

Hospitalisations évitables en 2010-2011

Premiers résultats d'une comparaison entre la France et l'Angleterre

Jean-François Buyck¹, Françoise Lelièvre¹, Barbara Coyle², Paolo Bercelli^{1,3},
Anne Tallec¹, François Tuffreau¹, John Wilkinson^{2,4}

1. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire
2. North East Public Health Observatory, UK
3. CH Bretagne Sud Lorient
4. Northern and Yorkshire Cancer Registry, UK

Contexte

Champ des hospitalisations dites "évitables"

2

- > Il ne s'agit pas des hospitalisations inadéquates...
 - > Le caractère justifié de ces hospitalisations n'est pas mis en question
- > ... mais de celles qui pourraient être évitées avec une prise en charge en soins primaires optimale
 - > Prévention et éducation thérapeutique des patients
 - > Accès et continuité des soins primaires

"Ambulatory Care Sensitive Conditions"

Contexte

Repérage des hospitalisations évitables

3

> International

- > Pas de consensus sur une méthodologie de repérage des hospitalisations évitables
 - > Quelques listes de pathologies à admission évitable sont fréquemment utilisées
 - > Billings *et al.* 1990 et listes dérivées
 - > Weissman *et al.* JAMA 1992
- } Pathologies chroniques (insuf. cardiaque, asthme, diabète, etc.)
} Pathologies aiguës (pneumopathie, pyélonéphrite, etc.)

> En France

- > Il n'existe pas à notre connaissance de travail de validation d'une liste de pathologies à admission évitable
- > Les principales études nationales identifiées utilisent la liste de Weissman *et al.*
 - > Gusmano & Rodwin
 - > IMS Health

Contexte

Utilisation des indicateurs d'hospitalisations évitables

4

- > **Des indicateurs fréquemment utilisés au niveau international**
 - > Tableaux de bord de performance des systèmes de santé
 - > Dans les pays anglo-saxons : Australie, Canada, Etats-Unis (AHRQ), Angleterre (NHS)
 - > Des travaux engagés en Italie

- > **Un usage encore relativement confidentiel en France**
 - > Peu d'analyses à l'échelle nationale : Gusmano & Rodwin, IMS Health
 - > Utilisation et projets d'études en cours, à l'échelle infranationale, notamment par certaines ARS (ex : Franche-Comté, Ile-de-France)

- > **Pourquoi une comparaison France-Angleterre ?**
 - > L'intérêt de l'ORS Pays de la Loire pour cette thématique et son expertise en matière d'analyse des données du PMSI
 - > L'expertise du NEPHO sur les données d'hospitalisations évitables en Angleterre



Contexte

Les systèmes de santé français et anglais

5

> L'intérêt d'une comparaison entre la France et l'Angleterre

- > Des points de convergence : sociodémographie, état de santé, offre de soins
- > Mais une organisation du système de soins ambulatoires très différente

		
Population	63 millions (2010)	52 millions (Angleterre 2010)
Part de la population âgée de plus de 65 ans	17 % (2010)	16 % (Angleterre 2010)
Dépenses de santé	11,6 % du PIB (2011)	9,6 % du PIB (UK 2010)
Nombre et densité de médecins généralistes	57 300 : 0,9 pour 1 000 (2011)	35 400 : 0,7 pour 1 000 (Angleterre 2011)
Part des généralistes exerçant en cabinet de groupe	54 % (2009)	>95 % (Angleterre 2011)
Choix du médecin généraliste	liberté de choix	pas de liberté de choix (secteur géo.)
Paiement du médecin généraliste	<u>acte</u> / (paiement performance)	<u>capitation</u> / acte / paiement performance
Parcours de soins entre le généraliste et l'hôpital	pas de filtre obligatoire par le généraliste	généraliste "gate-keeper"
Mode d'exercice des médecins spécialistes	salarié / libéral	salarié exerçant à l'hôpital
Densité de lits hospitaliers	6,4 pour 1 000 (2010)	3,0 pour 1 000 (UK 2010)
Densité de lits hospitaliers de soins aigus	3,5 pour 1 000 (2010)	2,4 pour 1 000 (UK 2010)

Objectifs

6

- > Comparer la fréquence des hospitalisations évitables en France et en Angleterre
 - > Travail méthodologique en collaboration avec le NEPHO
 - > Validité de comparaisons basées sur des systèmes d'information différents ?
- > Etudier les principales caractéristiques de ces hospitalisations dans les deux pays
 - > Points de convergence ? Différences ?
 - > Hypothèses explicatives ?
- > Dégager des perspectives de recherche et d'action

Méthodes

Repérage des hospitalisations évitables



7

- > Liste "Weissman" : 12 pathologies/groupes de pathologies
 - > Pneumopathie bactérienne
 - > Insuffisance cardiaque congestive
 - > Asthme
 - > Hypertension artérielle
 - > Diabète compliqué
 - > Infection de la peau et des tissus mous
 - > Pyélonéphrite
 - > Gangrène
 - > Appendicite compliquée
 - > Ulcère gastroduodéal compliqué
 - > Hypokaliémie
 - > Pathologie faisant l'objet de vaccinations (rougeole, oreillons, coqueluche, etc.)
- > Repérage des séjours par les codes Cim10 correspondant aux pathologies

Méthodes

Analyse des données

8

		
Source d'informations	PMSI MCO 2010	Hospital episode statistics (HES) 2010-11
Séjours couverts : âge des patients	20 ans ou plus	20 ans ou plus
Séjours couverts : exclusion des séances	hors CMD 28	filtre sur "regular day/night attenders"
Séjours couverts : exclusion de l'obstétrique	hors CMD 14	filtre sur "maternity events"
Repérage des séjours évitables	code diagnostique "Weissman" présent en : - DP du séjour - DP du 1 ^{er} RUM (analyse de sensibilité)	code diagnostique "Weissman" présent en : - DP du séjour ("spell primary diagnosis") - DP du 1 ^{er} épisode (analyse de sensibilité)



> Indicateurs utilisés

- > Nombres de séjours : total et par groupes de pathologies
- > Durée moyenne de séjour et nombre de journées d'hospitalisation
- > Taux d'hospitalisation global : brut, standardisé (Europe IARC 1976)
- > Taux d'hospitalisation spécifiques par sexe et classes d'âge

Résultats

Poids global des hospitalisations évitables

9



	 PMSI 2010	 HES 2010-11
Total des hospitalisations*		
Nombre de séjours	12 843 934	11 155 593
Nombre de journées	54 452 988	36 967 723
Hospitalisations évitables		
Nombre de séjours (part du total des séjours)	571 239 (4,4 %)	436 450 (3,9 %)
Nombre de journées (part du total des journées)	4 649 988 (8,5 %)	3 316 844 (9,0 %)
DMS des hospitalisations complètes	8,8 jours	9,1 jours

* champ : adultes de 20 ans ou plus. En France : hors CMD 28 (séances) et CMD 14 (grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum). En Angleterre : "elective" et "emergency" admissions, hors "regular day/night attenders" et "maternity events".

Résultats

Poids par pathologies (nombres de séjours)

10

	 PMSI 2010	 HES 2010-11	Ecart France - Angleterre
Pneumopathie bactérienne	134 036 (23 %)	153 496 (35 %)	- 19 460
Insuffisance cardiaque congestive	201 013 (35 %)	65 289 (15 %)	+ 135 724
Asthme	14 277	35 201	- 20 924
Hypertension artérielle	36 196	41 505	- 5 309
Diabète compliqué	7 307	7 970	- 663
Infection de la peau ou des tissus mous	51 747	86 306 (20 %)	- 34 559
Pyélonéphrite	48 315	14 960	+ 33 355
Gangrène	45 955	12 261	+ 33 694
Appendicite compliquée	16 320	7 742	+ 8 578
Ulcère gastroduodéal compliqué	11 684	8 633	+ 3 051
Hypokaliémie	4 362	2 804	+ 1 558
Pathologie faisant l'objet de vaccinations	27	283	- 256
TOTAL	571 239	436 450	+ 134 789

Résultats

Taux global d'hospitalisations évitables

11

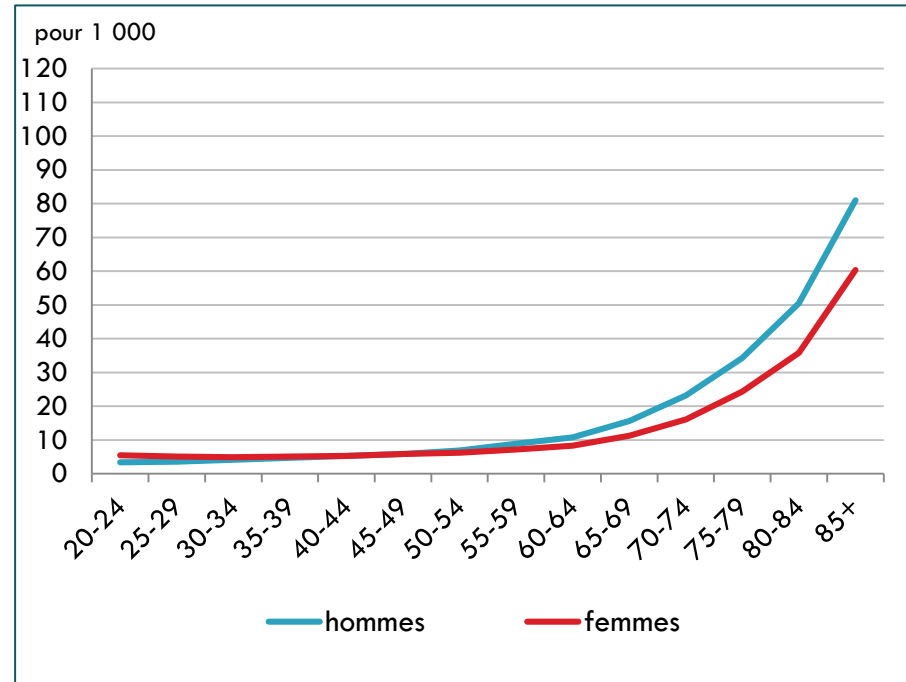
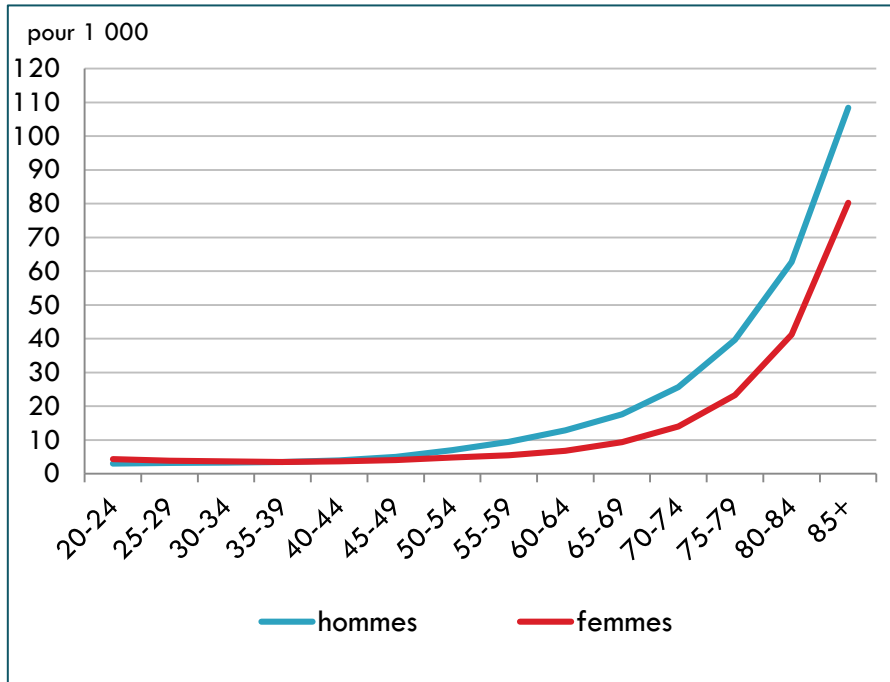
	 PMSI 2010	 HES 2010-11
Taux d'hospitalisations évitables		
Taux brut	11,7 pour 1 000 hab.	11,0 pour 1 000 hab.
Taux standardisé*	8,7 pour 1 000 hab.	8,9 pour 1 000 hab.

* standardisation selon le sexe et l'âge, population de référence : Europe IARC 1976

Résultats

Taux d'hospitalisations évitables par sexe et âge

12

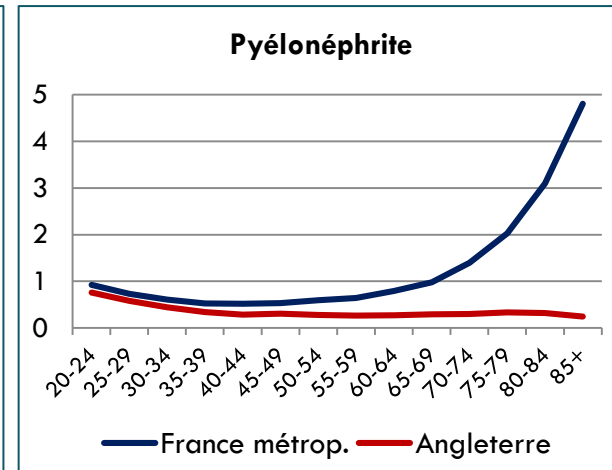
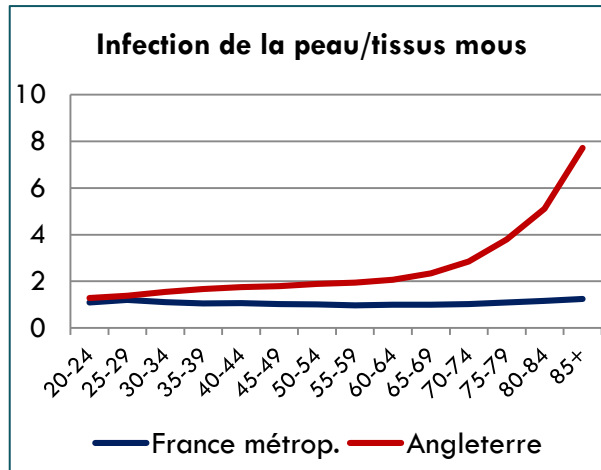
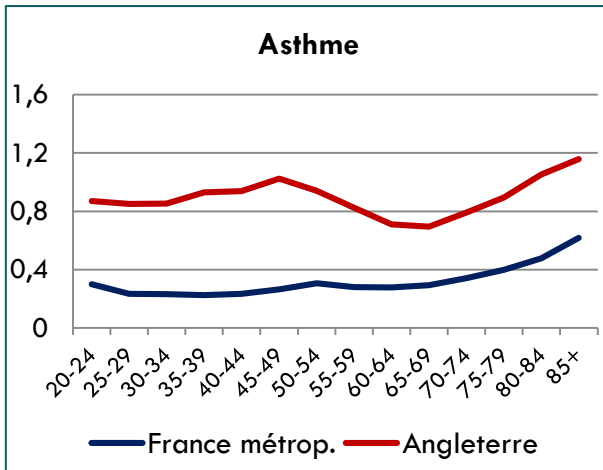
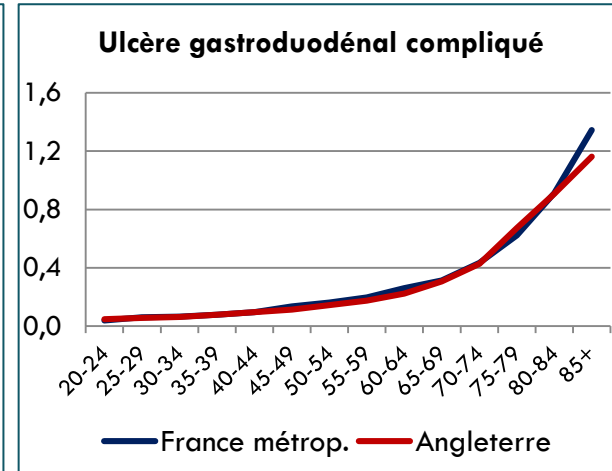
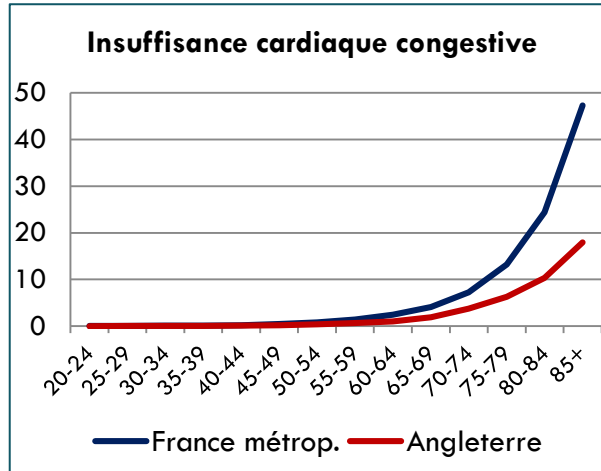
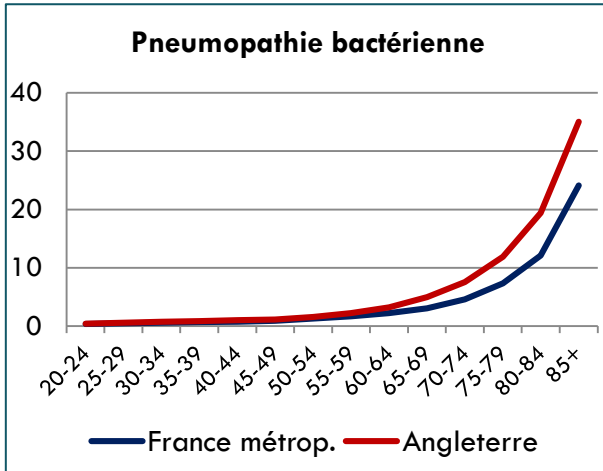


Résultats

Taux d'hospitalisations évitables selon les pathologies

13

taux pour 1 000



Discussion

Principaux résultats

14

- > Une comparaison possible, une interprétation prudente
 - > Architectures des systèmes d'informations proches
 - > Mais des règles et des pratiques de codage différentes
 - > Définition des séances, frontière avec les consultations externes
 - > Définition du DP en Angleterre : *"the main condition treated or investigated during the relevant episode of healthcare, and where there is no definitive diagnosis, the main symptom, abnormal findings or problem"*
- > Globalement, des taux d'hospitalisations évitables identiques
- > Selon les pathologies, des écarts importants entre les deux pays
 - > Le plus souvent en lien avec des profils d'évolution avec l'âge différents

Discussion

Hypothèses explicatives

15

- > **Comment expliquer les différences pour certaines pathologies ?**
 1. **La méthodologie**
 - > Systèmes d'informations et codages différents
 2. **L'épidémiologie**
 - > Fréquences différentes des facteurs de risque et des pathologies (ex : asthme)
 3. **Les facteurs socioculturels**
 - > Décision d'hospitaliser : rôle de l'entourage, contexte socioéconomique
 4. **La prise en charge ambulatoire / "disease management"**
 - > Notamment pour les pathologies chroniques (ex : insuffisance cardiaque)
- > Vraisemblablement une association de ces quatre facteurs, présents à des degrés divers selon les pathologies...

Discussion

Spécificités du système ambulatoire anglais

16

- > **Les *Primary Care Trusts* mis en place dans les années 1990**
 - > Organismes responsables au niveau local du financement et de l'organisation des soins primaires
 - > 152 PCT couvrant chacun en moyenne 50 cabinets de MG et 330 000 habitants
 - > Organisation de la permanence des soins : responsables de l'*after-hours care*
- > **Des réformes récentes et l'apparition de nouveaux métiers**
 - > ***Quality and Outcomes Framework*** : incitations financières pour un suivi des RBP (insuf. cardiaque, diabète, etc.), pour l'amélioration de l'organisation des cabinets
 - > ***Community matrons*** : coordination des professionnels autour de la prise en charge des pathologies chroniques, éducation thérapeutique des patients
 - > ***General practitioners with a special interest*** : expertise dans un domaine clinique spécifique, alternative au spécialiste en milieu hospitalier

Perspectives

Comment se saisir de cet indicateur en France ?

17

- > Des perspectives à deux niveaux
- 1. Cet indicateur ne bénéficie pas encore d'une réelle validation
 - > Plusieurs listes de pathologies coexistent
 - > Les travaux de validation sont avancés dans d'autres pays
 - > Réflexion nationale, collaboration avec des pays européens ?
- 2. Des marges de progression existent pour certaines pathologies
 - > Les taux d'hospitalisations évitables peuvent être très élevés (personnes âgées)
 - > Nécessité de travaux explicatifs, d'analyses des voies d'amélioration possibles
 - > Réflexions territoriales, associant les différents acteurs de terrain concernés

- > Merci au Pr John Wilkinson et à Barbara Coyle pour leur collaboration
- > Merci au Pr Victor Rodwin et au Dr Daniel Weisz pour leurs conseils

Merci de votre attention