

## Identifier, maîtriser et suivre la consommation d'actes de biologie dans un établissement de santé

### *Identifying, managing and monitoring laboratory test over-utilization for inpatients*

Dozol A<sup>1</sup>, Gana I<sup>2</sup>, Cocagne N<sup>3</sup>, Conilleau B<sup>4</sup>, Brignone M<sup>5</sup>, Moreau A-C<sup>2</sup>, Launay J-M<sup>6</sup>, Labalette C<sup>7</sup>, Segouin C<sup>8</sup>

#### Résumé

**Objectif :** Confirmer la situation de surprescription d'examens de biologie pour les patients hospitalisés, identifier les causes éventuelles et proposer des pistes d'amélioration.

**Méthodes :** Les données ont été extraites de l'Entrepôt de données partagé (EDP) de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris. Les analyses des volumes de prescription d'examens de biologie et anatomie pathologique exprimés en équivalents de coefficients tarifaires B ont été suivies d'entretiens semi-directifs avec des chefs de service.

**Résultats :** La prescription d'examens est supérieure à celle attendue par rapport à l'Échelle nationale des coûts (+ 25 % en 2006 et + 55 % en 2007). L'analyse par service de l'évolution de la prescription en fonction de l'activité (nombre de séjours) a permis d'identifier les services ayant une évolution discordante. Trois diagnostics principaux ont été posés : un défaut de codage qui se manifeste par une insuffisance de la qualité et de la précision de l'information et une non-identification des actes de recherche ; un développement de l'offre (nouveaux tests et biologie délocalisée) ; une modification de la demande, avec le développement de nouvelles activités (domaine de la cancérologie) et de nouvelles indications (BNP et troponine).

**Conclusion :** L'objectif de notre approche n'est pas de surveiller les demandes d'examens biologiques de la part des prescripteurs, mais de trouver des moyens pour les maîtriser et d'instaurer un indicateur de suivi pertinent. De nouveaux outils de pilotage tels que la mise en place de Comptes de résultats par objectifs (CRÉO) pourraient générer un réel investissement de la part des acteurs de terrain qui verraient ainsi leurs efforts valorisés.

**Prat Organ Soins 2010;41(1):135-141**

**Mots-clés :** Laboratoire analyses hôpital ; hôpital ; attitudes diagnostique et thérapeutique des médecins ; coûts et analyse de coûts ; techniques et procédures de laboratoire ; administration services de soins.

#### Summary

**Aim:** To confirm the over prescribing pattern of biological tests for in-patients, to identify the causes and to suggest improvement measures.

**Methods:** Data have been extracted from the data warehouse of the Public Hospitals of Paris (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris). We used the value of each test determined by the French National Health Insurance Fund for Salaried Workers for reimbursement. Analyses of the volume of prescription of biological tests by the volume of activity per clinical department were performed. Finally, heads of laboratories and clinical departments have been invited for semi-directive interviews.

**Results:** The average expenditure for biological tests per patient adjusted by the case-mix was higher in our hospital than in the sample of hospitals included the National Cost Scale (sample of voluntary public and private hospitals collecting detailed cost and activity data). The difference increased from 25% in 2006 to 55% in 2007. Comparing expenditure in biology by number of stays, we identified specific departments for which the increase of biological tests prescriptions was higher than the increase of their activity (number of stays). The main issues were: completeness and accuracy of data, in particular research activities were under identified; increased supply (new tests available and automatic instruments in clinical department); increased demand (new activities in particular in oncology) and new indications (BNP and troponin).

**Conclusions:** The goal of this approach is not to spy on physicians' prescribing behaviour but to develop tools to monitor and improve the efficient use of laboratories resources. New accounting instruments are currently experimented to promote stewardship and contracting between clinical departments and biological laboratories.

**Prat Organ Soins 2010;41(1):135-141**

**Keywords:** Laboratories, hospital; hospital; physician's practice patterns; cost and cost analysis; laboratory techniques and procedures; health services administration.

<sup>1</sup> Médecin de santé publique, Service de santé publique et économie de la santé, Groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal.

<sup>2</sup> Interne en pharmacie, Service de santé publique et économie de la santé, Groupe Hospitalier Lariboisière-Fernand Widal.

<sup>3</sup> Interne de santé publique, Service de santé publique et économie de la santé, Groupe Hospitalier Lariboisière-Fernand Widal.

<sup>4</sup> Cadre administratif de pôle, Pôle Laboratoires, Imagerie, Pharmacie, Groupe Hospitalier Lariboisière-Fernand Widal.

<sup>5</sup> Docteur en pharmacie, Service de santé publique et économie de la santé, Groupe Hospitalier Lariboisière-Fernand Widal.

<sup>6</sup> Chef de service, Laboratoire de biochimie et biologie moléculaire, Groupe Hospitalier Lariboisière-Fernand Widal.

<sup>7</sup> Assistant hospitalier universitaire, Service de santé publique et économie de la santé, Groupe Hospitalier Lariboisière-Fernand Widal & Université Paris Diderot Paris-7.

<sup>8</sup> Service de santé publique et économie de la santé, Groupe Hospitalier Lariboisière-Fernand Widal & Wilson Centre for research in education, Toronto general hospital, university of Toronto.

Adresse pour correspondance : Dr Adrien Dozol, Service de santé publique et économie de la santé, Groupe Hospitalier Lariboisière-Fernand Widal,

2, rue Ambroise-Paré, F-75475 Paris Cedex 10.

E- email : adrien.dozol@lrb.aphp.fr

## INTRODUCTION

Avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), les établissements de santé doivent parvenir à équilibrer leurs recettes et leurs dépenses. Pour atteindre cet objectif, ils doivent passer en revue les ressources utilisées pour la prise en charge des patients et répondre à deux types de questions :

- La mobilisation de ces ressources est-elle justifiée pour une prise en charge optimale des patients ?
- Que font les autres établissements dans un cas comparable ?

Atteindre l'efficacité dans la prescription des examens biologiques est un objectif d'autant plus justifié, du point de vue de l'hôpital, que les séjours des patients font l'objet d'un tarif forfaitaire depuis la mise en place de la T2A. Ce tarif prend en compte les dépenses moyennes réalisées par Groupe homogène de malades (GHM) dans les établissements de santé participant à l'étude nationale des coûts. De ce fait, chaque hôpital a intérêt à se rapprocher de la consommation moyenne d'examen complémentaire par GHM, en particulier de la consommation d'examen de biologie<sup>1</sup>.

Pour interroger la pertinence de l'activité dans le domaine de la biologie concernant les patients hospitalisés, les hôpitaux disposent en première intention d'indicateurs simples que sont le nombre d'actes réalisés ou la valeur de ceux-ci selon la nomenclature et la tarification en vigueur. La première démarche consiste à se comparer à soi-même en mesurant l'évolution d'une année sur l'autre de la consommation d'examen biologique rapportée à l'évolution de l'activité de l'hôpital. La deuxième consiste à se comparer aux autres : il mesure la consommation ajustée sur l'éventail des GHM pris en charge (*case-mix*).

L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui regroupe l'ensemble des hôpitaux universitaires de la région Île-de-France, a comparé les prescriptions d'examen de biologie de ces hôpitaux aux autres centres hospitalo-universitaires (CHU) ; chacun des sites hospitaliers de l'AP-HP étant lui-même comparé à la moyenne nationale des CHU et à la moyenne AP-HP, à *case-mix* identique. Dans tous les cas, le groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal est « surconsommateur ».

L'objectif de ce travail est de confirmer la situation de surprescription, de l'expliquer, d'identifier les causes éventuelles et de proposer des pistes d'amélioration. C'est pour cette raison qu'un travail associant biologistes, prescripteurs et médecins de santé publique a été entrepris.

## MÉTHODES

Le groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal est un des centres hospitaliers universitaires de l'AP-HP. Il est situé au Nord de Paris. Il a une activité d'urgences, de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), de soins de suite et de réadaptation, de soins de longue durée et de psychiatrie. Le secteur de biologie du groupe hospitalier est composé de six laboratoires distincts : hématologie, anatomie pathologique, biochimie, bactériologie, génétique moléculaire et toxicologie. Tous les laboratoires du site réalisent des analyses de biologie usuelle, mais également des analyses spécialisées et certains ont le statut de laboratoire associé à un centre national de référence (prion, cytomégalovirus, génétique des maladies vasculaires rares du système nerveux central et de la rétine, etc.). En 2007, le groupe hospitalier comptait 734 lits d'aigus de plus de 24 heures et 41 lits d'aigus de moins de 24 heures. Cette même année 43 089 séjours MCO ont été réalisés.

Les données d'activités ont été extraites des bases de données de l'AP-HP (Entrepôt de données partagé, EDP). Il s'agit d'une base de données commune et partagée, utilisable par les personnels de l'AP-HP. L'étude a porté uniquement sur les prescriptions faites pour les patients hospitalisés en MCO, en hospitalisation complète ou partielle, en 2006 et 2007. L'activité de recherche et les actes externes ont été exclus.

La consommation d'examen biologique a été exprimée en équivalent de coefficients tarifaires B. En France, la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) fait partie de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Elle établit la liste et la cotation des actes susceptibles d'être pris en charge par l'Assurance maladie. La cotation de chaque acte est exprimée en lettre-clé, B pour la biologie, ou P pour l'anatomie pathologique. Pour chaque examen, le nombre de B (ou P) est fonction de la complexité et des moyens à mettre en œuvre pour le réaliser. La valeur des lettres-clé B et P est fixée par convention entre les professionnels et l'Assurance maladie. En 2007, un B équivalait à 0,27 euros et un P équivalait à 0,28 euros. Pour simplifier les analyses, la valeur des actes d'anatomie pathologique produits a été convertie en équivalent B en fonction du coefficient de conversion en vigueur  $1 P = 1,037 B$ . Il existe des examens « hors nomenclature » (HN) non remboursés par l'Assurance maladie. Lors de l'étude, il n'existait pas de référentiel national de cotation de l'activité hors nomenclature, la cotation d'un même acte pouvait varier entre établissements. Nous avons utilisé la version de la NABM en vigueur

<sup>1</sup> Dans un but de tarification, chaque séjour hospitalier est classé dans un groupe homogène de malade (GHM) selon des algorithmes définis de façon réglementaire. Ces derniers prennent en compte les diagnostics, les actes réalisés, l'âge, la durée de séjour. À chaque GHM est attribué un tarif facturable à l'Assurance maladie, le Groupe homogène de séjour (GHS).

et la cotation des actes HN appliquée par les laboratoires du groupe hospitalier sur la période de l'étude.

Dans un premier temps, nous avons objectivé la surconsommation d'examen biologiques pour les patients hospitalisés. Ainsi, nous avons comparé la consommation d'examen de biologie et d'anatomie pathologique du champ MCO (exprimée en B et équivalents B) dans le groupe hospitalier avec la consommation moyenne issue des données de l'Échelle nationale de coûts (ENC) en ajustant sur l'éventail des cas pris en charge (*case-mix*). En d'autres termes, la prescription attendue est égale à la valeur d'examen complémentaires en équivalents B qui seraient prescrits en moyenne par les hôpitaux participant à l'ENC pour un nombre de séjours et une répartition par GHM identique.

Dans un deuxième temps, nous avons calculé le pourcentage d'évolution de la production d'examen biologiques exprimés en équivalents B par laboratoire exécutant entre les années 2006 et 2007. Cet indicateur nous a permis d'identifier les laboratoires susceptibles d'être les plus concernés par la situation de surprescription constatée à Lariboisière-Fernand Widal. Nous avons retenu comme critère de sélection le laboratoire réalisant le plus d'actes en volume et les deux laboratoires ayant l'évolution la plus forte en volume d'actes réalisés entre 2006 et 2007. Pour les laboratoires ainsi identifiés, nous avons décrit la prescription d'actes de biologie par service demandeur. Nous avons également analysé l'évolution de la prescription d'actes de biologie en équivalents B en

fonction de l'évolution de l'activité par service clinique. L'activité de ces derniers a été mesurée par le nombre de passages par unité médicale, ou Résumé d'unité médicale (RUM).

Dans un troisième temps, nous avons réalisé des entretiens avec les chefs de service des trois laboratoires de biologie identifiés. Nous avons proposé aux chefs de service de soins de réaliser le même entretien sur la base du volontariat. En effet, ce travail initie une démarche sur les pratiques professionnelles et la juste prescription d'examen qui nécessite une implication volontaire des services prescripteurs. Les entretiens semi-directifs ont eu lieu pendant le troisième trimestre 2008. Ils ont débuté par un exposé faisant état du constat de surconsommation au niveau de l'établissement, de l'évolution de la prescription au niveau du service, puis nous avons sollicité l'avis des personnes interrogées sur les explications éventuelles de l'augmentation importante de la prescription de B, ainsi que les hypothèses émises sur leurs causes éventuelles.

## RÉSULTATS

À *case-mix* identique pour les patients hospitalisés en MCO en 2006 et 2007, la comparaison entre Lariboisière-Fernand Widal et les données de l'ENC confirme que le groupe hospitalier était surprescripteur d'examen de biologie et d'anatomie pathologique (figure 1). Entre 2006 et 2007, l'écart de surprescription a augmenté de 30 points en nombre d'équivalents B (de 25 % en 2006 à 55 % en 2007).

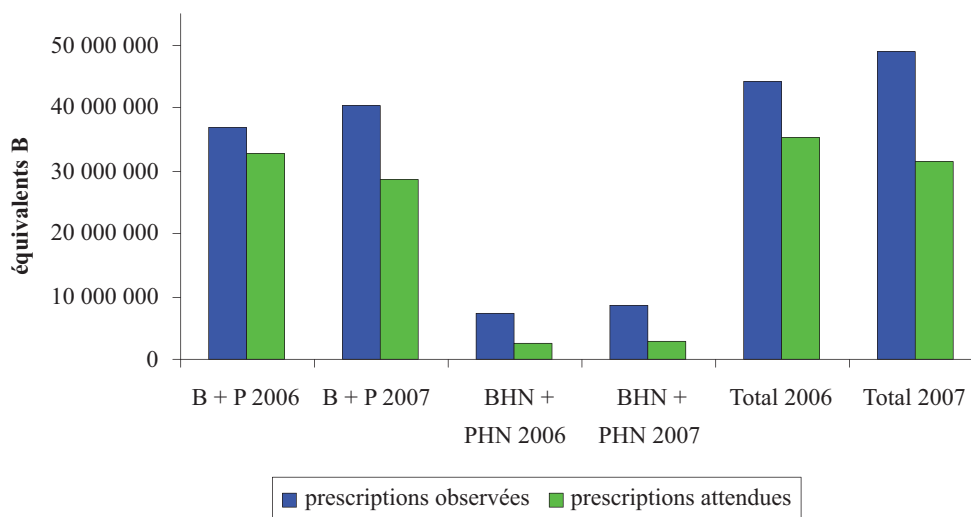


Figure 1. Comparaison de la prescription d'examen biologiques exprimée en équivalents B à la prescription attendue selon l'Échelle nationale de coûts à *case-mix* comparable pour les patients hospitalisés en MCO à Lariboisière-Fernand Widal pour les années 2006 et 2007.

B et P : Lettres-clés tarifaires pour les actes de laboratoire.

HN : Actes hors nomenclature tarifaire.

Source : Entrepôt de données partagé – AP-HP ; ENC.

Le laboratoire de biochimie représentait 45 % de l'activité de biologie prescrite pour les patients hospitalisés en 2007 (tableau I). Deux laboratoires ont eu une augmentation plus marquée de leur activité entre 2006 et 2007. Il s'agit du laboratoire de toxicologie (+ 88,2 % équivalents B) et du laboratoire d'anatomie pathologique (+ 21,6 % équivalents B). Le nombre d'actes et le nombre d'équivalents B évoluent dans le même sens, sauf pour le laboratoire de génétique moléculaire.

Le tableau II présente l'évolution de la prescription d'examen de biochimie, d'anatomie pathologique et de toxicologie exprimée en équivalents B par service. Il a permis d'identifier les services les plus prescripteurs en valeur d'une part, et ceux ayant le plus augmenté leur prescription entre 2006 et 2007 d'autre part. Ces résultats ont servi de support pour les entretiens.

La figure 2 montre l'évolution de la prescription de B par rapport à l'évolution de l'activité entre 2006 et 2007, en tenant compte de l'ensemble des laboratoires du groupe hospitalier. Pour la réanimation médicale, l'augmentation de la prescription d'examens biologiques est supérieure à celle de l'activité d'hospitalisation. L'activité du service d'ophtalmologie a augmenté alors que la consommation de B a chuté. Pour trois services (médecine interne-addictologie, hématologie et hospitalisation complète de cardiologie), on constate une augmentation importante de la consommation de B alors que l'activité est stable ou en diminution.

Afin d'explicitier les premiers résultats, nous avons rencontré les chefs de service des laboratoires de biochimie, toxicologie et anatomie pathologique, et du service de réanimation médicale. L'analyse des entretiens a permis d'identifier trois éléments pouvant expliquer la situation de surprescription ainsi que la hausse constatée entre 2006 et 2007 : un défaut de

codage de l'activité de biologie dans le système d'information, une modification de l'offre d'examens de biologie et l'apparition de nouvelles demandes.

En ce qui concerne le défaut de codage, une qualité et une précision insuffisante de l'information a pu se manifester, soit par une variation au niveau de la modalité de cotation des actes pouvant entraîner une modification du nombre final d'équivalents B avec un nombre d'actes constant, soit par une non-identification des activités de biologie réalisées dans le cadre de la recherche biomédicale. Dans ce cas, l'activité était considérée comme des analyses demandées au décours de l'hospitalisation et gonflait artificiellement la part consacrée à la biologie, sans être identifiée comme des examens destinés à la recherche clinique. En ce qui concerne plus particulièrement le laboratoire de toxicologie, un problème de communication entre les outils de recueil d'activité a entraîné une intégration incomplète de l'activité de 2006 surestimant ainsi l'augmentation observée entre 2006 et 2007.

La modification de l'offre, en particulier pour le laboratoire de toxicologie, est liée à de nouvelles analyses disponibles (dosage des antirétroviraux) et de nouvelles techniques de dosage, par exemple pour les bêta-bloquants. Le développement de la biologie délocalisée, qui se définit par la multiplication des machines dans les services cliniques, permet de faire des examens de biologie sans demande au laboratoire et participe à l'augmentation de la consommation en équivalents B. Cela concerne principalement le laboratoire de biochimie.

Le développement de nouvelles activités entraîne une augmentation de certains actes. C'est le cas de l'activité de cancérologie, notamment en gynécologie, qui a entraîné une augmentation des actes d'anatomie pathologique de + 21,6 % entre 2006 et 2007. D'autre part,

Tableau I  
Évolution par laboratoire du nombre d'actes et d'équivalents B réalisés pour les patients hospitalisés entre les années 2006 et 2007 dans le groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal.

Laboratoire exécutant	Production d'examens biologiques exprimés en nombre d'actes		Production d'examens biologiques exprimés en équivalent B	
	2007	Évolution 2006-2007 (%)	2007	Évolution 2006-2007 (%)
Biochimie	1 117 915	10,7	21 708 152	7,2
Bactériologie	113 835	6,7	10 563 585	8,3
Hématologie	335 512	9,7	9 700 015	8,1
Anatomie pathologique	54 641	19,7	4 728 112	21,6
Toxicologie	19 930	74,2	1 927 220	88,2
Génétique moléculaire	572	8,5	1 186 920	-5,1
<i>Total</i>	<i>1 642 405</i>	<i>11,0</i>	<i>48 814 004</i>	<i>10,7</i>

Source : Entrepôt de données partagé – AP-HP.

Tableau II  
Évolution de la consommation d'examens de biochimie, d'anatomie pathologique et de toxicologie exprimée en équivalents B des services cliniques de Lariboisière-Fernand Widal pour les patients hospitalisés en médecine-chirurgie-obstétrique entre 2006 et 2007.

Service demandeur	Biochimie		Anatomie pathologique		Toxicologie	
	Total 2007	Évolution 2006-2007 (%)	Total 2007	Évolution 2006-2007 (%)	Total 2007	Évolution 2006-2007 (%)
Cardiologie	2 873 554	20,1	19 352	42,1	31 380	32,9
Hôpital de jour cardiologie	224 161	15,9	0	0	190	- 75,6
Chirurgie digestive	1 222 414	18,4	1 031 557	32,8	11 245	38,3
Explorations fonctionnelles	141 159	NA <sup>a</sup>	0	0	440	NA <sup>a</sup>
Gériatrie	464 598	- 11,6	9 019	- 47,8	3 770	- 11,1
Gynécologie obstétrique	682 779	3,2	1 261 929	36,6	18 270	- 51,6
Hématologie	828 266	33,0	124 377	36,2	5 220	- 55,6
Hépatogastro-entérologie	779 349	23,1	268 456	37,1	11 680	- 36,4
Médecine interne A	1 830 644	51,6	192 336	57,5	46 810	71,3
Médecine interne addictologie	777 952	42,8	12 957	- 11,6	204 190	42,8
Médecine interne B	1 803 295	2,0	40 062	19,8	15 170	- 35,3
Neurochirurgie	501 556	17,6	420 739	- 3,1	4 540	18,5
Neurologie	1 935 469	- 15,4	101 386	0,4	68 210	110,7
Ophthalmologie	60 434	- 5,7	1 260	90,9	2 880	- 39,2
ORL	427 417	- 6,9	740 588	12,1	5 510	- 41,3
Orthopédie	627 657	12,4	115 495	6,4	8 900	- 20,4
Réanimation chirurgicale	2 254 857	- 20,2	148 012	- 13,6	50 850	58,1
Réanimation médicale	2 409 632	- 0,1	52 106	2,4	1 335 325	126,7
Rhumatologie	966 452	- 8,3	179 593	9,2	5 200	- 19,5
Unité d'hospitalisation de courte durée	896 507	39,1	8 888	39,2	97 440	168,4
Total	21 708 152	- 7,2	4 728 112	21,6	1 927 220	- 88,2

<sup>a</sup> NA : non applicable.

Source : Entrepôt de données partagé – AP-HP.

le développement récent de nouvelles analyses ou de nouvelles indications et la mise en place de protocoles (par exemple le dosage du *Brain natriuretic peptide* et de la troponine pour tous les patients présentant une dyspnée ou une insuffisance cardiaque aiguë) ont modifié les pratiques entraînant une augmentation de la prescription. En effet, tous les patients répondant aux critères du protocole d'étude ont systématiquement bénéficié de ces examens.

## DISCUSSION

Cette étude nous a permis tout d'abord de confirmer le constat établi de surconsommation d'actes de biologie pour les patients hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique du groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal par rapport aux établissements participant à l'ENC, avec une aggravation de l'écart entre 2006 et 2007. Une analyse détaillée de l'évolution du volume d'examens biologiques prescrits en nombre d'actes et

en équivalents B a permis d'identifier les laboratoires exécutants dont la production avait le plus augmenté. Cette augmentation ne semble pas être liée à une modification du profil d'actes réalisés par les laboratoires. En effet, l'évolution de l'activité en nombre d'actes et en nombre d'équivalents B par laboratoire suit la même tendance (sauf pour le laboratoire de génétique moléculaire). De plus, cette analyse a montré que l'évolution de la prescription biologique pour certains services ne coïncidait pas avec l'évolution de leur activité sur la même période. Ces données chiffrées nous permettent d'établir un constat mais l'expertise des acteurs de terrain est indispensable afin d'expliquer les origines des écarts constatés d'une part et de proposer des pistes d'amélioration d'autre part.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer la situation de surprescription par rapport à l'ENC. Tout d'abord, le CHU est un terrain de formation pour les internes qui ont tendance à surprescrire. En effet, des études montrent que la validation des prescriptions des internes par un



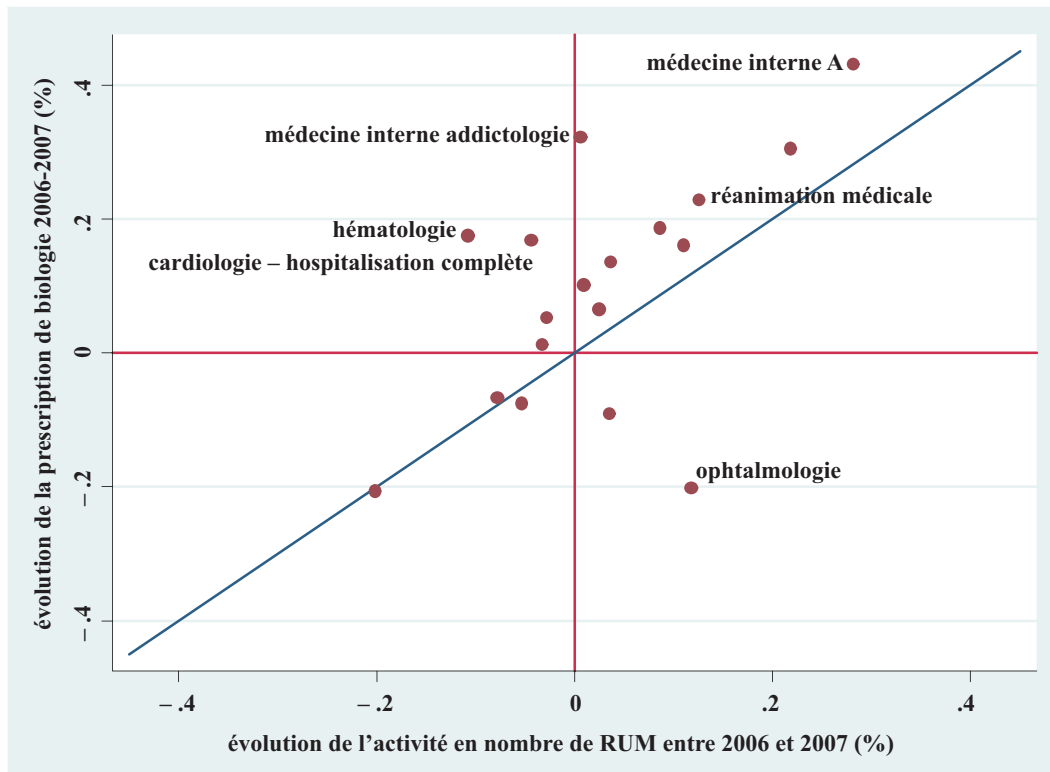


Figure 2. Évolution du nombre d'équivalents B (lettre-clé tarifaire) prescrits par rapport à l'évolution du nombre de séjours en médecine-chirurgie-obstétrique par le service clinique entre les années 2006 et 2007 pour le groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal.  
RUM : Résumé d'unité médicale.

Source : Entrepôt de données partagé – AP-HP.

médecin senior (clinicien ou biologiste) et leur sensibilisation à l'impact économique de leurs prescriptions entraîne une diminution du volume d'examen prescrits sans effet négatif sur la qualité de la prise en charge [1, 2]. Une autre hypothèse envisage un défaut d'enregistrement des actes de biologie dédiés à l'activité de recherche, une des missions de notre CHU. En effet, les actes de recherche sont financés en dehors de la T2A. S'ils ne sont pas identifiés, ils augmentent artificiellement la consommation moyenne d'équivalents B par patient par rapport à l'ENC qui ne tient pas compte des actes de recherche dans le calcul de coût. Enfin, le type d'activité (accueil des urgences, centres de référence) et les caractéristiques sociodémographiques du bassin de population de l'hôpital sont des facteurs explicatifs d'un surcoût par séjour. En effet, un quart des malades pris en charge à Lariboisière-Fernand Widal a un handicap social important, ce qui est lié à un coût plus élevé de l'hospitalisation [3, 4]. En ce qui concerne l'augmentation de la prescription d'actes de biologie entre 2006 et 2007, le développement de la biologie délocalisée dans les unités cliniques est un facteur connu de surconsommation d'actes de biologie médicale [5]. Un automate délocalisé supplémentaire a été installé en réanimation médicale et toxicologique fin 2006.

Il est important de noter les limites liées à la comparaison à l'ENC. Tout d'abord, le groupe hospitalier, qui est un centre hospitalier universitaire, est comparé à un panel d'établissements publics et privés, n'ayant donc pas les mêmes contraintes (triple mission de soins, de formation et de recherche). De plus, l'ENC pour une année N est basée sur les données de dépenses des années N-3 et N-2. Les pratiques peuvent avoir évolué, par exemple la généralisation du dosage du BNP dans l'insuffisance cardiaque. Cela peut contribuer à la situation de surprescription observée.

Le choix de ne prendre en compte que les prescriptions de biologie des patients hospitalisés en MCO permet de travailler dans un système de tarification homogène. En effet, les examens biologiques réalisés pour des patients externes ou pour le compte d'autres établissements de santé sont facturés à l'acte et génèrent une recette pour l'hôpital. De plus, l'ENC, qui nous sert ici de référence, ne porte que sur ces mêmes séjours et ne tient pas compte des actes effectués pour des patients non hospitalisés ou pour la recherche. Enfin, notre objectif, au-delà de dresser un état des lieux, est de proposer des pistes d'amélioration de la maîtrise des prescriptions ce qui paraît plus aisé dans un premier

temps en ce qui concerne les prescriptions réalisées pour les patients hospitalisés par rapport à ceux venant en externe.

D'autre part, nous avons été confrontés au cours de cette étude à des difficultés liées au système d'information. En effet, celui-ci est constitué d'outils de recueil multiples, parfois mal interfacés entre eux ou avec les logiciels servant au programme de médicalisation des systèmes d'information. Ceci peut nuire à la qualité et à l'exhaustivité des données analysées et constitue à ce jour un frein à une analyse plus fine de l'activité comme par exemple la comparaison entre consommation réelle et consommation attendue par l'ENC par groupe homogène de malades.

La priorisation de la démarche dans les projets du groupe hospitalier ainsi que l'absence de perspectives en termes de valorisation en cas d'efforts objectivés sont des éléments qui freinent une adhésion massive et une mise en place rapide de mesures d'amélioration. De nouveaux outils de pilotage tels que la mise en place de Comptes de résultats par objectifs (CRÉO) pourraient être une alternative à cette difficulté et générer un réel investissement de la part des acteurs de terrain qui verraient ainsi leurs efforts reconnus, voire même valorisés [6].

## RÉFÉRENCES

1. Gerbeaux P, Ledoray V, Torro D, Thirree R, Nelh P, Jean P. Impact de la « seniorisation » sur les prescriptions d'examens de biologie dans un service d'accueil et des urgences. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2000;19:62-6.
2. Attali M, Barel Y, Somin M, Beilinson N, Shankman M, Ackerman A, et al. A cost-effective method for reducing the volume of laboratory tests in a university-associated teaching hospital. *Mt Sinai J Med.* 2006;73:787-94.
3. Holstein J, Farge D, Taright N, Trinquart L, Manac'h D, Bastianic T, et al. Lien précarité - durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2009;57:205-11.
4. Castiel D, Bréchat P, Segouin C, Grenouilleau M. Hôpitaux publics, T2A et handicap social. *Gestions hospitalières.* 2006 juin/juillet : 214-5.
5. McQueen MJ. «Point-of-care» ou «point-of-need»? Tentative de définition d'une technologie connue. *Ann Biol Clin (Paris).* 1998;56:487-90.
6. Peyret P. La comptabilité analytique par pôles. *Finances Hospitalières.* 2009;24:15-23.

