



Er études et Résultats

N° 550 • janvier 2007

« PLATINES » un site d'information sur les établissements de santé en France

Un site d'information Internet sur les établissements de santé est ouvert sous le nom de « PLATINES » (Plate-forme d'information sur les établissements de santé). Il permet la diffusion de données synthétiques sur les établissements de soins publics ou privés, qui ont une activité de court séjour en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO).

Pour chacun des 1 300 établissements répertoriés pour la France métropolitaine, une fiche décrit pour l'année 2004 ses principales caractéristiques en matière de capacités d'accueil, d'équipements et d'activité de MCO, de façon plus détaillée pour les maternités. La présence de services d'urgences et de réanimation ou de certaines activités soumises à autorisation préalable est également indiquée. Des informations plus précises sur le suivi de pathologies dites « traceuses », ou plus spécifiques à la chirurgie ambulatoire permettent aussi d'apprécier l'activité médicale propre à chaque établissement. Quelques indications comme le taux de césariennes, le nombre de médecins aux urgences, ou la prise en charge de soins palliatifs fournissent des éléments plus qualitatifs quant à l'activité de soins.

La reprise du score ICALIN, indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales, et des résultats de la certification par la Haute autorité de santé s'inscrit également dans cette démarche. Chaque établissement peut en outre être resitué par rapport aux établissements comparables en termes de taille et de statut juridique, avec des valeurs de référence auxquelles se rapporter. Le site « PLATINES » sera à l'avenir actualisé et enrichi au fur et à mesure de la généralisation de nouveaux indicateurs de qualité des soins.

Brigitte HAURY, Philippe LOMBARDO

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
Ministère de la Santé et des Solidarités
Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

La diffusion à une large échelle d'éléments de connaissance sur les établissements de santé n'est pas encore d'un usage courant en France, et les sources d'informations existantes ne sont souvent pas d'un accès simple. Le besoin d'information dans le domaine de la santé est pourtant largement présent, qu'il s'agisse de demandes émanant du grand public, des usagers du système de soins, des acteurs locaux ou institutionnels et bien sûr des professionnels de la santé. En particulier, l'information sur l'offre et la qualité des soins dans les établissements de santé apparaît comme un besoin de plus en plus souvent exprimé.

Aussi le ministère de la Santé a-t-il décidé de créer un site d'information accessible par Internet, la Plateforme d'information sur les établissements de santé « PLATINES », dédié à la diffusion de données synthétiques sur les établissements de soins. Il apporte dans un premier temps des informations sur les capacités d'accueil, les équipements et les activités de chaque établissement de santé public ou privé en activité sur le territoire métropolitain. Intégrant quelques indicateurs qualitatifs comme le taux de césariennes ou le score ICALIN¹, il sera enrichi au fur et à mesure de la généralisation de divers indicateurs de qualité des soins actuellement en cours d'expérimentation.

La définition du contenu de la fiche d'informations a été réalisée avec le concours d'un groupe d'experts (encadré 1) chargé de sélectionner les informations pertinentes, d'ores et déjà disponibles à partir des systèmes d'information existants. Elle a donné lieu à des réunions de concertation avec les fédérations hospitalières et les différentes conférences de directeurs et de médecins des établissements de santé, dans le but de valider la démarche et le contenu des informations retenues. L'avis des représentants des usagers sera également sollicité en vue de l'évolution et l'enrichissement du site.

1. Ce score, calculé à partir du bilan des Comités de lutte contre les infections nosocomiales de chaque établissement, a fait l'objet d'une publication en mars 2006.

2. Correspondant à leur « entité juridique » pour les établissements de santé publics et non aux différents sites d'implantation (sauf pour l'AP-HP où les deux niveaux entité juridique et établissement sont disponibles) et au niveau « entité établissement » pour les établissements du secteur privé.

Des informations mises en ligne sur le site « PLATINES » pour 1 300 établissements de santé www.platines.sante.gouv.fr

Le site d'informations « Platines » porte sur 1 300 établissements de santé² ayant des activités dites de « court séjour » en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), repérées à partir des bases de données 2004 du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Pour chaque établissement, une fiche décrit ses capacités d'accueil en nombre de lits et places, ses équipements en imagerie médicale, son activité de MCO, de façon plus détaillée pour les maternités. La présence de services d'urgences et de réanimation est répertoriée, ainsi que certaines activités nécessitant l'obtention d'une autorisation préalable. Des informations plus ciblées à partir du suivi de pathologies dites « traceuses » ou des éléments plus spécifiques sur la chirurgie ambulatoire permettent d'apprécier le déploiement de l'activité de l'établissement. Quelques indicateurs comme le nombre de médecins présents pour 10 000 passages aux urgences, la prise en charge des soins palliatifs, le taux de césariennes, les délais d'attente pour une IVG, même s'ils ne sont pas en tant que tels des indicateurs de qualité des soins, donnent en outre une approche plus qualitative de l'établissement (encadré 2 et tableau 1).

La publication du score ICALIN, indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales, qui catégorise les établissements en fonction des actions menées dans ce domaine, s'inscrit également dans cette démarche. De même, les résultats de la certification de l'établissement sont fournis quand ils sont disponibles : en effet, depuis l'ordonnance de 1996, chaque établissement doit faire l'objet d'une visite de certification qui vise à s'assurer de la qualité des soins qu'il prodigue, cette évaluation étant faite par la Haute autorité de santé (HAS) [<http://www.has-sante.fr>].

ENCADRÉ 1

Composition du groupe d'experts ayant participé à la sélection des informations du site PLATINES

- Nadia Amer, DSS
- Elvire Aronica, DHOS
- Marc Attia, Clinique médico-chirurgicale Parly II
- Frédéric Bousquet, HAS
- Chantal Cases, DREES
- Mylène Chaleix, DREES
- Sophie de Chambline, AP-HP
- Brigitte Hauray, DREES
- Jean-Roger Le Gall, Hôpital Saint-Louis
- Raymond Le Moign, Centre de lutte contre le cancer de Nantes
- Eric Lepage, AP-HP
- Philippe Lombardo, DREES
- Pierre Lombrail, CHU de Nantes
- Marlon Mendelsohn, ATIH
- Philippe Michel, Comité de coordination de l'évaluation clinique de la qualité en Aquitaine (CCECQA)
- Étienne Minvielle, Inserm
- Hervé Nabarette, HAS
- Michel Nalditch, DIES (Développement, innovation, évaluation en santé)
- Jean-François Noury, ATIH
- Françoise Philippe-Raynaud, DHOS
- Valérie Salomon, DHOS
- François-Xavier Selleret, Hospices civils de Lyon

TABLEAU 1

Les indicateurs « PLATINES » en 2004»

Identification de l'établissement		Activités autorisées	
Numéro FINESS	Catégorie de l'établissement	Traitement des grands brûlés	
Raison sociale	Statut juridique	Chirurgie cardiaque	
Nom de commune	Participation au service public hospitalier	Neurochirurgie	Présence ou non
Département	Mode de financement	Radiothérapie	
Lits et places		Chimiothérapie	Présence ou non
Médecine (M)		Nombre de séances	Nombre annuel
Chirurgie (C)	Hospitalisation complète :	Dialyse	Présence ou non
Obstétrique (O)	nombre de lits	Nombre de séances	Nombre annuel
Total MCO	Hospitalisation de jour :	Réadaptation fonctionnelle	Présence ou non
Psychiatrie	nombre de places	Autres prestations	
Soins de suite et réadaptation		Nombre d'IVG	Nombre annuel
Equipements		<i>dont IVG médicamenteuses</i>	
Scanner (ou tomodynamomètre)		Délai moyen de prise en charge d'une IVG	En jours
Imagerie par résonance magnétique (IRM)		Permanence d'accès aux soins des plus démunis (PASS)	
Caméra à scintillation (ou gamma-caméra)	Présence ou non	Consultation de la douleur chronique	Présence ou non
Tomographe à émission de positons (TEP) ou caméra TEP		Soins palliatifs	
Salles d'hémodynamique		Pathologies traceuses	
Salles de coronarographie		Prise en charge initiale d'un infarctus du myocarde	
Activité Générale		Accident vasculaire cérébral (AVC) constitué	Nombre annuel de séjours
Médecine (M)	Hospitalisation complète :	Fracture du col du fémur	Durée moyenne de séjour (en jours)
Chirurgie (C)	nombre de séjours	Chirurgie du cancer colo-rectal	Âge moyen des patients (en années)
Obstétrique (O)	Hospitalisation de jour :	Chirurgie du cancer du sein	
Total MCO	nombre de séjours	Prostatectomie transurétrale	
Durée moyenne de séjour (DMS)	En jours	Chirurgie ambulatoire	
Indice de performance	DMS observée/DMS théorique	Chirurgie de la cataracte	
	France entière	Amygdalectomie et/ou adénoïdectomie	
Maternités		Décompression du canal carpien	
Centre périnatal de proximité	Présence ou non	Traitement de la maladie de Dupuytren	Nombre annuel de séjours
Maternité de niveau 1	Présence - % de césariennes (niveau 1)	Cure de hernie chez l'enfant	Taux de chirurgie ambulatoire
Maternité de niveau 2	Présence - % de césariennes (niveau 2)	Chirurgie testiculaire	
Maternité de niveau 3	Présence - % de césariennes (niveau 3)	Arthroscopie du genou	
Nombre annuel d'accouchements	Nombre annuel	Chirurgie des varices	
Durée moyenne de séjour des accouchements normaux	En jours	Score ICALIN (Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales)	
Urgences et réanimation		Score et classe de l'établissement	
Type de services d'urgences		Certification	
Service d'accueil et de traitement des urgences			Date de certification
Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences	Présence ou non		Niveau de décision
Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation		Environnement démographique du département	
Nombre moyen de passages par jour	Nombre moyen	Part des personnes de 60 ans ou plus vivant seules	
Taux de médecins intervenant aux urgences	Pour 10 000 passages annuels	Part des ménages bénéficiant de minima sociaux	
Réanimation et soins intensifs		Part de la population urbaine	
Unité de réanimation	Présence ou non		
Nombre de lits de l'unité de réanimation	Nombre		
Unité de soins intensifs de cardiologie	Présence ou non		
Autres soins intensifs			

Pour utiliser de façon pertinente cette base d'informations, il importe de situer chacun des établissements répertoriés par rapport aux établissements comparables quant à leur taille et à leur statut. Six catégories d'établissements, pour lesquelles des valeurs de référence sont fournies (tableau 2), ont ainsi été déterminées en lien avec les experts en tenant compte du statut des établissements³, de leur taille ou de leur spécificité, par exemple pour les centres de lutte contre le cancer (encadré 3). En outre, pour rendre la terminologie utilisée plus accessible, des définitions (qu'est ce qu'un CHR, une IRM, un infarctus du myocarde...) sont proposées pour la plupart des variables ainsi que des commentaires destinés à faciliter l'interprétation des résultats (« Pour comprendre »).

Deux exemples d'établissements : un centre hospitalier public et une clinique privée

Un premier exemple peut être donné avec un établissement public de 300 lits et places ou plus situé en Seine-Maritime. La fiche qui le concerne comprend des informations sur son équipement et son activité dans les disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique. Pourvu de 700 lits et de 180 places, il est doté d'un scanner comme 100 % des établissements de sa catégorie, et d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) comme 71 % des établissements de sa catégorie.

La durée moyenne de séjour en hospitalisation (6,6 jours) y est équivalente à celle des établissements de santé de sa catégorie (6,5 jours).

Il est équipé de deux maternités : l'une de niveau 1 et l'autre de niveau 2. Les maternités sont, en effet, classées depuis 1998 en trois niveaux⁴ d'équipement afin d'accueillir les femmes et les nouveau-nés selon l'estimation du niveau de risque qu'ils peuvent présenter, sachant qu'un même établissement peut être implanté sur plusieurs sites et disposer de plusieurs maternités. Dans la maternité de niveau 1, le taux de césarienne est de 16,1 %, moins élevé que la moyenne de sa

catégorie (17,7 %). Par contre, la maternité de niveau 2 de cet établissement a un taux de césariennes très important (22,3 %) par rapport aux autres maternités de même niveau dans sa catégorie (17,8 %). La rubrique « Pour comprendre » fournit une aide à l'interprétation de ces différents taux de césariennes. En effet, si les indications médicales des césariennes sont assez bien définies, il peut exister une marge d'appréciation du risque. Des études ont ainsi montré que le taux de césariennes pouvait sensiblement varier du fait de facteurs médicaux mais également en fonction du statut public/privé de la maternité et des pratiques des professionnels des établissements.

La durée moyenne de séjour des accouchements normaux indiquée pour l'établissement peut également être comparée à ceux de sa catégorie : elle est ici de 5 jours, soit un peu plus longue que la moyenne de référence (4,6 jours).

La fiche décrit ensuite les différentes activités que l'établissement est autorisé à pratiquer. Il ne possède pas de service de chirurgie cardiaque, ni de neurochirurgie, qui sont présents dans moins de 5 % des établissements de cette catégorie. Il est équipé pour traiter les cancers par chimiothérapie, ce qui se fait couramment dans cette catégorie d'établissements (90 % en moyenne).

Si l'établissement dispose d'une permanence d'accès aux soins de santé des plus démunis (PASS), il n'offre pas de consultation de la douleur chronique. La rubrique « Pour comprendre », explique toutefois que cela ne signifie pas qu'il ne traite pas correctement la douleur au sein de ses services. Il prend en charge les soins palliatifs comme 74 % des établissements de sa catégorie. Les pathologies considérées comme « traceuses » permettent en outre d'avoir une vision plus précise de certaines activités : l'établissement répertorié ne déclare ainsi aucune prise en charge initiale des infarctus du myocarde, qui sont peut-être du ressort du CHU voisin. Il a traité 162 patients pour accident vasculaire cérébral (AVC) avec une durée

moyenne de séjour (DMS) de 12,9 jours, l'âge moyen des patients étant de 71 ans. Dans la même catégorie d'établissements, la DMS des patients traités pour AVC est un peu plus longue (13,6 jours) et les patients un peu plus âgés (74 ans en moyenne). Il est expliqué au lecteur que certains facteurs tels que l'âge et la complexité des cas des patients, mais aussi la disponibilité de soins de suite peuvent influencer sur la durée du séjour.

Enfin, l'établissement passé en revue se situe en bonne position en matière d'activité chirurgicale ambulatoire, puisque la part des actes réalisés en ambulatoire y est soit équivalente, soit supérieure à la moyenne pour chacun des types d'intervention retenus. Seule la chirurgie de la cataracte y est très peu réalisée en ambulatoire (3,2 % pour une moyenne de référence de 34,2 %). Le service d'ophtalmologie de l'établissement ne semble donc pas organisé pour pratiquer cette activité en dehors d'une hospitalisation à temps complet.

Le score ICALIN, lié aux mesures de lutte contre les infections nosocomiales, situe l'établissement dans la classe B avec un score de 92 sur 100. Ce score est établi à partir de trente et un critères qui analysent l'organisation, les moyens et les actions des établissements de santé en matière de lutte contre les infections nosocomiales (infections contractées lors d'une hospitalisation). Le score maximal s'élève à 100 points. En fonction de leurs résultats, les établissements sont classés dans l'une des cinq catégories de performance, de A (les scores les plus élevés) à E (les scores les moins élevés). L'établissement est donc bien placé en ce domaine.

Cet établissement a, par ailleurs, donné lieu en janvier 2003 à une certification par la Haute autorité de santé (HAS) « avec recommandations ». Les établissements peuvent, à cet égard, être certifiés selon quatre niveaux : sans recommandations, avec recommandations, avec réserve et avec réserve majeure. Dans le cas où la HAS émet comme ici des recommandations, l'établissement

3. Il s'agit plus précisément de leur mode de financement en 2004 (sous dotation globale ou non), c'est-à-dire avant la mise en œuvre de la TAA.

4. Les maternités de niveau 1 sont destinées à la prise en charge des femmes dont la grossesse ne présente pas de risque particulier et des nouveau-nés qui ne nécessitent que des soins de puériculture. Les maternités de niveau 2 disposent d'un service de néonatalogie. Celle-ci recouvre la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risques et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance. Les maternités de niveau 3 sont équipées pour les soins de néonatalogie et pour la réanimation néonatale. Celle-ci a pour objet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux.

ENCADRÉ 2

Les informations fournies sur les établissements de santé

Les établissements de santé publics et privés fournissent en routine des informations sur leur activité dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ils fournissent, en outre, annuellement pour la Statistique annuelle des établissements (SAE) des informations sur l'équipement et les moyens qui sous-tendent leur activité. Il s'agit de données administratives qui peuvent être rendues publiques.

Les variables retenues par les experts sont en premier lieu descriptives de l'équipement, de l'activité, et des prestations générales dispensées par les établissements.

Elles comportent des éléments sur le statut public ou privé, la taille de l'établissement, le volume d'activité en hospitalisation complète et partielle pour la médecine, la chirurgie ou l'obstétrique, ainsi que sur les équipements d'imagerie dont il est doté.

La présence ou non d'activités des soins plus spécifiques et soumises à autorisation est le plus souvent renseignée positivement par « oui » (chirurgie cardiaque, chimiothérapie, dialyse, réanimation...), avec des précisions sur le volume d'activité ou le nombre de lits, par exemple. Certaines activités sont décrites plus en détail quand le groupe d'experts a considéré qu'elles représentaient un intérêt particulier pour la connaissance sur les établissements. C'est le cas des services d'urgences et des maternités. Les types ou niveaux de service sont précisés, ainsi que le volume d'activité réalisé. Ces différents résultats sont issus, pour la plupart, de la base SAE 2004. Les durées moyennes de séjour, considérées comme des indicateurs de performance des établissements, ont été calculées à partir du PMSI : DMS globale de l'établissement (sur l'ensemble des disciplines pratiquées) et DMS des accouchements normaux.

Quelques types de prise en charge (« pathologies traceuses ») ont été choisis, à partir des données de la littérature, comme

exemples de l'activité plus spécifique de l'établissement, avec indication pour chacune du volume annuel d'activité, de la durée moyenne de séjour et de l'âge moyen des patients, à partir du PMSI. La part des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire, considérée comme un indicateur d'une certaine dynamique des établissements, a été calculée pour huit types d'intervention choisis à partir d'une liste établie par l'Irdes¹.

Quelques indicateurs comme le nombre de médecins présents pour 10 000 passages aux urgences, la prise en charge des soins palliatifs, le taux de césariennes, les délais d'attente pour une IVG, même s'ils ne sont pas en tant que tels des indicateurs de qualité des soins, donnent une approche plus qualitative de l'établissement. L'intégration du score Icalin², indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales, et les résultats de la certification délivrée par la Haute autorité de santé confortent également cette approche.

Enfin, pour situer le contexte environnemental de l'établissement, quelques données démographiques relatives au département d'implantation de l'établissement sont également mentionnées : part des personnes de 60 ans ou plus vivant seules, part des ménages bénéficiant de minima sociaux et de la population urbaine du département.

Par contre, le site ne présente pas d'indicateurs financiers ni de productivité, les informations fournies en routine ne le permettant pas pour l'instant.

1. Sourty-Le Guellec M.-J., 2002, « La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs », *Questions d'économie de la santé*, n° 50, avril.

2. <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nosoco/nosoco4.html>

ENCADRÉ 3

Les catégories d'établissements

Les établissements ont été classés en six catégories, en fonction de leur taille et leur statut juridique public, privé, ou encore privé participant au service public hospitalier, ou plus précisément de leur mode de financement en 2004 (sous dotation globale, ou hors dotation globale), antérieur à la mise en œuvre de la TAA. Les centres de lutte contre le cancer (CLCC) constituent une catégorie particulière compte tenu de la spécificité de leur activité. Les établisse-

ments privés sous dotation globale, participant pour la plupart au service public hospitalier ont été regroupés, selon leur taille, avec les centres hospitaliers publics de plus ou moins 300 lits et places. En effet, leur nombre limité dans le champ concerné (MCO), ne leur permet pas de constituer une catégorie particulière. Ce sont au bout du compte six catégories d'établissements de santé qui ont été distinguées (tableau).

Les six catégories d'établissements de santé en 2004	Effectif dans PLATINES
Centres Hospitaliers et établissements privés sous dotation globale (DG) de moins de 300 lits ou places	456
Centres Hospitaliers et établissements privés sous dotation globale (DG) de 300 lits ou places et plus	117
CHR (centres hospitaliers universitaires / centres hospitaliers régionaux)	29
CLCC (centres de lutte contre le cancer)	20
Établissements privés hors DG de moins de 100 lits ou places	379
Établissements privés hors DG de 100 lits ou places et plus	282
Ensemble	1 283

N.B. Les AP de Paris et Marseille, ainsi que les Hospices civils de Lyon figurent en entités juridiques. L'AP de Paris est de plus détaillée par établissement.

met en œuvre les mesures préconisées et assure le suivi des recommandations formulées par le Collège de l'accréditation en vue de la prochaine procédure.

Enfin, les données de contexte environnemental indiquent que l'établissement se situe dans un département où la part des ménages bénéficiant de minima sociaux est plus élevée que la moyenne nationale (29,2 % contre 25 %).

Un deuxième exemple peut être donné avec un établissement privé, situé dans le département du Tarn-et-Garonne, ayant une capacité d'accueil de moins de 100 lits et une activité de soins pluridisciplinaires.

Doté de 82 lits et de 11 places, cet établissement a une activité de médecine, chirurgie et obstétrique. Son activité est plus importante en chirurgie qu'en médecine (3 077 séjours en chirurgie pour 1 732 en médecine). Il n'a pas de scanner ni d'IRM, comme 95 % des établissements de sa catégorie. Cela ne signifie pas pour autant (« Pour comprendre ») que le patient n'aura pas accès à ce type d'examen, car l'établissement peut avoir passé une convention avec un autre hôpital pour les réaliser. Il possède une maternité de niveau 1 avec un taux de césariennes légèrement inférieur (20,2 %) à la moyenne de sa catégorie (21,4 %).

Cet établissement pratique des IVG, dont plus de la moitié sont médicamenteuses, mais n'a pas indiqué de délai moyen de prise en charge (qui est en moyenne de 7 jours pour cette catégorie d'établissements).

En ce qui concerne les pathologies considérées comme « traceuses », il a un faible volume d'activité, sauf pour les interventions chirurgicales sur la prostate.

Dans l'ensemble, il a également une activité relativement peu importante pour les actes de chirurgie ambulatoire, sauf pour les interventions sur les amygdales ou végétations adénoïdes. Il réalise un nombre conséquent d'arthroscopies du genou mais avec une faible part de pratique ambulatoire (16,4 % contre 37,3 % dans sa catégorie d'établissements).

Cet établissement a un bon score Icalin (81 sur 100) et est classé en niveau B. Les données concernant la certification ne sont, par contre, pas disponibles car il a été certifié en 2005.

Enfin, cette clinique est située dans un département plutôt rural, où la part de la population urbaine est de 56,2 % pour une moyenne nationale de 75,5 %.

Des valeurs de référence qui permettent de situer un établissement par rapport aux autres de sa catégorie

Pour analyser utilement les informations relatives à un établissement, il est nécessaire, comme cela a été dit plus haut, de le situer par rapport aux établissements comparables en matière de statut juridique, de taille ou de spécificité de leur activité. Des valeurs de référence (moyenne ou pourcentage) sont ainsi indiquées en regard de la plupart des informations concernant chaque établissement, pour la catégorie d'établissements à laquelle il appartient, parmi les six catégories distinguées ici (encadré 3).

Les résultats concernant certaines de ces valeurs de référence, pour la pratique de césariennes, la prise en charge initiale de l'infarctus du myocarde et l'activité de chirurgie ambulatoire sont commentés ici à titre d'illustration.

En matière de taux de césariennes...

Un bon exemple de ce type de comparaison concerne la pratique des césariennes. En effet, l'analyse des données disponibles semble montrer que les facteurs médicaux (primiparité, hypertension maternelle...) ne sont pas les seuls à déterminer la pratique d'une intervention de ce type, mais que le niveau de classement de la maternité et son statut (privé ou non) influencent également le recours à cette pratique⁵.

Afin d'améliorer la sécurité de la grossesse et de la naissance, la future mère est orientée vers la maternité dont l'équipement et l'environnement humain sont le plus adaptés aux facteurs de risque, pour l'enfant et

pour elle-même, dépistés durant la grossesse. Les maternités sont ainsi classées depuis 1998 en trois niveaux⁶ d'équipement afin d'accueillir les femmes et les nouveau-nés selon l'estimation du niveau de risque qu'ils peuvent présenter.

En France, en 2004, le taux de césariennes est estimé à 19,2 % (données SAE). Les taux les plus élevés sont attendus dans les maternités de niveau 3 qui accueillent les grossesses à risque le plus élevé. À l'intérieur d'une même catégorie d'établissements, le taux de césariennes croît, en effet, avec le niveau de classement de la maternité, sauf pour les cliniques de grande taille (tableau 2). Parmi les établissements publics et privés sous dotation globale, qui sont les seuls à être équipés de maternités de niveau 3 surveillant les cas les plus complexes, les CHR ont le taux de césariennes le plus élevé dans les maternités de niveau 3 (21,6 %), mais le taux le plus faible pour celles de niveau 1 (16,6 %). Dans les établissements privés financés hors dotation globale, le taux de césariennes des cliniques classées en niveaux 1 atteint respectivement 21,4 % et 19,7 % pour les cliniques de moins de 100 lits et places et les cliniques d'au moins 100 lits. Les petites cliniques de niveau 2 ont le taux de césariennes le plus élevé de toutes les catégories d'établissements avec 22,3 %, les cliniques de plus grande taille ayant au contraire un taux de seulement 19 % dans les maternités de niveau 2.

Ces résultats illustrent le fait que les pratiques en matière de césariennes ne sont pas seulement liées au risque obstétrical mais également aux pratiques des professionnels des établissements.

... de prise en charge initiale des infarctus du myocarde...

Le traitement de cette pathologie est en général considéré comme un bon indicateur de qualité des soins. Cependant, les données issues des systèmes d'information ne permettent pas de se prononcer directement sur les pratiques cliniques des établissements. Elles fournissent simplement des informations sur le nombre d'infarctus du myocarde

5. Villar J. et al. For the WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group : « Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes : the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America » Lancet 2006 ; 1819-29.

6. Ibidem, note 5.

■ TABLEAU 2

Statistiques de références pour les six catégories d'établissements en 2004

Établissements financés par la dotation globale ou hors dotation globale en 2004	CHR	Établissement de santé sous DG de moins de 300 lits/places	Établissement de santé sous DG de 300 lits/places et plus	Centre de lutte contre le cancer CLCC	Établissement de santé hors DG de moins de 100 lits/places	Établissement de santé hors DG de 100 lits/places et plus
Equipements (% dans la catégorie)						
Scanner (ou tomodynamomètre)	100	36	100	90	5	22
Imagerie par résonance magnétique (IRM)	100	7	71	30	< 5%	11
Caméra à scintillation (ou gamma-caméra)	79	< 5%	33	95	< 5%	8
Tomographe à émission de positons (TEP) ou caméra TEP	45		< 5%	60		
Salles d'hémodynamique	76	5	44		< 5%	12
Salles de coronarographie	90	< 5%	51		< 5%	20
Activité MCO						
Durée moyenne de séjour (en jours)	6,9	6,5	6,5	5,5	4,4	4,9
Indice de performance (DMS observée / DMS théorique)	1	1	1	0,9	1	0,9
Maternités						
Taux de césariennes (niveau 1)	16,6	17,7	17,7		21,4	19,7
Taux de césariennes (niveau 2)	21,1	17,9	17,8		22,3	19
Taux de césariennes (niveau 3)	21,6	18,5	20,1			
Durée moyenne de séjour des accouchements normaux (en jours)	4,5	4,7	4,6		4,9	4,8
Urgences et réanimation						
Nombre moyen de passages par jour	305	47	111		29	37
Taux de médecins intervenant aux urgences (pour 10 000 passages annuels)	2,6	3,8	3,4		4,3	2,9
Unité de réanimation (% dans la catégorie)	97	29	98	20	< 5%	30
Unité de soins intensifs de cardiologie (% dans la catégorie)	93	14	76		< 5%	11
Autres soins intensifs (% dans la catégorie)	62	< 5%	12	10		5
Activités autorisées (% dans la catégorie)						
Traitement des grands brûlés	34					
Chirurgie cardiaque	86		5			< 5%
Neurochirurgie	93		< 5%			< 5%
Radiothérapie	48	< 5%	23	100	< 5%	< 5%
Chimiothérapie	86	39	90	100	17	50
Dialyse	97	6	68		< 5%	14
Réadaptation fonctionnelle	90	34	61		< 5%	< 5%
Autres prestations						
Délai moyen de prise en charge (en jours) d'une IVG	10	9	9		7	10
Permanence d'accès aux soins des plus démunis (PASS) (% dans la catégorie)	100	38	89	5	< 5%	< 5%
Consultation de la douleur chronique (% dans la catégorie)	93	14	65			
Soins palliatifs (% dans la catégorie)	97	18	74	5		
Pathologies traceuses						
Prise en charge initiale d'un infarctus du myocarde						
Durée moyenne de séjour (en jours)	7,9	8,9	8,8		8,8	7,5
Age moyen (en années)	65	74	69		68	66
Accident vasculaire cérébral (AVC) constitué						
Durée moyenne de séjour (en jours)	13,4	13	13,6		12,7	12
Age moyen (en années)	67	77	74		78	74
Fracture du col du fémur						
Durée moyenne de séjour (en jours)	14,4	16,2	15,4		16,4	15,2
Age moyen (en années)	79	81	80		81	81
Chirurgie du cancer colo-rectal						
Durée moyenne de séjour (en jours)	18,4	20,2	21,1	17,3	17,2	17,1
Age moyen (en années)	68	72	71	63	70	70
Chirurgie du cancer du sein						
Durée moyenne de séjour (en jours)	5,7	6,9	6	4,9	6,1	5,8
Age moyen (en années)	57	62	61	58	60	60
Prostatectomie transurétrale						
Durée moyenne de séjour (en jours)	5,9	7,7	7,1		6,8	6,6
Age moyen (en années)	70	72	72		71	71
Proportion de chirurgie ambulatoire pour les actes traceurs (en %)						
Chirurgie de la cataracte	33,1	47,1	34,2		53,9	50,3
Amygdalectomie et/ou adénoïdectomie	46,6	61,6	53,6		66,3	68,1
Décompression du canal carpien	73,1	80,4	79,9		81,0	86,6
Traitement de la maladie de Dupuytren	46,1	55,9	49,5		50,6	62,1
Cure de hernie chez l'enfant	40,7	33,9	39,9		39,2	50,3
Chirurgie testiculaire	35,3	22,7	27,3		21,1	25,2
Arthroscopie du genou	18,9	44,6	40,8		37,3	46,2
Chirurgie des varices	8,0	13,9	9,4		25,1	20,6
Données démographiques pour la France métropolitaine (en %)						
Part des personnes de 60 ans ou plus vivant seules				5,9		
Part des ménages bénéficiant de minima sociaux				25,0		
Part de la population urbaine				75,5		

traités par l'établissement en phase initiale, la durée moyenne de séjour et l'âge moyen des patients.

Tous les établissements ne prennent pas en charge l'infarctus du myocarde, qui fait l'objet de protocoles précis et nécessite un traitement dans les heures qui suivent sa survenue. Les petits centres hospitaliers (moins de 300 lits et places), qui sont avant tout des établissements de proximité, accueillent les patients les plus âgés en moyenne (74 ans), alors que les CHR et les cliniques importantes accueillent des patients beaucoup plus jeunes (respectivement de 65 et 66 ans en moyenne). L'âge moyen des patients traités dans les établissements publics ou privés sous dotation globale, ainsi que dans les petites cliniques, se situe entre les deux : respectivement 69 et 68 ans en moyenne. La durée moyenne de séjour pour cette pathologie dépend à la fois de sa gravité, de l'âge des patients, des possibilités de prise en charge ultérieures (soins de suite ou de réadaptation fonctionnelle, hospitalisation à domicile...) et des pratiques de l'établissement. Elle est plus courte dans les cliniques privées de grande taille (7,5 jours) et dans les CHR ensuite (7,9 jours) que dans les petits centres hospitaliers pratiquant la durée d'hospitalisation la plus longue (8,9 jours).

Ces données seront complétées ultérieurement par un indicateur de bonne pratique clinique en matière de prise en charge initiale de l'infarctus du myocarde⁷.

... ou d'actes traceurs de chirurgie ambulatoire

La pratique de la chirurgie ambulatoire, qui peut de façon avantageuse se substituer à la chirurgie classique effectuée en hospitalisation complète, est une activité programmée qui nécessite une surveillance post-opératoire prolongée pour permettre la sortie du patient le jour même de son admission. Elle dépend donc lar-

gement des capacités organisationnelles des établissements. Afin de suivre l'évolution de cette activité, encore insuffisamment développée en France, une liste de 17 actes marqueurs a été définie dans le cadre d'une enquête de la CNAMTS, qui reflète la pratique chirurgicale à un moment donné. Huit de ces actes⁸ ont été choisis dans cette liste et diffusés sur le site.

Le nombre total d'actes chirurgicaux réalisés et la part effectuée en ambulatoire sont indiqués pour chacune des interventions retenues. Pour la majorité des actes, les cliniques privées, quelle que soit leur taille, ont une part largement plus élevée d'activité chirurgicale réalisée en ambulatoire et qui va de 20,6 % à 86,6 % selon les interventions. Les CHR sont les moins bien placés pour la plupart des interventions (entre 8 % et 73 %). Les établissements publics et privés de petite taille, financés en 2004 par dotation globale ont, le plus souvent, une part d'actes ambulatoires plus élevée que les établissements de grande taille, de statut et de financement identiques.

Ces différences s'expliquent en premier lieu par des spécialisations et des dynamiques d'établissements. Cependant la gravité et la complexité des cas, ainsi que les recours plus souvent non programmés auxquels sont confrontés les CHR⁹, en particulier, influent également sur les parts respectives des interventions réalisées en ambulatoire ou en hospitalisation complète. Ainsi pour la chirurgie de la cataracte, les établissements privés, quelle que soit leur taille, réalisent plus de la moitié des interventions en ambulatoire, tandis que les CHR et les établissements publics et privés financés par dotation globale n'en effectuent que le tiers. Tous les facteurs cités plus haut peuvent jouer dans ces différences : organisation de l'établissement, mais aussi âge du patient, complexité des cas, associations de pathologies...

Une fiche qui s'enrichira progressivement d'autres indicateurs plus proches de la mesure de la performance

Cette première diffusion d'information sur les établissements de santé s'accompagne d'une démarche de généralisation d'indicateurs de qualité des soins qui viendront au fur et à mesure enrichir les données mises à disposition sur les établissements.

L'expérimentation menée par l'Inserm dans le cadre du projet Compaqh¹⁰ a, en effet, permis de valider plusieurs indicateurs de qualité des soins dont une dizaine apparaissent généralisables à l'ensemble des établissements dans des délais relativement proches et pourront alors être publiés sur le site « PLATINES ». Ce sont, notamment, les bonnes pratiques cliniques pour l'infarctus du myocarde (déjà cité), les délais d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation au médecin traitant, l'évaluation de la prise en charge de la douleur, la satisfaction des patients hospitalisés, la bonne tenue des dossiers médicaux ou anesthésiques...

Par ailleurs, d'autres indicateurs dont certains testés dans le cadre du projet PATH¹¹ font actuellement l'objet d'études avec l'objectif de développer d'autres axes d'évaluation : délais d'attente pour l'imagerie médicale, taux d'occupation des salles d'opération, données sur le personnel...

L'élaboration et la généralisation de ces indicateurs donnent lieu à une coordination entre le ministère chargé de la santé (DHOS et DREES) et la Haute autorité de santé. S'appuyant sur des experts et des utilisateurs (représentants des décideurs, des fédérations hospitalières et des usagers), elle permettra d'enrichir la diffusion et l'utilisation des indicateurs dont l'intérêt aura été jugé prioritaire. ■

7. Les bonnes pratiques de prise en charge des infarctus du myocarde ont fait l'objet de l'expérimentation COMPAQH. Cet indicateur est généralisable à l'ensemble des établissements en même temps que quelques autres.

8. Chirurgie de la cataracte, amygdalectomie et adénoïdectomie, décompression du canal carpien, traitement de la maladie de Dupuytren, cure de hernie de l'enfant, chirurgie du testicule, arthroscopie du genou, chirurgie des varices.

9. AUDRIC S., BUISSON G., avec la collaboration de HAURY B., 2005, « La spécialisation des établissements de santé en 2002 », *Études et Résultats*, n° 374, février, DREES.

10. Le développement d'indicateurs de qualité des soins a été confié à l'Inserm qui a validé un grand nombre d'indicateurs dont plusieurs feront progressivement l'objet d'une généralisation à l'ensemble des établissements de santé (www.sante.gouv.fr/html/dossiers/compaqh/accueil.htm).

11. L'OMS-Europe a développé un projet de mesure de la performance hospitalière qui s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé. Le projet PATH (Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals) se situe dans ce cadre.