

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



JUIN
2015
NUMÉRO
0922

Tarification à l'activité : quel impact sur les réadmissions à l'hôpital ?

Mise en place en France en 2004, la « tarification à l'activité » (T2A) avait pour but d'inciter les établissements de santé à davantage d'efficacité, concept qui associe productivité et qualité des soins. Les études existantes se sont surtout intéressées à la dimension économique. L'effet de la T2A sur la qualité des soins et des prises en charge constitue néanmoins une question majeure pour la politique de santé. Cette qualité est appréhendée ici par le taux de réadmission à trente jours après un séjour chirurgical, une hausse des réadmissions pouvant être le signe d'une dégradation de la qualité des soins.

Entre 2002 et 2012, ce taux a globalement augmenté de façon régulière. Cependant, la réforme de la tarification n'a pas eu d'effet significatif pérenne sur cette hausse. En effet, l'accroissement observé de ce taux est d'abord lié à une modification des pratiques, en particulier pour la chirurgie de la cataracte et l'implantation chirurgicale de dispositifs de perfusion. Il s'explique également par la modification structurelle de la population des patients, avec plus de polyopathologies liées au vieillissement.

Engin Yilmaz, Albert Vuagnat (DREES)

En 2004, la France a adopté la réforme dite de « tarification à l'activité » (T2A) pour inciter les établissements de santé à davantage d'efficacité¹. Cette réforme a eu des effets positifs sur la performance économique des hôpitaux, avec l'augmentation de la productivité des hôpitaux publics entre 2003 et 2009 et une concurrence bénéfique entre les établissements. La qualité des soins hospitaliers qui en résulte doit aussi être suivie par le régulateur (encadré 1). Dans cette optique, une analyse des données hospitalières a été effectuée en retenant comme indicateur de qualité l'évolution du taux de réadmission à trente jours après un séjour en chirurgie (encadré 2).

Le taux de réadmission augmente dans le secteur public et le secteur privé

Entre 2002 et 2012, les taux de réadmission à la suite d'un séjour chirurgical augmentent à la fois dans le secteur public² et dans le secteur privé (graphique 1). Cette période d'étude recouvre la période précédant la T2A (2004 pour le public et 2005 pour le privé) et celle qui suit immédiatement sa mise en œuvre. La mise en place de la T2A a représenté un changement différent pour ces deux secteurs, mais dans les deux cas, le système de tarification, à l'issue de la réforme, devient

- 1. L'efficacité se définit comme le rapport entre les résultats (par exemple l'activité mesurée en nombre de séjours) et les ressources mobilisées.
- 2. Le secteur public regroupe dans cette étude les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif.

identique (forfaits au séjour par types de prise en charge), même si les points de départ sont distincts (budget annuel fixe pour le public et financement à la journée pour le privé).

Le taux global de réadmission est plus élevé dans les établissements publics que dans les cliniques privées. Cet écart peut s'expliquer par une plus grande prise en charge des cas complexes dans le secteur public, comme l'admission *via* les urgences. Les évolutions du taux brut de réadmission peuvent être liées à de nombreux phénomènes : évolution du profil des pathologies prises en charge et des pratiques, vieillissement de la population, etc.

Des taux de réadmission différents selon les pathologies

Une très grande disparité du taux de réadmission à trente jours est observée selon le groupe de pathologies, tant en niveau qu'en évolution pendant la période étudiée (graphique 2). En 2012, ce taux varie de 2,7 % pour l'ORL-stomatologie à 26 % pour l'hématologie et à 27 % pour le traitement chirurgical des brûlures. Quant à l'évolution entre 2002 et 2012, trois groupes de pathologies présentent d'importantes évolutions du taux de réadmission : l'ophtalmologie, le VIH et la chirurgie vasculaire.

Pour l'ophtalmologie, le taux de réadmission est passé de 9,8 % en 2002 à 19 % en 2012. Cette augmentation pourrait refléter une modification des pratiques. L'essor de la prise en charge en ambulatoire de la cataracte, grâce à des techniques chirurgicales moins lourdes, permet d'intervenir pour un patient sur un œil et sur l'autre œil quinze jours plus tard, y compris pour des personnes très âgées. Dans ce cas, cette réadmission ne reflète pas une détérioration de la qualité des soins, mais plutôt une modification de la prise en charge.

En ce qui concerne le VIH, l'amélioration des traitements antirétroviraux a modifié la prise en charge des patients, requérant moins d'hospitalisations à intervalles rapprochés.

Enfin, pour le pôle d'activité « chirurgie vasculaire », le taux de réadmission est passé de 13,5 % en 2002 à 20,9 % en 2012. Cette évolution correspond à



ENCADRÉ 1

Tarification à l'activité et qualité des soins

La mise en place de la réforme de la tarification à l'activité en France a surtout intégré jusqu'ici l'impératif économique comme première préoccupation. Ainsi, « la tarification introduit un déséquilibre dans la visibilité des performances ; les performances économiques sont révélées alors que les performances en termes de qualité ne bénéficient pas d'une pareille transparence »¹.

L'augmentation observée de la productivité des établissements de santé, que la réforme de la T2A encourage, s'est faite notamment *via* la diminution des durées de séjours permettant de prendre en charge un plus grand nombre de patients pour une même capacité d'accueil. Le raccourcissement des durées de séjours est un mouvement déjà ancien : il résulte, d'une part, de modifications lentes et progressives des pratiques (développement de la prise en charge en ambulatoire et des thérapeutiques moins invasives, de l'hospitalisation à domicile, etc.), qui permettent un même traitement avec des temps d'hospitalisation plus courts, d'autre part, d'une meilleure coordination des acteurs.

La réforme de la T2A imposant aux établissements une recherche d'efficacité, il est important pour le régulateur de vérifier que cela ne se fait pas aux dépens de la qualité des soins. La question de la qualité des soins et de son amélioration devenant de plus en plus présente dans les politiques publiques de santé, le ministère de la Santé, en lien avec la Haute Autorité de santé, a lancé, depuis fin 2013, un site d'information Scope santé². Cette nouvelle étape améliore l'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé.

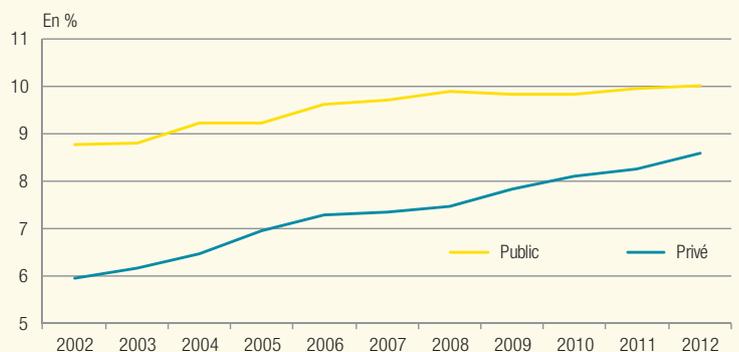
1. Bras P.-L., 2012, « Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ? », *Les Tribunes de la santé*, Presses de Sciences Po, n° 35.

2. Ce site a succédé à la base de données Platines qui fournissait une information grand public sur l'activité et la qualité des établissements de santé de court séjour dits « MCO » (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) et de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR).



GRAPHIQUE 1

Évolution du taux de réadmission selon le statut de l'établissement



Champ • Séjours chirurgicaux (hospitalisations complètes et partielles) des 782 établissements de France métropolitaine et des DOM ayant eu une activité de chirurgie de 2002 à 2012.

Sources • ATIH PMSI-MCO 2002-2012, traitements DREES.

l'accroissement du nombre d'implantations de dispositifs de perfusion, ces dispositifs permettant de commencer rapidement un traitement hospitalier de chimiothérapie. Pour la chirurgie des autres groupes de pathologies, le taux de réadmission dans les trente jours après la sortie est très stable entre 2002 et 2012.

D'autres facteurs comme l'âge, la présence de pathologies chroniques, l'admission par transfert depuis un autre établissement sont associés à un

taux plus élevé de réadmission à trente jours après chirurgie.

L'évolution des modes de prise en charge explique la hausse des réadmissions

La prise en compte de l'ensemble de ces facteurs dans un modèle donne des estimations globales toutes choses égales par ailleurs entre 2002 et 2012 : les réadmissions ont augmenté de 10 % dans le public et de 45 % dans le privé. Une modélisation affinée,

ENCADRÉ 2

Sources et méthodes

Sources et champ

L'étude s'appuie sur les données nationales du PMSI-MCO (Programme de médicalisation des systèmes d'information – Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) c'est-à-dire le court séjour. Les bases de données du PMSI comportent, pour chaque séjour hospitalier, des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), du séjour (établissement de santé, durée de séjour, mode d'entrée et de sortie, diagnostics, actes réalisés pendant le séjour), et des informations de valorisation économique (groupe homogène de malade – GHM, suppléments).

Pour cette étude, les séjours avec des GHM de type chirurgical ont été sélectionnés dans les bases de données nationales PMSI-MCO des années 2002 à 2012. Le GHM résulte de l'application automatique d'un algorithme de classification prenant appui sur les informations de chaque séjour, comprenant la réalisation d'un acte de chirurgie. Seuls les séjours des établissements ayant eu une activité de chirurgie sur l'ensemble de la période, en tenant compte des regroupements d'établissements, ont été retenus. Afin d'être à champ constant, certains séjours ambulatoires (sans nuit) des années 2002 à 2006 ont été écartés. L'échantillon retenu comporte près de 52 millions de séjours sur cette période, représentant 81 % de l'ensemble des séjours avec GHM de type chirurgical figurant dans les bases de données PMSI (75 % en 2002, 85 % en 2012).

La réadmission à trente jours

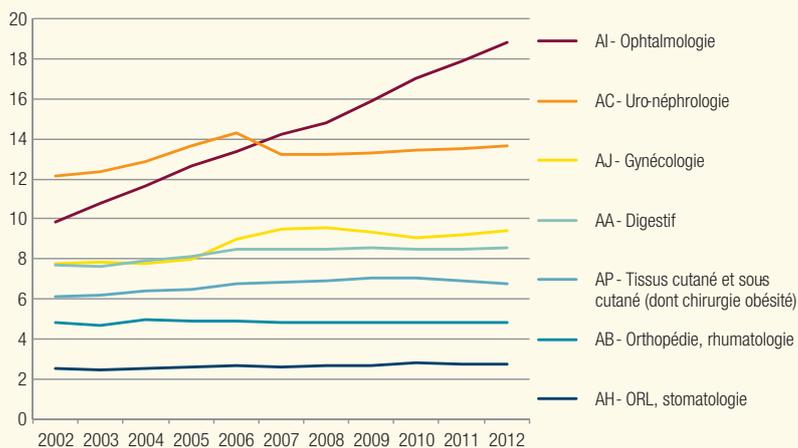
Le taux de réadmission à trente jours est utilisé comme un indicateur de qualité, les réadmissions pouvant être liées à des complications ou à des défauts de coordination des soins. La réadmission peut être déduite à partir des systèmes d'information. Pour chaque séjour chirurgical sélectionné, le délai entre la sortie et une nouvelle admission du patient en MCO a été calculé en prenant appui sur les informations de chaînage du PMSI. Dans le cadre de ce travail est considérée comme une réadmission la survenue d'une nouvelle hospitalisation en MCO dans les trente jours suivant la sortie d'un séjour chirurgical, quels que soient le motif de ce second séjour et l'établissement où s'effectue cette nouvelle hospitalisation. Sont cependant exclues les sorties par transfert (la prise en charge se poursuit de facto), les séances (traitements itératifs par nature) et la néonatalogie (le numéro anonyme ne permettant pas de distinguer les jumeaux). Ce nouveau séjour peut survenir en cas d'évolution de la pathologie, ou si un événement de santé intercurrent se produit, qu'il soit ou non associé à la prise en charge initiale, ou encore pour une prise en charge fragmentée, ce qui est parfois fréquent, pour la chirurgie de la cataracte par exemple. Le calcul n'est pas effectué pour les séjours avec décès hospitalier, car sans objet.

Modèles de régression logistique multivariée

Afin d'estimer l'évolution des réadmissions toutes choses égales par ailleurs, une modélisation de la probabilité de réadmission à trente jours a été conduite. Cette modélisation a été conduite séparément selon la catégorie juridique des établissements afin de regrouper, d'un côté, les établissements anciennement sous dotation globale, pour lesquels la réforme de la T2A a modifié profondément les incitations à produire de l'activité (hôpitaux publics et cliniques privées à but non lucratif, « secteur public ») et, de l'autre, les établissements anciennement sous objectif quantifié national, pour lesquels les incitations ont été moins modifiées avec la T2A (cliniques privées à but lucratif, « secteur privé »). La modélisation prend en compte différentes dimensions de chaque séjour pouvant jouer sur le risque de réadmission (pôle d'activité, mode d'entrée, morbidité, âge, sexe).

GRAPHIQUE 2

Évolution du taux de réadmission selon les pôles d'activité les plus fréquents



Note • Les 7 pôles d'activité regroupent 87 % de l'ensemble des séjours sur la période.

Champ • Séjours chirurgicaux (hospitalisations complètes et partielles) des 782 établissements de France métropolitaine et des DOM ayant eu une activité de chirurgie de 2002 à 2012.

Sources • ATIH PMSI-MCO 2002-2012, traitements DREES.

excluant les groupes de pathologies ophtalmologiques et ceux ayant des volumes faibles, conduit à des évolutions entre 2002 et 2012 encore plus

modestes : 3 % dans le public et 19 % dans le privé.

Dans le public, la tarification à l'activité conduit à rémunérer l'éta-

blissement pour chaque séjour supplémentaire alors que sous la dotation globale, aucune rémunération supplémentaire n'y était associée. Par comparaison, dans le privé, le passage de la tarification à la journée à la tarification à l'activité a moins modifié les incitations tendant à augmenter l'activité, chaque séjour supplémentaire étant associé dans les deux cas à une rémunération supplémentaire.

La croissance des réadmissions observées entre 2002 et 2012 semble donc s'expliquer non par la réforme de la tarification hospitalière, mais par un ensemble de facteurs (morbidité, vieillissement, part des séjours arrivés par les urgences, etc.), au premier rang desquels l'évolution des modalités de prises en charge. En effet, depuis la mise en place de la T2A, l'augmentation de l'activité de chirurgie est plus dynamique dans le public, et le privé affiche la plus forte augmentation des réadmissions. L'hypothèse que l'accroissement de l'activité se ferait au détriment de la qualité des soins, mesurée par les réadmissions, n'est donc pas vérifiée. Il en va

de même pour l'hypothèse selon laquelle la tarification pourrait inciter à accroître les réadmissions en les rémunérant³. Si c'était le cas, l'effet à la hausse des réadmissions devrait être plus fort dans le public, puisque les réadmissions étaient déjà rémunérées dans le privé avant la mise en place de la T2A. Or, c'est le résultat inverse que l'on obtient. Pour autant, on ne peut pas exclure qu'au début de la montée en charge de la T2A, il ait pu y avoir un effet transitoire de la réforme conduisant à une hausse des

réadmissions par le biais de venues qui ont été considérées comme des séjours hospitaliers. Ainsi, quelle que soit la modélisation retenue, les réadmissions ont augmenté d'une manière significative dans le public comme dans le privé entre 2005 et 2006. Cette hausse coïncide avec les premières années de tarification à l'activité et se situe avant la normalisation de ce que recouvre un séjour hospitalier⁴. Jusqu'en 2006, il était éventuellement possible d'enregistrer la venue des patients en tant que séjour

hospitalier (*i.e.* réadmission) plutôt qu'en consultations externes à l'occasion de la poursuite de leur prise en charge. Des exploitations complémentaires sont prévues pour tenter de caractériser la réadmission (complications, réadmission inopinée pour un autre motif, etc.) et étudier les réadmissions après une chirurgie ambulatoire en comparaison avec la chirurgie en hospitalisation complète, en tenant compte de facteurs associés, comme l'âge et la présence de comorbidités. ■

•••

3. Selon l'idée qu'un paiement au séjour inciterait à déclarer deux séjours (donc une réadmission) plutôt qu'un seul.

4. Cf. circulaire DHOS/F1/MTAA n°2006-376 du 31 août 2006.

➔ POUR EN SAVOIR PLUS

Ce texte s'appuie sur une étude publiée dans *Le Panorama des établissements de santé – édition 2014* de la DREES.

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), 2000, *Évaluation du traitement chirurgical de la cataracte de l'adulte*, février.
- Choné P., Evain F., Wilner L., Yilmaz E., 2013, "Introducing Activity-Based Payment in the Hospital Industry: Evidence from French Data", Document de travail G 2013/11, INSEE.
- Yilmaz E., Vuagnat A., 2015, « Tarification à l'activité et réadmission », *Économie et Statistique*, n° 475-476, INSEE, avril.
- Yilmaz E. et Frikha S., 2012, « Les hôpitaux publics ont amélioré leur efficacité entre 2003 et 2009 », *Le Panorama des établissements de santé – édition 2012*, DREES.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

www.drees.sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur

www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution

www.drees.sante.gouv.fr/les-avis-de-parution,2052.html

Directeur de la publication : Franck von Lennep

Responsable d'édition : Carmela Riposa

Secrétaires de rédaction : Sabine Boulanger et Laurence Grivet

Composition et mise en pages : T. B.

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384