

# « Étude Précarité 2001 »

## Objectifs et modalités

*Journée de formation - information  
du 9 novembre 2001*

# **Des objectifs (dé)limités et des contraintes techniques**

# Enveloppe spécifique « Précarité » ?

- **Délimiter sa couverture**
- **Dimensionner son volume**
- **Définir les modalités de son attribution :**
  - **perspective « tarification à la pathologie »,**
  - **plus rapidement : dans le système actuel de financement ?**

# Couverture limitée

*Constat : les hospitalisations de patients en état de précarité constituent, à pathologie identique, une source de surcoût*

**==> Compenser le surcoût occasionné par ce type de prise en charge** afin de :

- réduire les inégalités de dotation entre les établissements,
- et encourager ceux-ci à organiser l'accueil de patients « précaires »

# Contraintes techniques

- **Pas de recueil permanent sur l'état de précarité des patients :**
  - **trouver des marqueurs de la propension plus ou moins grande des établissements à prendre en charge des patients précaires :**
    - organisation interne
    - environnement externe
- **Champ d'application limité :**
  - MCO
  - **uniquement en hospitalisation complète (ou de semaine)**  
==> hors « ambulatoire » et consultations

*limitation liée à l'outillage PMSI disponible actuellement*

# Systeme d'information alimentant le dispositif

## "Recueils spécifiques"

*(Mesure prévalence, surcoût,  
prédiction)*

- **ponctuels** : étude 1998-1999, étude 2001, horizon 2003
- **coupes transversales** : sur une période de l'année
- **par échantillonnage**



## "Recueils courants"

*(PMSI-MCO, SAE etc...)*

*(Recensement variables prédictives)*

- **permanents** : chaque année
- **en continu** : sur toute l'année
- **exhaustifs** : tous les établissements du champ



**Applicatif calcul enveloppe Précarité**

# Étude Précarité 1998-1999 : des enseignements riches ...

- **Prévalence de la précarité de 9 %** (hors ambulatoire)
- **Surcoût effectif de la précarité :**
  - **de 33 % en moyenne : 6345 francs**
  - **lié à l'allongement de la durée des séjours** (de 2,5 jours)
  - **variable selon le type de précarité :**
    - **de 18 %** pour « précarité financière » et « précarité liée à l'environnement » (types les plus courants)
    - **contre 48 %** pour « précarité liée à l'isolement »

# Étude Précarité 1998-1999 :

## ... à fiabiliser et à compléter

- **Non représentativité de l'échantillon** (liée à la **contrainte de fournir des données de coûts**) :
  - seulement une vingtaine d'établissements,
  - aucun sous OQN
- **Non reproductibilité des variables de précarité**
  - codes « Z » de la CIM10, notion « d'isolement »
- **Pas de variables relatives à la prédiction de la précarité**



**Étude 2001 :**

**des modalités conjuguant**

**recueil léger**

**et plusieurs axes d'analyse**

# Représentativité des établissements et qualité de l'information

- **Large échantillon :**
  - 713 d'établissements sollicités
  - selon trois critères de stratification :
    - mode de financement des établissements,
    - autorisation urgences,
    - PASS
- **Les établissements peuvent refuser de participer**

# Recueil ponctuel et léger

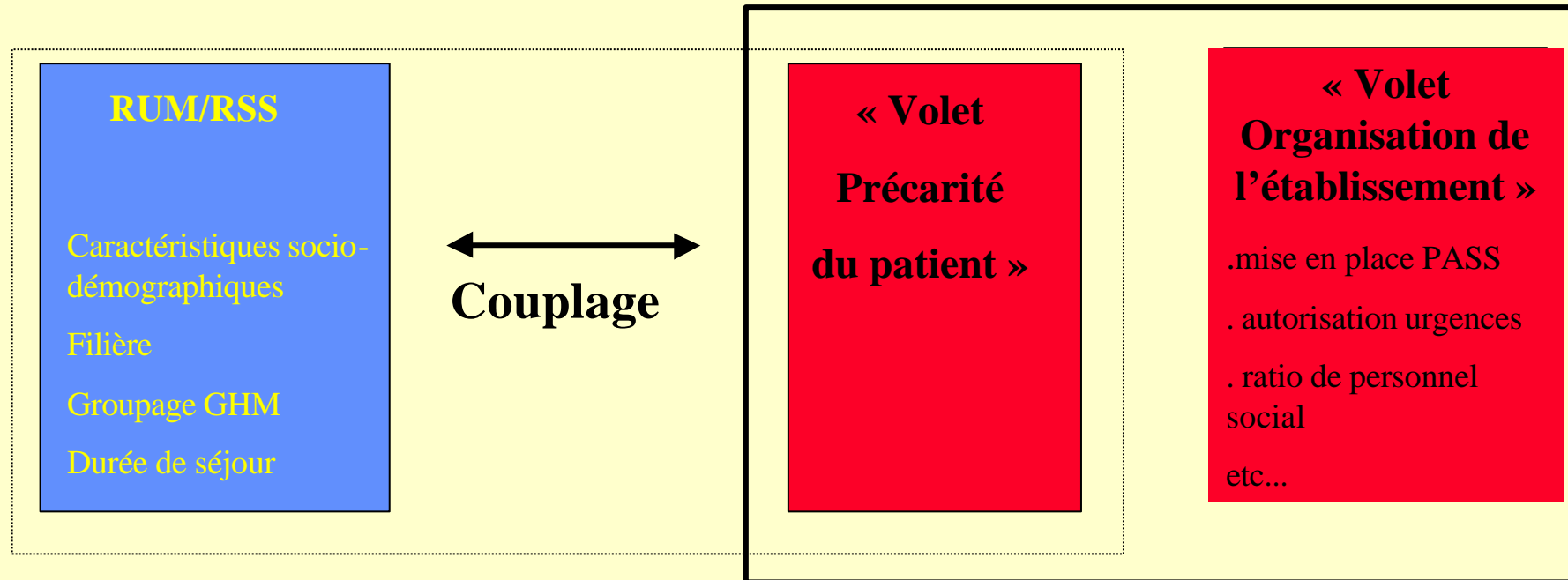
- **Coupe transversale « un jour donné »**
  - **Enquête en deux volets :**
    - « **Organisation interne de l'établissement** »
    - « **Précarité du patient** »
- NB : « Environnement externe de l'établissement »  
récupéré en aval
- **Une approche « facile » de la précarité :**
    - **multidimensionnelle, mais à travers des « marqueurs »**
    - **des variables simples, mais fiables et reproductibles**

# Champ de recueil limité

- **Patients âgés de 16 ans et plus :**
  - à la date de la coupe dans l'unité médicale (UM) où ils sont hospitalisés :
  - si séjour « multi-unités », la première UM fréquentée (et enquêtée) constitue la référence
- **Pris en charge en hospitalisation complète :**
  - ou de semaine
- **Dans une unité médicale MCO à l'exception :**
  - des services d'accueil et de traitement des urgences
  - des services de réanimation et de soins intensifs

# Plusieurs axes d'analyse

Recueil Précarité 2001



- **Prévalence**
- **Surcoût en termes d'accroissement de la durée de séjour**
- **Pouvoir prédictif des variables «caractéristiques de l'établissement » (organisation interne et environnement externe)**

# Prédiction caractéristiques établissement ?

- **en fonction des informations :**
  - du « volet organisation », déjà renseigné
  - complémentaires :
    - **SAE** : activité psychiatrique (pour évaluer certains ratios)
    - **PMSI-MCO** : volume d'activité, types de séjours, attractivité etc...
    - **Données « population générale »** par secteur sanitaire : niveau de précarité de la zone d'implantation de l'établissement
- **en tenant compte des spécificités de certains types d'établissements :**
  - par exemple, « nb. annuel de consultations externes » = information non pertinente pour les cliniques privées

# Logiciel de couplage et d'anonymisation optimisant l'analyse

- **Couplage « Volet précarité du patient » / RUM-RSS à partir de données communes :**
  - « n° d'UM », « date d'entrée du patient dans l'UM »
  - « date de naissance » et « sexe » du patient
- **Contrôle d'exhaustivité du recueil :**
  - avec également « date de la coupe » dans l'UM
- **Anonymisation, outre des RSS, des « volets précarité du patient »**

# **Demande d'avis CNIL réalisée par le Ministère**

- **Les établissements en sont dispensés**
- **Ils peuvent néanmoins exploiter leurs propres données sous réserve :**
  - **qu'elles soient préalablement anonymisées à l'aide du logiciel spécifiquement réalisé par le CTIP**
- **Les questionnaires « papier » doivent être détruits après réception du fichier de données saisies**

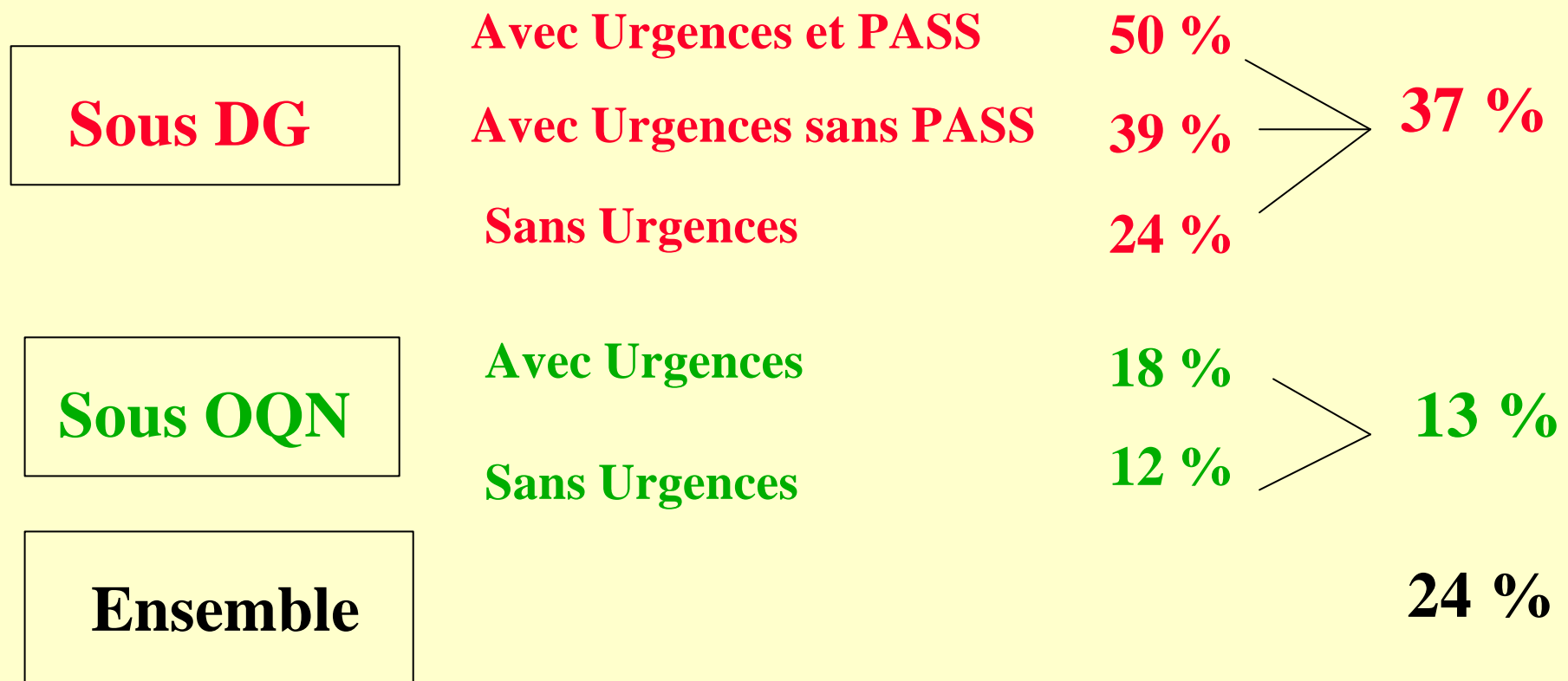


# Information, droit d'accès et de rectification du patient

- **Bien que l'enquête respecte le secret médical et garantisse l'anonymat du patient, celui-ci peut refuser de participer**
- **Le patient peut exercer son droit d'accès et de rectification**
  - **auprès du médecin responsable de l'information médicale de l'établissement dans lequel il est hospitalisé**
- **Note d'information aux patients :**
  - **voir proposition document de formation**

# Réponse à l'appel : variations fortes selon le type d'établissement

*% d'établissements ayant répondu favorablement à la sollicitation*



**174 établissements ont répondu favorablement sur 713 sollicités**

# Représentation limite des cliniques sous OQN avec urgences

*Base nationale / Base précarité*

**Sous DG**

**Avec Urgences et PASS**    14 % / 33 % (57 étab)

**Avec Urgences sans PASS**    12 % / 20 % (35 étab)

**Sans Urgences**    21 % / 16 % (28 étab)

**Sous OQN**

**Avec Urgences**    5 % / 7 % (12 étab)

**Sans Urgences**    48 % / 23 % (39 étab)

100 %

**Ensemble**

Environ 1700 étab. / 174 étab

(dont 3 non classés)

# La suite des opérations ...

- **Établissements :**
  - Recueil : *du 27 novembre au 13 décembre 2001*
  - Envoi questionnaires pour saisie : *dernier délai 10 janvier 2001*
- **Ministère (Mission PMSI / CTIP / SEPSI) : début mars 2002**
  - Restitution fichier données saisies aux établissements
  - Envoi logiciel « couplage-anonymisation »
- **Établissements :**
  - Couplage-anonymisation + envoi fichiers : *avril 2002*
- **Ministère : automne 2002**
  - Restitution résultats exploitation

# Opérationnalité du dispositif ?

- **Éventuellement plus tôt que la « tarification à la pathologie » :**
  - pas de modification de l’outillage PMSI en cours,
  - dans le cadre du système actuel de financement :
    - **établissements sous dotation globale :**  
soustraire l’enveloppe Précarité de l’enveloppe MCO,
    - **établissements sous OQN :**  
le système de tarification forfaitaire à la journée compense a priori le surcoût lié à l’allongement des durées de séjour