

MOTS CLÉS

HPE
Dépense
Soin premier recours
Soin de proximité
Séjour
IDF
GHM
Coût

dossier

PERFORMANCE

Les hospitalisations potentiellement évitables Comment estimer les dépenses engendrées ?

L'organisation d'une « médecine de parcours », la mise en place du disease management et l'évolution de la chirurgie ambulatoire hors des structures hospitalières permettent de diminuer progressivement les urgences non pertinentes et d'éviter une partie des hospitalisations. Si les spécialistes s'accordent sur le fait que les hospitalisations reflètent aussi bien des problèmes de société que des problèmes liés à l'organisation du système de santé, l'analyse des données hospitalières sur les diagnostics des patients et leurs traitements peut servir à évaluer l'accès et la bonne organisation des soins de premier recours. Les auteurs se sont penchés sur une catégorie de séjours qui s'avèrent nécessaires au moment de l'admission à l'hôpital mais qui auraient pu être évités avec une prise en charge appropriée des soins de premier recours. Ils en estiment l'ampleur en Île-de-France et les dépenses engendrées.

En France comme ailleurs, les hôpitaux ont une double vocation d'accueil et de soins, même si les progrès médicaux ont amené à mettre en avant les techniques les plus sophistiquées. Pour certains auteurs, les seules fonctions légitimes des hôpitaux dans l'avenir seront celles liées à la médecine de pointe et l'institution telle que nous la connaissons aujourd'hui devrait disparaître⁽¹⁾. Dans cette perspective, la vocation d'accueil – ce que les Japonais appellent les « hospitalisations sociales » pour les pauvres et les personnes âgées – sera reprise par d'autres institutions. Par ailleurs, certains des services médicaux rendus par l'hôpital peuvent être effectués hors de ses murs, aussi bien et parfois dans de meilleures conditions. Aux États-Unis, on constate des tendances qu'on voit apparaître en France – l'organisation d'une « médecine de parcours », la mise en place du *disease mana-*

gement et l'évolution de la chirurgie ambulatoire hors des structures hospitalières. Ces interventions permettent de diminuer progressivement les urgences non pertinentes et d'éviter une partie des hospitalisations.

Les hospitalisations potentiellement évitables (HPE)

Les HPE sont des séjours hospitaliers qui auraient pu être évités par une prise en charge appropriée des soins primaires de proximité. Dans la littérature anglo-saxonne, on se réfère aux « hospitalisations sensibles au recours des soins de premier recours » (*ambulatory-care sensitive conditions*). Autrement dit, des soins primaires opportuns (en temps, en qualité et en quantité) permettraient d'éviter la survenue de certaines pathologies ou d'en contrôler l'évolution. Les principales pathologies correspondent soit à des épisodes aigus (pneumonie bactérienne par exemple), soit à la décompensation ou à l'exacerbation de maladies chroniques (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, asthme ou diabète).

Le concept d'HPE a été mis au point par de nombreux chercheurs qui soulignent que des taux élevés d'HPE sont associés à une défaillance du recours aux soins pri-

Victor G. ROWIN
Professor of Health
Policy and Management
Wagner School
New York University

Alain SOMMER
Professeur associé
Chaire d'économie
et de gestion des
services de santé
Conservatoire national
des arts et métiers, Paris

Daniel WEISZ
Associate Research
Scientist, International
Longevity Center-USA,
Columbia University

maires⁽²⁾. Une revue de la littérature soutient cette thèse sur la base d'une majorité d'articles publiés dans les revues des examens scientifiques par des pairs (*peer reviews*)⁽³⁾. Aux États-Unis, l'Institut de médecine (IOM), l'Agence pour recherche et la qualité en soins de santé (AHRQ) et la Commonwealth Fund (qui promeut la performance dans le secteur de la santé) soutiennent l'idée que les HPE constituent un indicateur important pour évaluer l'accès aux soins primaires⁽⁴⁾. C'est justement par rapport aux HPE qu'ils s'intéressent au développement des *prevention quality indicators* qui permettent d'évaluer la performance des soins primaires de proximité à partir des données médico-administratives des hôpitaux (en France, ce serait par exemple le programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI]), pour une sélection d'affections habituellement suivies dans le secteur ambulatoire⁽⁵⁾. Il existe aussi des études de validation sur cet indicateur en Australie⁽⁶⁾, au Brésil⁽⁷⁾, en Angleterre et en Espagne⁽⁸⁾, au Canada⁽⁹⁾, en Italie⁽¹⁰⁾, à Hong Kong⁽¹¹⁾ et en Nouvelle-Zélande⁽¹²⁾.

Il est bien évident qu'il faut soigneusement veiller à l'usage du concept d'HPE. Il existe des pathologies pour lesquelles le recours aux soins primaires évite presque tous les séjours hospitaliers, par

exemple celles où il existe des vaccins efficaces. Cependant, pour la majorité des HPE, il faut souligner que le concept n'est qu'une indication statistique fondée sur un raisonnement probabiliste à partir de données médico-administratives. L'analyse de ces données ne peut pas, bien entendu, permettre une évaluation clinique de la pertinence des soins délivrés aux malades. En outre, il faut reconnaître les limites du concept d'HPE en tant qu'indicateur d'accès aux soins de premier recours car l'accès aux soins ne représente qu'un des facteurs contribuant à éviter ces séjours hospitaliers. Des disparités territoriales de taux d'HPE peuvent également refléter les différences liées à l'organisation et à la qualité des soins, à l'ampleur de la précarité, de la morbidité, de la gravité des pathologies et bien sûr du recours tardif aux soins entre zones géographiques⁽¹³⁾. Pour les maladies complexes telles que l'insuffisance cardiaque congestive, les complications de l'asthme et du diabète, d'autres facteurs influencent la survenance d'un séjour hospitalier. La possibilité de polymorbidité chez les personnes âgées complique aussi la situation du malade et sa bonne prise en charge. Certaines études concluent que c'est surtout la prévalence des maladies qui explique les taux plus élevés d'HPE chez les personnes âgées⁽¹⁴⁾.

Un consensus s'est néanmoins établi : les patients sans couverture d'assurance maladie qui rencontrent plus d'obstacles à obtenir des soins primaires sont ceux dont les taux d'HPE sont les plus élevés. En outre, des études ont montré l'effet indépendant qu'exerce une meilleure prise en charge des soins primaires sur la baisse des taux d'HPE. Enfin, après diverses tentatives d'ajustement pour la précarité et la morbidité, bien qu'il soit généralement admis que les HPE peuvent refléter la morbidité et les recours tardifs aux soins, la plupart des études soutiennent la conclusion que les HPE constituent un bon indicateur de la performance du parcours de soins selon plusieurs critères : accès, qualité et coordination des soins primaires⁽¹⁵⁾.

NOTES

(1) J. Goldsmith, "Can Hospitals Survive?", Homewood Ill: Dow Jones Irwin, 1981.

(2) M.L. Parchman, "Preventable hospitalizations in primary care shortage areas. An analysis of vulnerable medicare beneficiaries", *Archives of Family Medicine* (8) 1999
B. Starfield et al., "Contribution of primary care to health systems and health", *Milbank Quarterly*, 83(3), 2005.

(3) A. Rosano et al., "The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review", *European J. of Public Health* (23)3, 2013.

(4) M. Millman, *Access to health care in America*, Institute of Medicine, Washington DC, National Academy Press, 1993, AHRQ - www.qualityindicators.ahrq.gov

D. Radley et al., *Rising to the Challenge: Results from a Scorecard on Local Health System Performance*, New York, Commonwealth Fund, 2012. www.commonwealthfund.org

(5) AHCPR - www.qualityindicators.ahrq.gov

(6) Z. Ansari et al., "The Victorian ambulatory care sensitive conditions study: rural and urban perspectives", *Soz Praventivmed*, 48(1), 2003.

(7) J. Macinko et al., "The influence of primary care and hospital supply on ambulatory-care sensitive hospitalizations among adults in Brazil", 1999-2007, *AJPH*, 101(10), 2011.

(8) C. Sanderson, J. Dixon, "Conditions for which onset or hospital admission is potentially preventable by timely and effective ambulatory care", *Journal of Health Services Research Policy* (5)4, 2000.

S. Saxena et al., "Association of population and practice factors with potentially avoidable admission rates for chronic diseases in London: cross-sectional analysis", *J. R. Soc. Med*, 99, 2006.

Y. Tian et al., "Emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions", London: The King's Fund, data brief, 2012.

P. Magan et al., "Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions and quality of primary care: their relation with socio-economic and health care variables in the Madrid regional health service (Spain)", *Medical Care*, 49 (1), 2011.

TABLEAU 1 Pourcentage d'HPE cardiologiques et pulmonaires

	Public 2007		Privé 2007		Public 2008		Privé 2008	
	Volume	Dépense	Volume	Dépense	Volume	Dépense	Volume	Dépense
Toutes les HPE	57 506	199 070 594	16 441	23 154 008	59 797	205 302 444	17 365	24 728 026
HPE cardio et pulmo (valeur)	35 616	142 116 508	11 405	18 283 838	37 026	145 585 107	12 000	19 510 842
HPE cardio et pulmo (%)	61,9	71,4	69,4	79,0	61,9	70,9	69,1	78,9

TABLEAU 2 Douze catégories d'hospitalisations évitables

Motif d'hospitalisation	Code CIM 10
Insuffisance cardiaque	I50
Asthme	J45
Diabète (DID ou DNID) avec acidocétose ou coma	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E13.0, E13.1, E14.0
Hypertension maligne	I10, I11, I13, I15, I67.4
Pneumopathie infectieuse	J13, J14, J15, J16.8, J18.0
Ulcère digestif, aigu ou chronique, perforé et/ou hémorragique	K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6
Appendicite aiguë avec péritonite généralisée ou abcès péritonéal	K35.0, K35.1
Pyélonéphrite	N10, N11, N12, N13.6, N15.8, N15.9, N17.2
Hypokaliémie	E87.6
Abscès, furoncle, anthrax, phlegmon	J34.0, K12.2, L02, L03
Gangrène	I70.2, I73.0, R02
Tétanos, diphtérie, coqueluche, poliomyélite aiguë, rougeole, oreillons	A35, A36, A37, A80, B05, B26

Source : J.S. Weissman et al., "Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland", *JAMA* (268), 1992.

Méthodes et données

Définition des catégories d'HPE

Si une revue de la littérature récente identifie 36 catégories d'HPE ⁽¹⁸⁾, nous en avons choisi une définition restreinte pour deux raisons :

» les données sont extraites d'une étude ayant comme objectif d'identifier les facteurs susceptibles d'expliquer les taux d'HPE par les codes postaux des bases de données du PMSI dans trois régions de France métropolitaine ⁽¹⁹⁾ ;

» plus de 70% des HPE concernent les pneumonies bactériennes et l'insuffisance cardiaque (tableau 1). Par conséquent, il semble raisonnable de choisir les douze catégories validées par Weissman et al. (tableau 2) ⁽²⁰⁾ et reprises par Kozak ⁽²¹⁾, Papas ⁽²²⁾ et Gusmano, Rodwin et Weisz ⁽²³⁾. Cette décision n'est pas anodine car elle soutient notre conclusion selon laquelle nous sous-estimons l'ampleur et les dépenses engendrées par les HPE.

Extraction des données d'hospitalisation

Les données hospitalières sont issues du PMSI MCO 2007-2008 pour les séjours des patients ayant un code de résidence dans l'un des départements d'Île-de-France (IDF) : Paris (75), Hauts-de-Seine (92), Seine-Saint-Denis (93), Val-de-Marne (94) et Val-d'Oise (95). Ces données sont « domiciliées » – chaque séjour est localisé non en fonction de l'établissement d'hospitalisation mais par la zone géographique de domicile

du malade (dont l'anonymat est toujours assuré) – et enregistrées sous forme de fichiers dont les noms sont structurés de la manière suivante, les xx indiquant les années 2007-2008 :

» Base_rsa_fixe_xx.sav pour la partie fixe des RSA

» Base_actes_xx.sav pour les actes

» Base_da_xx.sav pour les diagnostics associés

Conformément à nos travaux précédents sur les HPE en France et aux États-Unis, nous avons décidé d'étudier les séjours hospitaliers de personnes ayant 20 ans et plus, hospitalisées plus de 24 heures (ayant passé au moins une nuit à l'hôpital). Nous avons éliminé tous les séjours des patients âgés de moins de 20 ans ou hospitalisés moins de 24 heures et sortis vivants de l'hôpital. Tous les malades âgés de 20 ans et plus admis à l'hôpital pour moins de 24 heures mais décédés à l'hôpital sont donc compris dans la base de données. Pour les années 2007-2008, ce fichier comporte respectivement 1 298 930 et 1 385 998 séjours en MCO ;

NOTES

(9) A. Brown et al., "Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics", *Canadian Journal of Public Health*, 92 (2), 2001.

J. Billings et al., "Recent findings on preventable hospitalizations", *Health Affairs*, 15(3), 1996.

(10) P. Rizza et al., "Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy", *BMC Health Services Research*, (7):134, 2007.

(11) P. Chau et al., *Access to primary care in Hong Kong, Greater London and New York City*, Health Economics Policy and Law, 2013.

(12) R. Barnett, L. Malcolm, "Practice and ethnic variations in avoidable hospital admission rates in Christchurch", *New Zealand, Health Place* 16, 2010.

(13) J. Billings et al., "Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City", *Health Affairs*, 12 (1), 1993.

A. Bindman et al., "Preventable hospitalizations and access to health care", *JAMA*, 274(4), 1995.

TABLEAU 3
Principales HPE en 2008

	Nom	Coût total	%	Cumulé %	Nbre	%	Cumulé %		
Secteur public	05M09W	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA	49 059 745	23,90	23,90	12839	21,47	21,47	
	04M05W	Pneumonies et pleurésies banales / > 17 ans avec CMA	41 731 399	20,33	44,22	9384	15,69	37,16	
	04M05V	Pneumonies et pleurésies banales / > 17 ans sans CMA	10 627 147	5,18	49,40	3548	5,93	43,10	
	05M09V	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire sans CMA	6 471 467	3,15	52,55	2389	4,00	47,09	
	11M04W	Infections reins et voies urinaires / 18-69 ans avec CMA ou > 69 ans	6 244 734	3,04	55,59	1942	3,25	50,34	
	05M15Z	Hypertension artérielle	5 886 347	2,87	58,46	2289	3,83	54,17	
	11M01S	Affections reins et voies urinaires avec CMAS	5 452 228	2,66	61,12	974	1,63	55,80	
	05K09Z	Actes diagno. par voie vasculaire + pathologie cardio-vasculaire sévère hors infarctus aigu myocarde	5 032 516	2,45	63,57	1343	2,25	58,04	
	05C10W	Chirurgie majeure de revascularisation avec CMA	3 599 846	1,75	65,32	335	0,56	58,60	
	06C08V	Appendicectomies compliquées / < 70 ans sans CMA	3 447 521	1,68	67,00	1024	1,71	60,32	
	09C10W	Autres interventions sur peau, tissus sous-cutanés ou seins avec CMA	3 082 311	1,50	68,50	436	0,73	61,04	
	11M04V	Infections reins et voies urinaires / 18-69 ans sans CMA	2 852 165	1,39	69,89	1714	2,87	63,91	
	04M07W	Infections et inflammations respiratoires / > 17 ans avec CMA	2 652 539	1,29	71,18	428	0,72	64,63	
	06M04W	Hémorragies digestives / > 69 ans et/ou CMA	2 644 466	1,29	72,47	720	1,20	65,83	
	09C10V	Autres interventions sur peau, tissus sous-cutanés ou seins sans CMA	2 493 363	1,21	73,69	969	1,62	67,45	
	09M05W	Lésions, infections et inflammations peau et tissus sous-cutanés / 18-69 ans avec CMA ou > 69 ans	2 355 819	1,15	74,83	587	0,98	68,43	
	05C12W	Amputations du membre inférieur, sauf orteils, pour troubles circulatoires, avec CMA	2 287 287	1,11	75,95	190	0,32	68,75	
	04M03W	Bronchites et asthme / 18-69 ans avec CMA ou > 69 ans	1 898 663	0,92	76,87	557	0,93	69,68	
	09M05V	Lésions, infections et inflammations peau et tissus sous-cutanés / 18-69 ans sans CMA	1 824 349	0,89	77,76	854	1,43	71,11	
	05M12W	Troubles vasculaires périphériques / > 69 ans et/ou CMA	1 789 501	0,87	78,63	430	0,72	71,83	
	06C08W	Appendicectomies compliquées / > 69 ans et/ou CMA	1 763 772	0,86	79,49	324	0,54	72,37	
	25M02C	Maladies dues au VIH, avec plusieurs complications infectieuses	1 742 516	0,85	80,34	231	0,39	72,76	
		Total	164 939 699		80,34	43507		72,76	
	Secteur privé	05M09W	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA	5 188 748	24,5	24,53	3960	28,27	28,27
		05K06V	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde sans CMA	2 409 428	11,39	35,92	1170	8,35	36,62
04M05W		Pneumonies et pleurésies banales / > 17 ans avec CMA	2 136 165	10,10	46,02	1487	10,62	47,24	
05C10W		Chirurgie majeure de revascularisation avec CMA	1 644 123	7,77	53,80	393	2,81	50,05	
06C08V		Appendicectomies compliquées / < 70 ans sans CMA	1 063 709	5,03	58,83	913	6,52	56,56	
05C10V		Chirurgie majeure de revascularisation sans CMA	1 031 241	4,88	63,70	315	2,25	58,81	
05K06W		Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde avec CMA	868 606	4,11	67,81	351	2,51	61,32	
05K09Z		Actes diagnostiques par voie vasculaire + pathologie cardio-vasculaire sévère hors infarctus aigu myocarde	705 322	3,33	71,14	531	3,79	65,11	
04M05V		Pneumonies et pleurésies banales / > 17 ans sans CMA	589 619	2,79	73,93	563	4,02	69,13	
05M15Z		Hypertension artérielle	576 857	2,73	76,66	609	4,35	73,48	
05M09V		Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire sans CMA	476 732	2,25	78,91	491	3,51	76,98	
05C12W		Amputations du membre inférieur, sauf orteils, pour troubles circulatoires, avec CMA	391 681	1,85	80,77	102	0,73	77,71	
05M12V		Troubles vasculaires périphériques / < 70 ans sans CMA	381 435	1,80	82,57	453	3,23	80,95	
	Total	17 463 665		82,57	11 338		80,95		

TABLEAU 4
Répartition des GHM en type
d'hospitalisation (2007-2008)

	Catégorie	Coût total	% Coût total	Nombre	% Nombre
Secteur privé 2007	M	10981 750	47,4%	9656	58,7%
	C	7384 911	31,9%	4074	24,8%
	K	4671 508	20,2%	2551	15,5%
	Z	72 089	0,3%	130	0,8%
	H	43 750	0,2%	30	0,2%
	Total	23 154 008	100%	16 441	100%
Secteur privé 2008	M	11 718 581	47,4%	10 255	59,1%
	C	7 724 360	31,2%	4 111	23,7%
	K	5 153 446	20,8%	2 797	16,1%
	Z	100 262	0,4%	181	1,0%
	H	31 377	0,1%	21	0,1%
	Total	24 728 026	100%	17 365	100%
Secteur public 2007	M	156 136 424	78,4%	45 959	79,9%
	C	30 579 404	15,4%	6 111	10,6%
	K	10 223 386	5,1%	3 308	5,8%
	Z	1 998 200	1,0%	2 104	3,7%
	H	133 180	0,1%	24	0,0%
	Total	199 070 594	100%	57 506	100%
Secteur public 2008	M	157 823 042	76,9%	47 406	79,3%
	C	35 141 351	17,1%	6 556	11,0%
	K	10 126 448	4,9%	3 490	5,8%
	Z	2 041 826	1,0%	2 311	3,9%
	H	169 777	0,1%	34	0,1%
	Total	205 302 444	100,0%	59 797	100,0%

57 477 et 59 727 HPE pour l'IDF. Ainsi, les HPE représentent environ 5,7 % de tous les séjours hospitaliers étudiés.

Par ailleurs, pour chaque séjour, nous n'avons retenu que les 30 premiers « Diagnostics associés » et les 30 premiers actes mentionnés dans le fichier. Les variables « Diagnostic principal, diagnostics associés (1 à 30) et actes » étaient initialement enregistrées comme chaînes de caractères. Puisque nous sommes obligés d'agréger de multiples codes CIM 10 correspondant à un diagnostic principal, nous avons transformé ces chaînes de caractères en variables numériques au moyen de la procédure « autocode » du logiciel SPSS.

Extraction des données tarifaires

Pour chaque séjour hospitalier correspondant aux HPE, nous avons identifié le libellé GHS et la catégorie d'hospitalisation (public, ex-DG ou privé, ex-OQN)⁽²⁴⁾. Nous avons utilisé les tarifs correspondant à chaque GHS (public, ex-DG ou privé, ex-OQN) pour 2007 et 2008 par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation⁽²⁵⁾ (Atih). En utilisant les tarifs correspondant à tous les séjours HPE, nos calculs des dépenses liées à ces hospitalisations sont présentés pour 2008 au tableau 3, puis résumés par secteur et par catégorie d'hospitalisation (M, C, K, Z, H) (tableau 4).

Remarques et précautions

Ces résultats représentent certainement une sous-estimation car les tarifs du secteur privé excluent les honoraires médicaux. Ils ne correspondent qu'à la partie des coûts liés à la prise en charge par la structure hospitalière (frais de salle d'opération, d'environnement hospitalier, des personnels paramédicaux non rémunérés à l'acte). Il serait utile de revoir ces estimations en prenant notamment en compte les travaux de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et du Sénat sur la problématique de comparaison des coûts des deux secteurs⁽²⁶⁾. Est-ce que les durées de séjours sont influencées par les diagnostics principaux que nous avons étudiés au point de modifier significativement les tarifs des hospitalisations ? Nous n'avons pas les données pour répondre à cette question.

Quelques conclusions immédiates sur les types de pathologies et les dépenses qu'elles engendrent peuvent être tirées de l'observation des résultats. Elles nous amèneront à quelques réflexions sur l'utilisation pratique du concept d'HPE. Nous pouvons raisonnablement supposer, ainsi que nous l'avons constaté sur deux ans, que les diagnostics principaux, les comorbidités, les actes et les GHM sont stables sur une courte période. Ce point reste néanmoins à vérifier. L'hétérogénéité des actes pour un même GHM est telle que le libellé du GHM ne donne parfois aucune indication sur les actes ou les examens pratiqués. Les GHM M, C et K représentent respectivement 58,7 %, 24,8 % et 15,5 % des hospitalisations du secteur privé en 2008. Pour la même année, les GHM M, C et K représentent respectivement 79,9 %, 10,8 % et 5,8 % des hospitalisations du secteur public (tableau 4).

Le repérage des HPE par le CIM peut poser parfois problème. Il est donc nécessaire de réaliser un premier filtre. Dire qu'une hospitalisation aurait pu être évitée sans connaître le détail

NOTES

- (14) J. Blustein et al., "Preventable hospitalizations and socioeconomic status", *Health Affairs*, 17 (2), 1998.
- (15) Z. Ansari et al. "Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions", *Medical Research and Review*, 63, 2006.
- J. Kozak et al., "Trends in avoidable hospitalizations, 1980-1998", *Health Affairs*, 20(2), 2001.
- Weissman et al., "Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland", *JAMA* 268, 1992.
- Primary care, HMO enrollment and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions: A new approach, *Medical Care* 2001, (40)12 :1260-9.
- (16) J. Bassu et al. "Primary care, HMO enrollment and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions: a new approach", *Medical Care* (40)12, 2001.
- M. Hossain, J. Laditka, "Using hospitalization for ambulatory care sensitive conditions to measure access to primary care: an application of spatial structural equation modeling", *International J. of Health Geographics* (8) 51, 2009.
- (17) Z. Ansari, "The concept and usefulness of ambulatory care sensitive conditions as indicators of quality and access to primary health care", *Australian Journal of Primary Health* 2007 (13)3, 2007.
- (18) S. Purdy et al., *Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians*, Public Health, 2009.
- (19) M.K. Gusmano et al., *Disparities in access to health care in three French regions*, Health Policy, 2013.
- (20) Les codes CIM-9 des diagnostics qui composent les catégories de HPE sont identiques à ceux utilisés par Weissman et al. Daniel Weisz a transcodé les codes CIM-9 utilisés par Weissman en codes CIM-10.
- (21) L.J. Kozak et al., "Trends in avoidable hospitalizations, 1980-1998", *Health Affairs* 2001; 20 (2).
- (22) G. Papas et al., "Potentially Avoidable Hospitalizations: Inequalities in Rates between US Socioeconomic Groups", *Am J Public Health*, 87(5), 1997.
- (23) M.K. Gusmano, V.G. Rodwin, D. Weisz, "A new way to compare health systems: avoidable hospital conditions in Manhattan and Paris", *Health Affairs*, 25(2), 2006.
- M.K. Gusmano, V.G. Rodwin, D. Weisz, D. Das, "A new approach to the comparative analysis of health systems: Invasive treatment for heart disease in the US, France and their two world cities", *Health Economics, Policy and Law* 2, 2007.

des actes exploratoires ou chirurgicaux pratiqués pendant l'hospitalisation peut mener à des conclusions hasardeuses. Nous restons donc prudents sur la capacité à éviter tous les GHM du type C, sauf à vérifier les dossiers cas par cas. Cette remarque ne s'applique pas à certaines interventions, telles les péritonites par exemple.

Nous constatons que les GHM M représentent l'immense majorité des HPE. Elles ne comportent pas d'actes chirurgicaux ou d'actes exploratoires classants. La vraie question reste celle de la capacité à éviter réellement de telles hospitalisations avec une bonne organisation de soins primaires et une bonne prise en charge du patient. L'application des critères de Weissman permet de dire que nous sommes en face d'un potentiel significatif.

Nous l'avons dit, les HPE sont toutes nécessaires, mais la plupart auraient pu ne pas avoir lieu si des mesures adéquates avaient été prises au moment opportun. Quel aurait été ce moment opportun ? Il dépend des pathologies. Quelques mois, parfois quelques décennies pour certaines pathologies dites « chroniques », des semaines pour les pathologies infectieuses, des mois pour certaines complications de l'asthme ou du diabète.

Conclusion

Le gain obtenu par la réduction des dépenses liées aux HPE sera-t-il un gain net ? Non, car la prise en charge par une structure de soins primaires nécessitera aussi des dépenses. Néanmoins, notre étude des chiffres de la région Île-de-France mène à trois conclusions :

» le potentiel d'HPE détecté est significatif ;

» même si l'on supprime les cas aberrants, ce potentiel reste intéressant ;

» les maladies cardio-vasculaires et pulmonaires jouent le rôle principal dans ces HPE.

Le gain pour l'Assurance Maladie ne sera pas un gain net mais sera sans doute largement diminué par les coûts des traitements préventifs et d'une meilleure organisation des soins primaires.

Les hospitalisations évitées demain demandent que l'on dépense plus en soins primaires aujourd'hui. Ce qui en soi est encourageant, car la diminution des coûts et charges des établissements de soins se réalise sur une période pluriannuelle pour ne pas détériorer la santé publique. Le véritable intérêt de ce concept est sans doute de donner un cadre de pensée à la politique de santé publique avec des ordres de grandeur pour orienter la recherche de priorités. ●

NOTES

(24) Rappelons que les libellés des GHM et GHS sont le plus souvent identiques. N'oublions pas toutefois qu'il n'existe pas de bijection entre GHM et GHS : quelques GHM donnant lieu à plusieurs GHS et, exceptionnellement, un GHS correspondant à plusieurs GHM.

(25) <http://www.atih.sante.fr>

(26) Mission d'appui sur la convergence tarifaire public/privé, P. Aballea, P.-L. Bras, S. Seydoux, Igas, rapport n° 2006-009, janvier 2009.

A. Vasselle, B. Cazeau, rapport d'information du Sénat, Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, Commission des affaires sociales sur la gestion de l'hôpital, 18 juin 2008.