

P13

Indicateurs en qualité et sécurité des soins : exemple du tableau de bord des infections nosocomiales

V. Drouvot, L. May-Michelangeli, V. Salomon

Ministère chargé de la Santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Paris, France

Mots clés : Tableau de bord des infections nosocomiales ; Indicateurs ; Transparence ; ICALIN

Introduction.– Le programme national de lutte contre les infections nosocomiales (LIN) 2005–2008 annonçait la mise en place d'un tableau de bord (tdb) des IN doté de cinq indicateurs dans chaque établissement de santé (ES) comme outil de transparence et de pilotage des ES.

Méthode.– En 2006, l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN 2004) a été le premier à être diffusé publiquement pour 2801 ES. Il est construit à partir du bilan standardisé de la LIN des ES en trois sous-indices : Organisation, Moyens et Actions sur 100 points. Rendu par catégories d'ES et par classe de performance de A (ES les plus en avance) à E (les plus en retard). Les non-répondants sont classés F. Le tdb s'est enrichi de trois indicateurs (ICATB, ICSHA, SURVISO). Un score agrégé (SA) a été introduit en 2008 pour 2810 ES : un poids relatif est attribué à chaque indicateur selon la formule (ICALIN \times 0,4) + (ICSHA \times 0,3) + (ICATB \times 0,2) + (SURVISO \times 0,1). Il permet de lire en une seule fois le tdb. L'indice triennal du SARM est paru en 2009.

Résultats.– Les ES ICALIN classés A ou B sont passés de 33,3 % en 2004 à 85,8 % en 2007 et ceux ICALIN E de 5,5 % à 1,1 % (31 ES). Seuls 0,5 % (14 ES) sont classés F après quatre ans. Les résultats du SA affichent 47,9 % des ES en classe A ou B en 2007.

Discussion/Conclusion.– L'amélioration sur ICALIN est forte. L'évolution du SA est expliquée par une mise en place graduelle de tous les indicateurs dans les ES et une difficulté de progression pour ICSHA. Afin de poursuivre les efforts, le programme national de prévention des IN 2009–2013 prévoit une deuxième version du tdb.

doi:10.1016/j.respe.2010.02.080

P14

La réforme du système d'information sanitaire en République Démocratique du Congo

L. Engyam^a, F. Mulangu^b^a Ministère de la Santé Publique, Direction de lutte contre la maladie, surveillance épidémiologique, Kinshasa, République Démocratique du Congo^b Ministère de la Santé publique, Direction de lutte contre la maladie, Banque informatisée des données, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Mots clés : Santé ; Réforme ; Partenariat

Introduction.– La réforme du système de santé vise à améliorer la santé de la communauté en perfectionnant le système de santé, qui est perçu comme partie intégrante du processus global de développement socio-économique. Cette recherche offre aux acteurs et gestionnaires de la santé à tous les niveaux, les informations dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées. Le but de la recherche sur le système de santé dans le contexte de la stratégie est de contribuer au développement du système en améliorant la qualité du travail, l'élaboration des normes et en identifiant non seulement les goulots d'étranglement à la mise en œuvre de la stratégie, mais aussi des résolutions alternatives.

Méthode.– Elle comporte quatre étapes :

- examen de la cohérence par rapport aux textes en application dans le pays ;
- projet de loi organique sur les finances publiques du 13 avril 2009 ;
- exposés d'orientation et de recherche ;
- présentation en plénière et discussion.

Résultats.– Les résultats attendus sont les suivants :

- développement du système de santé amélioré et la réforme acceptée ;
- normes réadaptées en fonction du contexte ;
- outils, technique et compétences nécessaires au développement du système conçus ;

– réflexion autour des principes de base de l'organisation du système de santé alimentée.

Discussion/Conclusion.– La dynamique de la recherche des informations sur la réforme du système de santé s'installe et le suivi scientifique y contribue. Son extension nécessite le ralliement de tous les acteurs des autres directions et programmes spécialisés du ministère de la Santé publique. La diffusion de ces expériences est utile pour apporter l'innovation. La documentation des résultats est capitale pour garder la mémoire de notre système de santé.

doi:10.1016/j.respe.2010.02.081

P15

Apport du système d'information médicalisé dans la lutte contre les infections nosocomiales

V. Gilleron^a, A. Kostrzewa^a, X. Jacquelin^b, S. Pulci^c, P. Parneix^d, le groupe de travail du CCLin Sud-Ouest^a CHU de Bordeaux, Bordeaux, France^b CH de Libourne, Libourne, France^c Établissements ex-OQN^d CCLin Sud-Ouest, Bordeaux, France

Mots clés : CCLin ; PMSI ; Système d'information hospitalier

Introduction.– La surveillance des infections nosocomiales est une des missions de l'hygiène hospitalière. Celle-ci est complexe, compte tenu de la multiplicité des sources, des informations à recueillir et du souci d'exhaustivité. La mise en place du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) et le développement du dossier patient informatisé permettent de disposer de nombreuses informations sur la prise en charge du patient.

Méthode.– Dans le cadre du CCLin Sud-Ouest, un groupe de travail s'est réuni de 2007 à 2008. Celui-ci comprenait des spécialistes en hygiène hospitalière et en information médicale. L'objectif principal était de définir le lien entre les données utiles dans le cadre des enquêtes en hygiène hospitalière et celles disponibles dans le système d'information hospitalier (SIH). L'objectif secondaire était d'émettre des recommandations concernant la standardisation des définitions des variables dans ces enquêtes, et le codage de l'information médicale dans le PMSI ou dans le SIH.

Résultats.– Cette réflexion a fait l'objet de la rédaction d'un rapport, téléchargeable sur le site <http://www.cclin-sudouest.com>. Il est structuré en quatre parties :

- les enquêtes et indicateurs en hygiène hospitalière ;
- le programme de médicalisation des systèmes d'information ;
- l'apport du PMSI dans le recueil des variables en hygiène hospitalière ;
- des perspectives et recommandations.

Discussion/Conclusion.– Ce travail a permis de faire un état des lieux des besoins de la surveillance en hygiène hospitalière et des données disponibles dans le SIH. Le rapport met à disposition des acteurs un outil, qui renforce la nécessité d'une collaboration entre l'information médicale et l'hygiène hospitalière. Il contribue à la réflexion d'harmonisation des méthodologies des différentes enquêtes et apporte des perspectives d'optimisation de l'utilisation du système d'information. Cette réflexion devra être évolutive et sera facilitée par la priorité donnée au SIH notamment dans le programme Hôpital 2012.

doi:10.1016/j.respe.2010.02.082

P16

Épidémie des intoxications au monoxyde de carbone (CO) en Midi-Pyrénées pendant la tempête Klaus

S. Grolleau^a, J.-L. Ducassé^a, O. Azema^a, V. Schwobel^b, B. Thélot^c, C. Sagnes-Raffy^a^a ORU-MiP, Toulouse, France^b Cire Midi-Pyrénées, Toulouse, France^c InVS, unité traumatismes, Saint-Maurice, France

Mots clés : Intoxication ; Monoxyde de carbone ; Groupe électrogène

Introduction.– La tempête Klaus a balayé le Sud-Ouest de la France le samedi 24 janvier 2009 et privé d'électricité plus de 1,7 millions de foyers dont

477 000 en Midi-Pyrénées. Ce travail a pour objectif d'évaluer ses conséquences sur les intoxications au monoxyde de carbone (CO) à partir de l'activité des services d'urgence de Midi-Pyrénées.

Méthode.— Des données médico-administratives étant collectées quotidiennement pour chaque passage aux urgences par l'Observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées depuis 2005, les passages pour une intoxication au CO au cours de la période de la tempête en 2009 ont pu être comparés à la période équivalente de 2008 par mois (janvier), semaine (S3-S4-S5), jour (samedi, dimanche) et heure d'admission.

Résultats.— Pour 37 épisodes dénombrés en janvier 2008, 156 ont été recensés en janvier 2009 ($p < 0,0001$) dont près des trois-quarts (109) à partir du samedi 24, exclusivement issus de la Haute-Garonne (61 %), du Tarn (24 %), du Tarn et Garonne (11 %) et du Gers (4 %). Les trois premiers jours suivant la tempête dénombrent 81 % des intoxications avec le samedi, 85 % de 15 h–18 h et le dimanche deux créneaux marqués de 0 h–4 h et de 20 h–23 h. L'âge médian des patients intoxiqués après la tempête est de 28 ans [Q1 : 13 ; Q3 : 44] contre 34 ans [Q1 : 21 ; Q3 : 60] avant la tempête ($p = 0,07$). Le sex-ratio H/F est de 1,02 et ne diffère pas selon la période d'intoxication ($p = 0,95$).

Discussion/Conclusion.— Nous ne disposons pas dans ce recueil du mécanisme d'exposition au CO, mais différentes études ont montré pour des situations similaires que la principale source était l'utilisation inappropriée de groupes électrogènes. Ces résultats nécessitent d'informer la population sur les risques liés à l'usage de ces appareils qui sont de plus en plus utilisés par les particuliers lors de coupures d'électricité. Une analyse cas-croisés avec un schéma d'appariement stratifié sur le temps pourra être envisagée pour contrôler les facteurs temporels.

doi:10.1016/j.respe.2010.02.083

P17

PERINAT-ARHIF : un système d'information en périnatalité dans la région d'Île-de-France (IDF)

E. Lebreton^a, C. Crenn-Hebert^b, C. Menguy^c, G. Echarhour^d, A. Lefebvre^e, A. Cessateur^f

^a PERINAT-ARHIF, CHI André-Grégoire, Montreuil, France

^b PERINAT-ARHIF, service de gynéco-obstétrique, hôpital Louis-Mourier, Colombes, France

^c PERINAT-ARHIF, département d'information médicale, CHI André-Grégoire, Montreuil, France

^d ARHIF, Paris, France

^e Service de gynéco-obstétrique, CH René-Dubos, Réseau périnatal du Val d'Oise, Pontoise, France

^f Service de gynéco-obstétrique, CH Victor-Dupouy, Réseau périnatal du Val d'Oise, Argenteuil, France

Mots clés : PMSI ; Réseaux périnatal ; Système d'information régional

Introduction.— L'agence régionale d'hospitalisation d'IDF (ARHIF) a souhaité constituer un système d'information en périnatalité en partenariat avec les professionnels de santé, pour l'ensemble de la région, à l'échelle des réseaux périnatals. L'objectif est de pouvoir disposer rapidement de données quantitatives et qualitatives dans ce domaine, à partir de données déjà produites en routine par les établissements.

Méthode.— Le département d'information médicale (DIM) de chaque établissement d'un réseau périnatal d'IDF envoie à la cellule de gestion de PERINAT-ARHIF les résumés de sortie anonymes (RSA) issus du programme pour la médicalisation du système d'information (PMSI). Il adresse parallèlement un fichier de chaînage des numéros ANO des mères et des nouveau-nés, établi à partir des identifiants séjours de l'établissement. Ce fichier de chaînage permet de réaliser des couples de RSA « mère–enfant ». La recherche de la qualité des données se fait par un retour détaillé d'indicateurs périnatals à chaque établissement, et d'un document relevant les erreurs éventuelles de codage. Un outil d'audit interne et une revue de dossiers comparés au PMSI sont proposés. Un rapport annuel est produit et discuté avec le comité scientifique de chaque réseau.

Résultats.— L'inclusion des réseaux périnatals d'IDF a commencé en 2006 et est progressive. L'un des premiers réseaux inclus a vu l'exhaustivité de l'enregistrement des séjours de nouveau-nés progresser de 97,4 à 99,0 % entre

2006 et 2008 par rapport aux données de l'État civil. Actuellement le chaînage mère–enfant n'est possible que dans les établissements publics : 97 % des séjours de bébés ont pu être liés aux séjours d'accouchements en 2008.

Discussion/Conclusion.— Comme d'autres régions, nous avons utilisé les données du PMSI pour produire des indicateurs en périnatalité avec une analyse partagée entre professionnels et ARHIF. Le retour d'information améliore l'exhaustivité et la qualité des données. Cet effort doit être poursuivi et étendu à la totalité des réseaux d'IDF.

doi:10.1016/j.respe.2010.02.084

P18

Recueil facultatif des DP : quand, comment, pourquoi

M. Lehmann^a, G. Mercier^{a,b}, E. Barbotte^a, P. Aubas^a

^a DIM, CHRU de Montpellier, Montpellier, France

^b Université Montpellier 1, Montpellier, France

Mots clés : PMSI ; Diagnostics ; Classement ; GHM

Introduction.— Dans la production du PMSI « court séjour », le codage des diagnostics constitue la pierre angulaire du classement des épisodes de soins (séjours, venues, séances). La nature de certaines prises en charge dévolues à la réalisation d'un ensemble limité et cohérent d'actes d'une part, certaines règles de classement (neutralisation du rôle classant des diagnostics associés significatifs en-deçà d'une durée de trois nuits, existence de nombreux GHM dévolus aux seules activités « ambulatoires ») d'autre part, posent la question de l'utilité des diagnostics dans une perspective de classement.

Méthode.— Les séjours mono-unité, hors décès, hors décès, d'une durée de 0 ou une nuit du « case-mix » d'une année (oct. 2008 à sep. 2009) au CHRU ont été étudiés. Les séjours sans entrée via les unités d'accueil des urgences sont considérés comme programmés. Les listes d'actes de la Fonction Groupage v.11 (Bulletin officiel n° 2009/4 bis) nous ont permis de déterminer les liens entre un acte et une ou plusieurs CMD.

Résultats.— Sur 44 223 séjours sélectionnés, 14 425 (32,6 %) sont considérés comme programmés et comportent au moins un acte classant. Parmi ceux-ci, 10 330 séjours (71,6 %) peuvent être classés sans tenir compte du DP, car le ou les acte(s) orientent vers une CMD et une seule.

Discussion/Conclusion.— Une grande partie des séjours hospitaliers de 0 ou une nuit avec acte classant peut être classée dans les GHM sans recours aux diagnostics. Nous pensons que le système PMSI est suffisamment « mature » pour que la justification du recueil exhaustif des diagnostics (« partout, pour tous, tout le temps ») soit repensée, tant à des fins techniques (simplification et baisse de la charge de travail de production des RSS) qu'épidémiologiques (opportunité de recueils prospectifs, orientés et adaptés).

doi:10.1016/j.respe.2010.02.085

P19

Identification des molécules onéreuses anticancéreuses traçantes en 2008 au CHU Timone-Adultes, Marseille

J. Mancini^{a,b}, F. Volot^{a,b}, G. Botti^{a,b}, J. Delorme^c, M. Fieschi^{a,b}

^a Service de santé publique et d'information médicale, hôpital Timone-Adultes, AP-HM, Marseille, France

^b Lertim EA 3283, faculté de médecine, université Aix-Marseille II, Marseille, France

^c Pharmacie, hôpital Timone-Adultes, AP-HM, Marseille, France

Mots clés : Molécules onéreuses ; Référentiels de bon usage ; Chimiothérapie ; Cancérologie

Introduction.— La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 demande aux établissements de maîtriser l'évolution des dépenses liées aux molécules onéreuses. Les coûts des prescriptions de chimiothérapie sont croissants. Ils proviennent essentiellement de quelques molécules onéreuses prescrites dans le cadre de contrats de bon usage et définies « traçantes » par l'Institut national du cancer. Notre objectif était de mettre en évidence les possibilités d'identification au sein d'un CHU de molécules anticancéreuses traçantes pouvant permettre un suivi ciblé des prescriptions.