

Réduire les hospitalisations évitables :

Une politique pour rentabiliser les dépenses de soins de santé

Introduction

L'échec dans le domaine de la prévention et dans l'accès adapté et satisfaisant aux soins de santé primaires se traduit par des maladies évitables, par une perte de productivité et également par de nombreuses hospitalisations coûteuses qui pourraient être évitées. Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes présentant des pathologies chroniques, font de cet échec un problème important au sein de l'Union européenne¹.

Une manière de rendre compte de l'ampleur de ce problème est de calculer les taux des « conditions d'hospitalisations évitables » (AHCs – Avoidable Hospital Conditions). Ces AHCs concernent toutes les pathologies qui pourraient être effectivement traitées et gérées par la médecine de ville et qui, dans la plupart des cas, ne devraient pas relever de l'hôpital. Ce sont toutes les hospitalisations pour pneumonie, insuffisance cardiaque, diabète et asthme. La mesure de ces AHCs n'est seulement qu'un aspect de l'efficacité du système de santé. Mais en réfléchissant à la manière dont les systèmes de santé peuvent assurer un accès aux soins en combinant assurance ou mutuelle de santé, disponibilité des médecins généralistes et caisses d'assurance maladie, les AHCs sont reconnues dans la littérature – en Grande Bretagne, au Canada, en France, en Espagne et aux Etats-Unis d'Amérique – comme un indicateur pertinent d'accès aux soins de santé primaires.²

Dans ce document, nous étudions les taux d'AHCs en France et en Angleterre pour évaluer l'accès aux soins de santé primaires et identifier à quel degré ces pays sont capables de réduire les coûts hospitaliers en investissant dans le *disease management* (*prise en charge optimale des pathologies*) et dans la médecine de ville. Dans ces pays, environ 1 million d'hospitalisations pourraient être évitées tous les ans s'il y avait un meilleur accès aux soins de santé primaires et à une *prise en charge des malades* convenable et efficace. De plus, nous suggérons d'utiliser les données administratives disponibles de l'hôpital public pour aider à ajuster les efforts récents d'introduction des services de *disease management*, d'amélioration des soins de santé primaires et de surveillance de ces efforts sur une durée suffisante.

Réduire les hospitalisations évitables : une politique pour rentabiliser les dépenses de soins de santé

par Michael K. Gusmano, Daniel Weisz, Talley Andrews et Victor G. Rodwin

Hospitalisations évitables et accès à des soins de santé primaires appropriés et accessibles rapidement

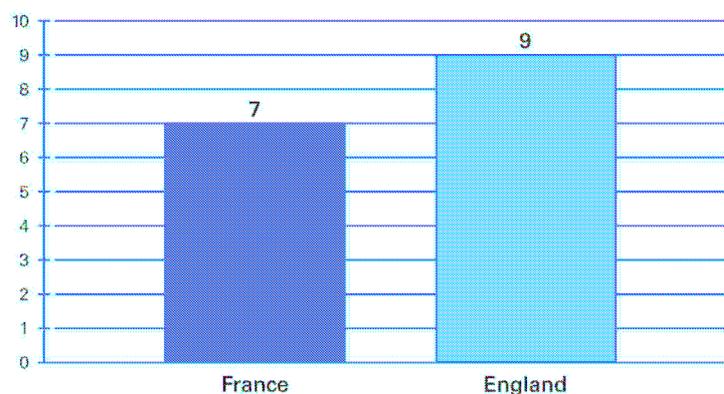
Chez les adultes, les AHCs incluent les hospitalisations pour pneumonie, insuffisance cardiaque, diabète, asthme. Bien que la pneumonie soit une affection aiguë, la plupart de ces diagnostics sont des affections chroniques. Certaines affections incluses dans la définition des AHCs, comme la polio, sont entièrement évitables par la vaccination. D'autres, comme la pneumonie, peuvent être évitées si la maladie est traitée précocement et correctement. Aucun système de santé ne peut éliminer complètement toute hospitalisation pour un grand nombre d'affections. Cependant, une prise en charge efficace de ces affections devrait aboutir à des réductions significatives du nombre de complications aiguës conduisant à une hospitalisation.

Hospitalisations évitables en France et en Angleterre

Pour calculer les taux de sorties d'hôpital pour AHCs, nous avons pris la définition validée lors de précédentes études.³ Cela inclut les hospitalisations pour pneumonie, insuffisance cardiaque, asthme, infections locales bactériennes (cellulites), saignement ou perforation d', ulcère, pyélonéphrite, diabète avec acidocétose ou coma, appendicites, hypertension, hypokaliémie, affections immunisantes et gangrène.⁴

Nous avons trouvé que, pour les adultes (20 ans et plus), les taux d'admission à l'hôpital, pour AHCs, ajustés sur l'âge étaient d'environ 20% inférieurs en France qu'en Angleterre en 2004 (Figure 1). Cette différence est d'autant plus frappante que l'Angleterre a moins de lits d'hospitalisation et un taux d'hospitalisation global plus bas qu'en France. De fait, on retrouve cette même différence dans notre analyse comparative de Paris et Manhattan où nous avons trouvé que ni le nombre de lits d'hôpitaux, ni le nombre de praticiens n'ont une incidence sur les probabilités d'être hospitalisé avec une AHC.⁵

AHC rates per 1,000 persons



Age-Standardised, United Nations Standard Population

Sources: French Ministry of Health's Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) 2004; UK Department of Health's Hospital Episode Statistics (HES) 2004-5.

Figure 1

Millions de journées d'hospitalisations potentiellement évitables

Le nombre total d'hospitalisations évitables en France et en Angleterre est très important et les économies potentielles associées à leur réduction sont considérables. En France, il y a plus de 400 000 hospitalisations pour AHCs chez les adultes en 2004, avec une durée moyenne de séjour de 5,5 jours. Cela représente environ un total de 2 millions de journées. En Angleterre, il y a plus de 600 000 hospitalisations pour AHCs chez les adultes avec une durée moyenne de séjour de 6,3 jours. Cela représente environ 4 millions de journées. Cela représente donc des milliards d'Euros de dépenses d'hospitalisations potentiellement évitables.

Efforts pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques en France et en Angleterre

Avec le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques qui expliquent la part excessive des dépenses de santé, les décideurs politiques des systèmes de santé européens ont tenté d'améliorer la coordination des services de santé pour les patients atteints d'affections chroniques. L'intérêt dans le maintien des soins de santé primaire et du *disease management* a crû en Europe depuis la fin des années 90.⁶ En 2004, la France a mis en place une réforme des soins de santé sous la direction du ministre de la santé de l'époque, Philippe Douste-Blazy.⁷ La plus importante caractéristique de cette nouvelle loi est la promotion de «la maîtrise médicalisée des dépenses de santé», qui encourage le développement et l'application de techniques de *managed care*, y compris les dossiers médicaux informatisés, les recommandations de bonnes pratiques et les incitations à encourager les médecins généralistes à coordonner les services de santé pour leurs patients. Actuellement, plus de 75% des Français ont choisi un *médecin traitant*. De plus, un des architectes clef de ce plan de réforme du système de santé, Frédéric Van Roeckeghem promeut maintenant les techniques de *disease management* dans ses nouvelles responsabilités de Directeur général de l'Union des Caisses Nationales d'Assurance Maladie (UNCAM).

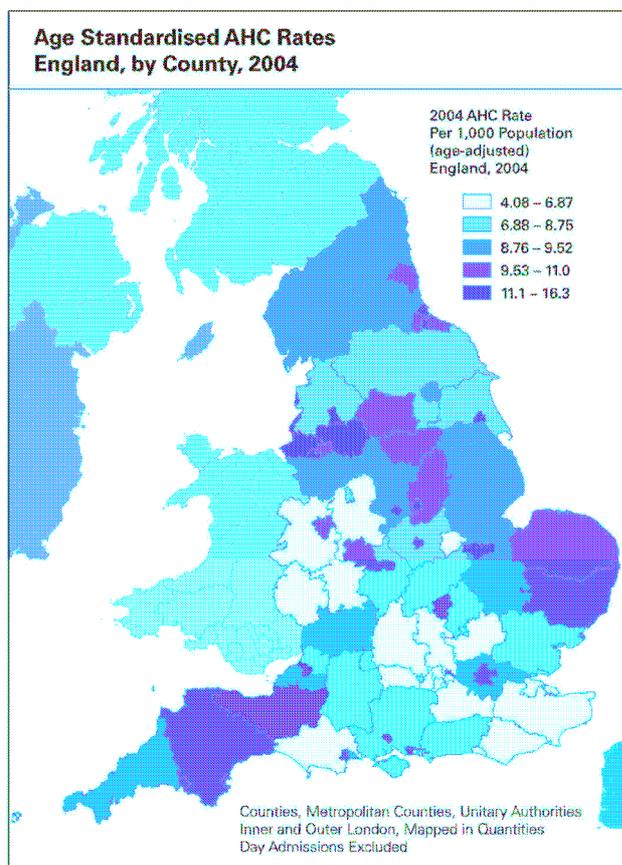
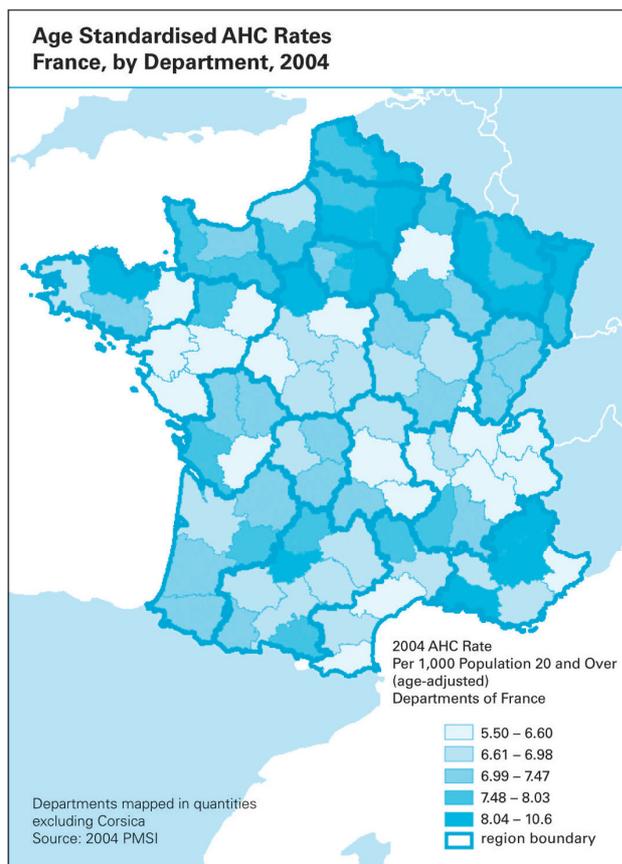
Au Royaume-Uni, les « national service frameworks » du ministère de la santé ont promu des stratégies pour réduire les hospitalisations de diverses affections, en 2000 pour les maladies coronaires et en 2001, pour le diabète. Ces programmes font partie de l'effort mené pour lutter contre les disparités en matière de santé et pour améliorer la performance des médecins généralistes. Ils fixent les standards nationaux, définissent les modalités à suivre, développent les stratégies afin d'assurer la mise en œuvre et établir la rentabilité des mesures sur lesquelles le progrès est mesuré.⁸ Comme dans le cas de la France, l'impact de ces réformes n'est pas encore clair et requiert une surveillance attentive.

De tels développements politiques sont prometteurs car la plupart des analystes admettent que le *disease management* et les recommandations pour la surveillance des maladies chroniques (*chronic-care models*), s'ils sont correctement conçus, peuvent améliorer les soins de santé primaires et réduire les hospitalisations chez les personnes atteintes d'affections chroniques.⁹ Pour que cette politique réussisse, le secteur hospitalier doit réduire le nombre d'admissions et la durée de séjour des patients, les autres professionnels de santé du secteur libérale doivent être incités à mettre en œuvre cette prise en charge et une bonne coordination entre les différents acteurs du système de santé doit exister afin de répondre aux besoins des personnes atteintes d'affections chroniques.¹⁰ Les bénéfices associés à de tels programmes sont d'autant plus importants qu'ils sont ciblés vers les individus à plus haut risque d'hospitalisation. L'examen des taux de séjour à l'hôpital pour AHCs pourrait être utilisé pour améliorer les programmes existants en ciblant les efforts de *disease management* dans les secteurs où les besoins sont les plus importants. De plus, cet indicateur fournirait une base précieuse à partir de laquelle l'on peut mesurer l'impact de ces efforts à long terme.

Comment l'analyse des hospitalisations évitables peut-elle améliorer la politique et la gestion des soins de santé?

Les cartes ci-dessous montrent les taux, ajustés sur l'âge, de sortie d'hôpital pour AHCs par département, en France,¹ et par comté ou « districts unitaires » en Angleterre. Les variations régionales de ces taux sont importantes, particulièrement en Angleterre. En Angleterre, à Nottingham, les taux, ajustés sur l'âge, de sortie d'hôpital pour AHCs (16.2 p 1000) est environ 4 fois plus élevé qu'à Staffordshire (4.1 p 1000). En France, le niveau des disparités régionales n'est pas aussi important mais tout de même notable. La Seine-Saint-Denis a un taux de sortie d'hôpital pour AHCs ajusté sur l'âge (10.6 p 1000) deux fois plus élevé que les Pyrénées Orientales (5.5 p 1000). Axer les efforts de *disease management* sur les régions qui ont les taux les plus hauts peut être une stratégie efficace pour cibler les services de *disease management* et améliorer les soins de santé primaires.

¹ Nous avons analysé les données du PMSI pour 2004 dans le cadre d'une étude en cours financée par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins.



Au-delà de l'analyse des taux de sortie d'hôpital pour AHCs dans le but de cibler les besoins en *disease management* selon les disparités d'accès aux soins primaires entre régions, cet indicateur peut également servir à évaluer l'impact du *disease management* et d'autres interventions sur la population. Les défis liés à la mise en œuvre réussie des programmes de *disease management* sont considérables mais, si de tels efforts impliquent un groupe suffisamment important de personnes, ils devraient entraîner des taux, ajustés sur l'âge, des AHCs inférieurs. Bien que les taux d'hospitalisations évitables comme les autres indicateurs au niveau de la population ne puissent se substituer à des évaluations cliniques précises, ils peuvent fournir une importante source complémentaire d'information qui révèle l'amplitude des gains associés à ces investissements dans les soins de santé primaire.

Conclusion

Le coût lié à la prise en charge des maladies chroniques est un problème majeur pour les gouvernements en Europe. Notre analyse montre que la France et l'Angleterre seules pourraient réduire les dépenses d'hôpital en milliards d'euros chaque année en améliorant les soins ambulatoires fournis aux personnes ayant une pneumonie, une infection bactérienne locale, et une pathologie chronique telle que l'insuffisance cardiaque, le diabète, l'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive. Ces deux nations ont des chances d'améliorer les soins et de réduire les admissions à l'hôpital. Même la France, qui se réjouit d'avoir un taux des AHCs plus bas qu'en Angleterre, a plus de 400 000 hospitalisations potentiellement évitables représentant environ 2 millions de journées d'hôpital par an.

Pour parvenir à de telles réductions, il peut être nécessaire d'investir des ressources à la fois pour étendre et améliorer les soins ambulatoires. Des efforts récents pour concevoir et mettre en place la gestion coordonnée des parcours de santé (*disease management* et *chronic-care models*) dans ces nations, reflètent un engagement à fournir un tel investissement afin d'améliorer l'efficacité des soins et l'efficience des ressources en matière de santé. Pour développer au maximum la probabilité de réussite, il est crucial de concentrer les efforts sur les populations en très grand besoin et d'évaluer ces efforts sur une période suffisante. Une composante intéressante de cette stratégie d'évaluation consisterait à d'examiner les taux d'AHCs à partir des bases de données administratives, collectées en routine et disponibles au public.

Michael K. Gusmano, Ph.D, est professeur assistant de management et politique de santé au Mailman School of Public Health, Columbia University et co-directeur du World Cities Project à ILC-USA.

Daniel Weisz, M.D, M.P.A, est chercheur senior associé au ILC-USA.

Talley Andrews est M.P.H candidat à Columbia University et assistant de recherche au ILC-USA.

Victor G. Rodwin, Ph.D, est professeur de management et politique de santé au Robert F. Wagner School of Public Service, New York University et co-directeur du World Cities Project au ILC-USA.

References

1. http://ec.europa.eu/research/fp6/ssp/ahead_en.htm.; accessed on May 12, 2007.
2. A.D. Brown, M.J. Goldacre, and N. Hicks, 2001, "Hospitalization for ambulatory-care sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics," *Canadian Journal of Public Health* 92:155–9; C. Casanova and B. Starfield, 1995, "Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison," *International Journal of Health Services* 25(2):283–94; M.K. Gusmano, V.G. Rodwin, and D. Weisz, 2006, "A new way to compare health systems: avoidable hospital conditions in Manhattan and Paris," *Health Affairs* 25(2):510–20; C. Sanderson and J. Dixon, 2000, "Conditions for which onset or hospital admission is potentially preventable by timely and effective ambulatory care," *Journal of Health Services Research and Policy* 5(4):222–30.
3. L. Backus, M. Moron, and P. Bacchetti et al., 2002, "Effect of managed care on preventable hospitalization rates in California," *Medical Care* 40(4):315–24; J. Billings, G.M. Anderson, and L.S. Newman, 1996, "Recent findings on preventable hospitalizations," *Health Affairs* 15(3):239–49; C. Casanova and B. Starfield, 1995, "Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison," *International Journal of Health Services* 25(2):283–94; G. Pappas et al., 1997, "Potentially avoidable hospitalizations: inequalities in rates between U.S. socioeconomic groups," *American Journal of Public Health* 87(5): 811–16; M.L. Parchman and S. Culler, 1994, "Primary care physicians and avoidable hospitalizations," *Journal of Family Practice* 39(2):123–8; J.S. Weissman, C. Gatsonis, and A.M. Epstein, 1992, "Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland," *JAMA* 268(17):2388–94.
4. For France, data are from the Ministry of Health's Hospital Reporting System (PMSI—Programme de médicalisation des systèmes d'information), which centralises hospital discharge data by diagnosis, procedure age, and residence of patients. The PMSI includes data from all hospitals (public and private) of more than 100 beds, thus possibly excluding a very small number of discharges for AHCs in France. For England, data are from the Department of Health's Hospital Episode Statistics (HES) database, which includes information for all hospitalisations (in NHS and private hospitals) paid for by the NHS.
5. Gusmano et al., 2006.
6. F. Mullan, 1998, "The 'Mona Lisa' of health policy: primary care at home and abroad," *Health Affairs* 17(2):118–26.
7. V.G. Rodwin and C. LePen, 2005, "French health care reform: the birth of state-led managed care," *New England Journal of Medicine* 351(22):2259–61.
8. Department of Health, 2002, *National Service Frameworks: An Introduction* (London: UK Department of Health).
9. Department of Veterans Affairs, January 2005, *Fact Sheet: VA Achievements in Diabetes Care*; W.R. Gold and P. Kongstvedt, November 2003, "How broadening DM focus helped shrink one plan's costs," *Managed Care* 12(11); M. Glabman, 2006, "Take my word for it: the enduring dispute over measuring DM's economic value," *Managed Care* 15(4); C.D. Saudek, R.L. Derr, and R.R. Kalyani, 2006, "Assessing glycemia in diabetes using self-monitoring blood glucose and hemoglobin A1c," *JAMA* 295:1688–97.
10. A.C. Short, G.P. Mays, and J. Mittler, October 2003, *Disease Management: A Leap of Faith to Lower Cost, Higher-Quality Health Care*, Center for Studying Health System Change, Issue Brief no. 69.

The Alliance for Health & the Future

was organised in 2003 to combine research, education, and policy efforts to promote good health and productivity throughout the life course. The Alliance operates as a division of the International Longevity Center-USA. Its aim is to advance knowledge and provide training, skills, and systems to help individuals and society realise a healthy future.

Alliance publications are available online at www.healthandfuture.org.

The International Longevity Center-USA (ILC-USA)

is a not-for-profit, nonpartisan research, education, and policy organisation whose mission is to help individuals and societies address longevity and population ageing in positive and productive ways, and to highlight older people's productivity and contributions to their families and society as a whole.

The organisation is part of a multinational research and education consortium, which includes centers in the United States, Japan, Great Britain, France, the Dominican Republic, India, South Africa, Argentina, the Netherlands, and Israel. These centers work both autonomously and collaboratively to study how greater life expectancy and increased proportions of older people impact nations around the world.

ILC issue briefs and other publications are available online at www.ilcusa.org.

ILC-USA is an affiliate of Mount Sinai School of Medicine.

ALLIANCE CO-CHAIRS

Robert N. Butler, M.D.
Françoise Forette, M.D.
Baroness Sally Greengross

ALLIANCE ADVISORY COUNCIL

Berglind Ásgeirsdóttir
Deputy Secretary-General
OECD (France)

Jean-Pierre Bassand
President of the Board
European Society of Cardiology (France)

David Byrne
Former European Commissioner for Health
and Consumer Protection (Ireland)

Ilona Kickbusch, Ph.D.
Global Health Consultant (Germany)

Bernard Kouchner
Minister for Foreign Affairs (France)

Sir Michael Marmot
Director
International Centre for Health and Society
University College of London (UK)

Wilfried Prewé
Chief Executive
Hannover Chamber of Industry and Commerce (Germany)

Professor Bengt Winblad
Principal Investigator
European Alzheimer's Disease Consortium (Sweden)



INTERNATIONAL
LONGEVITY CENTER

International Longevity Centre – UK

22-26 Albert Embankment
London SE1 7TJ
www.ilcuk.org.uk

International Longevity Centre – France

49 Rue Mirabeau
75016 Paris
www.ilc-france.org

International Longevity Center – USA

60 East 86th Street
New York, NY 10028
www.ilcusa.org

Copyright © 2007 International Longevity Center-USA, Ltd. All rights reserved.