



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Impact du contrôle T2A sur le codage des établissements
du Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 7 décembre à 18 heures
au Pôle Formation
par Joël LUU

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe AMOUYEL

Assesseurs :

Madame la Professeure Lina WILLIATTE

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Monsieur le Professeur Grégoire FICHEUR

Directrice de thèse :

Madame la Docteure Marysa GERMAIN ALONSO

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Avertissement.....	2
Résumé	7
Liste des abréviations.....	9
Liste des tableaux.....	11
Liste des figures	11
Introduction.....	12
L'histoire du mode de financement de l'hôpital	12
Présentation du PMSI	15
Fonctionnement du PMSI MCO.....	16
Les moyens de contrôle des dépenses de santé hospitalier :	21
Le contrôle T2A.....	22
1. Priorités nationales.....	24
2. Programme régional du contrôle externe	24
3. Contact entre l'établissement et l'AM	25
4. Contrôle sur site	26
5. Après le contrôle.....	26
6. Sanction	27
7. Les voies de recours	29
Modification de codage	29

Notre étude	30
Objectif	32
Méthodologie	33
Sélection des établissements	33
Champs de contrôle étudiés	34
Niveau de sévérité – CMA unique	34
DATIM 73	34
Analyses statistiques	35
1. Analyses descriptives des établissements	36
2. Modèle statistique	36
3. Variables d’ajustement	38
4. Détail des variables d’ajustement	38
5. Analyse de sensibilité	40
Résultats	41
Etude sur le niveau de sévérité	41
1. Description de l’échantillon	41
2. Modèle de régression	44
3. Analyse de sensibilité	45
Etude sur le champ DATIM 73	46
1. Description de l’échantillon	46
2. Modèle de régression	48
Discussion	49

Interprétation des résultats	49
Limites de l'étude	50
Controverse des contrôles T2A	52
Quelles pistes pour un contrôle plus juste ?	57
Les critiques de la T2A.....	59
Futur du financement hospitalier	61
Conclusion.....	64
Annexe	65
Référence bibliographique.....	79

Résumé

Impact du contrôle T2A sur le codage des établissements du Nord-Pas-de-Calais

Introduction. La T2A, tarification à l'activité, est un mode de financement hospitalier reposant sur les données d'activité déclarées par les hôpitaux, le PMSI. Afin de vérifier la véracité des activités transmises, l'Assurance Maladie effectue un contrôle annuel du codage. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'impact du contrôle T2A sur le codage d'un établissement dans deux champs de contrôle proéminents en volume, le champ portant sur le niveau de sévérité du GHM et le champ de contrôle d'actes pouvant être réalisés en externe, appelé DATIM 73.

Méthode. L'étude porte sur l'ensemble des établissements de santé ayant une activité MCO de la région Nord-Pas-de-Calais entre 2010 et 2019. Les données PMSI de chaque établissement sont issues de la base nationale du PMSI. Pour le champ du niveau de sévérité, nous avons divisé pour chaque établissement le nombre de séjours avec un GHM de niveau 3 ou 4 avec une CMA unique de niveau 3 ou 4 par le nombre de séjours total avec une durée de séjour supérieur à 4 nuits. Pour le DATIM 73, nous avons divisé le nombre de séjours d'une journée avec un seul acte concerné par le DATIM 73 par le nombre de passage en hospitalisation ou en externe avec un seul acte concerné par le DATIM 73. Un modèle mixte de régression quasi-binomial a été utilisé pour évaluer l'évolution du pourcentage l'année suivant un contrôle T2A, ajusté sur l'année, la taille d'établissement, la catégorie d'établissement et l'organisation de codage du PMSI.

Résultats. Pour le niveau de sévérité ($N = 28$), le contrôle T2A ne modifie pas le codage des établissements ($OR = 0,99 [0,95 - 1,02]$). Pour le DATIM 73, un contrôle

T2A est significativement associé à une réduction du pourcentage (OR = 0,82 [0,70 – 0,96]).

Conclusion. Le contrôle T2A a un effet sur le DATIM 73, non retrouvé dans le codage des CMA unique de niveau 3 ou 4. Ces résultats apportent une réflexion sur la pertinence du contrôle dans l'état actuel.

Liste des abréviations

AM : Assurance maladie

ARS : Agence régionale de santé

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

ATU (forfait) : Accueil et traitement des urgences

CMA : Complication ou morbidité associée

CRA : Commission de recours amiable

DATIM : Détection des atypies de l'information médicale

DIM : Département d'information médicale

DGF : Dotation globale de financement

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DRG : Diagnosis-related group

DSS : Direction de la sécurité sociale

ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif

FHF : Fédération Hospitalière de France

GHM : Groupe homogène de malades

GHS : Groupe homogène de séjours

HDJ : Hôpital de jour

IFAQ : Incitation financière pour l'amélioration de la qualité

IC 95% : Intervalle de confiance à 95%

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels

ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie

OR : Odds ratio

PMSI : Programme médicalisé du système d'information

RSF-ACE : Résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes

RSA : Résumé de sortie anonymisée

RSS : Résumé de sortie standardisé

SAE : Statistique annuelle des établissements

SE (forfait) : Sécurité et environnement

UCR : Unité de coordination régionale

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

Liste des tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif des modes de financements de l'hôpital public en France depuis 1941	15
Tableau 2 : GHS en fonction du niveau de sévérité pour la racine 04M07.....	20
Tableau 3 : Nombre de séjours à contrôler pour rendre un champ sanctionnable ...	28
Tableau 4 : Description des établissements du Nord-Pas-de-Calais inclus dans l'étude des séjours avec CMA unique de niveau 3 ou 4 (N = 28).....	41
Tableau 5 : Modèle de régression quasi-binomial avec effet aléatoire de l'établissement expliquant le pourcentage de séjours avec CMA unique de niveau 3 ou 4	44
Tableau 6 : Description des établissements du Nord-Pas-de-Calais inclus dans l'étude des séjours en DATIM 73 (N = 22)	46
Tableau 7 : Modèle de régression quasi-binomial avec effet aléatoire de l'établissement expliquant le pourcentage de séjours en DATIM 73	48

Liste des figures

Figure 1 : Schéma d'une hospitalisation avec un passage dans deux UM aboutissant à un GHM	18
Figure 2 : Pourcentage de séjours avec CMA unique de niveau 3 ou 4 sur l'ensemble des séjours avec une durée supérieure ou égale à 5 jours (4 nuits)	43
Figure 3 : Pourcentage de séjours répondant aux critères du DATIM 73	47

Introduction

L'histoire du mode de financement de l'hôpital

Auparavant, les hôpitaux avaient avant tout une vocation sociale et étaient réservés à l'hébergement charitable du pauvre (1). L'hôpital d'aujourd'hui, avec une mission de prise en charge des malades, apparaît avec la loi du 21 décembre 1941 complétée par un décret du 17 avril 1943 (2,3). L'Etat prend la main sur les hôpitaux et y inculque des valeurs basées sur la solidarité et le soin. Ce changement s'accompagne des ordonnances du 4 et 19 octobre 1945 d'après-guerre organisant l'Assurance Maladie (AM) (4,5).

Le mode de financement initial de l'hôpital était le prix de journée. Ce mode de financement, datant de plusieurs siècles (6), fut retravaillé et précisé par de nombreuses lois. Au sein d'un même secteur (médecine ou chirurgie), chaque hospitalisation d'un établissement était rémunérée au même tarif quelle que soit la complexité du patient traité. Ce prix de journée était mis à jour annuellement en se basant sur les dépenses annuelles prévisionnelles de l'année divisées par le nombre de jours réalisé (7). Ainsi, le prix de journée s'adaptait aux dépenses des établissements en fonction des dépenses prévisionnelles. Le calcul du prix de journée incluait l'ensemble des dépenses, tels que le personnel, l'hébergement, les traitements ou encore l'administration, dans un forfait tout compris.

Ce financement était critiqué à plusieurs niveaux : le prix de journée était jugé non interprétable. En effet, le prix de journée étant un forfait, les différentes prises en charge étaient rémunérées de la même manière ce qui n'incitait pas au progrès. Il existait un décalage entre le prix et l'innovation diagnostique et thérapeutique. Le coût de l'innovation n'était pas pris en compte par la faible augmentation, dû au principe du

calcul sur l'ensemble des dépenses de l'établissement. D'autre part, le prix de journée était payé par jour d'hospitalisation et non pas par séjour. Il suffisait donc de garder plus longtemps les patients pour augmenter les recettes du séjour. Le mode de financement ne suivait donc pas les progrès de la médecine qui avait tendance à diminuer la durée de séjour (8). Chaque année, le prix de journée moyen augmentait pour suivre l'augmentation de dépense des hôpitaux, révélant un prix de journée inflationniste. Le système a perduré plusieurs décennies grâce au contexte économique favorable des Trente Glorieuses (9). Toutefois, à l'issue de cette croissance économique, le budget des hôpitaux prenait une part de plus en plus importante dans les dépenses de la sécurité sociale, passant de 54% en 1950 à 79% en 1970 (7) et devint ainsi, pour l'Etat et la sécurité sociale, une dépense à maîtriser.

Devant ce constat, le mode de financement changea pour les établissements publics et les hôpitaux privés participant au service public en 1984. Ces établissements recevaient désormais une dotation globale de financement (DGF), aussi appelée dotation globale de fonctionnement (10). La DGF était une enveloppe financière fermée définie pour chaque établissement en début d'année en prévision de l'ensemble des dépenses réalisées pour l'année à venir (11). La DGF était calculée en reprenant le montant précédent auquel était appliqué un taux directeur déterminé par le ministère.

Des limites de la DGF furent constatées au fil des ans (12). Le calcul de la dotation initiale était effectué en se basant sur une base historique. Le taux directeur qui actualisait annuellement la dotation étant le même pour tous les établissements, les écarts de dotation entre les établissements se maintenaient et, pire, se creusaient et menaient à une rente de situation (13). Il existait cependant une négociation entre

tutelle et établissement concernant une faible part du budget d'un établissement (14). D'autre part, le taux directeur était inférieur au taux d'inflation, ce qui pesait forcément sur le fonctionnement et empêchait le développement des activités. On considérait la DGF comme n'étant pas réactive à la réalité de l'activité, un lit vide étant dans tous les cas rémunéré par l'AM. De plus, la disparité entre les établissements publics et privés, qui continuaient d'être financés par un tarif journalier, était pointée du doigt.

La tarification à l'activité (T2A) a été introduite dans la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 (15) dans le cadre du plan de modernisation de l'hôpital « Hôpital 2007 ». Le principe de la T2A est de s'appuyer sur l'activité réalisée par les établissements pour les financer (16). La transition entre la DGF et la T2A s'est faite de manière progressive entre 2004 et 2008 pour les hôpitaux publics et les établissements privés à but non lucratif. La T2A était modulée par un taux (10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007 et 100% en 2008) en addition d'une dotation annuelle complémentaire (17). D'après la loi du 18 décembre 2003, « ce mode de tarification vise à libérer le dynamisme des établissements de santé et leur potentiel d'adaptation dans un environnement en mutation ». Les objectifs de la T2A, destinés à corriger les défauts de la DGF, sont d'avoir une meilleure transparence dans le financement en se collant le plus possible à l'activité, de rendre équitable le financement entre les différents établissements puisque le tarif pour un type de séjour sera le même pour tous et enfin d'améliorer l'efficience des établissements et ainsi du système de soin (17). A cette fin, la T2A repose principalement sur des données de l'activité réalisée que les établissements transmettent aux tutelles (Tableau 1). Ce projet d'informatisation et de remontée des informations médicales anonymisées s'appelle le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, ou PMSI.

Mode de financement	Principe
Prix de journée	Forfait pour chaque jour d'hospitalisation d'un patient
Dotation globale de fonctionnement	Enveloppe financière fermée allouée pour l'année
Tarification à l'acte	Paiement basé sur l'activité décrite par le PMSI

Tableau 1 : Récapitulatif des modes de financements de l'hôpital public en France depuis 1941

Présentation du PMSI

Dans les années 1970 aux Etats-Unis, le Professeur Robert Fetter a créé un système permettant de classer des séjours à l'hôpital en fonction des maladies du patient, de leurs comorbidités, leurs données sociodémographiques, des actes effectués et de la durée du séjour dans un « *diagnosis-related group* » (DRG), ou groupe homogène de diagnostic (18). A l'origine, la classification comportait 383 DRG.

Inspiré par le DRG, Jean de Kervasdoué, alors Directeur des Hôpitaux, a mis en place le PMSI en 1982 dans quelques hôpitaux volontaires (19). L'objectif initial du PMSI était d'avoir, au sein d'un établissement, une vision de l'activité hospitalière, pour une meilleure gestion de l'établissement ainsi qu'une meilleure maîtrise du budget. Cependant, le PMSI en tant qu'outil pour les tutelles était également envisagé.

Pour que l'analyse et la transmission des données du PMSI puissent être réalisées de manière organisée et optimale, la circulaire du 24 juillet 1989 (20) a mis en place le service d'information médicale ou département d'information médicale (DIM). Des médecins responsables de l'information médicale étaient appelés à être nommés chef de service du DIM. Leur rôle est de centraliser les données, les traiter, les restituer et les transmettre. Bien que la création d'un DIM n'était pas obligatoire initialement, elle sera au fur et à mesure des années suivantes fortement incitée par le ministère de la santé via des aides financières ou au contraire, des pénalités financières (21). Le PMSI

fut ainsi élargi progressivement à l'ensemble des établissements jusqu'à sa généralisation avec la loi du 31 juillet 1991 (22) dans laquelle était précisé que « les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité. [...] Ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins ». Elle a été rendue obligatoire en 1996 pour l'ensemble des établissements publics et privés (23).

Le PMSI est séparé en plusieurs champs selon l'origine médicale du patient pris en charge ou le type de prise en charge. Il existe 4 champs distincts : la Médecine, Chirurgie et Obstétrique ou MCO, la psychiatrie, les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et l'Hospitalisation à Domicile (HAD). Chaque champ est traité de manière séparée, avec son guide méthodologique et ses fichiers d'envois. La T2A n'est cependant pas appliquée à l'ensemble des champs. Seuls les champs MCO et HAD sont financés à l'activité. Nous nous intéressons dans cette étude seulement au champ MCO, le champ HAD répondant à des règles différentes.

Fonctionnement du PMSI MCO

Le PMSI utilise des nomenclatures afin de synthétiser l'activité réalisée. Les diagnostics posés par le clinicien sont retranscrits grâce à la classification internationale des maladies, actuellement à sa 10^e révision (CIM-10), modifiée pour l'usage du PMSI en France (CIM-10 FR) (24,25). Chaque maladie est retranscrite par un code, composé du code de catégorie et de sous-catégorie. Par exemple, un infarctus aigu du myocarde est codé par la catégorie « I21 ». Les sous-catégories

peuvent apporter une précision au diagnostic. Ainsi, un infarctus du myocarde de la paroi inférieure, pris en charge initialement, sera codé « I21.10 ». Il existe plus de 14 000 codes CIM-10 répartis dans 22 chapitres. La CIM-10 FR est mise à jour annuellement (25).

Pour coder les actes médicaux et chirurgicaux, le catalogue des actes médicaux (26) est dans un premier temps utilisé. Dans un second temps, afin d'harmoniser le catalogue avec la nomenclature générale des actes (NGAP), une nouvelle nomenclature est créée : la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) (27). Dans cette nomenclature, un acte correspond à un code et à un tarif. Par exemple, une appendicectomie par coelioscopie est codée HHFA016 et est tarifée à 187,89 €.

A partir du codage des diagnostics et des actes, ainsi que des informations administratives, il est produit un résumé d'unité médicale (RUM). Le RUM est le résumé d'une hospitalisation dans une « unité médicale¹ ».

Par exemple, sur la Figure 1, un homme de 84 ans passe par les lits portes avant d'être muté en gériatrie. Un RUM doit être produit pour chaque passage dans une unité médicale, donc deux RUM sont produits. A partir de l'ensemble des RUM, le résumé de sortie standardisé (RSS) est produit, synthétisant les informations médicales et administratives de l'ensemble de l'hospitalisation. Le RSS est ensuite analysé à l'aide d'un algorithme, que l'on appelle groupeur, pour le classer dans un groupe homogène

¹ « On désigne par unité médicale (UM) un ensemble individualisé de moyens matériels et humains assurant des soins à des patients, repéré par un code spécifique dans une nomenclature déterminée par l'établissement de santé et situé dans un établissement géographique de celui-ci », Guide Méthodologique MCO 2020

de malade (GHM). Un GHM est un groupe dans lequel on trouve des séjours avec sensiblement les mêmes caractéristiques, en termes d'âge, de diagnostics et de prise en charge. Les GHM sont composés de 6 caractères (Annexe 1). Dans notre exemple, le diagnostic principal du séjour est déterminé par le groupeur : il s'agit du J960. Avec toutes les autres informations dont il dispose, il va classer le séjour dans le GHM 04M073, infection et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3.

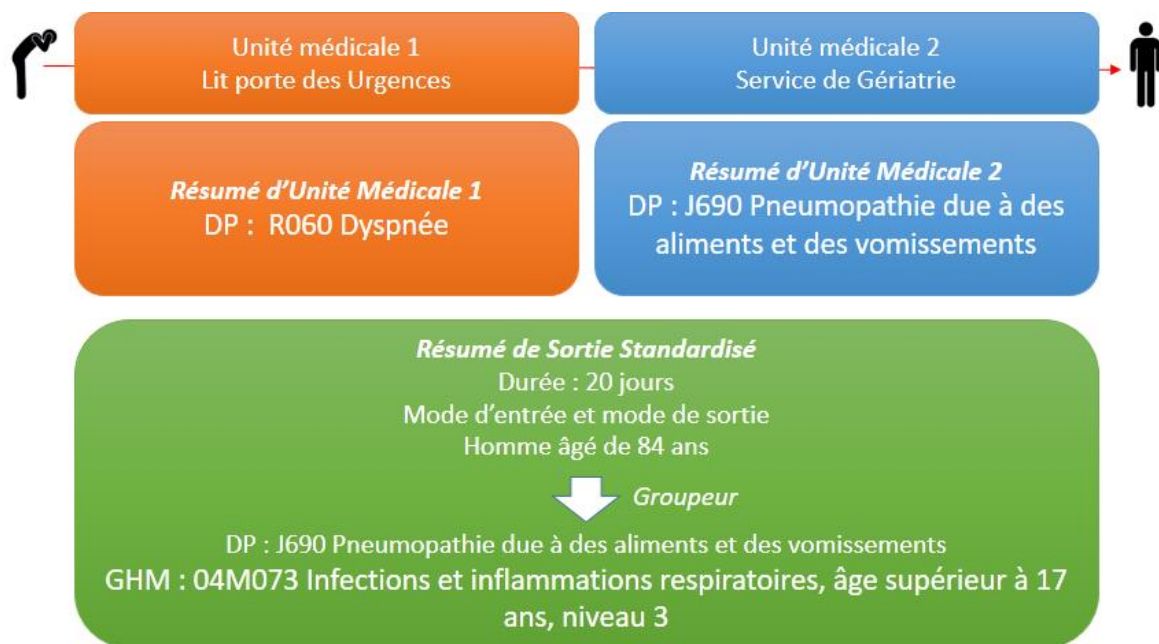


Figure 1 : Schéma d'une hospitalisation avec un passage dans deux UM aboutissant à un GHM.
DP : Diagnostic Principal, GHM : Groupe homogène de malade

Les GHM sont pour la plupart divisés en niveaux de sévérité de 1 à 4, reflétant l'effort de soin ou diagnostic nécessaire à la prise en charge du patient. Plusieurs critères sont nécessaires pour prétendre à un niveau de sévérité supérieur à 1 :

- Le GHM doit être éligible à un niveau de sévérité 1-4. Par exemple, certains GHM sont des GHM d'exploration et surveillance, comme le GHM « 11M18Z : Explorations et surveillance pour affections du rein et des voies urinaires » ;

- Il doit y avoir un codage d'un diagnostic associé significatif, ou CMA (complication ou morbidité associée) de niveau 2 ou plus, non exclu par le GHM. En effet, selon le diagnostic principal lors du groupage, les séjours sont classés dans une racine de GHM. Chaque racine de GHM possède une liste d'exclusion de CMA. Ces exclusions sont notés dans le volume 2 du manuel des GHM (28) ;
- Une durée de séjour minimum doit être observée. Il faut au minimum un séjour d'une durée de 3 nuits pour accéder au niveau 2, 4 nuits pour un niveau 3 et 5 nuits pour un niveau 4.

L'âge peut intervenir dans le niveau de sévérité du GHM. Si la durée du séjour répond au critère suscité, un âge supérieur à 69 ou 79 ans selon les racines de GHM peut faire basculer le niveau de sévérité au niveau supérieur.

Pour un GHM donné, un ou plusieurs tarifs appelé groupe homogène de séjour (GHS) y est associé. Ce tarif représente l'estimation du coût total de l'hospitalisation du patient compte tenu de sa maladie et des actes réalisés, incluant le salaire du personnel médical, du personnel administratif ou encore le coût des examens paracliniques. Un GHM avec un niveau de sévérité de 2 à 4 suppose un patient plus « lourd » et une prise en charge conséquente de cette gravité. Le tarif est donc naturellement plus élevé pour ces GHM de niveau 2 à 4 (Tableau 2). Le tarif du GHS correspondant au séjour illustré dans la Figure 1 est donc de 5 927,90 à.

GHM	Intitulé GHM	GHS
04M071	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	2 592,48 €
04M072	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	4 142,39 €
04M073	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	5 927,90 €
04M074	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	7 869,20 €

Tableau 2 : GHS en fonction du niveau de sévérité pour la racine 04M07.

Toute l'activité hospitalière ne repose pas sur le modèle du RSS et des GHM. Les consultations ou les urgences hors unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) sont réalisées en hôpital au titre de l'activité externe.

Pour les consultations et les actes réalisés sans hospitalisation, il existe un financement à l'acte, qu'il soit CCAM et/ou NGAP, en plus du prix de consultation, à l'instar d'un financement en ville. Un résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes (RSF-ACE) est produit pour chaque activité relevant de l'externe.

Afin de valoriser à juste titre une prise en charge plus poussée qu'en ville, des forfaits supplémentaires ont été mis en place tels que le forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) (29), le forfait sécurité et environnement hospitalier (SE) ou encore le forfait prestation intermédiaire (FPI). Le forfait ATU est une somme versée aux établissements en fonction du volume de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation. Le forfait SE permet de couvrir les soins nécessitant une surveillance hospitalière ou un plateau technique. Enfin, le FPI est un forfait créé en 2017 pour rémunérer les séjours se situant entre l'externe et l'hôpital de jour (HDJ), avec une application initiale dans certaines maladies seulement (30). Ce forfait a disparu en 2020 pour laisser place aux GHS dits « intermédiaires » (31).

Chaque année, après publication de l'arrêté prestation et tarifaire au mois de février pour une application au mois de mars, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) publie le guide méthodologique MCO pour l'année en cours (32). Ce guide méthodologique précise l'ensemble des modalités de recueil de l'information ainsi que les règles de codage.

Chaque établissement se charge d'effectuer un envoi mensuel de l'ensemble des séjours hospitaliers sous forme de RSS anonymisés, les résumés de sortie anonymisés (RSA), mais aussi des données sur les activités réalisées à titre externe, les consultations étant facturables directement à l'AM depuis la mise en place de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) externe en 2016 (33). Les bases de données PMSI pour l'année en cours sont généralement clôturées au mois de mars de l'année n+1 par l'ATIH (34). Il est toutefois possible de modifier les fichiers d'envoi après la date de clôture par la procédure LAMDA. Ce recours doit cependant être motivé (35).

Les moyens de contrôle des dépenses de santé hospitalier :

Si l'on reste sur la vision décrite de la T2A, plus les établissements hospitalisent, plus leurs revenus augmentent et plus les dépenses de l'AM augmentent. Pour contrôler les dépenses de santé hospitaliers, et plus largement de l'ensemble des dépenses liés à la santé, l'Etat met en place les lois de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) (36), et notamment l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) avec l'ordonnance du 24 avril 1996 (37). Le gouvernement souhaite maîtriser au niveau national le budget alloué à la santé qui est voté annuellement lors de la LFSS. Il fixe un montant de dépense pour l'année à venir pour les différents secteurs de santé

en France, les soins de ville, les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et les autres prises en charge.

Bien que l'ONDAM a été systématiquement dépassé durant ses débuts, il est respecté depuis 2010 (38). En 2019, l'objectif des dépenses pour les établissements de santé était de 82,6 milliards d'euros. Il est ainsi devenu un outil de gestion efficace du budget alloué aux établissements de santé. Pour éviter le dépassement de l'ONDAM, la Sécurité Sociale dispose principalement de deux leviers : la mise en réserve d'enveloppes destinées aux établissements de santé, non redistribuées en cas de dépassement de l'objectif et la modification de tarification des différents montants liés à l'activité, dont les GHS, ou du taux de remboursement des médicaments.

Enfin, nous pouvons citer le contrôle T2A comme moyen de contrôle des dépenses. C'est un dispositif indirect de contrôle des dépenses puisque cela permet de freiner les potentielles volontés de surcoder pour obtenir une augmentation de revenus. De plus, cela permet à l'AM de récupérer une somme d'argent jugée comme indument perçue par les établissements.

Le contrôle T2A

Un contrôle externe est introduit par la circulaire DH/PMSI/95 N°48 du 11 décembre 1995 (39) pour contrôler la qualité des RSA. Pour ces contrôles, un comité technique régional de l'information médical (COTRIM) est créé dans chaque région. Le contrôle de la qualité était nécessaire dans l'optique d'une attribution financière à partir du PMSI. Le contrôle était donc à but pédagogique pour améliorer la qualité générale des informations du PMSI.

Le contrôle externe des productions médico-administratives des établissements de santé, tel qu'il est réalisé de nos jours, est mis en place par la circulaire DHOS/DSS/UNCAM du 18 décembre 2005 (40) pour une première campagne de contrôle durant l'année 2006. La circulaire, élaborée par l'Etat et l'Assurance Maladie, fait intervenir la création d'une unité de coordination régionale (UCR), pour coordonner les actions de contrôle.

Le principe du contrôle T2A est d'effectuer des contrôles sur site ciblés aux établissements ayant des anomalies statistiques sur les données PMSI. Des séjours hospitaliers sont tirés au sort parmi l'ensemble des séjours répondant aux critères du champ évalué. Le contrôle portera alors sur les séjours des champs ciblés. Si les médecins contrôleurs estiment que le GHS a été surfacturé, un indu est alors réclamé. Les indus pour un champ sont calculés à partir de la différence des sommes de GHS entre les GHS initiaux et les GHS finaux fixés à l'issue du contrôle, au prorata du nombre total de séjours du champ.

Pour accompagner la mise en place du contrôle T2A, l'Assurance Maladie publie le guide du contrôle externe T2A MCO (41). L'ensemble de la procédure de contrôle y est noté. Sa dernière version, publiée en 2018, a été élaborée par le groupe national de suivi du contrôle externe de la tarification formé de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), la Direction de la sécurité sociale (DSS), l'ATIH et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et en concertation avec la Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), Unicancer, la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la personne et des médecins contrôleurs (41).

1. Priorités nationales

A chaque campagne, des priorités nationales de contrôle sont émises par un groupe technique composé de représentants de la DSS, de la DGOS, de l'ATIH et de l'AM. Ces priorités sont définies en prenant en compte l'évolution de la réglementation et des résultats des contrôles antérieurs. Ces priorités nationales sont publiées par instruction du Ministère des Solidarités et de la Santé à l'attention des directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS). A titre d'exemple, les priorités nationales de 2018 sont présentées en Annexe 2.

2. Programme régional du contrôle externe

L'UCR, composée de personnels de l'AM et de l'ARS, prend note des priorités nationales pour l'adapter au niveau régional et écrire le programme régional de contrôle. Le contrôle sur site ne pouvant être réalisable sur l'ensemble des établissements pour des raisons pratiques, seule une partie des établissements sera contrôlée sur site. C'est le ciblage qui va déterminer les établissements contrôlés pour la campagne en cours.

Le ciblage des établissements se base sur plusieurs points. Ce ciblage se fait notamment à l'aide de tests statistiques, que l'on nomme Détection des Atypies de l'Information Médicale, ou test DATIM. Ce dernier est un outil d'aide à l'analyse de la qualité des informations PMSI (42). Il se base sur plusieurs tests recherchant une anomalie ou une atypie dans les fichiers de RSA de l'année N-1. L'ensemble des données PMSI des établissements sous T2A sont analysés. Les autres critères du ciblage utilisent des remontées issues des bases de remboursement de l'AM ou de la base SNIIRAM, le système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie,

mais aussi le résultat des contrôles antérieurs ou d'éventuels signalements remontés à l'UCR.

C'est également dans ce programme régional de contrôle que les champs sanctionnables pour chaque établissement sont notés. Un champ sanctionnable est un champ qui peut donner lieu à une sanction financière en plus des indus.

Le programme régional de contrôle établit les établissements ciblés, le type d'atypie contrôlé ou champ de contrôle pour chaque établissement, ainsi que le caractère sanctionnable ou non du champ. La commission de contrôle, composé de représentants de l'ARS et de l'AM, pose un avis consultatif sur le programme régional de contrôle. Suite à cet avis, le directeur général de l'ARS (DGARS) valide et arrête le programme régional de contrôle qui est alors publié dans le recueil des actes administratifs régional.

3. Contact entre l'établissement et l'AM

Le directeur et le médecin responsable du DIM des établissements contrôlés sont informés par courrier du DGARS des modalités du contrôle (exemple en Annexe 3). Le médecin contrôleur responsable du contrôle prend ensuite contact avec le directeur et le médecin DIM pour convenir de la date et de la durée du contrôle sur site ainsi que des modalités pratiques. L'établissement doit mettre à disposition de l'équipe de contrôle un local, un accès ciblé aux éléments du dossier permettant de justifier la facturation et un équipement minimum pour le bon déroulement du contrôle.

Un tirage au sort des séjours contrôlés est réalisé en amont du contrôle. Une procédure entre le médecin responsable du contrôle et le médecin DIM à travers des

échanges de fichiers informatiques permet de tirer au sort parmi les séjours ciblés du fichier d'envoi PMSI.

4. Contrôle sur site

Lors du contrôle sur site, le médecin responsable du contrôle est accompagné d'une équipe de praticiens-conseils et d'agents administratifs pour l'aider.

Après une phase d'analyse des séjours, une concertation obligatoire est organisée entre le médecin DIM et le médecin contrôleur pour formaliser l'argumentaire de chacun. Pour chaque dossier, un accord est recherché, mais pas toujours atteint. L'ensemble des arguments sont consignés sur une fiche argumentaire contradictoire (43).

5. Après le contrôle

A l'issue du contrôle sur site, un rapport de contrôle est élaboré par le médecin responsable du contrôle. Le rapport comporte une synthèse des effectifs de séjours en désaccord ainsi que les observations d'éléments marquants du contrôle sur site du médecin responsable du contrôle. Le rapport de contrôle est transmis à l'établissement concerné et, à partir de la réception du rapport, l'établissement a 30 jours pour produire ses observations écrites. Il est à noter qu'il n'existe pas de délai imposé au médecin responsable du contrôle pour transmettre le rapport à l'établissement.

A la réception des observations ou au-delà des 30 jours de la date de réception, le médecin responsable transmet le rapport de contrôle, les éventuelles observations de

l'établissement, l'ensemble des pièces administratives et les pièces anonymisées des dossiers patients à l'UCR.

L'UCR analyse à son tour les séjours et, pour chaque dossier, peut prendre une décision qui va à l'encontre des praticiens-conseils. Toute modification de décision ne peut être qu'en faveur de l'établissement. La décision de l'UCR remplace l'avis fait sur site.

Un avis d'expert facultatif peut être demandé par l'UCR, avec ou sans une demande préalable de l'établissement. Le cas échéant, la procédure est suspendue jusqu'à réception de l'avis.

Bien que le médecin responsable du contrôle ne puisse faire partie des concertations de l'UCR concernant l'établissement, il n'est fait aucune mention concernant les praticiens-conseils ayant participé au contrôle sur site.

La procédure d'indus est une procédure règlementée aboutissant au paiement des sommes indûment perçues aux différentes caisses de l'AM. C'est la caisse pivot ou centralisatrice qui notifie l'établissement des sommes dues à l'ensemble des caisses gestionnaires impliquées. Il existe un délai de prescription triennale des indus à partir de la date de paiement par l'AM.

6. Sanction

Seuls les champs sanctionnables peuvent faire l'objet d'une sanction. Une procédure de sanction peut être initiée par l'UCR pour chaque indu issu de ce champ. Pour être sanctionnable, un champ doit remplir des conditions :

- Le caractère sanctionnable doit être précisé dans le programme régional ;

- Le séjour doit répondre à un nombre de séjours contrôlés :

Nombre de séjours ciblés du champ	Nombre de séjours à contrôler
< 300 séjours	Contrôle exhaustif
de 300 à 1 500 séjours	≥ 150 séjours
> 1 500 séjours	≥ 10% du champ

Tableau 3 : Nombre de séjours à contrôler pour rendre un champ sanctionnable

- L'établissement doit avoir eu le temps nécessaire et suffisant pour modifier son comportement de codage suivant un précédent contrôle.

Le montant d'une sanction pour un champ ne peut dépasser une certaine somme, que l'on appelle des bornes. Deux bornes sont calculées : la première est le produit du taux d'anomalies sur le champ par le montant des recettes AM dont sont issus les séjours contrôlés du champ, la deuxième est la différence entre les surfacturations et les sous-facturations sur les séjours contrôlés du champ multiplié par 10. Le montant maximum du champ correspond à la plus petite des deux bornes. La somme des montants dans chaque champ ne peut dépasser 5% de la totalité des recettes de l'AM de l'établissement réalisées au cours de l'année contrôlée.

L'UCR se charge de rédiger un rapport de synthèse dans lequel sont notés entre autres le nombre de séjours contrôlés, le taux d'anomalies, le montant indu, le calcul des bornes et le montant maximal dans chaque champ, le montant maximal de la sanction pour l'établissement. Ce rapport est envoyé au DGARS et à la Commission de contrôle. La Commission de contrôle émet un avis sur la sanction, mais c'est au DGARS que revient la décision d'infliger une sanction ou non, et son montant. Il existe en effet des critères de modulation de la sanction que le DGARS peut intégrer pour motiver le changement de montant (44), suite à une rencontre avec l'établissement.

7. Les voies de recours

Les établissements ont un moyen de recours pour contester les décisions du médecin contrôleur et de l'UCR. Pour initier la procédure de contestation, l'établissement doit saisir la commission de recours amiable (CRA) dans un délai de 2 mois à compter de la réception de la notification d'indu. Une procédure auprès de la CRA doit être réalisée pour autant de caisses gestionnaires impliquées. La CRA a alors 2 mois pour prendre connaissance des dossiers et statuer sur une décision. Si aucune réponse n'est émise, l'établissement peut considérer sa demande comme rejetée par la CRA et peut alors contester les décisions devant le Tribunal Judiciaire.

La durée des procédures de contestation est telle que des indus peuvent n'être payés par l'établissement seulement plusieurs années après le paiement initial des séjours.

Modification de codage

Dans le cadre de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, la DGOS présente ses bilans suite aux campagnes de contrôle T2A. En 2018, la DGOS a présenté un bilan des années 2008 à 2017 sur l'ensemble des établissements français contrôlés (45). Le bilan fait état de 1 042 755 séjours contrôlés dont 40% portaient sur les HDJ et 30% sur les CMA, sur les campagnes entre 2013 et 2016. Sur l'ensemble des séjours contrôlés entre 2008 et 2016, une anomalie a été détectée dans 43% des séjours, représentant 238,2 millions d'euros d'indus. En 9 campagnes, le taux de séjours contrôlés en anomalie a baissé de 10 points dans les établissements publics et privés. Si l'on s'intéresse particulièrement aux séjours d'HDJ, le pourcentage

de séjours contrôlés avec anomalie a baissé de 14 points, passant de 60% à 46%, tandis que pour les séjours contrôlés pour CMA, le pourcentage de séjours contrôlés avec anomalie observe une légère augmentation mais reste stable sur les campagnes 2013 à 2016 (Annexe 4). Il apparaît dans ce bilan une tendance à la stabilité ou, au mieux, à la baisse du taux de séjours contrôlés avec anomalie.

La baisse du taux d'anomalie dans le champ HDJ est marquante. On peut donc imaginer qu'au fil des années, au vu du risque de décision défavorable lors d'un contrôle externe, les HDJ codés étaient des dossiers considérés par l'établissement comme robustes. Cependant, ce bilan ne montre pas l'impact d'un contrôle sur le codage au sein d'un établissement. En effet, il s'agit de données issues des établissements contrôlés, qui ont donc par définition été ciblés sur ce champ. Il ne prend donc pas en compte l'évolution du codage dans sa globalité. De plus, il s'agit d'un bilan au niveau national, alors que nous savons que les contrôles ne sont comparables véritablement qu'au niveau de chaque région, les contrôles étant organisés au niveau régional.

Plusieurs hypothèses peuvent être émises concernant ces tendances. Il est possible que la baisse du taux d'anomalie soit due à une meilleure maîtrise des règles de codage avec le temps, à un effet dissuasif du contrôle sur les établissements qui ont alors tendance à utiliser l'HDJ ou les CMA avec parcimonie, ou encore à un effet dissuasif du contrôle sur site sur l'établissement contrôlé.

Notre étude

Parmi les champs annuellement contrôlés, deux champs reviennent systématiquement :

- Un champ portant sur les niveaux de sévérité du GHM, qui cherche à repérer un surcodage, c'est-à-dire un codage erroné permettant d'apporter un niveau de sévérité supérieur au GHM ;
- Le test DATIM 73, recherchant les séjours d'HDJ pouvant être réalisés à titre externe.

Pour augmenter le niveau de sévérité d'un séjour, plusieurs critères entrent en jeu que nous avons décrits précédemment. Un niveau de sévérité plus élevé est synonyme d'augmentation de la facturation à l'AM. Cette dernière a donc intérêt à contrôler le niveau de sévérité pour rechercher d'éventuelles surfacturations et s'appuie pour cela sur le contrôle de codage des CMA.

Le test DATIM 73 est intitulé « Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "autre" ». Il repère ainsi des hospitalisations sans nuit avec au moins un acte de la liste « autre » issue des documents OVALIDE(46). Pour comprendre pourquoi ce champ est annuellement testé lors des contrôles T2A, il faut définir le contexte. La distinction entre les soins externes et une hospitalisation est importante puisque les soins en activité externe, que l'on désigne par les termes actes et consultations externes (ACE), ne sont pas facturés par un GHS.

Réalisés à l'hôpital, ils sont valorisés aux mêmes tarifs que ceux en ville. Ainsi, pour définir la frontière entre un GHS et de l'ACE, l'instruction DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 (47) dite « circulaire-frontière » définit les différences entre ces deux critères. D'après l'instruction, un GHS obtenu dans le cadre d'un séjour en UHCD, ne peut être facturé que si son état de santé présente les caractéristiques suivantes :

- 1) un caractère instable, ou que le diagnostic reste incertain,

- 2) nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation,
- 3) nécessite la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

De même, les caractéristiques des séjours d'une journée pouvant prétendre à un GHS sont décrits.

L'AM souhaite donc éviter les dérives en contrôlant le bienfondé de GHS ayant des caractéristiques relevant de l'ACE. Le taux stable d'anomalies au fil des ans pourrait trouver son origine dans le caractère interprétable de la circulaire-frontière. En se basant sur cette circulaire-frontière, les médecins contrôleurs requalifient des séjours d'hospitalisation en séjour externe.

La répétition de ces champs témoigne de l'importance de ces problématiques pour l'AM.

Objectif

Nous souhaitons donc étudier, à partir des deux champs les plus problématiques et proéminents en volume (45), que sont les champs sur le contrôle des CMA et du DATIM 73, l'impact du contrôle externe de la T2A sur le codage PMSI au sein des établissements de l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais.

Méthodologie

Sélection des établissements

Les critères d'inclusion des établissements sont les suivants :

- Établissement public ou privé à but non lucratif, aussi appelé établissement de santé privé d'intérêt collectif ou ESPIC ;
- Situé dans l'ancienne région du Nord-Pas-de-Calais, autrement dit dans les départements du Nord (département 59) et du Pas-de-Calais (département 62) ;
- Ayant une activité MCO ;
- Possédant un service d'urgences, pour intégrer la problématique des hospitalisations en UHCD.

Les programmes régionaux de contrôle des campagnes T2A du Nord-Pas-de-Calais de 2011 à 2015, puis, après changement des régions acté en 2015, des Hauts-de-France de 2016 à 2018, fournis par l'ARS, ont été consultés pour obtenir les établissements contrôlés et les champs concernés par chaque établissement. Les programmes des années précédant 2011 n'ont pas pu être communiqués par l'ARS.

Les données PMSI des établissements inclus ont été extraites depuis la base nationale entre 2010 et 2019, soit l'ensemble des périodes avec données complètes disponibles sur la base nationale au moment de l'étude. L'étude a été réalisée dans le cadre de la méthodologie de référence MR-005 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Champs de contrôle étudiés

Niveau de sévérité – CMA unique

Le champ de contrôle portant sur les séjours avec CMA cherche le surcodage d'un séjour. Les méthodologies de ciblage et les séjours contrôlés par l'AM chaque année concernant ce champ sont présentés dans l'Annexe 5. Les critères de sélection des séjours étant différents d'une année à l'autre, un choix sur les critères de sélection de séjours avec CMA a dû être fait pour pouvoir comparer les années entre elles. Nous avons donc retenu les séjours avec un GHM de niveau de sévérité 3 ou 4 avec une CMA unique, c'est-à-dire que le codage d'une seule CMA fait basculer le GHM vers le niveau de sévérité 3 ou 4. Nous avons exclu les séjours relevant des CMD 14 (Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum), 15 (Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale), 28 (Séances) et 90 (Erreurs et autres séjours inclassables) qui sont également exclus, certaines années, des critères de contrôle par l'AM.

Pour ce champ, nous considérons le dénominateur comme l'ensemble des séjours, toujours en excluant les séjours relevant des CMD 14, 15, 28 et 90, ainsi que les GHM en Z et les séjours avec une durée de séjour inférieure ou égale à 5 jours (4 nuits), qui ne peuvent prétendre à un niveau de sévérité supérieur à 3.

DATIM 73

Le DATIM 73, intitulé « nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe », sélectionne les séjours de moins d'une journée associés à un acte isolé faisant partie d'une liste d'actes pouvant être réalisés en externe. Pour ce champ, le comptage des séjours ciblés se fait selon le mode de calcul du guide DATIM : nombre de RSA avec durée = 0 (nuit) et un seul acte sans anesthésie tel que la valeur = 1 dans le champ

« AUTRE » hors CM28, hors CM90 et hors sortie décès. Le champ « AUTRE » fait référence à un document produit par l'ATIH recensant les actes.

Le recueil des actes administratifs portant sur le programme régional du contrôle externe 2017 sur l'année 2016 ajoute une modification au DATIM 73 en excluant l'HDJ sur la diabétologie, la psychiatrie, l'addictologie et les suites de greffes. A partir de la campagne de contrôle 2018, le champ n'est plus contrôlé suite à un moratoire : l'HDJ est exclue de l'ensemble des champs de contrôle (45). Nous avons donc exclu les années 2018 et 2019.

Pour évaluer le volume de soins externes réalisé par un établissement, nous avons comptabilisé le nombre de consultations avec un seul acte de la liste « AUTRE ». Sur la base nationale du PMSI, nous avons utilisé les différentes tables « rsfa_externe » qui correspondent aux données des RSF-ACE.

Pour calculer un taux de séjours relevant du test DATIM 73, nous avons fait le rapport entre le nombre de séjours répondant aux critères du DATIM 73 et la somme de ces mêmes séjours et du nombre total de passage en externe dans le fichier RSF avec 1 acte de la liste « Autre ». Nous souhaitons avoir un total de séjours susceptibles de basculer du GHS en activité externe et vice-versa.

Analyses statistiques

Les contrôles T2A portent sur les mois M3 à M12 de l'année N-1. Nous avons donc exclu les mois de janvier et de février des analyses. Les analyses ont été réalisées par champ.

1. Analyses descriptives des établissements

Dans un premier temps, une analyse descriptive univariée des données a été réalisée.

Dans un second temps, nous avons présenté le ratio par établissement et par année.

2. Modèle statistique

La variable étudiée était la proportion de séjours ciblés sur le total de séjours dans chaque champ. La variable d'intérêt était la programmation d'un contrôle sur le champ étudié l'année précédente. Nous étudions donc l'impact immédiat d'un contrôle T2A l'année suivant un contrôle.

Pour modéliser des données proportionnelles de type n/k , nous avons utilisé un modèle de régression binomiale en appliquant la méthode préconisée dans l'ouvrage « *The R book* » de J. Crawley (48). L'analyse d'une surdispersion, qui est une variance des données observées supérieure à la variance estimée par le modèle, est réalisée en divisant la déviance au nombre de degré de liberté. Si le résultat est supérieur à 1, on parle de surdispersion des données, et un modèle de régression quasi-binomiale est alors recommandé.

Pour rappel, le modèle binomial est un type de modèle linéaire généralisé utilisant une fonction de lien logit. Le logit de la variable réponse permet de transformer une variable comprise en 0 et 1 en une valeur comprise entre $-\infty$ et $+\infty$. Ainsi, le modèle explique une variable y transformée et peut s'écrire de la manière suivante :

$$\frac{y}{1-y} = e^{\beta_0 + \sum_{i=1}^p \beta_i x_i}$$

où p désigne le nombre de variables explicatives dans le modèle et β les coefficients des variables explicatives du modèle. Les coefficients des variables explicatives influent sur le rapport $\frac{y}{1-y}$ et l'exponentielle d'un coefficient de la régression est interprétée comme un odds ratio (OR).

Enfin, nous avons défini la variable « établissement » en tant qu'effet aléatoire sur l'intercept pour prendre en compte la répétition de données au cours du temps d'un même établissement. Nous avons donc utilisé un modèle de régression logistique mixte.

L'interprétation d'un coefficient pour un modèle linéaire généralisé mixte diffère de l'interprétation classique d'un coefficient : le coefficient de la variable « contrôle T2A l'année précédente » correspond à la différence en moyenne du pourcentage de séjours sur l'échelle logit au sein d'un même établissement (49).

Le coefficient de la variable d'intérêt a été interprété pour conclure sur l'impact du contrôle sur les établissements avec un seuil de significativité de l'effet à 5% lors du test de Wald comparant le coefficient à 0.

Les analyses statistiques ont été réalisées sur RStudio (50) version 1.2.5033 avec le package *lme4* (51) et sa fonction *glmer*. Dans le cas d'une surdispersion, le package *MASS* (52) et sa fonction *glmmPQL* (53) ont été utilisés, selon les recommandations de Ben Bolker *et al* (54). Cette fonction permet de modéliser des régressions linéaires généralisées mixtes quasi-binomiale en déterminant les paramètres du modèle par *penalized quasi-likelihood* (55).

3. Variables d'ajustement

Les variables d'ajustement sont des variables que nous estimons avoir une influence sur le comportement de codage suivant un contrôle. Les inclure dans le modèle permet de prendre en compte ces variables lors de l'interprétation de l'effet du contrôle sur le taux de séjours détecté. Ces variables sont les suivantes :

- Catégorie d'établissement : les établissements inclus sont des « centre hospitalo-universitaire », « centre hospitalier » ou « établissement à but non lucratif » ;
- Taille d'établissement : définies par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), le classement est défini entre T0, un faible volume d'activité, et T4, un grand volume d'activité (Annexe 6) ;
- L'organisation du codage du PMSI par établissement : issue des Statistiques Annuelles des Etablissements (SAE), l'organisation est classée en centralisée, partiellement décentralisée et décentralisée.

4. Détail des variables d'ajustement

Catégories d'établissement

Les catégories d'établissement sont celles utilisées sur la base nationale du PMSI. Ces catégories sont les suivantes : CH (centre hospitalier), CHR/U (centre hospitalier régional/universitaire) et PSPH/EBNL (participant au service public hospitalier/établissement à but non lucratif). Le CHU de Lille étant le seul établissement de sa catégorie, nous avons décidé d'inclure le CHU de Lille dans les établissements CH.

Taille des établissements

Afin de pouvoir comparer les établissements entre eux selon leur activité et leur taille, l'ANAP a mis en ligne Hospi Diag (56). Cet outil produit des indicateurs à partir de 9 bases nationales, dont le PMSI. En fonction du volume d'activité en MCO décrit en Annexe 6, une typologie est attribuée à l'établissement et permet ainsi de qualifier la taille des établissements. En croisant avec les données des années manquantes sur data.gouv.fr (57), les établissements ont gardé la même taille entre 2010 et 2018. Nous avons donc attribué à chaque établissement la taille définie par Hospi Diag.

Organisation du codage PMSI

La SAE est une enquête administrative, exhaustive et obligatoire pour les établissements de santé en France effectuée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) (58). Parmi les informations recherchées, il est demandé aux établissements quel est leur mode d'organisation pour le codage du PMSI : centralisé, décentralisé ou partiellement décentralisé. Cette dernière modalité n'a été ajoutée qu'à partir de 2013. En plus des données manquantes ponctuelles, le CHU de Lille ne répondait pas à l'enquête. De ce fait, nous avons imputé manuellement l'organisation pour les années 2011 et 2012 ainsi que pour les données manquantes en fonction des connaissances d'organisation de ces établissements (Annexe 7).

5. Analyse de sensibilité

Pour le niveau de sévérité, des analyses supplémentaires ont été effectuées en ne considérant qu'un seul niveau de sévérité, à partir du niveau 2.

Résultats

Etude sur le niveau de sévérité

1. Description de l'échantillon

L'analyse descriptive des établissements inclus pour le champ portant sur le niveau de sévérité est présentée dans le Tableau 4.

	Effectif (N=28)
Catégorie d'établissement	
Centre Hospitalier	22 (78,6%)
Etablissement à but non lucratif	6 (21,4%)
Taille d'établissement	
T1	4 (14,3%)
T2	3 (10,7%)
T3	17 (60,7%)
T4	3 (10,7%)
T5	1 (3,6%)
Au moins un contrôle dans le champ CMA	
Contrôlé	18 (64,3%)
Non contrôlé	10 (35,7%)

Tableau 4 : Description des établissements du Nord-Pas-de-Calais inclus dans l'étude des séjours avec CMA unique de niveau 3 ou 4 (N = 28)

Nous avons retenu 28 établissements du Nord-Pas-de-Calais, 22 centres hospitaliers publics et 6 établissements publics à but non lucratif (Annexe 8).

Les établissements étaient en majorité de taille 3 (60,7%). Pour pallier au faible effectif de certaines catégories, nous avons choisi de recoder la variable en une variable binaire : les établissements de petite taille, avec une taille d'établissement inférieure

ou égale à T2 et les grands établissements, avec une taille d'établissement supérieure ou égale à T3. Cela permettrait une meilleure harmonisation des groupes.

La Figure 2 présente le pourcentage de séjours ciblés par établissement et par année, de 2010 à 2019.

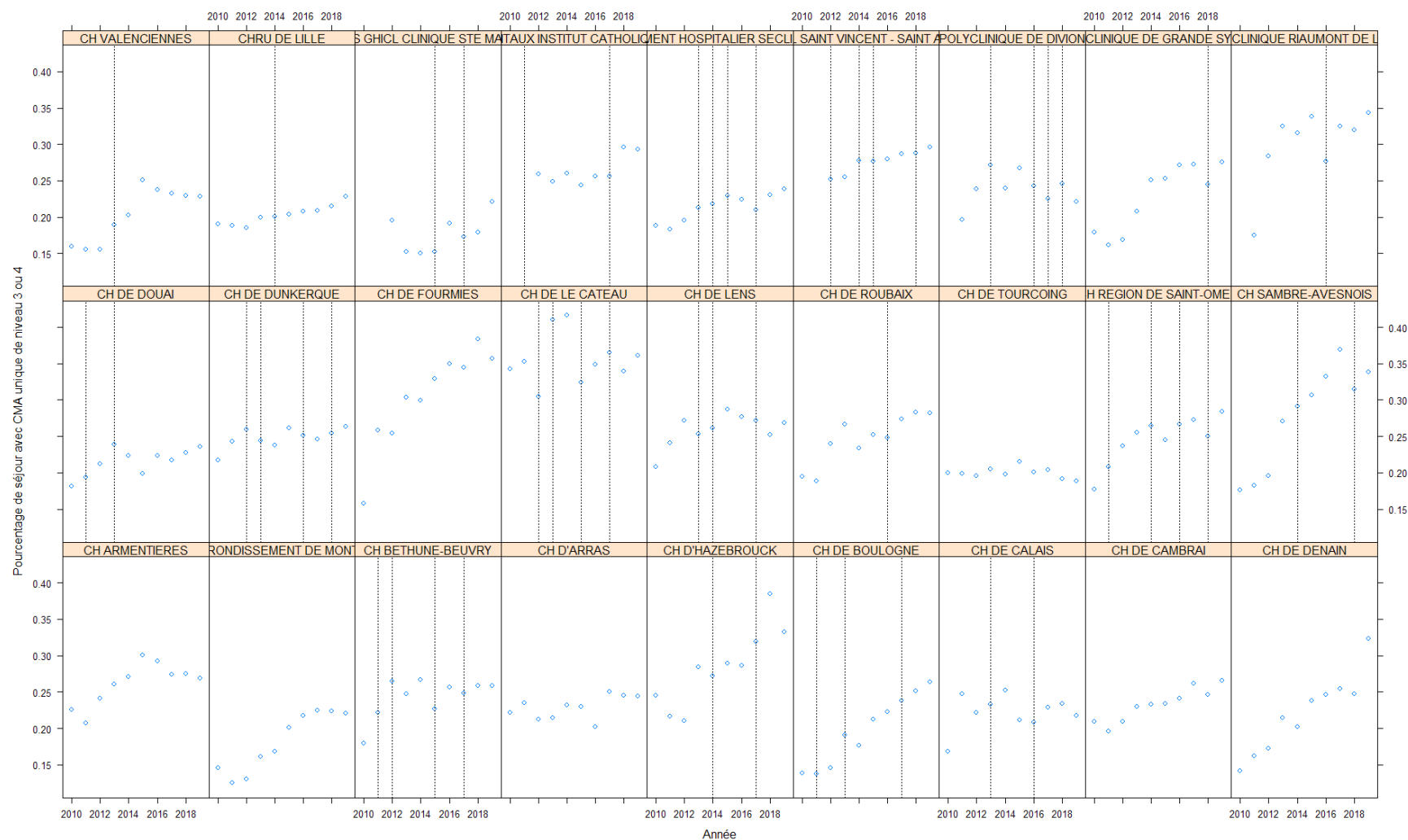


Figure 2 : Pourcentage de séjours avec CMA unique de niveau 3 ou 4 sur l'ensemble des séjours avec une durée supérieure ou égale à 5 jours (4 nuits). Les traits verticaux en pointillés représentent une année où a eu lieu un contrôle dans le champ CMA.

2. Modèle de régression

Le modèle binomial est présenté en Annexe 9. Au vu des données, il existait une surdispersion : nous ne pouvions interpréter les résultats tels quels. Nous avons donc réalisé un modèle quasi-binomial (Tableau 5).

	Coefficient	OR	IC à 95%	p
Contrôle T2A l'année précédente	-0,01	0,99	0,95 - 1,02	0,51
Année	0,12	1,13	1,11 - 1,16	< 0,001
Taille : T3 ou T4	-0,25	0,78	0,62 - 0,94	0,01
Catégorie : EBNL	-0,06	0,94	0,78 - 1,14	0,53
Organisation du codage PMSI				
Décentralisée	0	1		
Partiellement décentralisée	-0,07	0,93	0,87 - 0,99	0,04
Centralisée	-0,04	0,96	0,91 - 1,01	0,15

Tableau 5 : Modèle de régression quasi-binomial avec effet aléatoire de l'établissement expliquant le pourcentage de séjours avec CMA unique de niveau 3 ou 4

Pour le modèle sur le niveau de sévérité, un contrôle T2A réalisé l'année précédente n'est pas significativement associé au pourcentage de séjours avec CMA unique de niveau 3 ou 4 (OR = 0,99, intervalle de confiance à 95% [1,11 – 1,16]). Ainsi, même si le test de Wald avait été inférieur à 0,05, ce qui n'est pas le cas, l'effet du contrôle sur le pourcentage de séjours aurait été quasiment nul.

Si l'on s'intéresse aux variables d'ajustement, l'année, la taille d'établissement et une organisation partiellement décentralisée ont un effet significatif. L'OR d'une taille d'établissement T3 ou T4 par rapport à une taille T1 ou T2 est de 0,78 [0,62 – 0,94] tandis que chaque année on constate une augmentation du pourcentage (OR = 1,13

[1,11 – 1,16]). Une organisation du codage du PMSI en partiellement décentralisée est associée à un OR de 0,93 [0,87 – 0,99].

Le diagnostic du modèle est présenté en Annexe 10.

3. Analyse de sensibilité

Les résultats de l'analyse sont présentés en Annexe 11. Les résultats sont similaires à l'analyse principale quel que soit le niveau de sévérité unique retenu. On note qu'une organisation de codage du PMSI partiellement ou entièrement centralisée est associée à un pourcentage de séjour avec CMA unique de niveau 4 plus faible.

Etude sur le champ DATIM 73

1. Description de l'échantillon

Pour le champ DATIM 73, des données manquantes dans les fichiers RSF-ACE n'ont pas permis de calculer un pourcentage sur les établissements suivants : le CH de Boulogne-sur-Mer, le CH d'Arras, le CH de Dunkerque, la Polyclinique de Grande-Synthe, le CH de l'Arrondissement de Montreuil-sur-mer et la Clinique Sainte-Marie. Ils ont donc été exclus de l'analyse.

	Effectif (N=22)
Catégorie d'établissement	
Centre Hospitalier	17 (77,3%)
Etablissement à but non lucratif	5 (22,7%)
Taille d'établissement	
T1	3 (13,6%)
T2	2 (9,1%)
T3	13 (59,1%)
T4	3 (13,6%)
T5	1 (4,5%)
Au moins un contrôle dans le champ CMA	
Contrôlé	18 (81,8%)
Non contrôlé	4 (18,2%)

Tableau 6 : Description des établissements du Nord-Pas-de-Calais inclus dans l'étude des séjours en DATIM 73 (N = 22)

Le pourcentage de séjours concernés par le DATIM 73 sur l'ensemble des séjours ou consultations avec un acte de la liste ciblée par le DATIM 73 sont présentés en Figure

3.

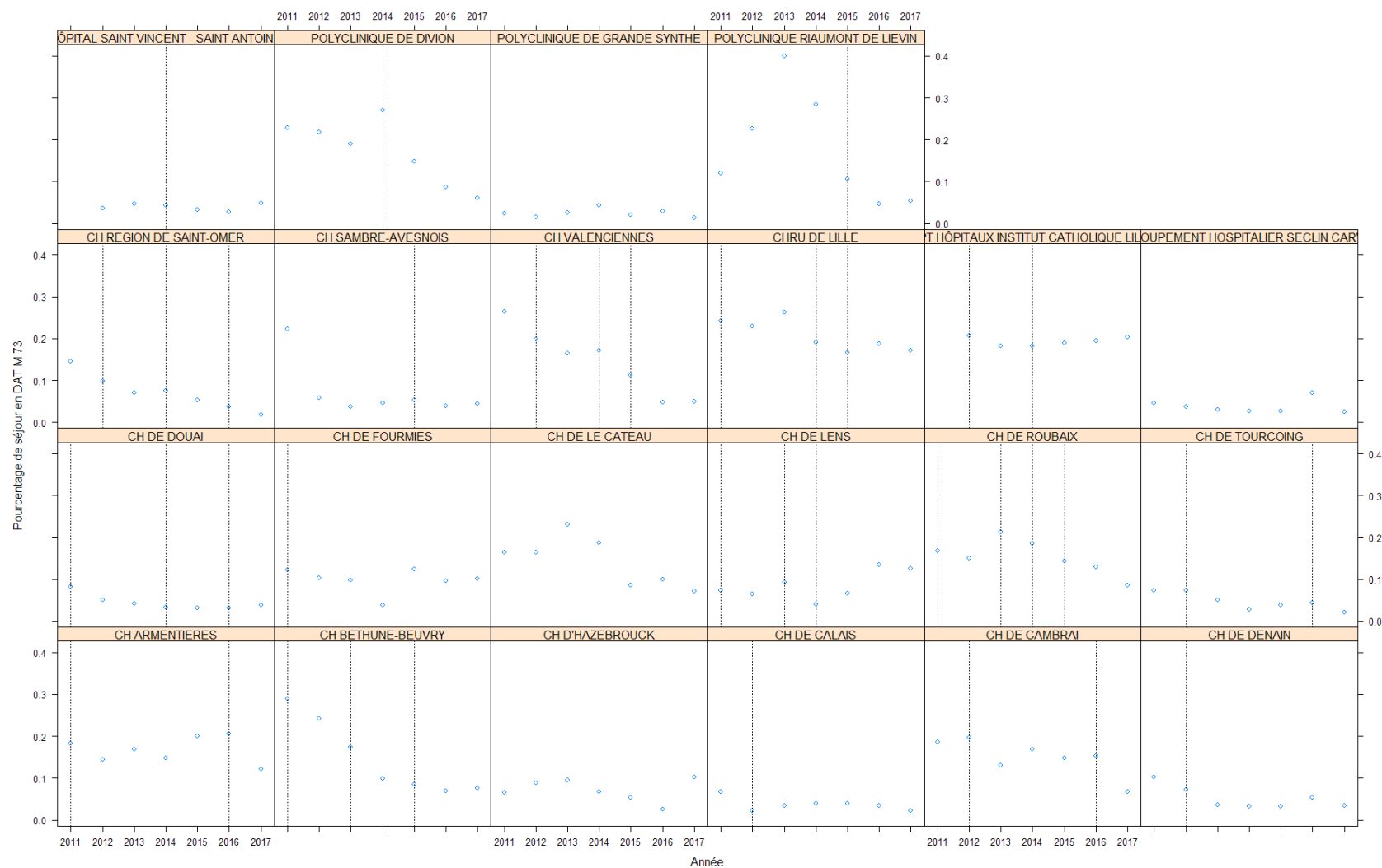


Figure 3 : Pourcentage de séjours répondant aux critères du DATIM 73.
Les traits verticaux en pointillés représentent une année où a eu lieu un contrôle dans le champ DATIM 73.

2. Modèle de régression

Le modèle binomial réalisé est présenté en Annexe 12. Là encore, la surdispersion nécessitait l'utilisation d'un modèle de régression quasi-binomial, présenté dans le Tableau 7.

	Coefficient	OR	IC à 95%	p
Contrôle T2A l'année précédente	-0,2	0,82	0,70 - 0,96	0,02
Année	-0,46	0,63	0,57 - 0,70	< 0,001
Taille : T3 ou T4	-0,07	0,93	0,44 - 1,98	0,84
Catégorie : EBNL	0,3	1,34	0,63 - 2,88	0,44
Organisation du codage PMSI				
Décentralisée	0	1		
Partiellement décentralisée	0,06	1,06	0,77 - 1,46	0,72
Centralisée	-0,01	0,99	0,79 - 1,25	0,94

Tableau 7 : Modèle de régression quasi-binomial avec effet aléatoire de l'établissement expliquant le pourcentage de séjours en DATIM 73

Pour le champ DATIM 73, un contrôle T2A diminuait le pourcentage de DATIM 73 (OR = 0,82 [0,7 – 0,96], $p = 0,02$) sur l'année suivante.

Les variables d'ajustement, hormis l'année, ne sont pas associées significativement.

Discussion

Interprétation des résultats

Pour le champ relatif au niveau de sévérité, un contrôle T2A dans les établissements du Nord-Pas-de-Calais n'a pas d'effet l'année suivante sur le taux de séjours de CMA unique de niveau 3 ou 4. Nous interprétons le résultat de ce champ par le fait que le codage d'une CMA de niveau 3 ou 4 est spécifique à chaque séjour. En effet, chaque séjour est différent et amène à réaliser un codage particulier. Si le codeur estime qu'il existe une CMA de niveau 3 ou 4, il le codera, qu'il y ait eu ou non un contrôle. De plus, les établissements, ayant connaissance de la récurrence de ce champ, s'assurent que le codage d'une CMA de niveau 3 ou 4 est réel et bien documenté, d'autant plus si celle-ci est unique, par un contrôle qualité interne. Par ailleurs, nous retrouvons ce résultat en Annexe 4, où le nombre de séjours contrôlés avec anomalie dans le champ CMA est resté globalement stable entre 2010 et 2016 sur la France.

Une taille ≥ 3 de l'établissement est associée à une baisse du pourcentage de CMA 3 ou 4 unique par rapport aux tailles ≤ 2 , ce qui peut être expliqué par le fait que les séjours de niveau 3 ou 4 concernent des patients dont l'état de santé est plus sévère, ce qui pourrait justifier plusieurs codes de CMA de niveau 3 ou 4.

Quant à l'organisation du codage, l'organisation partiellement décentralisée peut soit désigner un contrôle *a posteriori* du DIM pour contrôler les éventuelles dérives, soit d'un codage d'une partie seulement de l'activité. Dans les deux cas, on peut penser qu'un apport d'une professionnalisation du codage fasse baisser le taux de CMA unique de niveau 3 et 4. Dans notre modèle, une organisation partiellement décentralisée baisse significativement ce taux, avec un OR à 0,93 [0,87 – 0,99], mais une organisation centralisée du codage n'est pas significativement différente d'une

organisation décentralisée. Plusieurs explications aux résultats sont possibles : la frilosité des codeurs professionnels qui ont à cœur de respecter les règles de codage, le manque de connaissance des règles par les cliniciens et donc des CMA de niveau 3 ou 4 ou encore l'apport d'éléments permettant le codage des CMA 3 et 4 après le codage du séjour, comme par exemple des résultats de cultures de germes.

Concernant le champ DATIM 73, un contrôle T2A a un effet significatif sur ce champ l'année suivante. Un contrôle effectué sur ce champ implique de reclasser une activité codée en HDJ vers de l'externe. Si tel est le cas, il y a deux possibilités : soit une partie de l'activité est reclassée et n'entre plus dans le test DATIM 73 pour l'année suivante, soit des modifications d'organisation sont mises en place pour éviter à l'établissement d'être ciblé par le test DATIM 73 l'année suivante. Dans les deux cas, le taux de DATIM 73 baisse. L'impact du contrôle DATIM 73 est alors immédiat et l'effet est donc retrouvé par le modèle.

Pour ce champ, la taille et la catégorie d'établissement n'entrent pas en compte dans le taux de DATIM 73. L'organisation du codage ne semble pas non plus intervenir dans ce champ qui relève plutôt de l'organisation des soins concernant l'HDJ ou d'une justification médicale pour les passages en unité d'hospitalisation de courte durée.

Des limites de l'étude sont à considérer, nuanciant les résultats obtenus.

Limites de l'étude

Le PMSI est en constante évolution.

Chaque année, un nouveau guide méthodologique paraît, des GHM sont ajoutés, les tarifs des GHS modifiés et l'algorithme de groupage génère de nouvelles exclusions

de CMA. Il est donc difficile de faire une étude portant sur 9 années, alors même qu'il existe une hétérogénéité entre les années. Bien que ces changements de règles de codages et de financement soient les mêmes pour l'ensemble des établissements, ce sont les comportements vis-à-vis de ces changements qui peuvent être hétérogènes. De même, le changement d'intitulé des champs contrôlés chaque année complique la sélection d'un critère unique pour les champs. Pour maintenir une homogénéité entre les années, nous avons donc dû choisir des critères applicables sur l'ensemble de l'étude pour évaluer l'évolution.

Limité par la disponibilité des données

Nous sommes limités par les données disponibles sur la base nationale PMSI. Tout d'abord, la base nationale contient les données des 10 dernières années complètes en date. Nous pouvions ainsi remonter seulement jusqu'en 2010, et non pas 2006, année du premier contrôle. Par ailleurs, pour les années disponibles, des données de RSF-ACE étaient manquantes pour certains établissements, ce qui nous a obligé à les exclure de l'analyse. La limite temporelle de la base PMSI n'est cependant pas la seule contrainte rencontrée, car les programmes du contrôle régional antérieur à 2010 n'ont pas pu être restitués par l'ARS à notre demande.

Par ailleurs, les données disponibles sur la base nationale sont les données envoyées à M12 sans correction ultérieure. Le logiciel Lamda permet en effet à un établissement de modifier ses envois après la date de clôture annuelle afin d'obtenir une exhaustivité et qualité maximale des données envoyées (35). D'après l'ATIH, les données transmises par le logiciel Lamda ne sont pas mises à disposition sur la plateforme.

Dans un autre registre, nous aurions souhaité avoir accès aux comptes financiers des établissements. Il est tout à fait possible qu'un établissement change son comportement de codage en cas de redressement financier ou en cas de forte dette. Certes, le DIM chercherait une optimisation des séjours, mais serait peut-être plus précautionneux, l'établissement ne pouvant pas se permettre une sanction financière. Il aurait été donc utile d'inclure dans le modèle une variable prenant en compte les finances de l'établissement par année.

L'impact du contrôle T2A ne peut être résumé que sur un pourcentage de séjours

Nous avons étudié l'effet direct sur le codage, mais l'effet indirect, dissuasif, du contrôle est bien réel, bien que non quantifiable. Une autre manière d'étudier la question aurait été de réaliser une étude qualitative auprès des acteurs du codage sur leur comportement de codage suite à un contrôle T2A. De plus, les établissements ayant reçu une sanction doivent présenter au DGARS les mesures prises au sein de l'établissement pour corriger les manquements reprochés. On peut donc admettre, de fait, que les modifications de codage au sein d'un établissement suite à un champ sanctionné sont ces mesures présentées. En outre, il aurait été intéressant d'avoir accès aux sanctions infligées aux établissements suite au contrôle pour intégrer au modèle l'impact d'une sanction sur le codage.

Controverse des contrôles T2A

Après quelques campagnes de contrôle T2A, des contestations sur l'organisation et les résultats du contrôle se sont fait entendre.

Des interprétations du guide méthodologique

Une dépêche d'APMnews rapporte le mal-être des établissements contrôlés exprimé lors d'un forum organisé par le Collège National de l'Information Médicale et la FHF en 2010 (59). Le contrôle est jugé lourd et épuisant par les intervenants. Pierre Fender, alors directeur du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), concède que les interprétations et décisions ne sont pas homogènes au niveau national, résultant d'une organisation du contrôle au niveau régional. De fait, cette hétérogénéité met en évidence les différentes interprétations possibles des règles de codage et la difficulté des établissements à suivre les règles du guide méthodologique. C'est justement sur ces points d'interprétation que le contrôle des dossiers se joue.

De plus, certains établissements sont contrôlés de manière plus fréquente. Les établissements de petite taille ($T \leq 2$) n'ont été contrôlés sur le champ des CMA et le champ DATIM 73 qu'à une et deux reprises respectivement. Ce sont donc en grande majorité les établissements avec une plus forte activité qui sont ciblés.

Un principe de neutralité mis en cause

Dans une note relative au contrôle externe de la T2A (60), la FHF reproche que ce soit le payeur lui-même qui effectue les contrôles. L'assurance maladie est ainsi à la fois juge et partie dans le cadre de la procédure de contrôle, et ne saurait être complètement neutre dans la prise de décision lors des contrôles. La FHF va jusqu'à parler de contrôles menés à charge (61).

Même son de cloche du côté de la FEHAP, où lors d'échanges par email entre membres de la fédération, on dénonce « le comportement des contrôleurs [...] qui ont

des positions totalement subjectives et arbitraires sur pas mal de points d'interprétation des conditions de codage ».

Maître Omar YAHIA, avocat et expert des contentieux suite aux contrôles T2A, constate également cette incohérence du contrôle (62). Il qualifie le manque d'objectivité des praticiens conseils, d'évidence car ces derniers sont salariés de la CNAMTS, l'instance receveur des indus payés, et, de ce fait, cela leur ouvre droit à une rémunération à l'intéressement (63). De plus, ce sont ces mêmes praticiens-conseils qui peuvent se retrouver à différentes instances du contrôle externe, telles que l'UCR. Même si le praticiens-conseils ayant participé au contrôle sur site est exclu des dossiers portant sur l'établissement ciblé, l'UCR est finalement composé de praticiens-conseils participant au contrôle T2A avec le même jugement partial du dossier.

Pour illustrer la difficulté des établissements à suivre les règles de codage et de facturation, nous pouvons prendre comme exemple la circulaire frontière. La circulaire frontière est un document paru le 31 août 2006 fixant la frontière entre ce qui relève d'une facturation d'un GHS lors d'une hospitalisation de moins d'une journée ou en unité d'hospitalisation de très courte durée (UHCD) et ce qui relève de l'activité externe. Quatre années plus tard, l'instruction DGOS/R2010/201 du 15 juin 2010 met à jour la circulaire en y ajoutant des règles et des exemples de situations. Cependant, cette mise à jour n'est toujours pas satisfaisante. Une réécriture de la circulaire frontière est ainsi préconisée (64). Il est posé le problème d'une circulaire difficile à comprendre, faisant l'objet de contrôles arbitraires par les équipes de contrôle.

Suite aux nombreux ciblage annuels des séjours d'HDJ qui ont ensuite été reclassés en soins externes, les établissements sont plus réticents à se lancer dans la transformation de l'hospitalisation. L'autocensure par la réalisation d'une

hospitalisation complète en lieu d'une HDJ est alors un problème réel. Au vu de la difficulté de mise en œuvre de cette circulaire frontière, une réécriture de la circulaire frontière, les HDJ avec un GHM en « M » ou en « Z » font l'objet d'un moratoire à partir de la campagne de contrôle externe 2018, c'est-à-dire qu'ils ne seront pas contrôlés à cause de l'incertitude les concernant en regard de la circulaire frontière. Ainsi, la difficulté liée à la circulaire est reconnue au niveau national.

Une lourdeur du contrôle, en termes de temps et moral

La préparation d'un contrôle peut s'avérer très longue, si l'on considère qu'il peut y avoir jusqu'à près de 1000 dossiers contrôlés. Cela peut mobiliser plusieurs ETP sur plusieurs semaines pour reprendre l'ensemble des dossiers, sortir les éléments de preuve et éventuellement contacter les cliniciens ayant pris en charge le patient. Si l'on ajoute à ce temps de préparation la durée des contrôles qui varie de 2 à 3 semaines en fonction du nombre de séjours contrôlés, l'investissement en ce qui concerne la charge de travail est important. La lourdeur ne s'arrête pas au contrôle, puisque si un établissement souhaite contester les indus, il doit se lancer dans une procédure de longue durée.

Une procédure de contrôle complexe, nécessitant un soutien juridique

Pour rappel, il faut saisir une CRA pour chaque caisse concernée. Une contestation peut alors concerner une dizaine de caisses avec lesquels il faudra interagir (65). La CRA peut implicitement rejeter la saisie après 2 mois sans réponse, date à partir de laquelle un délai de 2 mois est accordé pour saisir le Tribunal Judiciaire. On peut aisément imaginer la difficulté pour un établissement de tenir compte des délais et le

suivi des dossiers pour chaque caisse. Pour ces raisons, les établissements de santé font appel à un soutien juridique pour les accompagner sur l'ensemble de la procédure. Un manquement dans le respect des délais ou dans l'ordre des procédures (la saisie du CRA étant un recours préalable obligatoire) peut rendre non recevable la contestation.

Que cela concerne une notification d'indus ou de sanction, l'aide juridique est précieuse devant la complexité des procédures de recours. Celle-ci permet également de déceler des vices de procédure des notifications. Il est en effet possible d'obtenir une annulation d'une notification d'indus sur plusieurs motifs, que ce soit sur motif d'insuffisance de motivation, d'incompétence du signataire ou d'une non-conformité au respect des procédures de recouvrement d'indus (66,67).

Dans le bilan du contrôle T2A de 2018 de la DGOS, on note qu'un établissement sur cinq conteste les indus, soit 286 sur 1284 notifications d'indus entre 2010 et 2015, ce qui représente 36,5 millions d'euros (M€). Cependant les contestations aboutissant à une annulation des indus sont rares : 3,2 M€ ont été récupérés par les établissements concernés. Concernant les sanctions, un établissement sur quatre les conteste avec plus de réussite : sur un total de sanctions notifiées de 88,4 M€ entre 2008 et 2015, 18,2 M€ de sanctions ont été annulées.

Une aide juridique est donc presque un impératif pour un établissement voulant contester efficacement une notification d'indus qu'il juge injustifiée.

Quelles pistes pour un contrôle plus juste ?

Le contrôle apparaît comme coercitif et répressif, avec des contrôleurs cantonnés dans une position d'opposition. En effet, le contrôle est basé sur des atypies ciblées par des algorithmes, ce qui oriente le praticien-conseil dans cette position. Afin d'être plus équilibré, le contrôle devrait porter non pas sur les atypies, mais sur l'ensemble des séjours facturés.

Il aurait été probablement plus utile et plus productif que le contrôle soit un moment de pédagogie entre l'ATIH et l'établissement de santé à l'instar par exemple du forum de support des utilisateurs des applications de l'ATIH, Agora, qui permet de poser des questions de codage directement à l'ATIH.

Une instance issue de l'ATIH, ou mieux encore, une instance indépendante, aurait été plus légitime à contrôler les dossiers. L'instance agirait de manière homogène sur l'ensemble du territoire, ce qui rendrait l'équité entre les établissements de santé qui manque aujourd'hui.

Une mise à jour du guide du contrôle externe T2A a été publiée en 2018. Celle-ci prend en compte les critiques émises à l'égard du déroulement du contrôle T2A en précisant plusieurs points. D'après le guide, celui-ci « se propose d'apporter une plus grande équité de traitement, une plus grande sécurité juridique aux établissements de santé et aux équipes de contrôle tout en concourant à harmoniser les pratiques de ces dernières ». Le guide précise et met à jour l'organisation du contrôle T2A, en garantissant par exemple que le médecin DIM ait suffisamment de temps pour préparer la concertation d'un champ. Il ne s'agit cependant que de la forme, alors que le problème est véritablement sur le fond.

Il est nécessaire d'avoir des règles homogènes entre les régions, pour une équité entre les établissements de santé. Cela se traduit par des règles précises et comprises par tous. A défaut d'un contrôle homogène, il est impératif que toute note interne de l'AM concernant des règles de codage dictées aux contrôleurs soient connues de tous. De même, une formation actualisée chaque année des pratiques de codage devrait être obligatoire pour les médecins contrôleurs. C'est ainsi que, d'une manière informelle, certains médecins contrôleurs nous ont dit vouloir une formation au codage refusée par leur encadrement car le contrôle T2A n'est pas leur mission principale.

En plus des rapports de décisions de l'ATIH à la suite de saisines, il aurait été tout aussi précieux pour les établissements d'avoir un retour sur les avis rendus de l'ensemble des contrôles. Cela aurait permis notamment d'avoir une certaine visibilité et stabilité lors de la mise en place d'une nouvelle organisation des soins.

Allant dans le sens de la stabilité, le ministère, dans l'instruction DGOS/R1/DSS/1A/2018/174 du 16 juillet 2018 relative aux priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour 2018 (68), précise que les priorités nationales énoncées dans l'instruction sont reconduites en 2019 afin de donner le temps aux établissements de s'adapter aux exigences du contrôle. Avoir des priorités nationales s'étendant sur plusieurs années permet aux établissements de s'investir dans un contrôle interne plus restrictif et de meilleure qualité.

Actuellement, il arrive aux contrôleurs de remettre en cause des actes et des soins en évoquant une absence de pertinence de ceux-ci. Il s'agit d'une dérive des contrôleurs puisque la T2A ne vise pas à chercher la qualité des soins, mais à décrire l'activité au plus juste. Ce dernier point est d'ailleurs source de critique de la T2A.

Les critiques de la T2A

Dans un rapport de mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé, animé par Olivier VERAN et remis le 25 mai 2016 à la demande de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, les effets positifs et négatifs de la T2A sont discutés (64).

Le rapport exprime la nette amélioration du système de financement de la T2A par rapport à la dotation globale grâce notamment à une meilleure adaptation à l'activité. Par ailleurs, l'arrivée de la T2A dans les établissements a permis d'impliquer les acteurs dans la gestion médico-économique de leur pôle ou service. En lien avec le PMSI, il était possible d'avoir une vision précise de l'activité réalisée et de sa traduction tarifaire. Les outils de gestion médico-économiques se sont ainsi développés permettant une gestion plus efficiente de l'hôpital.

D'autre part, le rapport souligne les effets néfastes de la T2A en dénonçant une tarification centrée sur les actes mesurables. En effet, hormis les actes médicaux cotables, l'activité médicale et paramédicale n'est pas spécifiquement valorisée, et la rentabilité des hôpitaux repose essentiellement sur le volume de l'activité. Dès lors qu'une augmentation de la rémunération passe par une augmentation du nombre de séjours, les établissements ont tout intérêt à augmenter leur activité pour se développer (69). Cependant, comme nous l'avons vu, le budget alloué à la santé est limité par l'ONDAM. La conséquence de cela est qu'une augmentation de l'activité pour un GHM peut faire baisser le GHS correspondant lors de la révision des tarifs. Un établissement avec une activité constante serait alors pénalisé par ce système.

Il a d'ailleurs été supposé que le passage à la T2A a pu générer une diminution de la qualité des soins au profit de la quantité de séjours. Néanmoins, une étude de la

DREES ne montre pas d'effet de la T2A dans l'augmentation du nombre de taux de réadmission suite à un séjour chirurgical (70). De cette même étude, l'hypothèse selon laquelle il y aurait une augmentation du nombre de réadmissions pour augmenter le volume de séjours n'est pas non plus vérifiée. Une autre étude de la DREES ne montre pas de différence de fréquence d'effets indésirables survenant pendant une hospitalisation entre 2004, avant la mise en place de la T2A, et 2009, quelques années après (71).

La qualité des soins est un pan délaissé de la T2A. En effet, la pertinence des soins ou des actes n'est pas évaluée. Plusieurs travaux plaident pour une place plus importante de la qualité des soins dans la rémunération des établissements (72,73). Un système de soins se devant de mettre en avant la qualité des soins au centre de son attention en la valorisant.

Un autre point du rapport d'Oliver VERAN porte sur les ressources allouées au recueil d'information. Le temps de codage est non négligeable, que ce soit pour les praticiens ou pour les équipes du DIM. De plus, la complexité toujours grandissante du PMSI nécessite des compétences spécialisées et a amené les établissements à rediriger des ressources non pas directement vers le patient, vers le soin, mais vers la description de l'activité à travers du personnel de DIM ou à l'appel de prestataires externes. Cette activité de description de l'activité devient alors une activité en soi qu'il est également important d'optimiser (74).

La constatation de tous ces points controversés de la T2A fait que le mode de financement de l'établissement de santé se voit dans l'obligation d'évoluer pour s'adapter à la réalité d'aujourd'hui.

Au décours de la crise du Covid-19, Olivier VÉRAN, alors ministre des Solidarités et de la Santé, a démarré le Ségur de la Santé : une concertation avec l'ensemble des personnels de santé (75). Il a été mis en ligne un questionnaire portant sur le système de santé, dont le modèle de financement. Une des questions s'intitulait « Selon vous, le modèle de financement des soins doit-il évoluer (suppression ou diminution de tarification à l'acte ou à l'activité notamment) ? ». La réflexion d'un changement du financement de l'hôpital était cependant déjà bien amorcée.

Futur du financement hospitalier

Les différentes critiques de la T2A ont donc été intégrées dans la réflexion pour le futur du financement de la santé. Afin d'instaurer ce mode de financement, il est nécessaire de l'accompagner d'une refonte du système de santé. C'est ce qu'a voulu enclencher le président de la République Emmanuel Macron avec l'annonce en 2018 de Ma Santé 2022, un projet de loi visant à réformer la santé en France. Un des chantiers identifiés du projet concerne le financement et la tarification. Si on reprend les mots du rapport final « Modes de financement et de régulation » de Jean-Marc AUBERT (76), directeur de la DREES, « le système de santé français est caractérisé par un modèle de financement [...] reposant majoritairement sur la quantité des soins produits dans le domaine des soins de ville et des soins hospitaliers de médecine, chirurgie et obstétrique. Les autres secteurs sont financés par des enveloppes dont les fondements sont parfois très largement établis sur des bases historiques. La transformation du financement apparaît donc nécessaire pour inciter davantage les acteurs à développer la prévention, s'assurer d'un standard élevé de qualité, rechercher une plus grande pertinence des soins et prendre le temps d'une meilleure

coordination ». L'objectif du projet est de diminuer le financement à l'activité à 50% de l'ensemble des financements des établissements de santé et d'amener le financement vers un modèle de paiement combiné, c'est-à-dire d'une plus grande variété de modalités de financement.

La recherche de nouveaux modes de financement s'est traduit par l'article 51 de la LFSS pour 2018 (77) concernant l'expérimentation de modèles de financement innovants. Les projets d'expérimentation, écrits par les acteurs de la santé sont examinés, validés et financés par le Ministère de la Santé. Après une phase de test, l'expérimentation est évaluée (78) et a potentiellement vocation à être généralisée sur la France. L'article a donc été écrit pour explorer des modes de financement alternatifs spécifiques à une problématique donnée issue du terrain.

Afin de valoriser de manière plus juste la prise en charge des maladies chroniques, dans une société où ces dernières prennent une place de plus en plus importante (environ 20 millions de français atteints d'une maladie chronique de nos jours (79)), un mode de paiement spécifique aux maladies chroniques est nécessaire. Le défaut de la T2A est qu'aucun acte, et donc paiement, n'est réalisé pour la prévention primaire, secondaire ou tertiaire de ces maladies chroniques. Plusieurs exemples à l'étranger ont expérimenté le financement par parcours de soin (80), c'est-à-dire un paiement forfaitaire pour l'ensemble des services sur une période donnée. Ainsi, au vu des résultats prometteurs de l'étranger (80,81), la LFSS pour 2019 a mis en place les paiements au parcours pour la prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique. D'abord prévu pour le diabète et la maladie rénale chronique par décret n°2019-977 du 23 septembre 2019 (82), le paiement au parcours sera étendu à d'autres maladies. Pour cette prise en charge de suivi des patients atteints de maladie chronique, les établissements éligibles reçoivent un montant annuel modulé sur

plusieurs critères. Cependant, la mise en œuvre semble être plus difficile que prévue puisque le forfait de parcours au diabète n'est pas encore appliqué à ce jour.

Quant à la qualité des soins, il existe depuis 2016 une incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) qui permet aux établissements de recevoir une rémunération en fonction d'indicateurs de qualité (83). En 2019, dans le cadre de Ma Santé 2022, cette mesure est renouvelée, l'accessibilité agrandie et le budget quadruplé, passant de 50M à 200M, pour encourager les établissements de santé à intégrer la qualité en tant qu'élément important au quotidien, que ce soit dans la prise en charge des patients, de l'organisation ou de la qualité de vie au travail (84).

La T2A restera toujours une part importante puisque les épisodes de soins uniques représentent 55% des séjours hospitaliers (76). La T2A reste malgré tout un moyen fiable pour financer ces types de séjours. Ma Santé 2022 met plutôt l'accent sur l'évolution et la réactivité des nomenclatures pour faciliter l'innovation et non l'empêcher au travers de règles inadaptées.

Il faut également mentionner la conception de l'ONDAM qui scinde les dépenses en différents secteurs, séparant les soins de ville et les établissements de santé. Les objectifs sont alors limités à la vision d'un seul segment alors que le système de santé tend vers un système coopératif entre la ville et l'hôpital. La Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale préconise une structuration plus affinée de l'ONDAM pour diversifier la dépense de santé ce qui amènera à un meilleur pilotage de la diversification des modes de financement (85). Le rapport s'appuie sur des propositions de la Cour des comptes pour préconiser l'introduction d'un ORDAM indicatif, des objectifs pluriannuels régionaux des dépenses d'assurance maladie. Un ORDAM permettrait de piloter le budget de manière plus adaptée à la région et potentiellement aller jusqu'à un objectif par établissement.

Conclusion

A travers cette étude sur les établissements du Nord-Pas-de-Calais entre 2010 et 2019, nous avons mis en évidence l'effet immédiat d'un contrôle externe T2A sur le DATIM 73. En revanche, ce contrôle n'a pas d'effet direct sur le codage de CMA unique de niveau 3 ou 4. Même s'il n'a pas d'effet direct, le contrôle reste pertinent pour l'AM qui doit s'assurer que le codage respecte le guide méthodologique. Le contrôle T2A, pourtant légitime, est critiqué par les établissements à plusieurs égards et nous suggérons des changements dans la philosophie du contrôle. Ce contrôle pourrait d'ailleurs s'assouplir très prochainement, de par une clarification de la circulaire frontière publiée en 2020, et d'autre part par la diversification du financement des établissements, qui entraînerait une baisse du montant en jeu des séjours en GHM.

Annexe

Annexe 1 : Explication des différents éléments composant le code d'un GHM

04 M 07 3

La catégorie majeure de diagnostic (CMD)

Un simple compteur

Désigne le type de séjour effectué :

- « C » si un acte classant opératoire a été réalisé
- « K » si un acte classant non opératoire a été réalisé
- « M » si aucun acte classant n'a été réalisé
- « Z » groupe indifférencié
- « H » groupe de la CM 90 et d'erreurs

Le niveau de sévérité :

- sévérité 1 à 4 ou A, B, C ou D pour les CMD 14, 15 et 25
- « Z » pour les racines non éligibles aux 4 niveaux
- « J » pour une activité ambulatoire
- « T » pour les GHM de très courte durée
- « E » pour les GHM de patients décédés

1. Les activités non prises en charge par l'Assurance maladie mais ayant fait l'objet d'une facturation (essais cliniques de phase 1, actes de confort et d'esthétique...);
2. Le codage du diagnostic principal ou de certains actes classants de la classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
3. Les séjours avec comorbidités ;
4. Les actes et consultations externes facturés en hospitalisation de jour (à l'exclusion des GHM classés en « M » et en « Z ») ;
5. Les prestations inter-établissements ;
6. Le contrôle de structures d'HAD ;
7. Le logiciel Lamda dans les établissements auparavant sous dotation globale.

Annexe 3 : Exemple de courrier du DGARS informant un établissement du programme de contrôle régional de la tarification à l'activité en 2016

Objet : Programme de Contrôle Régional de la Tarification à l'Activité 2016

Monsieur le Directeur,

A l'issue de sa réunion du 5 juillet 2016, la commission régionale de contrôle externe de la T2A m'a proposé le programme des contrôles de la tarification à l'activité pour la campagne 2016, conformément à l'article R162-42-9 du code de la Sécurité Sociale.

Je vous informe, par la présente, de ma décision de mettre en œuvre ce programme qui s'appuie sur les orientations nationales 2016 fixées par l'instruction N°DGOS/R1/DSS/1A/2016/130 du 21 avril 2016.

A ce titre, votre établissement a été retenu pour le contrôle des champs suivants :

- Test DATIM 109 : Nombre de séjours avec acte d'esthétique hors GHM 09Z02A chirurgie esthétique et 23Z03Z intervention de confort
- Séjours issus du Test DATIM 111: Nombre de racines apparentées avec une proportion élevée de la racine la plus valorisée (06C08, 09M05, 23M16)
- PIE 7-7 : Séjours de moins de 48 heures avec mode d'entrée et mode de sortie =7
- Ré-hospitalisation le même jour : Séjours avec ré-hospitalisation le même jour sur un même site géographique
- LAMDA : Séjours ciblés par requête LAMDA OSCT
- Test DATIM 73 : Séjours avec une durée de séjour égale à 0 (hors CM28 et CM90) et un acte qui correspond à une liste d'actes pouvant être réalisés en externe*
- CMA niveau 3 : Séjours avec une CMA unique de niveau 3*

** Ces champs sont potentiellement sanctionnables (articles L162-22-18 et R162-42-8 à R162-42-13 du code de la Sécurité Sociale).*

Ce contrôle se situe dans le cadre des articles L162-22-18 et R162-42-8 à R162-42-14 du code de la Sécurité Sociale qui prévoient notamment qu'outre les sommes indûment perçues à rembourser à l'Assurance Maladie, « *Les établissements sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L162-22-6, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée* ».

Le contrôle sera organisé dans un délai minimum d'un mois à compter de la réception du présent courrier par votre organisme. Il sera placé sous la responsabilité du Docteur Nathalie DESENFANT, médecin conseil du régime général de l'Assurance Maladie et portera sur les facturations de la période du 1^{er} mars 2015 au 31 décembre 2015.

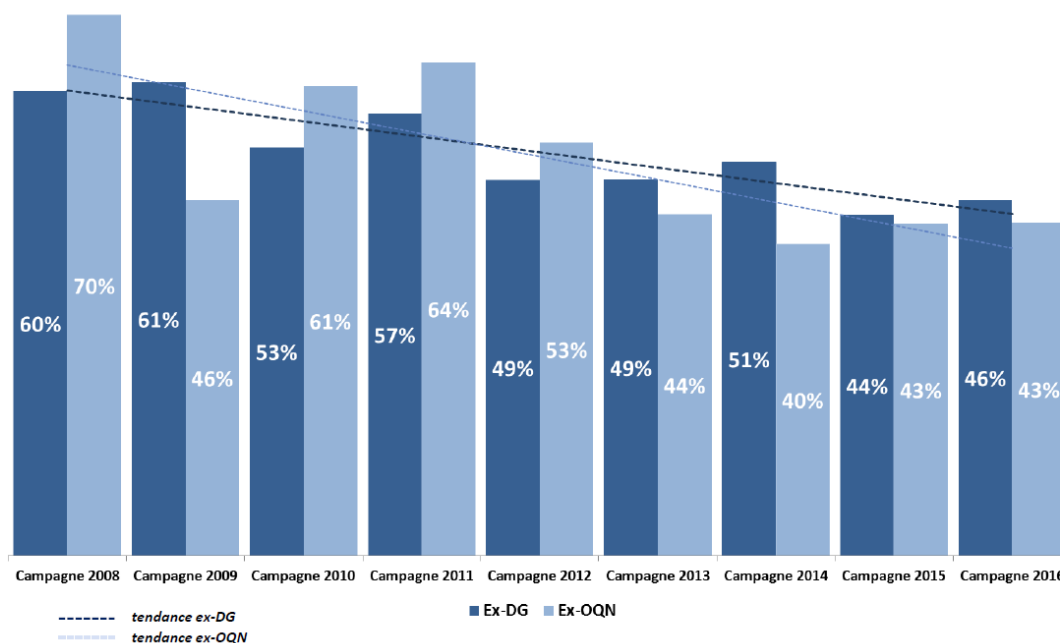
Le Docteur Nathalie DESENFANT vous contactera à partir du 1^{er} août 2016 pour convenir de la date de début de ce contrôle sur site et vous expliciter le déroulement de la procédure.

Je vous remercie de bien vouloir transmettre le présent courrier au président de la CME et au médecin responsable du DIM de votre établissement.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, en l'assurance de ma considération distinguée.

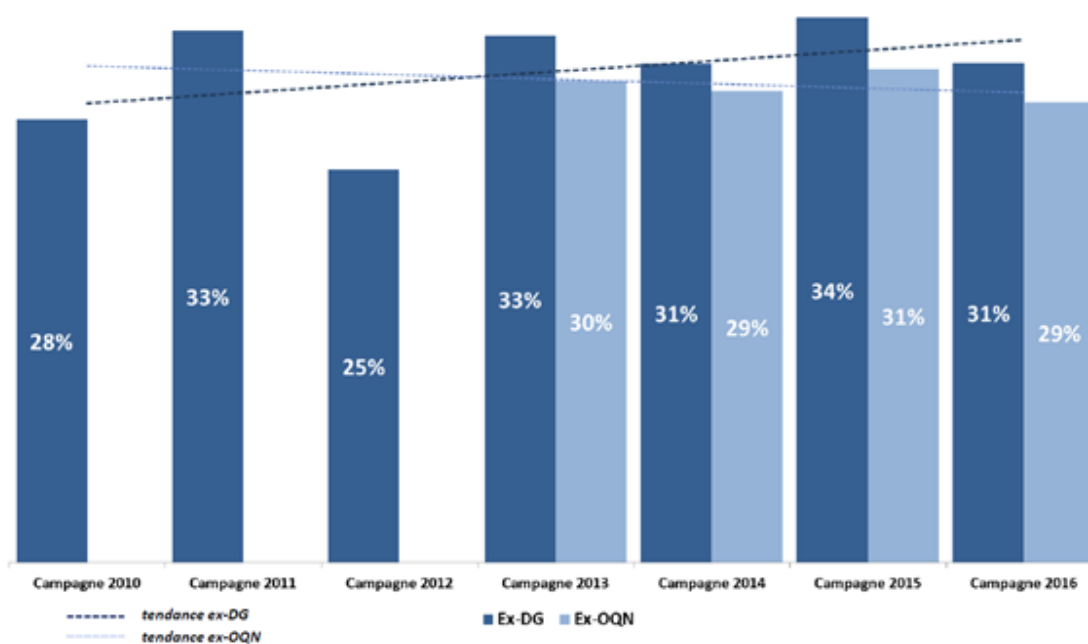
Annexe 4 : Taux d'anomalies des séjours contrôlés dans le champ HDJ, c'est-à-dire sur le DATIM 73, et le champ CMA, issu d'un diaporama de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée datant du 11 avril 2018.

Le taux d'anomalie a baissé de 15% en 9 campagnes pour les HDJ



Le taux d'anomalie reste stable sur les séjours avec CMA

Pourcentages de séjours contrôlés avec anomalie



Annexe 5 : Méthodologie de ciblage et contrôle réalisé pour le champ CMA

Année de campagne du contrôle	Champs de contrôle
2011	CH de Douai : GHM commençant par 04M de niveau 2 CH de Béthune-Beuvry et CH de Dunkerque : GHM 04M de niveau 3 CHRU de Lille : GHM 05M de niveau 3 CH de Sambre Avesnois : GHM 01M et 04M de tous les niveaux
2012	CH de Calais : GHM 04M de niveau 3 CH de Tourcoing : GHM 06M de niveau 2 CH Valenciennes : GHM 01M de niveau 2, GHM 04M de niveau 2 et GHM 04M de niveau 3 CHRU de Lille : GHM 08C de niveau 3, GHM 08M de niveau 2, GHM 06M de niveau 3, GHM 11M de niveau 2 et GHM 11M de niveau 3 Etablissement Hopale : GHM 08M de niveau 2 et GHM 01M niveau 2
2013	Ciblage régional a sélectionné les établissements présentant pour les DAS (d'une liste) une augmentation par rapport à la même période de l'année précédente et un nombre de séjours avec un nombre de DAS <4 supérieur à 100.
2014	Ciblage régional présentant pour une liste de CMA un taux supérieur au taux régional des établissements de même catégorie avec un nombre de DAS < 5. Exclusion des séjours avec un Z en DP, et ceux de la CM28 et 90.
2015	Séjours avec une CMA unique de niveau de sévérités 3 et 4 compris dans une liste. Exclusion des séjours inférieurs à 1 jour, CMD 14, 28, les CM 15, 90, tous les séjours avec un diagnostic principal « en F », « en E », ou « en Z »
2016	Séjours avec une CMA unique de niveau 3, inférieur à 6 jours et différents de 0 jour.
2017	Séjours avec DAS dont au moins une et une seule CMA de niveau 3 dont la durée de séjours est inférieure à 8 jours et le nombre de RUM inférieur à 4 hors CM 28, CMD 90, CMD 19, CMD 20, CMD 27
2018	Séjours avec une CMA de niveau 3 unique, absence de CMA de niveau 4, durée de séjour inférieure à 8 jours, exclusion des 0 jour en M ou Z, âge < 69 ans et nombre de RUM inférieur à 4. Suppression des CMD 14, 15, 28, 90. Nombre de diagnostics inférieur à 10. Hors sortie décès.

CH = Centre hospitalier, CHRU = Centre hospitalier régional universitaire

DAS = Diagnostic associé significatif, CMD = Catégorie majeur de diagnostic

GHM = Groupe homogène de malade

Annexe 6 : Classement en taille des établissements en fonction de leur volume d'activité. Issu du guide d'utilisation d'Hospi Diag, disponible sur <https://hospidiag.atih.sante.fr/>

Total MCO (en nbre RSA)	T1 [30, 6600[	T2 [6600, 15000[	T3 [15000, 40400[	T4 [40400, 90000[	T5 [90000, + ∞]
Total M (en nbre RSA)	M1 [30, 3000[	M2 [3000, 12600[	M3 [12600, 20000[	M4 [20000, + ∞]	
Total C (en nbre RSA)	C1 [30, 1500[	C2 [1500, 5000[	C3 [5000, 12100[	C4 [12100, 18500[	C5 [18500, + ∞]
Total O (en nbre accouchements)	O1 [30, 300[	O2 [300, 900[	O3 [900, 1500[	O4 [1500, 4000[	O5 [4000, + ∞]

NB : En dessous de 30, l'établissement n'est pas considéré dans Hospi Diag comme réalisant cette activité

Annexe 7 : Organisation du PMSI selon l'établissement et l'année. Les cases surlignées ont été modifiées manuellement.

Finess	Etablissement	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
590001749	POLYCLINIQUE DE GRANDE SYNTHE	Centralisé	Centralisé	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement
590052056	GCS GHICL CLINIQUE STE MARIE	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé
590780193	CHRU DE LILLE	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé
590780227	GROUPEMENT HOSPITALIER SECLIN CARVIN	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé
590780284	GPT HÔPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé
590781415	CH DE DUNKERQUE	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement
590781605	CH DE CAMBRAI	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Partiellement	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé
590781621	CH DE LE CATEAU	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Partiellement	Centralisé	Centralisé
590781662	CH DE FOURMIES	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé
590781803	CH SAMBRE-AVESNOIS	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé
590781902	CH DE TOURCOING	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé
590782165	CH DE DENAIN	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé
590782207	CH DE SAINT - AMAND	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé
590782215	CH VALENCIENNES	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé
590782421	CH DE ROUBAIX	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement
590782637	CH ARMENTIERES	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement
590782652	CH D'HAZEBROUCK	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement
590783239	CH DE DOUAI	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement
590797353	HÔPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE	Centralisé	Centralisé	Centralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé
620003350	POLYCLINIQUE RIAUMONT DE LIEVIN	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé
620025346	POLYCLINIQUE DE DIVION	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Partiellement	Partiellement
620100057	CH D'ARRAS	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé
620100651	CH BETHUNE-BEUVRY	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement
620100685	CH DE LENS	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Partiellement	Décentralisé	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement
620101337	CH DE CALAIS	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Centralisé	Centralisé	Centralisé
620101360	CH REGION DE SAINT-OMER	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement	Partiellement
620103432	CH ARRONDISSEMENT DE MONTREUIL	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé
620103440	CH DE BOULOGNE	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé

Annexe 8 : Liste des établissements inclus pour le champ CMA

FINESS	Etablissement
590001749	POLYCLINIQUE DE GRANDE SYNTHE
590052056	GCS GHICL CLINIQUE STE MARIE
590780193	CHRU DE LILLE
590780227	GROUPEMENT HOSPITALIER SECLIN CARVIN
590780284	GPT HÔPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE
590781415	CH DE DUNKERQUE
590781605	CH DE CAMBRAI
590781621	CH DE LE CATEAU
590781662	CH DE FOURMIES
590781803	CH SAMBRE-AVESNOIS
590781902	CH DE TOURCOING
590782165	CH DE DENAIN
590782215	CH VALENCIENNES
590782421	CH DE ROUBAIX
590782637	CH ARMENTIERES
590782652	CH D'HAZEBROUCK
590783239	CH DE DOUAI
590797353	HÔPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE
620003350	POLYCLINIQUE RIAUMONT DE LIEVIN
620025346	POLYCLINIQUE DE DIVION
620100057	CH D'ARRAS
620100651	CH BETHUNE-BEUVRY
620100685	CH DE LENS
620101337	CH DE CALAIS
620101360	CH REGION DE SAINT-OMER
620103432	CH ARRONDISSEMENT DE MONTREUIL
620103440	CH DE BOULOGNE

Annexe 9 : Modèle de régression binomiale du pourcentage de séjours avec CMA de niveau 3 ou 4 unique

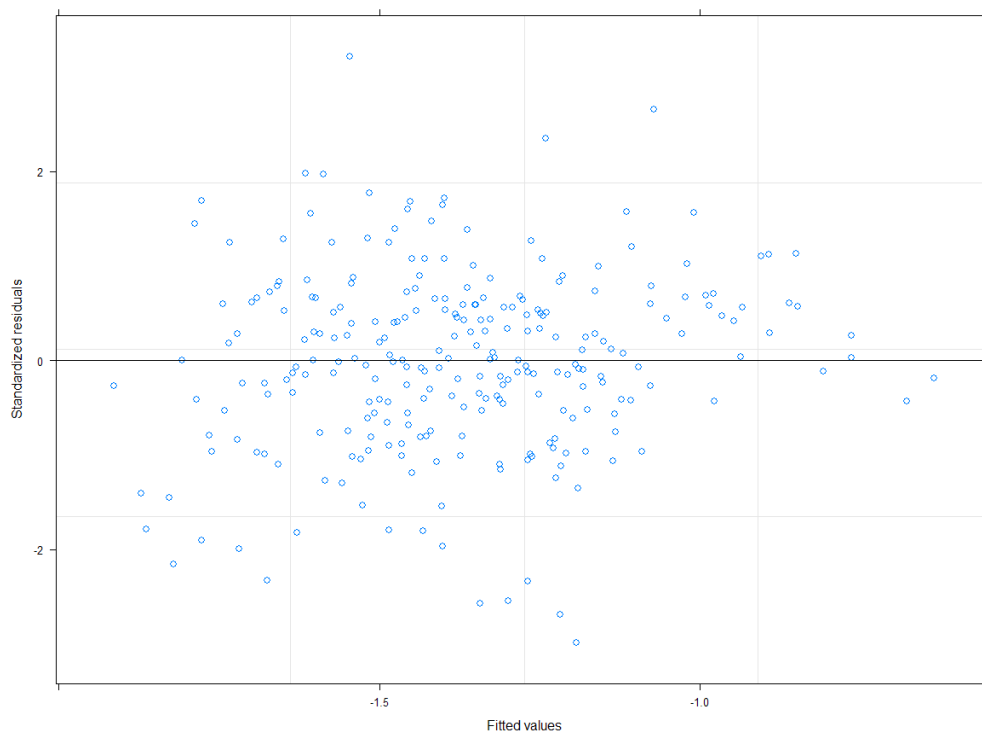
	Coefficient	OR	IC à 95%	p
Contrôle T2A l'année précédente	-0,01	0,99	0.98 - 1	0.004
Année	0,12	1,13	1.13 - 1.14	< 0.001
Taille : T3 ou T4	-0,27	0,76	0.61 - 0.96	0.015
Catégorie : EBNL	-0,1	0,91	0.72 - 1.13	0.366
Organisation du codage PMSI				
Décentralisée	0	1		
Partiellement décentralisée	-0,09	0,91	0.9 - 0.93	< 0.001
Centralisée	-0,04	0,97	0.95 - 0.98	< 0.001

Déviance = 6231,1

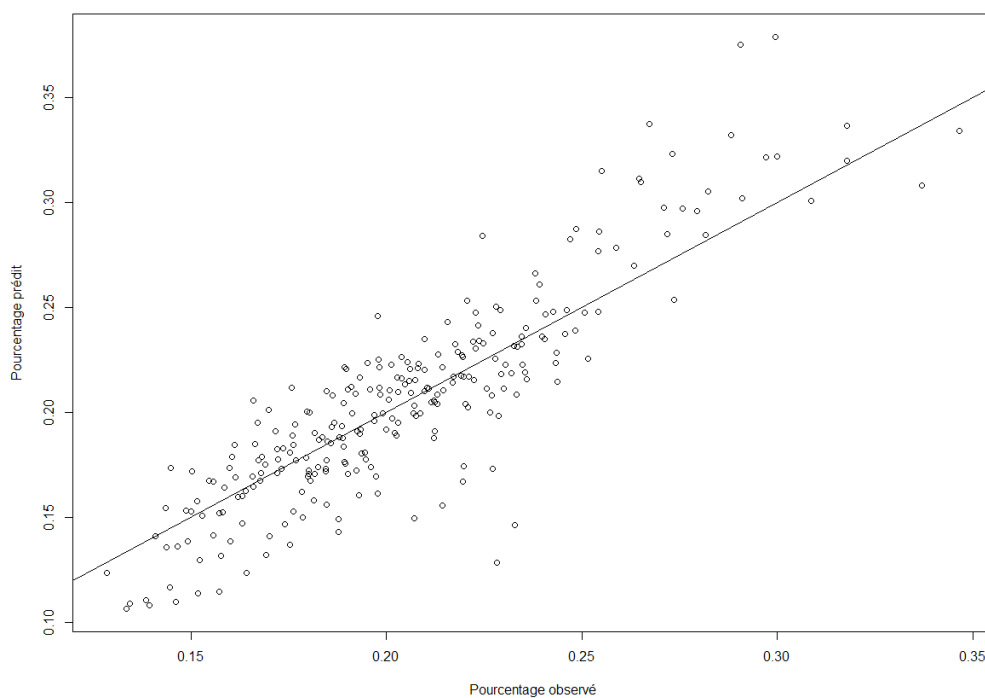
Degré de liberté = 254

Annexe 10 : Diagnostic du modèle quasi-binomial du pourcentage de séjours avec CMA de niveau 3 ou 4 unique

Erreurs standardisés en fonction des valeurs prédites :



Pourcentage prédit en fonction du pourcentage observé :



Annexe 11 : Analyse de sensibilité sur les séjours de CMA unique par niveau de sévérité

Modèle quasi-binomial expliquant le pourcentage de séjours avec CMA unique de niveau 2 :

	Coefficient	OR	IC à 95%	p
Contrôle T2A l'année précédente	0,02	1,02	1 - 1.05	0,10
Année	-0,06	0,94	0.93 - 0.96	< 0,001
Taille : T3 ou T4	-0,18	0,84	0.68 - 1.02	0,08
Catégorie : EBNL	0,05	1,05	0.86 - 1.28	0,62
Organisation du PMSI				
Décentralisé	0	1		
Partiellement décentralisée	-0,05	0,95	0.9 - 1.01	0,11
Centralisée	-0,03	0,97	0.93 - 1.02	0,23

Modèle quasi-binomial expliquant le pourcentage de séjours avec CMA unique de niveau 3 :

	Coefficient	OR	IC à 95%	p
Contrôle T2A l'année précédente	-0,01	0,99	0.96 - 1.02	0,53
Année	0,1	1,1	1.08 - 1.12	< 0,001
Taille : T3 ou T4	-0,29	0,75	0.61 - 0.92	0,008
Catégorie : EBNL	-0,03	0,98	0.8 - 1.19	0,8
Organisation du PMSI				
Décentralisé	0	1		
Partiellement décentralisée	-0,05	0,95	0.89 - 1.02	0,13
Centralisée	0	1	0.94 - 1.05	0,86

Modèle quasi-binomial expliquant le pourcentage de séjours avec CMA unique de niveau 4 :

	Coefficient	OR	IC à 95%	p
Contrôle T2A l'année précédente	-0,01	0,99	0.95 - 1.04	0,78
Année	0,17	1,18	1.16 - 1.21	< 0,001
Taille : T3 ou T4	-0,1	0,91	0.7 - 1.17	0,44
Catégorie : EBNL	-0,15	0,86	0.67 - 1.1	0,23
Organisation du PMSI				
Décentralisé	0	1		
Partiellement décentralisée	-0,11	0,9	0.83 - 0.98	0,02
Centralisée	-0,1	0,91	0.85 - 0.97	0,004

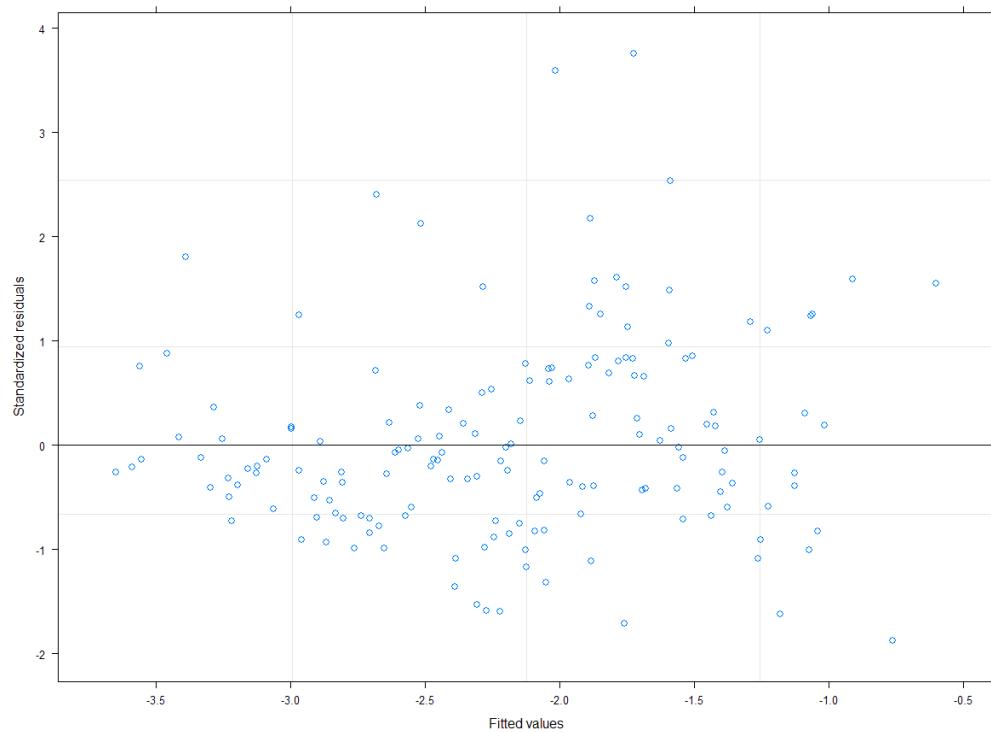
Annexe 12 : Modèle de régression binomiale du pourcentage de séjours en DATIM 73

	Coefficient	OR	IC à 95%	p
Contrôle T2A l'année précédente	-0,21	0,81	0.79 - 0.82	< 0.001
Année	-0,46	0,63	0.62 - 0.64	< 0.001
Taille : T3 ou T4	-0,09	0,91	0.44 - 1.86	0.789
Catégorie : EBNL	0,31	1,36	0.66 - 2.78	0.381
Organisation du codage PMSI				
Décentralisée	0	1		
Partiellement décentralisée	0,06	1,06	1.02 - 1.1	0.003
Centralisée	0	1	0.97 - 1.03	0.969

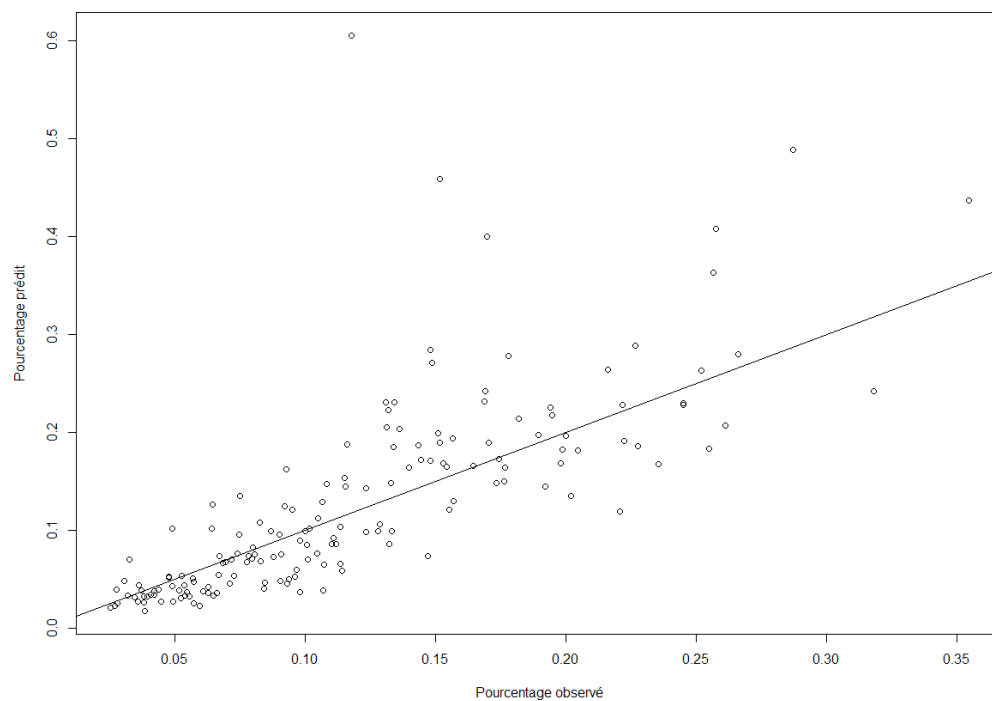
Déviance = 11242,9

Degré de liberté = 154

Erreurs standardisés en fonction des valeurs prédites :



Pourcentage prédit en fonction du pourcentage observé :



Référence bibliographique

1. MOLINIER L. le système hospitalier Français. 2007;
2. Loi du 21 décembre 1941 REORGANISATION DES HOPITAUX ET DES HOSPICES CIVILS.
3. Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics. - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006072701/2010-11-05/>
4. Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale.
5. Ordonnance n° 45-2456 du 19 octobre 1945 portant statut de la mutualité.
6. Bouinot C. LES ORIGINES DU PRIX DE JOURNEE DANS LES HOPITAUX EN FRANCE (1850-1940) [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: http://www.crefige.dauphine.fr/recherche/histo_compta/bouinot2.pdf
7. Gay R. Les temporalités complexes de la construction d'une innovation : la tarification à l'activité à l'hôpital (années 1960-années 2000). In 2011 [cité 8 juill 2020]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01205986>
8. Fehap - Les séjours longs du court séjour [Internet]. [cité 13 oct 2020]. Disponible sur: https://www.fehap.fr/jcms/la-federation/publications/etudes/les-sejours-long-du-court-sejour-fehap_62084
9. Krief N. La mise en œuvre de la tarification à l'activité à l'hôpital: des enjeux économiques et sociaux compatibles? 2006;21.
10. Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale. Loi dite loi Bérégovoy. - Légifrance [Internet]. [cité 19 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000504452/1984-09-19/>
11. DICOM_Gabriel.DS, DICOM_Gabriel.DS. Dotation globale de financement (DGF) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/dotation-globale-de-financement-dgf>
12. Cappelli D. Loi et système hospitalier : Autour de la notion budgétaire. Rev Déconomie Financ. 1995;34(3):143-64.
13. Séance du 18 novembre 2003 (compte rendu intégral des débats) [Internet]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/seances/s200311/s20031118/s20031118010.html>
14. Point d'étape T2A à l'occasion du passage à 100% de la part tarifée à l'activité dans le secteur public en 2008 [Internet]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/t2a_point_etape.pdf

15. Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.
16. Financement des soins à l'hôpital : la tarification à l'activité (T2A) | Vie publique.fr [Internet]. [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/37927-financement-des-soins-lhopital-la-tarification-lactivite-t2a>
17. DGOS. Financement des établissements de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>
18. Thompson J, Fetter R, Mross C. Case mix and resource use. *Inq J Med Care Organ Provis Financ.* 1 janv 1976;12:300-12.
19. Note de la direction des hôpitaux aux CH et CHR, 1982 [Internet]. [cité 26 août 2020]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/990/Cir_1982.pdf
20. CIRCULAIRE DH/P.M.S.I. n° 303 DU 24 JUILLET 1989 [Internet]. [cité 19 sept 2020]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/990/Cir_24-7-89.doc.pdf
21. CIRCULAIRE DH/PMSI n° 56 du 16 septembre 1991 relative aux relations conventionnelles entre les représentants de l'État et les établissements hospitaliers [Internet]. [cité 19 sept 2020]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/990/Cir_16-9-91.pdf
22. Code de la santé publique - Article L710-5. Code de la santé publique.
23. Arrêté du 22 juillet 1996 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale, visées à l'article L. 710-6 du code de la santé publique, par les établissements de santé visés à l'article L. 710-16-2 du même code et à la transmission, visée à l'article L. 710-7 du code de la santé publique, aux agences régionales de l'hospitalisation, aux organismes d'assurance maladie et à l'Etat d'informations issues de ce traitement.
24. Présentation | Publication ATIH [Internet]. [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/nomenclatures-de-recueil-de-linformation/presentation>
25. CIM | Publication ATIH [Internet]. [cité 16 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/nomenclatures-de-recueil-de-linformation/cim>
26. CdAM | Publication ATIH [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/cdam>
27. La nomenclature nouvelle des actes médicaux... arrive ! /data/revues/02210363/00810002/123/ [Internet]. 20 mars 2008 [cité 3 juin 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/122858>
28. Manuel des GHM - Version provisoire 2020 | Publication ATIH [Internet]. [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/manuel-des-ghm-version-provisoire-2020>

29. ameli.fr - Fiches d'aide à la facturation des forfaits et suppléments rémunérant l'établissement [Internet]. [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/documentation-technique/facturation-des-etablissements/aide-a-la-facturation-forfaits-et-supplements.php>
30. notice_technique_n_cim-mf-239-3-2017_nouveautes_financement_2017_republication_mai2017.pdf [Internet]. [cité 27 août 2020]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3134/notice_technique_n_cim-mf-239-3-2017_nouveautes_financement_2017_republication_mai2017.pdf
31. Arrêté du 28 février 2020 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile - Légifrance [Internet]. [cité 11 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041661407/>
32. Documentation | Publication ATIH [Internet]. [cité 26 août 2020]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/mco/documentation#Guides%20m%C3%A9thodologiques>
33. Article 1 - Décret n° 2014-787 du 8 juillet 2014 relatif aux modalités calendaires de la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 11 nov 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000029214312
34. Exemple de publication concernant la clôture des bases de données PMSI 2019 | ATIH [Internet]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/actualites/cloture-des-bases-de-donnees-pmsi-2019>
35. Instruction_24-06-2011_validation_donnees_via_lamda.pdf [Internet]. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/990/Instruction_24-06-2011_validation_donnees_via_lamda.pdf
36. Loi constitutionnelle n°96-138 du 22 février 1996 constitutionnelle instituant les lois de financement de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 21 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000741468/2020-10-21/>
37. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée - Légifrance [Internet]. [cité 2 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000742206/>
38. Sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie [Internet]. [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r19-040/r19-0402.html>
39. CIRCULAIRE DH/PMSI/95 N°48 du 11 DEC. 1995 [Internet]. [cité 19 sept 2020]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/990/1995_COTRIM.pdf

40. Contrôles externes T2A : textes officiels et autres documents et références | Publication ATIH [Internet]. [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/contrôles-externes-t2a-textes-officiels-et-autres-documents-et-references>
41. Guide du contrôle externe de la tarification à l'activité | Publication ATIH [Internet]. [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/guide-du-contrôle-externe-de-la-tarification-lactivite>
42. DATIM MCO 2016 | Publication ATIH [Internet]. [cité 12 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/datim-mco-2016>
43. Voir un exemple au chapitre 20 du Guide du contrôle externe T2A MCO 2018.
44. Notice technique 2011 sur les sanctions | Publication ATIH [Internet]. [cité 18 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/notice-technique-2011-sur-les-sanctions>
45. Contrôles T2A - Priorités nationales - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cité 12 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Finances-FHF-Data/PMSI/Contrôles-T2A-Priorites-nationales>
46. : Les documents Ovalide MCO | ATIH [Internet]. [cité 27 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/les-documents-ovalide-mco>
47. Circulaire « frontière » | Publication ATIH [Internet]. [cité 16 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/circulaire-frontiere>
48. Crawley MJ. Proportion Data. In: The R Book [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2007 [cité 20 août 2020]. p. 569-91. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780470515075.ch16>
49. Hunger M, Döring A, Holle R. Longitudinal beta regression models for analyzing health-related quality of life scores over time. BMC Med Res Methodol. 17 sept 2012;12(1):144.
50. Allaire J. RStudio: integrated development environment for R. Boston MA. 2012;770:394.
51. Magnusson A, Skaug H, Nielsen A, Berg C, Kristensen K, Maechler M, et al. Package 'glmmTMB'. R Package Version 02 0. 2017;
52. Ripley B, Venables B, Bates DM, Hornik K, Gebhardt A, Firth D, et al. Package 'mass'. Cran R. 2013;538.
53. glmmPQL function | R Documentation [Internet]. [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.rdocumentation.org/packages/MASS/versions/7.3-52/topics/glmmPQL>
54. Bolker B. GLMM FAQ [Internet]. Disponible sur: <http://bbolker.github.io/mixedmodels-misc/glmmFAQ.html#fitting-models-with-overdispersion>
55. Breslow NE, Clayton DG. Approximate inference in generalized linear mixed models. J Am Stat Assoc. 1993;88(421):9-25.
56. ATIH. HospiDiag [Internet]. Disponible sur: https://hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?_service=hospidiag&_debug=0&_program=hd.accueil_hd.sas

57. Hospi Diag - data.gouv.fr [Internet]. Disponible sur: /fr/datasets/hospi-diag/
58. Accueil - SAE Diffusion [Internet]. [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>
59. G M. Les contrôles T2A sont encore mal vécus par les établissements de santé [Internet]. Le DIM. 2010. Disponible sur: <https://www.departement-information-medicale.com/blog/2010/11/13/les-contrôles-t2a-sont-encore-mal-vecus-par-les-etablissements-de-sante/>
60. Note-sur-les-contrôles-externes.pdf [Internet]. [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2017/11/Note-sur-les-contrôles-externes.pdf>
61. La FHF dénonce les qualifications injustifiées et malvenues de « fraude » par Bercy - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cité 11 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/La-FHF-denonce-les-qualifications-injustifiees-et-malvenues-de-fraude-par-Bercy>
62. Mardi 6 juin - Collège Rhône-Alpes Auvergne de l'Information Médicale [Internet]. [cité 18 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.craim.org/381-mardi-6-juin.htm>
63. Convention collective nationale des praticiens-conseils du régime général de sécurité sociale du 4 avril 2006 - Légifrance [Internet]. [cité 18 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000019074546/
64. Rapport d'étape sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé, Olivier VERAN, 2016 [Internet]. [cité 16 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.olivier-veran.fr/wp-content/uploads/2016/05/rapport-detape-T2A.pdf>
65. Contrôles externes T2A : entre vices et vertus [Internet]. [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.dsih.fr/dossiers-sih/14/contrôles-externes-t2a-entre-vices-et-vertus.html>
66. QUELS ENSEIGNEMENTS TIRES DE LA JURISPRUDENCE EN MATIERE DE CONTROLE T2A ? [Internet]. Maître Mélanie Huet Avocat. [cité 27 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.huet-avocat.fr/publications/quels-enseignements-tires-de-la-jurisprudence-en-matiere-de-contrôle-t2a>
67. CONTROLE T2A : MISE EN DEMEURE IRRÉGULIÈRE ET REJET DE L'INDU – SHBK Avocats [Internet]. [cité 27 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.shbk-avocats.com/contrôle-t2a-mise-en-demeure-irreguliere-et-rejet-de-lindu/>
68. INSTRUCTION DGOS/R1/DSS/1A/2018/174 du 16 juillet 2018 relative aux priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour 2018 - Légifrance [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/43821>
69. Refonder la tarification hospitalière au service du patient [Internet]. [cité 17 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r11-703/r11-70322.html>
70. Yilmaz E, Vuagnat A. Tarification à l'activité : quel impact sur les réadmissions à l'hôpital ? - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2015 [cité 17 oct 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et->

statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/tarification-a-l-activite-quel-impact-sur-les-readmissions-a-l-hopital

71. Minodier C, Moty-Monnereau C, Chaleix M, Olier L. Les événements indésirables graves dans les établissements de santé: fréquence, évitabilité et acceptabilité. 2011;
72. Or Z, Häkkinen U, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). Qualité des soins et T2A: pour le meilleur ou pour le pire? Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2012.
73. Bras P-L. Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins. J Gest Econ Medicales. 2017;Vol. 35(6):245-63.
74. Calculer le coût du codage du PMSI : éléments de réflexion. | LE blog de tous les PMSI [Internet]. [cité 17 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.lespmsi.com/calculer-le-cout-du-codage-du-pmsi-elements-de-reflexion/>
75. CAB_Solidarites, CAB_Solidarites. Communiqué de presse - Lancement du Ségur de la santé - 25 mai 2020 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 12 juin 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/communique-de-presse-lancement-du-segur-de-la-sante-25-mai-2020>
76. Rapport « Réforme des modes de financement et de régulation » [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-reforme-des-modes-de-financement-et-de-regulation>
77. Article 51 - LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (1) - Légifrance [Internet]. [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000036358488/2018-01-01/
78. DGOS. L'évaluation des projets [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/l-evaluation-des-projets>
79. Les maladies chroniques | Travaux Publiés | Travaux du CESE [Internet]. [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.lecese.fr/travaux-publies/les-maladies-chroniques>, <https://www.lecese.fr/travaux-publies/les-maladies-chroniques>
80. BEIJA M, Senior C, GEORGES-PICOT A. Quelles leçons tirer du financement au parcours de santé à l'étranger?
81. Améliorer la pertinence des soins : un enjeu majeur pour notre système de santé [Internet]. [cité 2 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-668/r16-6685.html>
82. Décret n° 2019-977 du 23 septembre 2019 relatif à la rémunération forfaitaire des établissements de santé pour certaines pathologies chroniques prévue par l'article L. 162-22-6-2 du code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 17 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039124421/>

83. Décret n° 2015-1866 du 30 décembre 2015 relatif au financement de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - Légifrance [Internet]. [cité 18 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031740647/>
84. Décret n° 2019-121 du 21 février 2019 portant modification de dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - Légifrance [Internet]. [cité 18 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038158226/>
85. Pilotage de la dépense de santé : redonner du sens à l'Ondam - Sénat [Internet]. [cité 1 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/notice-rapport/2019/r19-040-notice.html>

AUTEUR : Nom : LUU

Prénom : Joël

Date de soutenance : 7 décembre 2020

Titre de la thèse : Impact du contrôle T2A sur le codage des établissements
du Nord-Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : DES de santé publique et médecine sociale

Mots-clés : T2A, contrôle externe, codage, PMSI, niveau de sévérité, CMA, DATIM 73

Résumé :

Introduction. La T2A, tarification à l'activité, est un mode de financement hospitalier reposant sur les données d'activité déclarées par les hôpitaux, le PMSI. Afin de vérifier la véracité des activités transmises, l'Assurance Maladie effectue un contrôle annuel du codage. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'impact du contrôle T2A sur le codage d'un établissement dans deux champs de contrôle proéminents en volume, le champ portant sur le niveau de sévérité du GHM et le champ de contrôle d'actes pouvant être réalisés en externe, appelé DATIM 73.

Méthode. L'étude porte sur l'ensemble des établissements de santé ayant une activité MCO de la région Nord-Pas-de-Calais entre 2010 et 2019. Les données PMSI de chaque établissement sont issues de la base nationale du PMSI. Pour le champ du niveau de sévérité, nous avons divisé pour chaque établissement le nombre de séjours avec un GHM de niveau 3 ou 4 avec une CMA unique de niveau 3 ou 4 par le nombre de séjours total avec une durée de séjour supérieur à 4 nuits. Pour le DATIM 73, nous avons divisé le nombre de séjours d'une journée avec un seul acte concerné par le DATIM 73 par le nombre de passage en hospitalisation ou en externe avec un seul acte concerné par le DATIM 73. Un modèle mixte de régression quasi-binomial a été utilisé pour évaluer l'évolution du pourcentage l'année suivant un contrôle T2A, ajusté sur l'année, la taille d'établissement, la catégorie d'établissement et l'organisation de codage du PMSI.

Résultats. Pour le niveau de sévérité (N = 28), le contrôle T2A ne modifie pas le codage des établissements (OR = 0,99 [0,95 – 1,02]). Pour le DATIM 73, un contrôle T2A est significativement associé à une réduction du pourcentage (OR = 0,82 [0,70 – 0,96]).

Conclusion. Le contrôle T2A a un effet sur le DATIM 73, non retrouvé dans le codage des CMA unique de niveau 3 ou 4. Ces résultats apportent une réflexion sur la pertinence du contrôle dans l'état actuel.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Philippe AMOUYEL

Assesseurs : Madame la Professeure Lina WILLIATTE
Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD
Monsieur le Professeur Grégoire FICHEUR

Directrice de thèse : Madame la Docteure Marysa GERMAIN ALONSO