publicité donnée à des résultats comparatifs entre des établissements hospitaliers, des services de santé, des plans d'assurance est un phénomène irréversible. La rationalisation de l'utilisation des ressources dans les systèmes de santé et le maintien de la qualité des soins passent par la réduction de l'asymétrie d'information entre les acteurs, au profit des patients et de leurs porte-parole que sont les assureurs, publics ou privés. Cette publicité se justifie autant dans le cadre d'un système concurrentiel à l'américaine que dans le cadre de systèmes publics qui doivent rendre des comptes aux citoyens sur la qualité du service rendu grâce aux ressources collectives. Cette irréversibilité est renforcée par la facilité croissante d'accès à des informations générales sur la maladie et les traitements, même si cet accès est encore sans doute très inégalitaire. Mais pour que cette publicité soit effectivement profitable à la collectivité, elle doit répondre à des exigences : en termes de systèmes d'information, de partenariat avec les offreurs, de communication envers les personnes bénéficiaires des services de soins, et de formalisation de la relation qualité-coût avec les payeurs.

Les systèmes d'information

Tous les auteurs soulignent le travail considérable qu'il est nécessaire de faire pour s'assurer de la standardisation de la définition des données recueillies ; de la régularité de ce recueil ; de l'exactitude des informations ; et enfin de la qualité du traitement statistique réalisé. Ce travail est de la responsabilité de chaque offreur, mais aussi de l'organisation qui prend la responsabilité de constituer une base interétablissement. Au lancement de l'expérience, il requiert une période importante de formation puis de rodage. En routine, il est fait d'audits réguliers avec retour au dossier médical et discussion avec l'équipe soignante pour s'assurer de la validité de l'information. Chaque nouvel adhérent ajoute à la valeur de la base, mais il y a peu d'effets d'échelle lors de son adhésion, car si l'organisation gestionnaire des données a acquis une compétence, le nouveau venu a souvent tout à apprendre. La moindre dérive en termes de qualité remet en cause la valeur des conclusions et la crédibilité de la base de données.

Comment constituer ces bases ? Pour en diminuer les coûts de constitution et de gestion, certains recommandent d'utiliser le plus possible les bases de données existantes, à caractère administratif ou réglementaire, comme la base PMSI ou la base SAE en France. Cependant, ces données présentent l'inconvénient d'être produites à des fins tarifaires ou d'allocation budgétaire, et leur codification répond de ce fait à des consignes précises qui peuvent s'éloigner de la description rigoureuse d'un processus de prise en charge. De surcroît, les données médicales disponibles ne sont pas toujours assez détaillées pour mesurer le résultat d'un processus de soins. C'est pourquoi d'autres auteurs recommandent la constitution de bases spécifiques, s'appuyant sur des données cliniques fines recueillies au cours du séjour du patient. Dans ce cas, la production des données est plus coûteuse et sa qualité plus difficile à maintenir. En effet, pour les équipes de soins, il s'agit de recueillir de façon routinière des données qu'elles utilisent pour un court instant dans le processus de soins mais qu'elles n'ont pas besoin de mémoriser. L'utilité de ce recueil n'est perceptible qu'une fois l'analyse faite, bien après le recueil. Il est difficile de trancher entre ces deux écoles. On n'en connaît pas vraiment les conséquences en termes de coûts, comparés aux bénéfices attendus d'une information plus spécifique dans le deuxième cas. Pour des pays ayant une expérience moins longue que les États-Unis du recueil de données de type résumés de sortie standardisés (RSS), il serait faux de penser qu'ils peuvent très vite aboutir à des résultats grâce aux données existantes : les résumés de sortie standardisés nord-américains contiennent déjà une information plus riche et plus précise que leurs homologues dans les pays européens. Certains auteurs attendent beaucoup de la généralisation du dossier médical informatisé. Mais il ne faut pas, là encore, sous-estimer la difficulté d'aboutir à une structure commune de dossiers au niveau d'un pays, ainsi qu'à une définition standard de tous les items.

Le partenariat avec les professionnels

Ces bases de données servent à comparer les performances d'équipes de professionnels. Ceux-ci sont certes prêts à participer à des actions pour améliorer leurs résultats, mais redoutent les sanctions qui peuvent en découler, tant économiques que juridiques. Ils sont particulièrement sensibles à l'image que peuvent donner les médias d'un établissement,

suite à la publication de résultats négatifs. Or ils sont une ressource critique incontournable pour que de tels travaux voient le jour. Ils produisent les données de base du système. Ils peuvent donc en saper les fondements simplement en diminuant leur vigilance sur la qualité des informations produites. Ce comportement peut d'ailleurs se justifier si les données publiées servent aux usagers pour mener des actions en justice contre les professionnels. Ils sont aussi les principaux acteurs pour interpréter les résultats et les traduire dans leurs pratiques. Enfin, leur collaboration est souvent nécessaire sur le moyen terme, afin de produire des résultats significatifs. Les règles du jeu en matière de communication des résultats, de décisions qui en résultent, doivent donc être négociées avant et respectées tout au long de la gestion de la base de données. Ainsi, dans une expérience nord-américaine, la coopération a failli s'interrompre lorsque l'un des partenaires, le payeur, contrairement aux engagements pris, a décidé de se servir des résultats du travail pour sélectionner des établissements, sans en référer auparavant à l'ensemble du groupe. Ce n'est pas la décision elle-même qui était contestée, mais le non-respect des règles écrites du groupe. Cette précaution peut être comprise comme un plaidoyer pour le maintien d'une certaine impunité des professionnels : elle résulte du constat lucide que, même s'il est possible aujourd'hui de mieux observer leurs comportements et de leur demander des comptes, il leur reste un formidable pouvoir discrétionnaire dans la justification *a posteriori* de leurs décisions. Il y a réduction de l'asymétrie d'information, pas disparition.

La communication aux patients

L'impact de la publication par la presse (ou par des instances autres) de palmarès comparant les résultats cliniques des hôpitaux est peu connu. Il serait opportun de mener des études sur ce thème. L'hypothèse la plus plausible est celle d'un effet d'attention à court terme, qui s'effacerait au cours du temps. Cela est logique : l'information produite est surtout utile si on est malade, en passe de recevoir un traitement et que le palmarès donne effectivement des informations sur cette maladie et son traitement. Ce point n'est sans doute pas le plus important. Il ressort que l'information sur les résultats cliniques est une information complexe, surtout si elle est donnée avec les précautions de méthode que réclament les cliniciens et les statisticiens. Elle peut être

mal comprise, et même à contresens. Elle ne correspond pas aux attentes principales des personnes profanes, qui sont plus intéressées par des indicateurs portant sur la qualité relationnelle de la prise en charge et la satisfaction des patients. Elle est d'autant moins accessible que le niveau d'éducation du récepteur est faible. Elle ne couvre pas encore toutes les pathologies.

Il est donc nécessaire de trouver des modalités efficaces de communication de ces informations. Cela peut se faire en travaillant sur la forme des documents mis à la disposition du public, qui doivent inclure plusieurs niveaux de communication et d'explication de façon à ce que chacun puisse approfondir les thèmes qui l'intéressent. Il faut aussi contextualiser l'information, c'est-à-dire expliquer pour quelle décision elle a un sens. Il ne suffit pas de donner des résultats, mais aussi d'expliquer le processus de traitement. Le recours à des médiateurs — associations de patients, par exemple — peut être efficace pour répondre aux questions que se posent les personnes. Enfin, il faut adapter le mode de communication aux différents publics visés. On peut parler de l'initiation d'un processus d'acculturation du grand public aux informations relatives aux résultats cliniques des hôpitaux.

La critique des palmarès et des « league tables » a fait l'objet de plusieurs publications [4]. Ce type de classement ne reflète la réalité des différences de performance entre les établissements que très grossièrement, et beaucoup d'établissements seraient en droit de demander réparation pour atteinte à réputation. Mais on ne connaît pas l'effet de telles publications sur la renommée et l'attractivité des établissements. Elles ont de toute évidence un effet sur les établissements qui s'estiment maltraités par le palmarès, et dont le droit de réponse n'a pas la même audience que la publication initiale. Trois solutions sont envisageables pour aboutir à des publications qui seraient plus rigoureuses. Premièrement, un support concurrent peut être désireux de produire une contre-évaluation en faisant valoir sa plus grande rigueur, ou en montrant les progrès par rapport aux premiers classements. Deuxièmement, un dialogue peut s'instaurer entre experts et journalistes, aboutissant progressivement à la publication de données plus rigoureuses, reflétant les limites statistiques des travaux. Troisièmement, les organisations qui produisent ces travaux peuvent en organiser la diffusion elles-mêmes, en utilisant l'aide de spécialistes de la communication.

Les arbitrages qualité-coût

Que ce soit dans un système concurrentiel ou dans un système à dominante publique, le lien entre niveau de performance et financement est encore peu formalisé. Cela n'est pas surprenant pour deux raisons. D'une part, malgré le progrès des travaux sur la mesure de la performance, l'activité de soins présente une variété qu'il est difficile de résumer par quelques indicateurs. La relation entre le niveau de ces indicateurs et le coût des prises en charge est encore peu étudiée. C'est cette relation qui devrait faire l'objet de travaux en utilisant entre autre les méthodes dites de « benchmarking ». Pour que ce « benchmarking » soit effectif, la collaboration des établissements est indispensable. Il faut donc également trouver les incitations efficaces à la collaboration, sous la forme d'un partage des risques et des bénéfices des actions entreprises pour mieux connaître la performance des établissements. D'autre part, formaliser cette relation qualité-prix revient pour un payeur à expliciter le prix qu'il est prêt à payer pour une unité supplémentaire de qualité. Un payeur en situation concurrentielle obtiendrait en théorie cette information par son marché, un payeur public doit en principe s'appuyer sur le débat démocratique pour fixer son prix. Or cet affichage des préférences collectives est l'une des tâches les plus difficiles d'un gouvernement, que ce soit en santé ou pour d'autres actions collectives. 

Références

1. Drees. « Éléments pour évaluer la performance des établissements hospitaliers ». *Dossiers solidarité et santé* 2001 n° 2.
2. Eddy D.-M. « Performance measurement : problems and solutions ». *Health Affairs* 1998 17 ; 4 : 7-25.
3. Pouvourville (de) G., Minvielle E. « La mesure de la qualité des soins à l'hôpital : l'état de l'art. Quelle information donner au public ? » In : *Être à la hauteur. Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE* (P. Smith, ed.). Éditions OCDE, chapitre XII, 2002, p. 251-275.
4. Chalé J.-J., Naiditch M. « Retour sur une enquête controversée ». *La Recherche* 1999 324 : 71-74.