

COMMUNICATIONS AFFICHÉES

ÉPIDÉMIOLOGIE HOSPITALIÈRE

P5-1

Évaluation d'une grille d'analyse critique d'indicateurs de la qualité du service rendu par les établissements de santé de l'étude COMPAQH

MICHEL P. (1, 2), DOMEQ S. (1), DAUCOURT V. (1), GRENIER-SENNELIER C. (3), MINVIELLE E. (3)
(1) Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine CCECQA, Hôpital Xavier-Arnoz, 33604 Pessac Cedex ; (2) Laboratoire Santé-Travail-Environnement (EA 3672 INSERM) ; (3) INSERM U537 CREGAS, 80, rue du Général-Leclerc, 94276 Le Kremlin Bicêtre Cedex.

Objectifs : Une grille d'analyse critique des indicateurs de la qualité du service rendu a été élaborée pour sélectionner une batterie d'indicateurs. L'objectif était d'évaluer les axes d'analyse de la pertinence, de la faisabilité et de la qualité métrologique des indicateurs.

Méthodes : Les sources de variabilité ont été analysées. Après une formation à l'utilisation de la grille, 22 établissements volontaires (observateurs) ont appliqué la grille à trois indicateurs tirés au sort parmi cinq. Ces indicateurs étaient les taux de conformité du dossier patient, de conformité des chariots d'urgence, de respect de recommandations sur le traitement de l'infarctus aigu du myocarde, de satisfaction globale des patients et de mortalité en réanimation. Chaque axe d'analyse était caractérisé par une appréciation globale (échelle numérique de 0 à 10) et des items. L'ordre des items de chaque axe d'analyse a été modifié entre deux applications de la grille réalisées à trois semaines d'intervalle. La variabilité intra-observateur (critère de jugement) et liée aux autres sources (établissement, type de professionnel évaluateur et indicateur) a été étudiée par l'analyse de variance. La reproductibilité intra-observateur des appréciations globales a été étudiée par le coefficient de corrélation intra-classe (CCI), celle de chacun des items par le coefficient Kappa.

Résultats : Le CCI était supérieur à 0,80 pour 11 des 15 analyses (cinq indicateurs et trois axes de d'analyse) et compris entre 0,74 et 0,80 pour les autres. Un effet établissement a été mis en évidence pour tous les axes d'analyse. Le coefficient Kappa était supérieur à 0,60 pour sept des 18 items.

Conclusion : Les appréciations globales étaient reproductibles. Le libellé des items et les instructions d'utilisation de la grille ont été améliorés. L'effet établissement nécessite d'impliquer plusieurs établissements dans l'évaluation pour représenter la diversité des futurs utilisateurs des indicateurs.

P5-2

Approche socio-épidémiologique des usagers auto-référés vus dans les services d'Urgences. Une étude de cohorte prospective en Haute-Normandie, 2003-2004

BAILLY L. (1), MORITZ F. (2), BROUSSE B. (3), IDRISSE I. (4), LEBRUN E. (5), EL KOUBI S. (1), MULLER J.M. (2, 4), CZERNICHOW P. (1), LADNER J. (1), ET LE GROUPE « COHORTE URGENCES »

(1) Département d'Épidémiologie et de Santé Publique, CHU-Hôpitaux de Rouen, France ; (2) SAU, Hôpital Charles-Nicolle, CHU-Hôpitaux de Rouen ; (3) SAU, Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf-Louviers-Val-de-Reuil, Elbeuf ; (4) UPATOU, Hôpital Saint-Julien, CHU-Hôpitaux de Rouen ; (5) UPATOU, Centre Hospitalier, Bernay.

Objectifs : Identifier les motifs de recours aux services d'urgences des usagers vus sans avis médical préalable (« auto-référés » (AR)).

Méthodes : En septembre 2003, une étude de cohorte a été mise en place dans quatre services d'urgences en Haute Normandie (deux SAU et deux UPATOU). Pour chaque patient AR, l'âge, la présence d'un médecin traitant habituel, la trajectoire de soins dans les six mois précédents et le motif de recours aux urgences ont été recueillis.

Résultats : Au 1^{er} décembre 2003, 195 patients AR ont été inclus. Quatre motifs de recours aux urgences ont été identifiés : indisponibilité du médecin traitant habituel (absence, rendez-vous trop long) (groupe G1, n = 50) ; le patient estimait que sa pathologie relevait d'un médecin spécialiste (G2, n = 45) ; prise en charge rapide et globale aux urgences (radiologie et biologie) (G3, n = 76) ; avis du patient non demandé (emmené par les pompiers et l'entourage) (G4, n = 24). L'âge moyen était de 43,0 ans (écart type [ET] = 17,3) dans le G1, de 40,3 ans (ET = 20,6) dans le G2, de 34,9 ans (ET = 14,0) dans le G3 et de 41,5 ans (ET = 15,1) dans le G4 (P = 0,06). Au total, 95 % des patients avaient un médecin traitant, sans différence significative entre les groupes. Dans les six mois précédents, le nombre moyen de consultations auprès du médecin traitant était de 4,9 (ET = 5,7) dans le G1, de 4,1 (ET = 5,2) dans le G2, de 2,1 (ET = 2,6) dans le G3 et de 2,0 (ET = 2,4) dans le G4 (P = 0,001).

Conclusion : Les premiers résultats permettent d'établir une typologie sociologique des usagers AR dans les services publics d'urgences. Le recours par auto-référence aux urgences a une origine multifactorielle, une meilleure connaissance de ces facteurs est un préalable à l'amélioration de l'articulation de la permanence des soins de proximité entre le secteur ambulatoire et hospitalier.

P5-3

Le logiciel Epi-PMSI : un outil d'exploitation des données du PMSI à visée épidémiologique

BOUILLIE T. (1), FRANKE F. (2), CASSADOU S. (3), PASCAL L. (3), NUNES C. (4), FILLEUL L. (3), JUSOT J.F. (3), FABRE P. (3), D'HELFF M. (3), EILSTEIN D. (3), PROUVOST H. (5), LEFRANC A. (4), DECLERCQ C. (5), MEDINA S. (3), LE TERTRE A.

(1) Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées, 37, allées Jules-Guesde, 31073 Toulouse Cedex ; (2) Cellule Inter-régionale d'Épidémiologie d'Intervention Sud, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Provence-Alpes-Côte d'Azur, 23-25, rue Borde, 13285 Marseille Cedex 8 ; (3) Institut de Veille Sanitaire, Département Santé Environnement, Saint-Maurice ; (4) Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France, 21-23, rue Miollis, 75732 Paris Cedex 15 ; (5) Observatoire Régional de Santé du Nord-Pas-de-Calais, 13, rue Faidherbe, 59046 Lille Cedex.

Objectifs : Le Programme de Surveillance Air & Santé — neuf villes coordonné par l'Institut de Veille Sanitaire a pour objectif de quantifier les risques sanitaires liés à la pollution atmosphérique urbaine à partir de données françaises. Outre la mortalité, la morbidité hospitalière est étudiée en tant qu'indicateur de l'état de santé de la population. Cet indicateur est construit à partir des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'information (PMSI). Un logiciel spécifique, Epi-PMSI, a été élaboré pour la sélection des données et la construction de séries chronologiques de comptes journaliers d'admissions pour des pathologies, des tranches d'âge et sur des zones d'étude données.

Méthodes : Un cahier des charges a été élaboré en concertation avec les épidémiologistes du programme. L'extraction des admissions repose sur les étapes suivantes : sélection de l'unité médicale, du code diagnostique (correspondant à la pathologie étudiée), de la zone de résidence, de la période de l'admission. Les données sont ensuite anonymisées et agrégées, par jour, en compte d'admissions sur la zone étudiée, pour la pathologie retenue et par tranche d'âge d'intérêt. Le logiciel a été validé par une phase de test dans les établissements hospitaliers partenaires des neuf villes du programme.

Résultats : Outre les séries chronologiques de comptes journaliers d'admissions hospitalières, Epi-PMSI peut fournir les enregistrements sélectionnés à un niveau individuel intermédiaire, après anonymisation. Les critères de sélection des admissions sont paramétrables par l'utilisateur. Après construction de l'indicateur, les données sources sont détruites afin de garantir leur confidentialité.

Conclusion : Conçu dès l'origine pour l'utilisation épidémiologique des données du PMSI, ce logiciel développé dans le cadre du PSAS-9 pourrait être utile dans d'autres études nécessitant l'extraction de données hospitalières, et ainsi permettre de valoriser l'un des rares systèmes nationaux d'information sanitaire. Il pourra être demandé auprès de l'Institut de Veille Sanitaire.

P5-4

Audit de la qualité des dossiers médicaux à l'hôpital pédiatrique de Canastel

CHOUGRANI S., HOUTI L., BENYAHIA M., BELHAJ N., GHOUTI M.

Service d'Épidémiologie et de Médecine Préventive, Établissement Hospitalier Spécialisé de Canastel, Algérie.

Objectifs : Les nombreuses instructions de la tutelle dans le cadre de la préparation de la réforme hospitalière, depuis octobre 2002, nous ont incité à investiguer davantage le contenu informationnel des dossiers médicaux. Auditer la qualité des dossiers médicaux des services d'hospitalisation de l'hôpital pédiatrique de Canastel.

Méthodes : Le référentiel de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), France, version 1994 a été utilisé. 210 séjours sur 2 200 ont été tirés au sort à partir des hospitalisations de sept services, trois de chirurgie et quatre de spécialités pédiatriques médicales, durant les trois premiers semestres de 2001. Seule la partie relative au dossier médical a été incluse dans l'étude. La partie du dossier relative aux soins infirmiers est exclue du champ de l'étude. Le tirage au sort s'est fait à partir de la base de sondage constituée par la base de données « PATIENT » du bureau des entrées de l'hôpital.

Résultats : 29 dossiers médicaux (14,3 %) n'ont pas été retrouvés. Les moyens logistiques (moyens de stockage, chariots, imprimés...) étaient insuffisants dans l'ensemble des services. Les informations liées à l'identité du malade ont été retrouvées dans plus de la moitié des cas, celles relatives au séjour dans moins de 60 % et un peu moins pour les modalités d'entrée et de sortie (45 %). Les motifs d'entrée étaient mentionnés dans 80 % des cas. Les informations liées à la sortie du malade étaient également peu renseignées : les comptes-rendus étaient retrouvés dans 1/3 des cas et les synthèses d'hospitalisation uniquement dans 10 % des cas. L'identité de la personne à prévenir n'était presque pas notée (1,1 %), le médecin responsable du malade n'est mentionné que dans 10 % des cas, d'autant qu'il s'agit d'un hôpital pour enfants.