

#22



INFO EN SANTÉ

NOVEMBRE 2013

SYSTÈME D'INFORMATION ■ STRATÉGIE ■ QUALITÉ

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE ■ WWW.FHF.FR

SOMMAIRE

- 1 **ÉDITORIAL**
- 2 **CHIFFRES CLÉS : PARTS DE MARCHÉ EN MCO**
Stéphane Finkel, FHF
- 9 **CHIFFRES CLÉS : PART DE MARCHÉ EN SSR**
Dr Fabienne Seguret, CHU de Montpellier
- 14 **CHIFFRES CLÉS : PARTS DE MARCHÉ EN HAD**
Stéphane Finkel, FHF
- 16 **CHIFFRES CLÉS : PARTS DE MARCHÉ EN PSYCHIATRIE**
Stéphane Finkel, FHF
- 22 **ÉTUDE DES FLUX DE PATIENTS DU MCO VERS LE SSR EN FRANCE** - Stéphane Finkel, FHF
- 30 **PERTINENCE DES ACTES : SITUER SON ÉTABLISSEMENT ET ÉVALUER SON ENVIRONNEMENT**
Stéphane Finkel, FHF
- 31 **ÉVOLUTION D'ACTIVITÉS : CHIFFRES CLÉS (2007 - 2012)**
Stéphane Finkel, FHF
- 37 **ZOOM SUR L'ACTIVITÉ D'ONCO-PÉDIATRIE ET D'ONCO-GÉRIATRIE EN FRANCE EN 2012**
Dr Fabienne Seguret, CHU de Montpellier
- 48 **SYNTHÈSE DU RAPPORT DU COMITÉ D'ÉVALUATION DE LA T2A**
Gaëlle Le Bayon, FHF
- 50 **RATIO DE PERSONNEL SUR LES PLATEAUX TECHNIQUES**
Yves Gaubert, FHF

ÉDITORIAL

POUR LA MISE EN PLACE D'UN COMITÉ D'ÉVALUATION DE LA T2A INDÉPENDANT

Comme chaque année *Info en Santé* vous présente les chiffres clés des parts de marché en hospitalisation. Mais avec une nouveauté : pour la première fois les chiffres couvrent les quatre champs à savoir la médecine, la chirurgie, l'obstétrique (MCO), les soins de suite et de réadaptation (SSR), l'hospitalisation à domicile (HAD) et la psychiatrie.

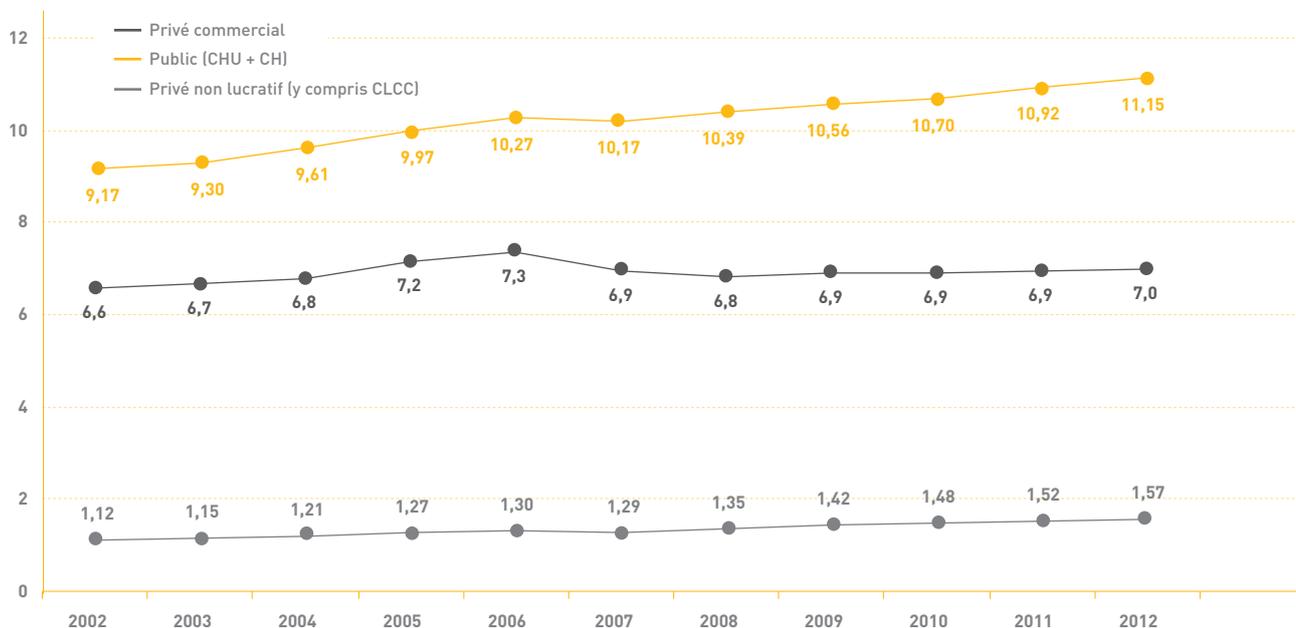
En MCO, pour la dixième année consécutive, le secteur public continue de renforcer sa position sur pratiquement toutes les spécialités médicales et chirurgicales. Il continue par ailleurs de combler de façon rapide le retard qu'il possède sur la chirurgie ambulatoire. Ce thème de la chirurgie ambulatoire risque fort d'alimenter pendant quelques temps les discussions et travaux tant ce sujet semble polariser l'attention des pouvoirs publics. Plus que jamais il s'avère nécessaire d'objectiver le plus précisément possible la réalité de cette activité, son périmètre, et surtout, les possibilités de l'extension de celui-ci. Le but étant d'éviter les polémiques (cf. la publication de la Cour des Comptes). En effet, on peut légitimement s'interroger sur la réalité de certains éléments chiffrés publiés (exemple : possibilité de réaliser 94 % de la chirurgie en ambulatoire) se basant sur des travaux dont les fondements et/ou les références scientifiques sont pour le moins incertains et/ou mal définis et/ou parfois mal interprétés. De ce fait les conclusions, notamment celle relative à la possibilité de faire réaliser de cette manière 5 milliards d'euros d'économie à l'Assurance maladie, ne peuvent être qu'entachées des mêmes réserves et doutes. À titre d'exemple, ce montant se traduirait par la suppression de 100 000 emplois, soit à peu près l'intégralité des effectifs soignants des unités de chirurgie et de bloc opératoire de France !

Dans ce numéro se trouve également un résumé du rapport très attendu, publié en juin 2013, du comité d'évaluation de la T2A mis en place par la FHF et dirigé par le Pr Fagon. Le contenu de ce rapport, outre qu'il est rassurant quant aux effets réels de la T2A, souligne la pertinence de la demande de la FHF et des conférences de présidents de CME et de directeurs d'obtenir la restauration d'un comité officiel d'évaluation de la T2A, indépendant et s'inscrivant en parallèle des travaux du Comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH). Dans l'hypothèse où le ministère ignorerait cette requête, la FHF a d'ores et déjà prévu de poursuivre ses propres travaux sur ces sujets. ■

Gérard Vincent, *délégué général*,
Bernard Garrigues, *médecin des hôpitaux, conseiller médical à la FHF*

1* Évolution du nombre de séjours et séances en MCO de 2002 à 2012 (en millions)

hors DOM-TOM, hors HIA, hors radiothérapie, dialyse et oxygénoth - Sources : bases PMSI Atih - DGOS 2002-2012 - FHF - BDHF



! **Note :** on figure ici l'activité enregistrée via le PMSI sachant que l'assiette du PMSI a évolué sur la période (exemple : circulaire frontière requalifiant certaines activités expliquant le décrochage en 2007).

Comme on peut le voir sur les courbes précédentes, le volume de séjours en MCO n'a de cesse de croître. Même s'il faut être prudent sur les détails des chiffres puisque l'assiette d'activité comptabilisée par le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) évolue régulièrement, on peut estimer à partir de chiffres obtenus sur la période 2002-2012 que cette progression se fait à un rythme moyen de +1,6 % chaque année.

Cependant, tout n'a pas évolué au même rythme. On sait en effet que de nombreux facteurs discriminants existent :

- le **statut juridique de l'établissement** : le privé non lucratif a augmenté très vite (à un rythme supérieur à 3 % par an), le secteur public a également eu une dynamique soutenue (+2 % par an environ) alors que le secteur privé lucratif a plutôt semblé s'essouffler (+0,6 % par an en moyenne) ;

- le **type de prise en charge** : on a constaté sur la période que seuls les volumes liés à une prise en charge en ambulatoire ont réellement augmenté (+3,8 %/an en moyenne, ce qui est probablement une sous-estimation de la réalité puisque depuis la circulaire frontière certaines activités perdurent, mais sont requalifiées et ne sont donc plus comptabilisés en « séjours »). Le nombre de séjours en hospitalisation traditionnelle est quant à lui resté complètement stable sur ces dix années ;

- la **spécialité médico-chirurgicale** : chaque spécialité connaît un rythme d'évolution spécifique. Ainsi, globalement

les spécialités médicales ont plutôt eu une tendance plus dynamique (+2 % par an en moyenne) que les spécialités chirurgicales (+1,2 % par an) alors que l'obstétrique est restée stable (-0,07 % par an globalement, mais +0,15 % sur les hospitalisations complètes). Mais ces chiffres globaux cachent des évolutions très particulières comme cela peut être le cas sur des spécialités qui se sont énormément développées ces dernières années (ex. la cardiologie interventionnelle) ou qui ont plutôt eu tendance à chuter (ex. la prise en charge du VIH) ;

- et de **nombreux autres facteurs** comme la zone géographique (le dynamisme de l'activité locale dépend de nombreux facteurs sociaux, économiques et démographiques) ou les règles de financement (quoi que cette dernière hypothèse soit partiellement contestée dans le rapport d'évaluation FHF de la T2A¹ qui indique que la complexité des règles induit qu'il est pratiquement impossible d'avoir une politique prospective tenant compte des évolutions tarifaires).

Pour en savoir plus : Drees, *Études et résultats* n° 854, octobre 2013. Cette étude sur l'évolution des parts de marché de 2003 à 2011 en court séjour a été conduite de façon un peu différente, mais les conclusions sont parfaitement comparables.
www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er854.pdf

1. Évaluation de la T2A : rapport de la FHF, juin 2013. Disponible sur www.fhf.fr > Actualités > Communication - Presse > Supports de communication FHF.

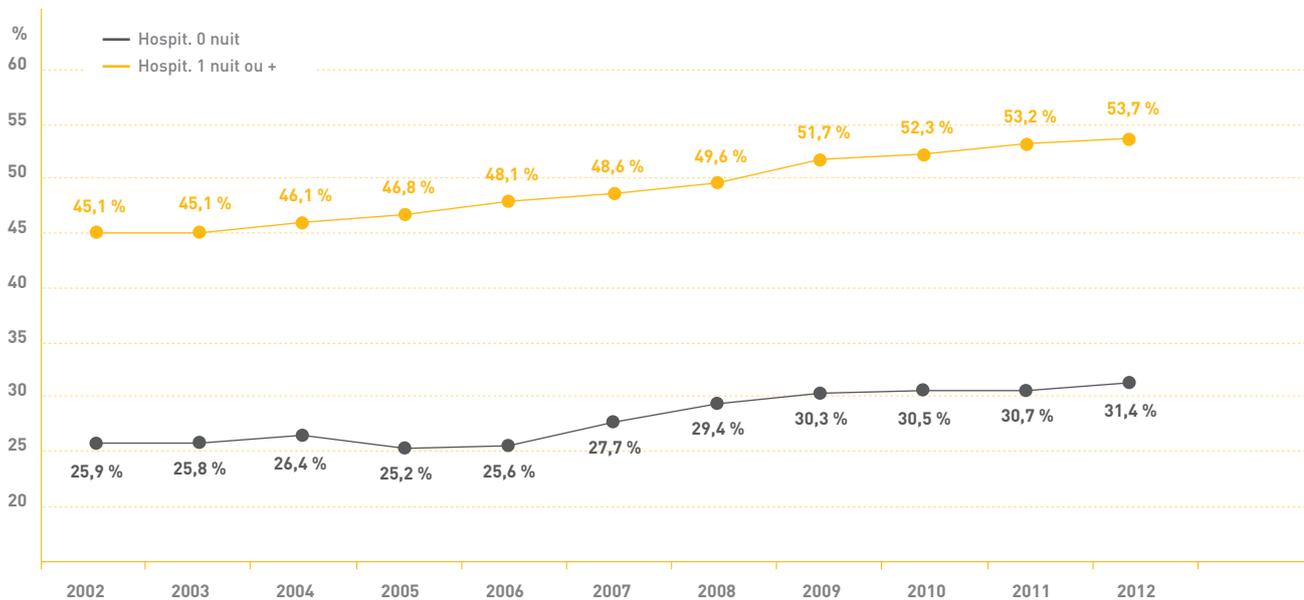
2* Parts de marché du public et parapublic (yc HIA) France 2002-2012 (y compris DOM et Mayotte) - Sources : PMSI Atih-DHOS

Statut	Activité*	Durée	Année										
			2002**	2003**	2004**	2005**	2006**	2007**	2008**	2009	2010	2011	2012
Public ou parapublic	Chirurgie	0 nuit	25,9 %	25,8 %	26,4 %	25,2 %	25,6 %	27,7 %	29,4 %	30,3 %	30,5 %	30,7 %	31,4 %
		1 nuit ou +	45,1 %	45,1 %	46,1 %	46,8 %	48,1 %	48,6 %	49,6 %	51,7 %	52,3 %	53,2 %	53,7 %
	Médecine	0 nuit	60,9 %	61,0 %	61,2 %	60,2 %	59,8 %	61,5 %	62,6 %	62,9 %	63,7 %	64,4 %	64,7 %
		1 nuit ou +	79,0 %	79,3 %	79,4 %	80,2 %	80,7 %	80,8 %	81,2 %	81,5 %	81,7 %	82,0 %	82,3 %
	Obstétrique	0 nuit	73,2 %	74,1 %	75,9 %	74,1 %	71,7 %	78,1 %	78,5 %	80,2 %	80,5 %	81,3 %	81,8 %
		1 nuit ou +	67,9 %	68,7 %	69,7 %	70,2 %	70,7 %	71,5 %	72,1 %	72,6 %	73,0 %	73,5 %	74,3 %

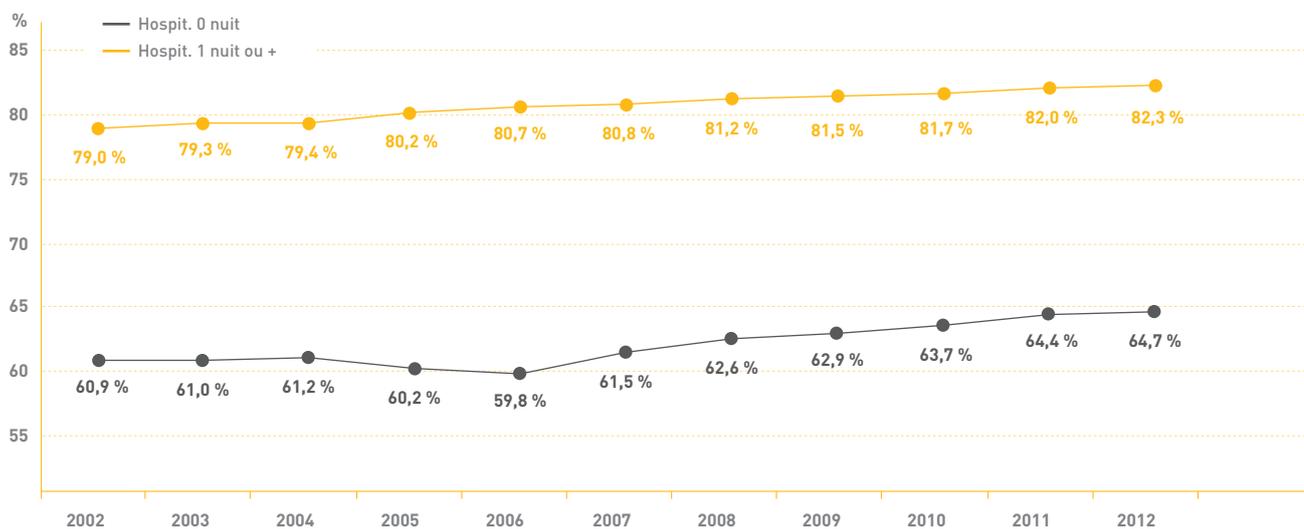
* Au sens de la classification Aso de l'Atih. ** L'activité des HIA et du CH de Mayotte ont été estimées pour les années 2002-2008.

! **À Noter :** la médecine de moins de 24h contient les séances (sauf la radiothérapie, la dialyse et l'oxygénothérapie hyperbare) la chirurgie esthétique et de confort est exclue.

3* Chirurgie : parts de marché du public et parapublic France 2002-2012 (yc DOM-TOM et HIA) - Sources : PMSI Atih-DHOS - BDHF-FHF

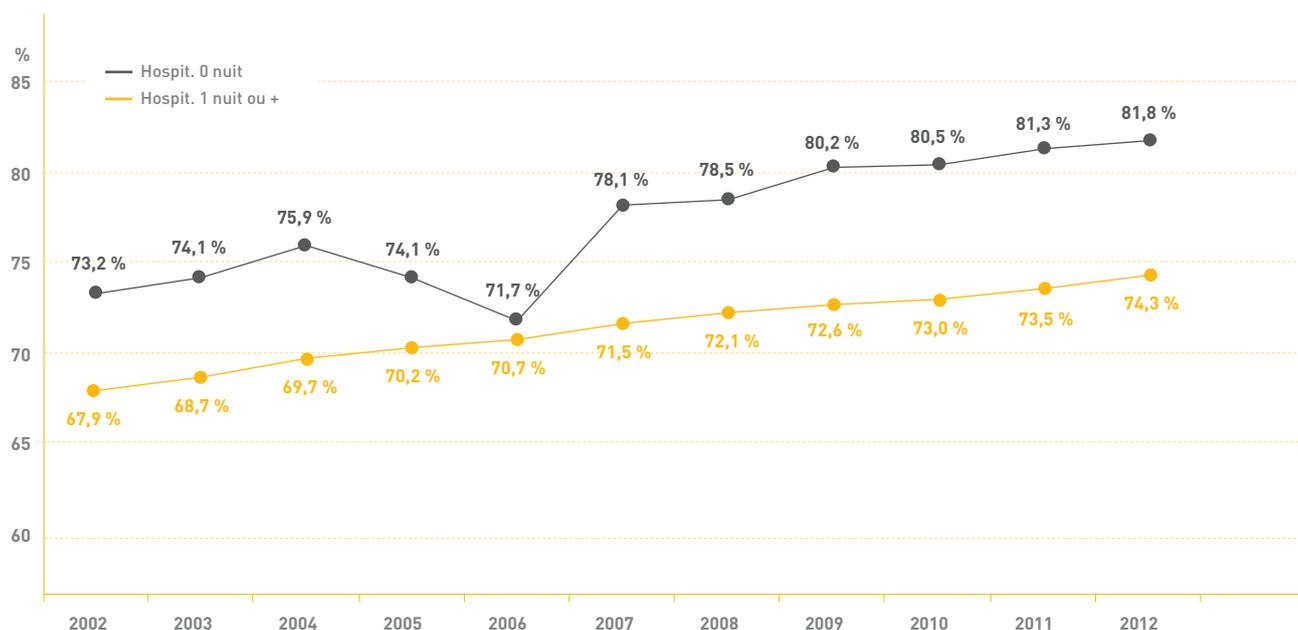


4* Médecine : parts de marché du public et parapublic France 2002-2012 (yc DOM-TOM et HIA) - Sources : PMSI Atih-DHOS - BDHF-FHF



5* Obstétrique : Parts de marché du public et parapublic France 2002-2012 (yc DOM-TOM et HIA)

Sources : PMSI Atih-DHOS - BDHF-FHF



C'est un constat récurrent non démenti depuis maintenant dix ans : le secteur non lucratif continue d'asseoir son leadership en matière d'hospitalisation sur le secteur MCO. Contrairement aux idées reçues qui ont perduré jusqu'à récemment, le secteur public hospitalier est dynamique et améliore sa productivité constamment.

Concernant la chirurgie 3*, la tendance est nette et régulière : en hospitalisation complète la chirurgie non commerciale est passée de 45 à 54 % en dix ans. En effet, le secteur public et parapublic gagne chaque année environ un point de part de marché en hospitalisation traditionnelle et accroît également d'un point chaque année depuis 2006 sa part de marché sur l'ambulatoire alors que cette activité est emblématique du secteur lucratif qui reste malgré tout encore ultra majoritaire (68,6 %).

En médecine 4*, alors que le secteur non lucratif représente déjà les quatre cinquièmes du paysage en hospitalisation complète, ce secteur continue

d'augmenter sa domination de 0,3 point chaque année (seuls 17,7 % des séjours de médecine en hospitalisation traditionnelle sont pris en charge par le secteur commercial et 35,3 % sur l'ambulatoire). Des pans entiers de la médecine sont désertés par les cliniques privées : les maladies respiratoires, les maladies du système nerveux, les maladies infectieuses et de nombreuses autres spécialités où seule l'offre publique est consistante. Seule la médecine instrumentale semble capter l'attention des praticiens qui exercent en clinique.

Sur l'obstétrique 5*, la tendance est la même : le secteur non lucratif prend de l'essor chaque année pour atteindre désormais 74,3 % (67,9 % en 2002) des prises en charge en hospitalisation complète – essentiellement des accouchements – et 81,8 % (73,2 % en 2002) des prises en charge ambulatoires (IVG, affections de l'ante et du post-partum).



La chirurgie non commerciale est passée de 45 à 54 % en dix ans.



6* Part de marché du secteur ex-DGF par domaine d'activité France 2012 (y compris DOM-TOM et Mayotte)

Sources : Atih - FHF - BDHF

	1 nuit et +		0 nuit	
	PdM 2012	Évolution 2012/2011	PdM 2012	Évolution 2012/2011
D01 - Digestif	65,8 %	+0,9 %	30,0 %	+0,5 %
D02 - Orthopédie traumatologie	53,4 %	+0,0 %	32,8 %	+0,3 %
D03 - Traumatismes multiples ou complexes graves	97,8 %	+0,3 %	-	-
D04 - Rhumatologie	86,5 %	+0,7 %	81,5 %	-0,6 %
D05 - Système nerveux (hors cathé. vasculaires diagnostiques et interventionnel)	86,1 %	-0,2 %	93,0 %	-0,6 %
D06 - Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	57,3 %	+1,4 %	47,5 %	+0,0 %
D07 - Cardiologie (hors cathé. vasculaires diagnostiques et interventionnel)	75,1 %	+0,7 %	58,3 %	+0,5 %
D09 - Pneumologie	88,6 %	-0,1 %	81,8 %	+0,0 %
D10 - ORL, stomatologie	61,1 %	+0,7 %	27,8 %	+0,1 %
D11 - Ophtalmologie	47,0 %	+1,3 %	27,3 %	+0,3 %
D12 - Gynécologie - sein	53,2 %	-0,2 %	51,5 %	-0,4 %
D13 - Obstétrique	74,4 %	+0,8 %	81,7 %	+0,4 %
D14 - Nouveau-nés	74,2 %	+0,6 %	-	-
D15 - Uro-néphrologie et génital masculin	62,5 %	+0,8 %	50,8 %	+0,5 %
D16 - Hématologie	84,1 %	+0,3 %	86,7 %	+0,3 %
D17 - Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	91,8 %	-0,3 %	-	-
D18 - Maladies infectieuses (dont VIH)	92,8 %	-0,2 %	98,1 %	-0,4 %
D19 - Endocrinologie	83,2 %	+0,2 %	94,7 %	-0,8 %
D20 - Tissu cutané et tissu sous-cutané	82,0 %	+0,5 %	48,8 %	+0,1 %
D21 - Brûlures	98,1 %	-0,1 %	94,0 %	+0,1 %
D22 - Psychiatrie	96,8 %	+0,0 %	98,4 %	-0,1 %
D23 - Toxicologie, intoxications, alcool	95,4 %	-0,1 %	94,4 %	-0,9 %
D24 - Douleurs chroniques, soins palliatifs	76,1 %	-0,2 %	85,6 %	+0,8 %
D25 - Transplantation d'organes	100,0 %	+0,0 %	-	-
D26 - Activités inter spécialités, suivi thérap. d'affections connues	77,4 %	-0,1 %	70,5 %	-1,9 %
D27 - Séances (hors radiothérapie, dialyse et oxygénothérapie)	-	-	72,7 %	+0,8 %

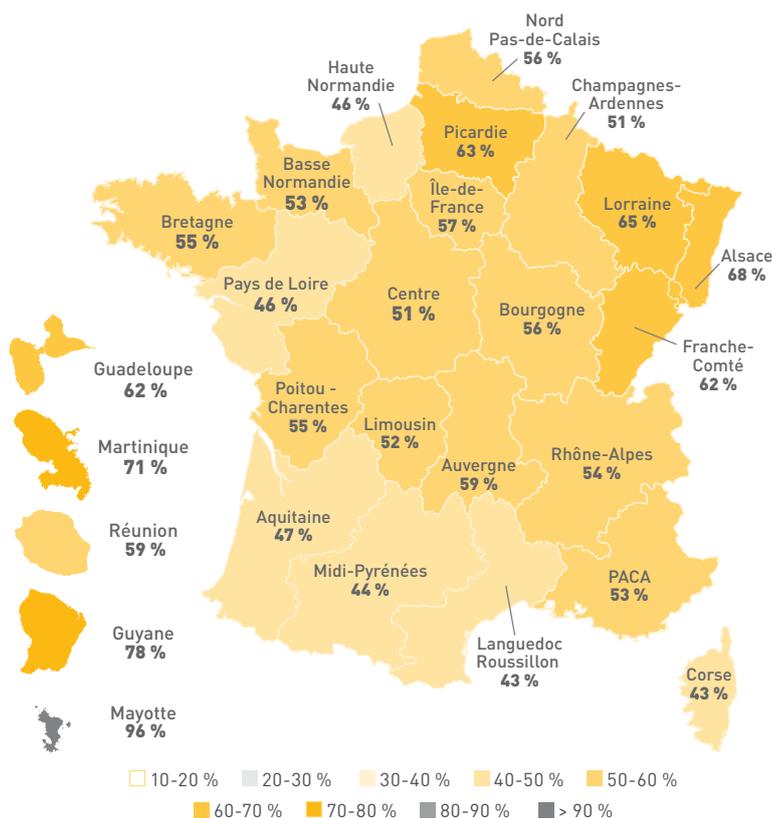
! Note : hors séances de radiothérapie et de dialyse, hors mort-nés, hors chirurgie esthétique non prise en charge par l'Assurance maladie.

Sur le tableau ci-dessus est figuré le partage de l'activité entre le secteur non lucratif et le secteur commercial en 2012 ainsi que la dynamique par rapport à 2011 sur chaque domaine d'activité.

- En hospitalisation complète, le secteur non lucratif est majoritaire sur tous les domaines d'activité hormis sur l'ophtalmologie. Mais on constate que c'est sur cette activité que sa progression est quasiment la plus forte (+1,3 %), tendant à faire disparaître cette exception pour 2014 ou 2015.
- On constate également qu'en hospitalisation complète, à une exception près, les seuls secteurs où le secteur ex-DGF régresse (d'un maximum de -0,3 % de part) concernent des activités où il est extrêmement dominant (ex. le domaine où la perte est maximale concerne une activité où le secteur non lucratif possède 91,8 % de la part d'activité).

- On observe que certaines activités sont de véritables monopoles du secteur non lucratif : la traumatologie, la rhumatologie, l'endocrinologie, la prise en charge des affections du système nerveux, des maladies respiratoires, des maladies du sang, des maladies infectieuses, des brûlures, la prise en charge aiguë de la psychiatrie, des intoxications ou de la douleur. L'obstétrique, comme on l'a vu par ailleurs, se dirige également vers un quasi-monopole du secteur non lucratif.
- Le secteur commercial conserve une activité importante sur les domaines à forte composante chirurgicale ou instrumentale : par exemple, le digestif (importance des endoscopies), l'orthopédie, les cathétérismes vasculaires, l'ORL, la stomatologie, l'ophtalmologie, la prise en charge des affections cutanées en ambulatoire, l'urologie.
- Sur toutes les activités citées dans le paragraphe précédent (points forts du privé), le secteur non lucratif progresse.

7* Chirurgie en hospitalisation complète - Part de marché du secteur non lucratif (public + privé non lucratif) par région en 2012
 - Moyenne France : 54 % - Sources : Atih - FHF - BDHF

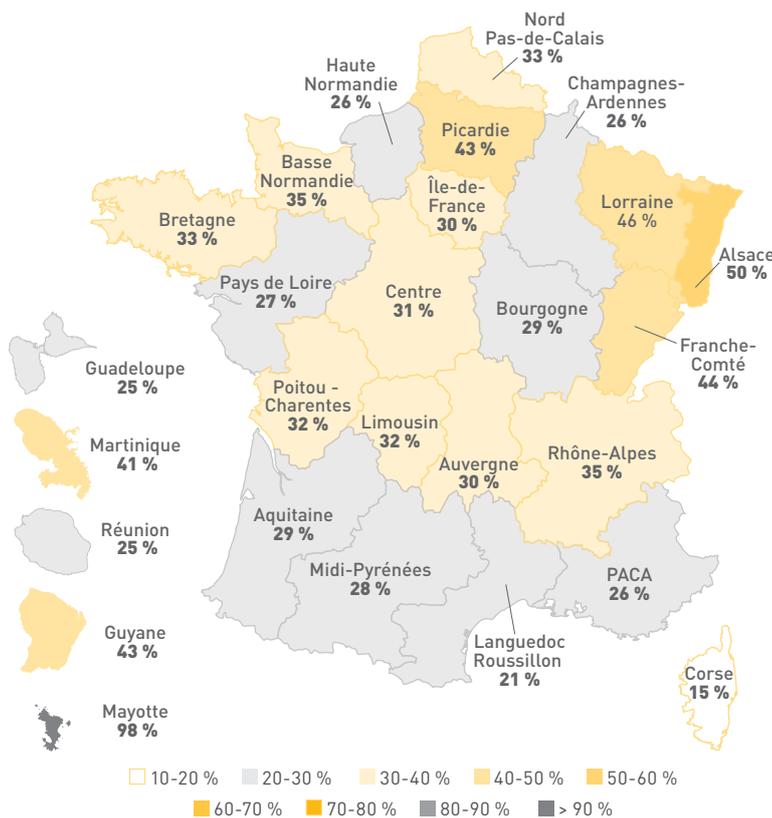


■ En métropole, la part du secteur ex-DGF en chirurgie en hospitalisation complète varie entre 43 % et 68 % selon les régions, avec des taux élevés dans l'est de la France (Alsace, Lorraine, Franche-Comté) et des taux plutôt faibles dans une partie du sud (Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Corse).

Certaines régions ont vu leur situation énormément évoluer en quelques années : Aquitaine, Auvergne, Bourgogne, Corse et Poitou-Charentes qui sont toutes des régions où la part de marché du secteur non lucratif a progressé de plus de 8 % en 6 ans (jusqu'à près de 12 % en Auvergne où il est passé de 47 % en 2006 à 59 % en 2012).

Seul le Languedoc-Roussillon fait exception puisque dans cette région constituant un fief pour la chirurgie privée, malmenée par ailleurs, ce secteur a réussi à conserver sa position en grignotant même un point de part de marché depuis 2006.

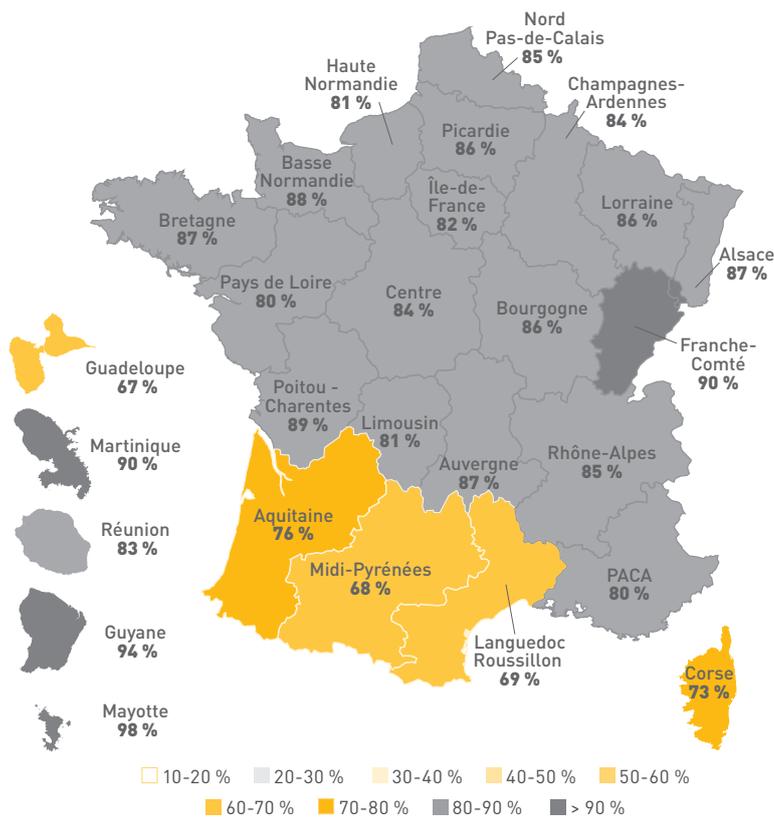
8* Chirurgie ambulatoire - Part de marché du secteur non lucratif (public + privé non lucratif) par région en 2012
 Moyenne France : 31 % - Sources : Atih - FHF - BDHF



■ La chirurgie ambulatoire est le domaine de prédilection du secteur commercial, il est d'ailleurs majoritaire partout sur le territoire sauf en Alsace où le secteur non lucratif produit 50,3 % des séjours. Hormis en Alsace, le secteur ex-DGF est proche des chiffres du privé en Lorraine (46,3 %) et en Franche-Comté (43,7 %). Par contre, il possède toujours un retard très important en Corse (15 %) et en Languedoc-Roussillon (21 %).

En ce qui concerne l'évolution, globalement la part du secteur non lucratif progresse régulièrement sur la chirurgie ambulatoire (d'environ un point chaque année comme on l'a vu par ailleurs), mais cela cache également des situations régionales particulières comme en Corse ou en Aquitaine où le public remonte la pente très rapidement (en partant de très loin), ou à l'inverse quatre régions où le secteur ex-DGF a perdu des parts de marché au cours des six dernières années (dont le Languedoc-Roussillon où la situation est très mauvaise pour ce secteur).

9* Médecine en hospitalisation complète - Part de marché du secteur non lucratif (public + privé non lucratif) par région en 2012 - Moyenne France : 82 % - Sources : Atih - FHF - BDHF

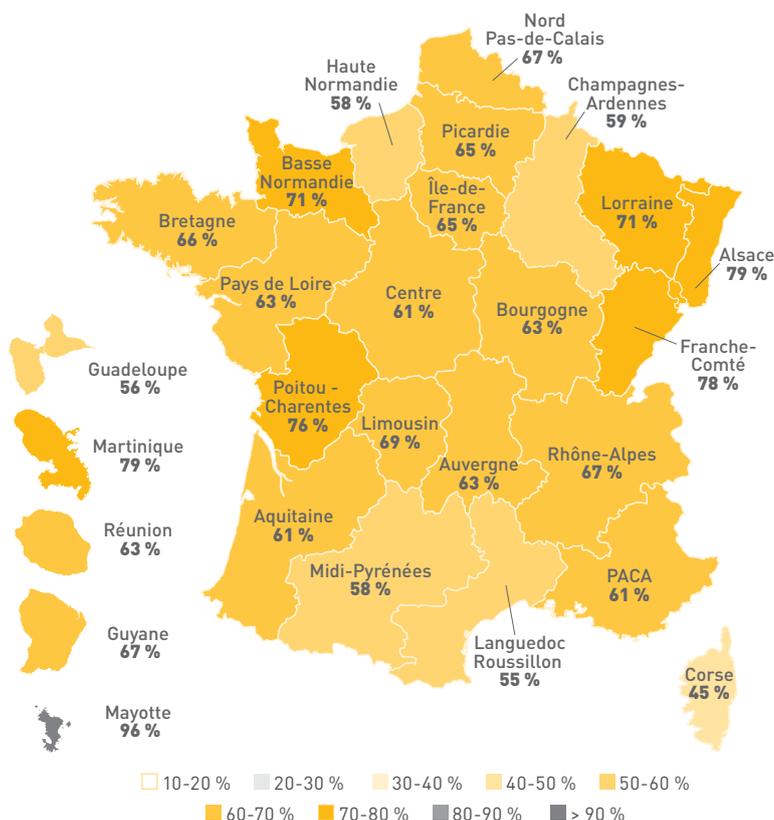


■ En médecine, le secteur commercial est largement dominé. En hospitalisation complète on peut presque parler d'absence sur certaines régions où le secteur ex-DGF frôle les 90 % de part de marché (89,6 % en Franche-Comté, 88,6 % en Poitou-Charentes et plus de 85 % pour presque la moitié des régions).

À l'autre bout du spectre on trouve le Languedoc-Roussillon (68,7 %) et le Midi-Pyrénées (67,7 %) dans lesquelles le privé commercial continue d'offrir une concurrence significative. D'autant plus que le privé continue de perdre des parts au niveau national, alors qu'en Languedoc-Roussillon l'inverse qui se produit. Quant aux Midi-Pyrénées, même si la tendance est la même qu'au niveau national, les taux sont beaucoup plus modérés.

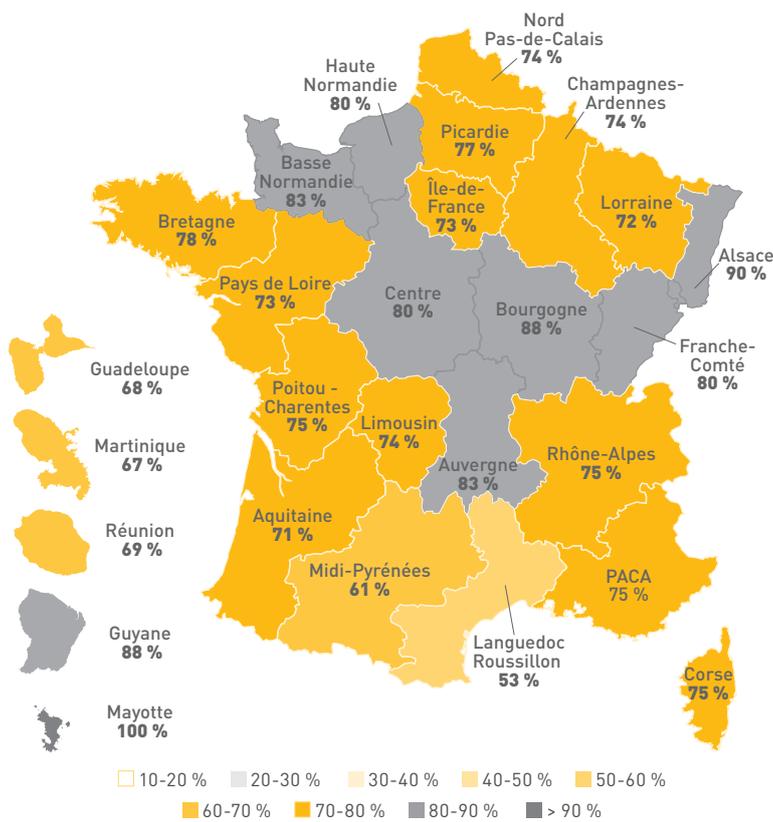
À l'inverse, la Corse, qui était encore il y a quelques années la région la plus favorable à la médecine privée, est en train de changer sa tendance puisqu'en six ans, le taux est passé de 38 à 27 % de part de marché.

10* Médecine en hospitalisation de 0 nuit - Part de marché du secteur non lucratif (public + privé non lucratif) par région en 2012 (hors séances de radiothérapie et de dialyse) - Moyenne France : 65 % - Sources : Atih - FHF - BDHF



■ L'activité étudiée ici contient les séjours ambulatoires de médecine ainsi que les séances à l'exclusion de la dialyse et de la radiothérapie. Même si la domination du secteur non lucratif est importante sur la médecine ambulatoire, le secteur lucratif représente malgré tout un tiers de l'activité. En réalité celle-ci est essentiellement axée sur les activités instrumentales telles que les endoscopies digestives qui à elles seules représentent presque la moitié (45 %) de l'activité des cliniques sur ce créneau d'activité alors que cela ne représente que 2 % de l'activité des CHU sur la médecine ambulatoire. Cela permet d'affirmer qu'il n'existe pas une véritable concurrence puisque les cliniques ne sont présentes que sur des niches très particulières et absentes sur l'écrasante majorité du panel de prise en charge proposé en France. Le partage territorial est distribué plus ou moins selon la même logique que sur les autres activités : l'Alsace (79,3 %), la Franche-Comté (78,3 %) et le Poitou-Charentes (75,7 %) sont les régions les plus dominées par le secteur ex-DGF alors que la Corse (44,6 %) et le Languedoc-Roussillon (55,3 %) sont les régions où le privé est le plus développé. Cette activité ne déroge pas à la règle : malgré sa domination, le secteur non lucratif progresse pratiquement partout et notamment en Auvergne (où il est passé de 49 à 63 % sur une période de six ans) ou en Bourgogne (de 55 à 63 % sur la même période). Seule la Lorraine a vu les chiffres du secteur ex-DGF légèrement s'éroder.

11* Obstétrique en hospitalisation complète - Part de marché du secteur non lucratif (public + privé non lucratif) par région en 2012 - Moyenne France : 74 % - Sources : Atih - FHF - BDHF

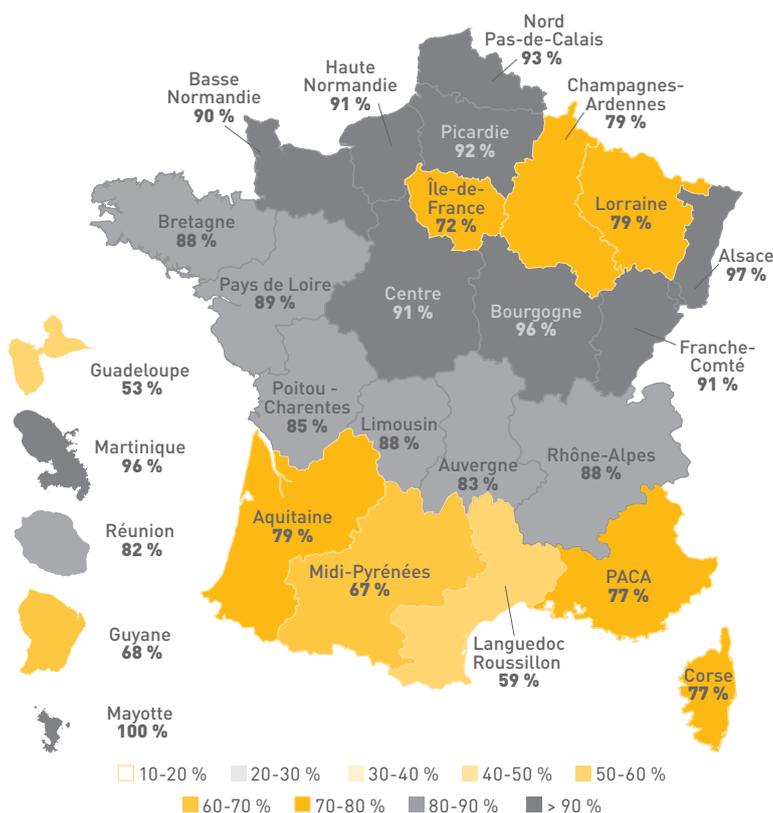


■ Sur l'obstétrique en hospitalisation complète (à 80 % il s'agit du séjour d'accouchement), le secteur privé est de moins en moins présent.

Au niveau national les cliniques représentent 25,7 % de l'activité en 2012 (32,1 % dix ans plus tôt). En métropole, ce taux est très variable puisqu'il va de 10,2 % en Alsace à 47,1 % en Languedoc-Roussillon (en perte de vitesse sur ce dernier cas puisque les cliniques étaient encore récemment majoritaires sur cette activité).

Le privé est par ailleurs en chute libre sur quelques régions comme en Auvergne où il ne représente plus que 17 % de l'activité contre encore 28 % six années auparavant.

12* Obstétrique en hospitalisation de 0 nuit - Part de marché du secteur non lucratif (public + privé non lucratif) par région en 2012 - Moyenne France : 82 % - Sources : Atih - FHF - BDHF



■ Cette activité est constituée à 77 % d'avortements (essentiellement volontaires), mais également de prises en charge concernant le post ou l'ante-partum (ex. la surveillance des grossesses à risque ou le faux travail). Il s'agit essentiellement de spécialités publiques qui tournent parfois au monopole (96,8 % en Alsace, 95,5 % en Bourgogne et plus généralement ce sont dix régions où le secteur ex-DGF dépasse les 90 % de part).

C'est encore en Languedoc-Roussillon que le privé lucratif se défend le mieux en conservant 40,7 % de la part de marché. ■

Éléments de méthode

Les séjours RHA de la base nationale PMSI SSR 2012 (BDHF-FHF, source Atih) sont décrits en termes de journées.

Le regroupement en GME est un groupage effectué par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih).

Les résultats sont présentés par type d'établissement (fichier Finess Atih et site Finess) : établissement public CH et CHU, établissements de santé privé d'intérêt collectif (Espic), privé.

Ils sont exposés pour les facteurs de description suivants (en nombre de journées et pourcentage) :

- le type d'hospitalisation : hospitalisation complète ou semaine, et hospitalisation jour ou séances ;
- la diversité de l'activité est présentée par la médiane du nombre de CM différentes, et la médiane du nombre de GME distinctes, par catégorie d'établissement ;
- l'âge des journées en classe ;
- le pourcentage de journées selon la catégorie majeure ;
- le niveau de dépendance physique (< 12, ≥ 12) et psychologique (< 6, ≥ 6).

Les indicateurs présentés sont les parts de marché des établissements et/ou la répartition des différentes classes des facteurs dans chaque type d'établissement.

Synthèse des résultats

En 2012, la base nationale PMSI SSR comptabilise 6 743 843 RHA et 35 975 261 journées de soins de suite et de réadaptation (SSR), soit une augmentation de 2,1 % comparé à 2011 (n = 35 246 736 journées, 6 588 719 RHA).

Ces journées sont assurées par les CH et les CHU dans 40,5 % (n = 13 366 427) des cas, par les établissements privés lucratifs pour 33,9 % (n = 11 171 223) et les établissements Espic pour 25,6 % (n = 8 448 221).

La part de l'hospitalisation privée progresse légèrement en hospitalisation de jour/séances (33,4 % contre 32,6 % en 2010) à l'inverse de celle des Espic (40,8 % comparé à 41,8 % en 2010). **13 et 14***

Ces résultats montrent une augmentation de la part des établissements publics, liée à l'augmentation du nombre de journées en CHU (5 % des journées en 2011, 9 % en 2012) comparés à ceux observés en 2011, que ce soit en hospitalisation complète/semaine ou en hospitalisation de jour/séances.

La diversité est ici la médiane du nombre de CM différentes, et la médiane du nombre de GME distinctes, par catégorie d'établissement. La médiane du nombre de CM est maximale en CH (n = 6), et maximale en CHU en termes de GME (n = 159). En Espic la diversité est nettement plus faible avec une médiane de nombre de CM à 4,5 et de 67 GME. **15***

Les établissements publics consacrent 58 % (CHU) à 65,5 % (CH) de leurs journées à des patients de plus de 74 ans. Ce résultat a légèrement augmenté comparé à 2011. **16***

En termes de parts de marché, le secteur public (CH et CHU) réalise entre 45 % et 56 % des journées des patients de plus de 74 ans, alors que les établissements Espic et privés lucratifs effectuent entre 68 % et 87 % des journées selon l'âge entre 7 et 74 ans. Avant six ans les journées en Espic prennent en charge 73 % des journées. **17***

En hospitalisation de jour/séances, les établissements publics réalisent plus de 60 % des journées des sujets de plus de 85 ans (non présenté).

La prise en charge des traumatismes et des affections du système nerveux totalise plus de 50 % des journées, quel que soit le type d'établissement. Cependant, la part de pathologies neurologiques est élevée en CHU (37 %), alors que ce sont les affections traumatiques en établissements privés (43 %). **18***

Les établissements publics (CHU et CH) réalisent près de 50 % des journées de la CM 01 (affections du système nerveux). **19***

Les activités de réadaptation et de réinsertion ne sont plus repérables par les CM (pas d'équivalent de la CMC40).

La part la plus élevée de séjours de niveau 2 s'étend de 12 % en privé à 31 % en CHU. **20***

Les établissements publics assurent 50 % des journées de niveau 2. Ce résultat s'accroît pour les journées de patients de plus de 75 ans dont 62 % sont assurés par les établissements publics, en particulier en CH (non présenté). Au contraire les établissements privés et PSPS prennent en charge près de 73 % des journées de niveau 0. **21***

Le niveau de dépendance physique est supérieur à 12 dans plus de 40 % des journées en CHU et plus de 30 % en CH, alors qu'il n'atteint que 18 % dans le secteur privé lucratif et 25 % en Espic. La dépendance psychique est également plus élevée dans les établissements publics, en particulier dans les CHU. **22***

Le taux de séjours avec dépendance élevée a augmenté de façon substantielle en CHU entre 2011 et 2012 (plus de 7 points pour la dépendance physique et plus de 10 points pour la dépendance psychique). On ne peut cependant éliminer ici un probable effet de l'amélioration de la qualité et l'exhaustivité du codage.

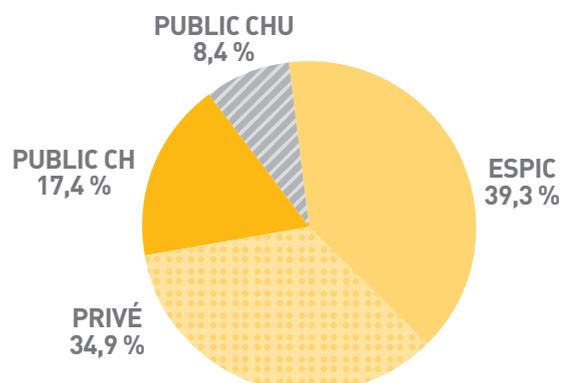
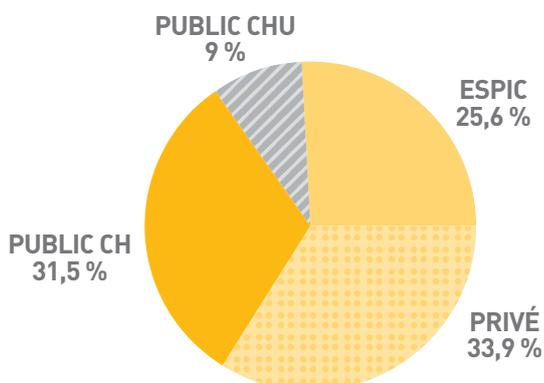
En termes de part de marché, les établissements publics prennent en charge 51 % de la dépendance physique et 55 % de la dépendance psychique. Ces résultats sont stables comparés à 2011. **23***

Il est cependant important de rappeler que le codage de la dépendance reste probablement hétérogène selon les établissements, impliquant une certaine prudence quant à l'interprétation des résultats.

Parts de marché des établissements selon le mode d'hospitalisation (année 2012)

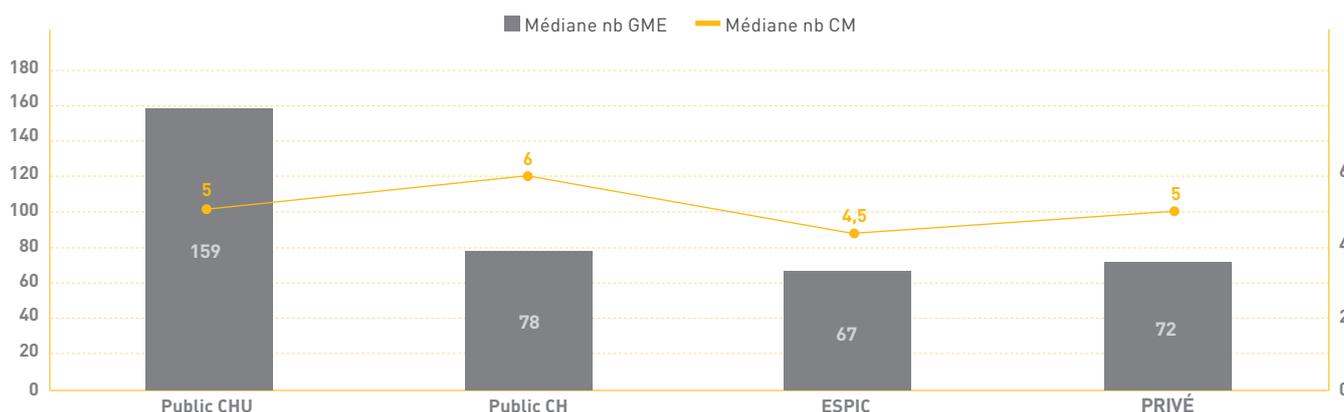
13* Hospitalisation complète/semaine - Base nationale PMSI SSR FHF - BDHF source Atih, n = 32 985 871 journées

14* Hospitalisation jour/séances - Base nationale PMSI SSR FHF - BDHF source Atih, n = 2 989 314 journées



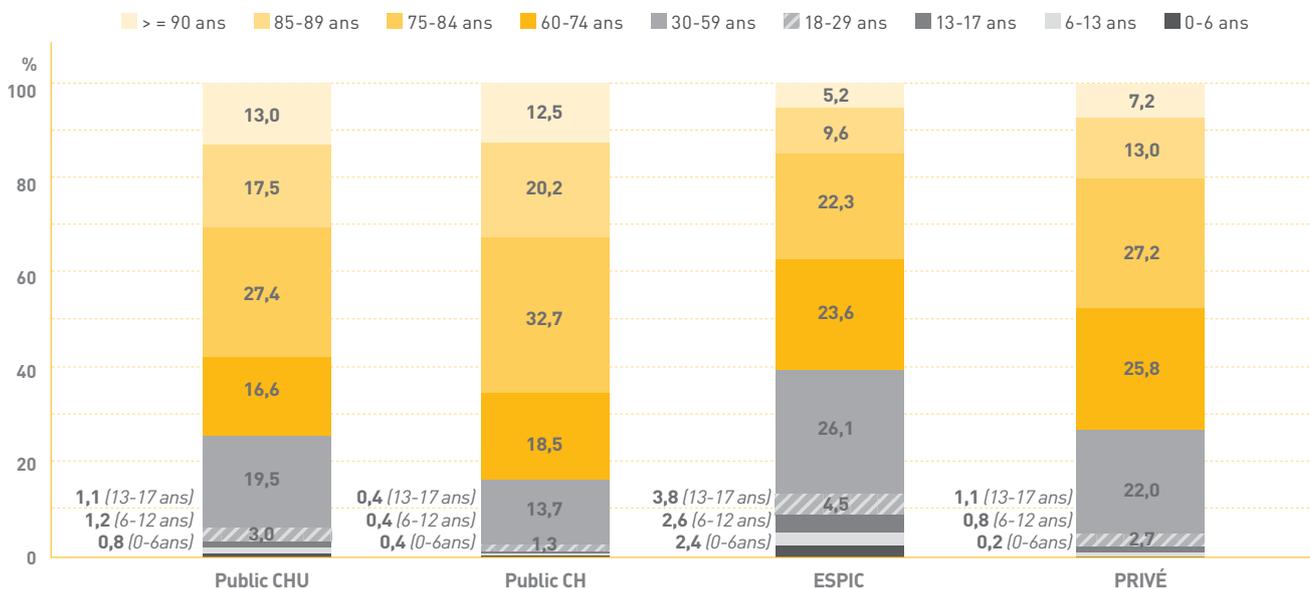
Diversité des prises en charge selon la catégorie d'établissement (année 2012)

15* Diversité des prises en charge (médiane du nombre de CM, de GME) selon le type d'établissement
Base nationale PMSI SSR FHF - BDHF (source Atih, n = 1 630 établissements)



Répartition des classes d'âge dans les établissements (année 2012)

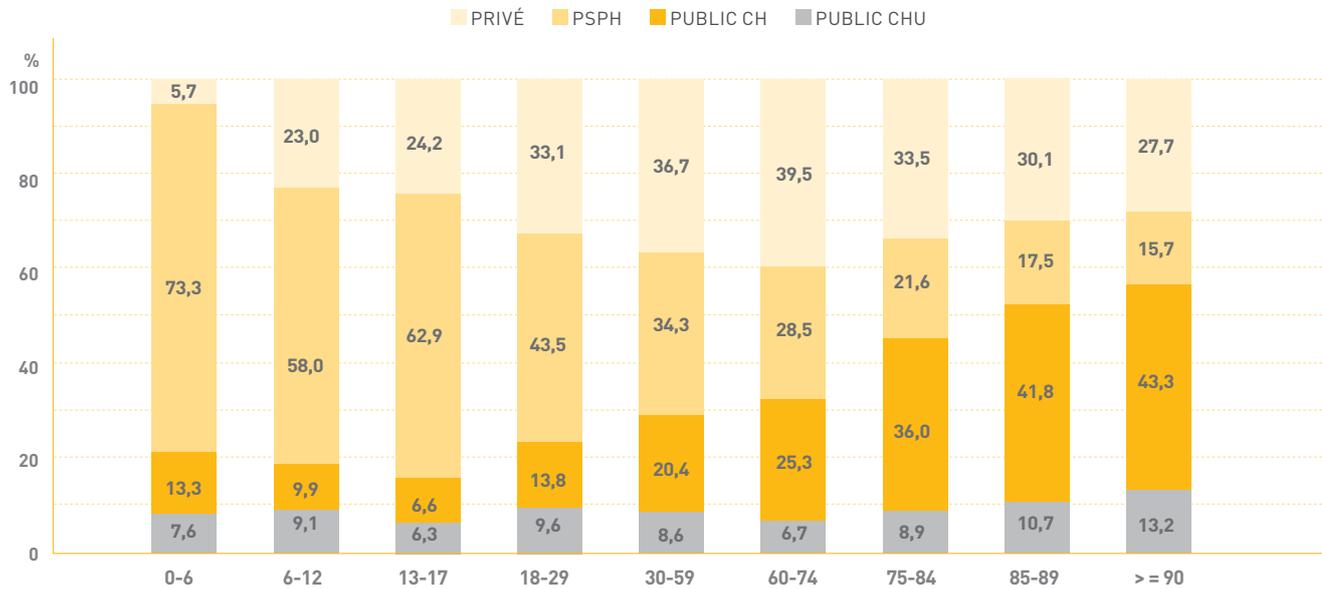
16* Répartition de l'âge (en classe) selon le type d'établissement - Base nationale PMSI SSR FHF - BDHF (source Atih, n = 35 975 261 journées)



Parts de marché des établissements selon l'âge (année 2012)

17* Part des différents secteurs dans la prise en charge des SSR selon l'âge

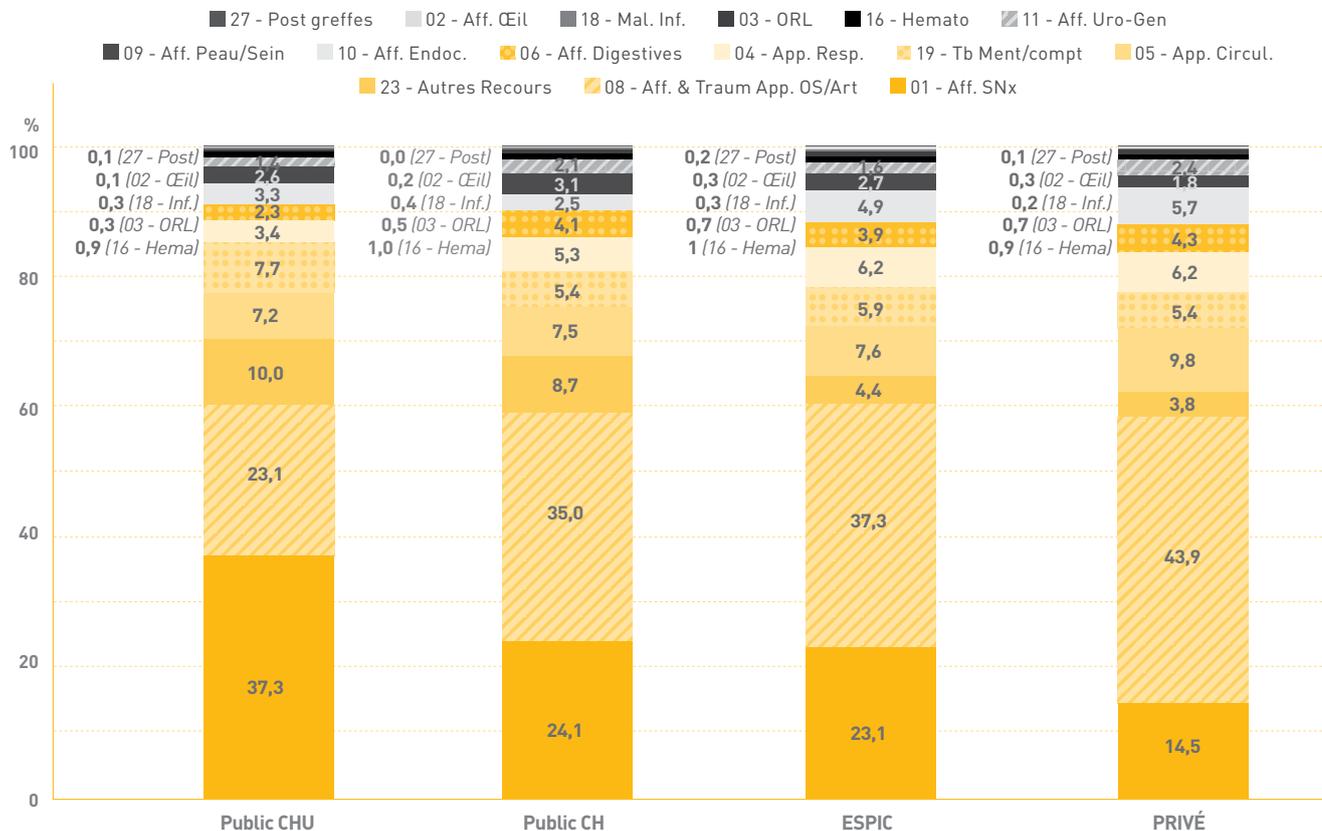
Base nationale PMSI SSR FHF - BDHF (source Atih, n = 35 975 261 journées)



Répartition des CM selon le type d'établissements (année 2012)

18* Répartition des catégories majeures selon le type d'établissement

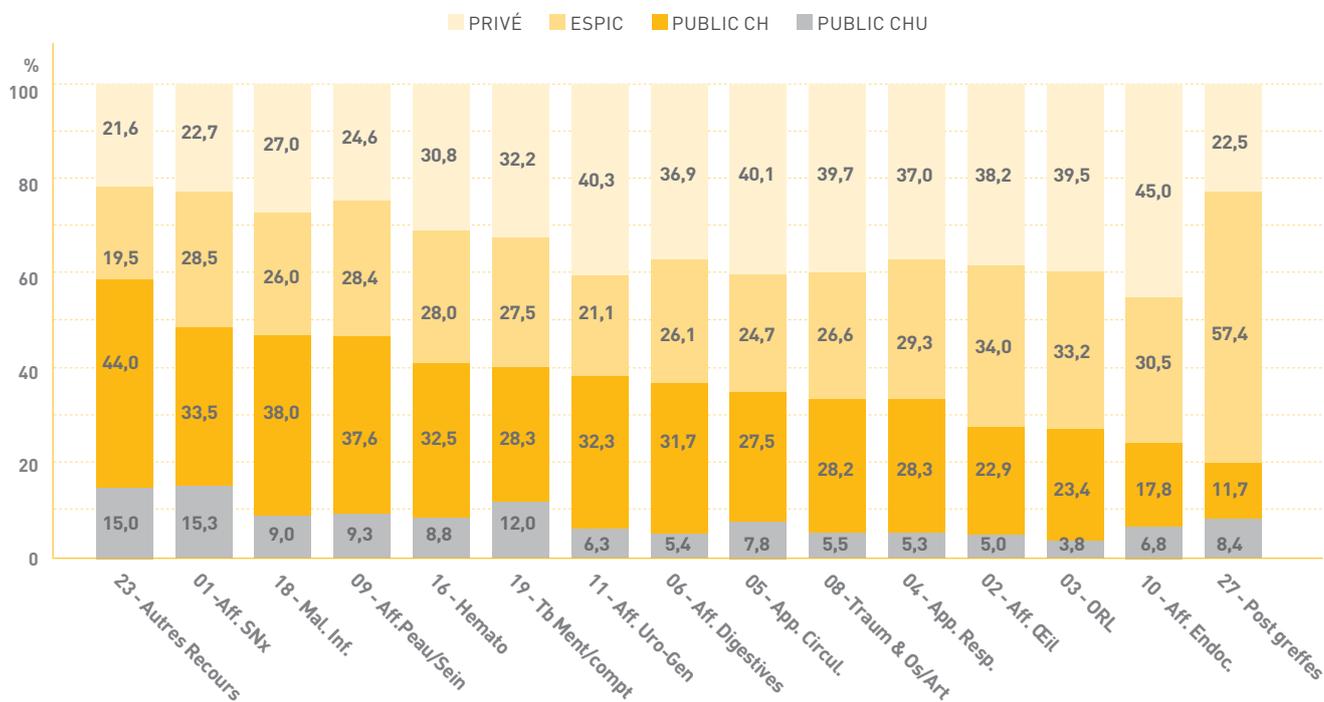
Base nationale PMSI SSR FHF - BDHF (source Atih, n = 35 975 261 journées)



Parts de marché des établissements selon la CM (année 2012)

19* Part des journées de patients de plus de 74 ans selon les différents secteurs et la CMC

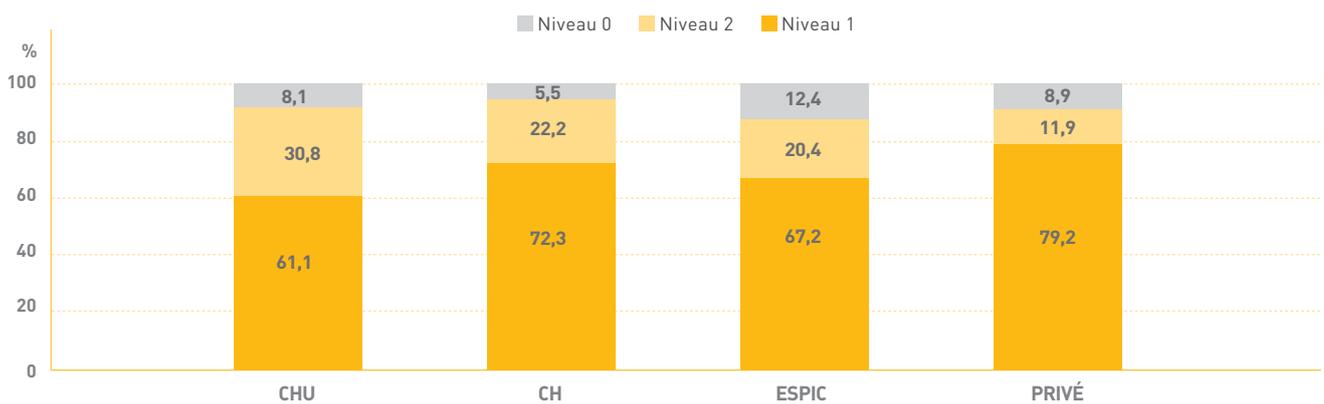
Base nationale PMSI SSR FHF - BDHF (source Atih, n = 35 975 261 journées)



Répartition de la sévérité par catégorie d'établissement (année 2012)

20* Répartition des niveaux de sévérité par catégorie d'établissements

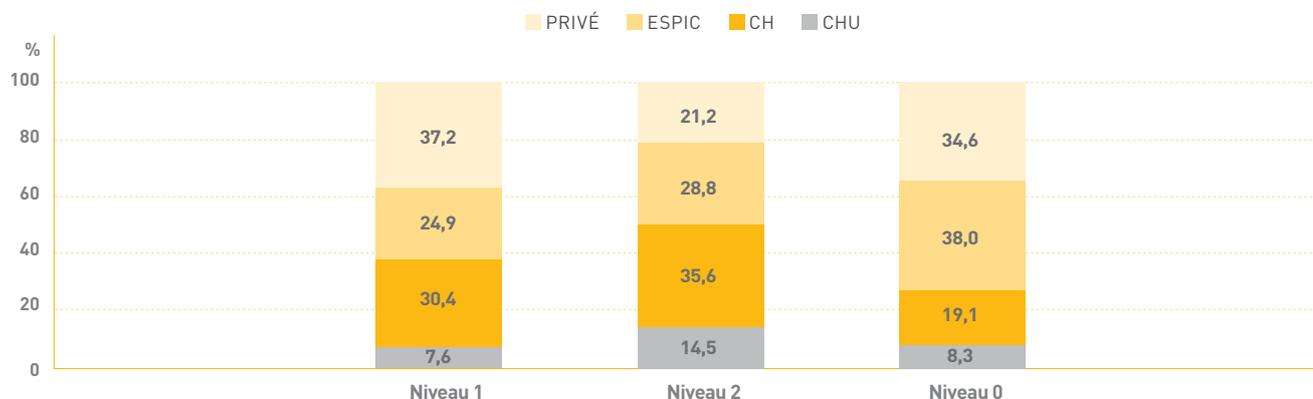
Base nationale PMSI SSR FHF - BDHF (source Atih, n = 35 975 261 journées)



Part de marché des catégories d'établissement par niveau de sévérité (année 2012)

21* Parts de marché des catégories d'établissements par niveau de sévérité

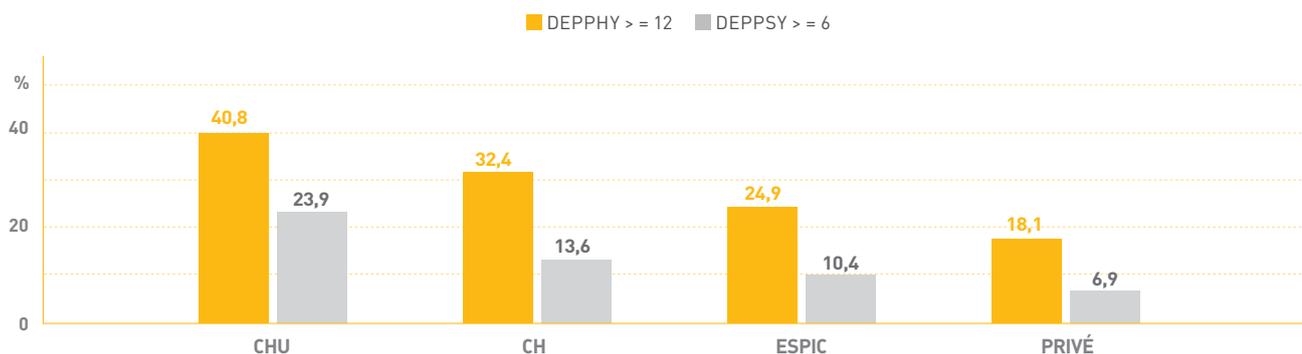
Base nationale PMSI SSR FHF - BDHF (source Atih, n = 35 975 261 journées)



Parts des séjours de niveau de dépendance élevé par catégorie d'établissement (année 2012)

22* Niveau de dépendance physique et psychiques selon les différents secteurs

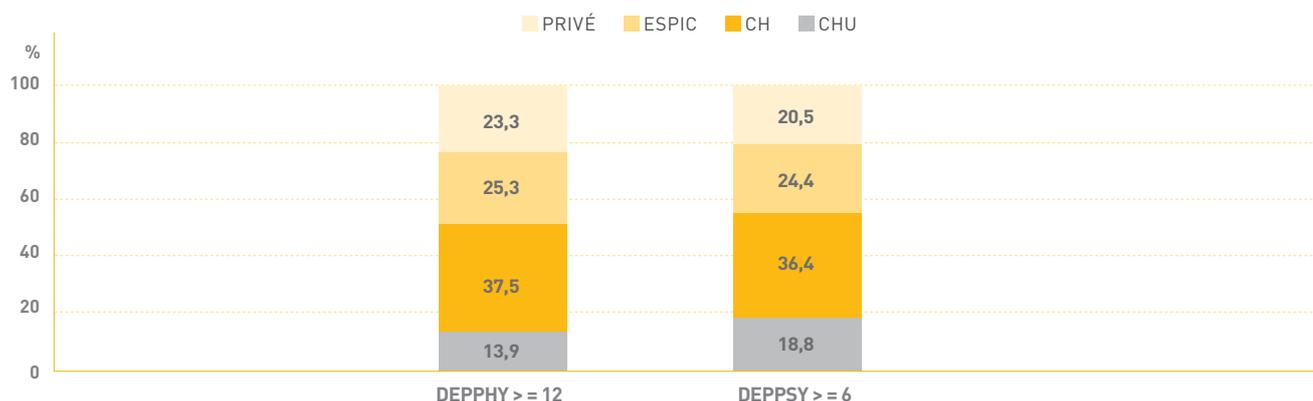
Base nationale PMSI SSR FHF - BDHF (source Atih, n = 35 975 261 journées)



Part de marché des catégories d'établissements pour les journées de dépendance élevée (année 2012)

23* Part de marché des établissements dans la prise en charge de la dépendance

Base nationale PMSI SSR FHF - BDHF (source Atih, n = 35 975 261 journées)



3 ■ CHIFFRES CLÉS : PARTS DE MARCHÉ EN HAD - Stéphane Finkel, FHF

- L'hospitalisation à domicile (HAD), qui au niveau de l'Étude nationale des coûts (ENC) n'inclut pas les coûts médicaux, pourtant facturés directement à l'Assurance maladie, ne devrait-elle pas s'appeler Ssiad (services de soins infirmiers à domicile) ?

24* L'hospitalisation à domicile en France en 2011 et 2012 - Parts de marché (sur les journées produites)

Sources : Atih - DGOS - FHF - BDHF

	2011	2012
CH	16,5 %	16,5 %
CHR	9,0 %	9,9 %
CLCC	1,5 %	1,8 %
PNL	24,3 %	23,3 %
Privé lucratif	48,7 %	48,6 %

- En volume, le marché de l'hospitalisation à domicile (HAD) en 2012 se partage à peu près équitablement entre le secteur lucratif (48,6 % des journées) et le secteur non lucratif (51,4 %, dont 26,3 % pour le public et 25,1 % pour le privé non lucratif).

On constate par ailleurs une légère progression des CHU entre 2011 et 2012 (au détriment des établissements privés non lucratifs), cela est dû à la très forte montée en charge de l'AP-HM et du CHU de Montpellier ainsi que de la forte croissance de l'AP-HP (+12,5 %) qui est la deuxième plus grosse structure nationale HAD (après le mastodonte Santé Service qui produit plus de 10 % des journées nationales).

Mais cet équilibre apparent cache des **disparités extrêmes**, que ce soit d'un point de vue de la couverture territoriale, de la taille des structures ou bien de la nature de leur activité.

25* L'hospitalisation à domicile en France en 2012 - Parts de marché (sur les journées produites) par région de domicile du patient

Sources : Atih - DGOS - FHF - BDHF

	Public	PNL	Privé lucratif		Public	PNL	Privé lucratif
Alsace	9,7 %	6,2 %	84,2 %	Limousin	37,6 %	40,8 %	21,7 %
Aquitaine	15,7 %	32,3 %	52,0 %	Lorraine	36,2 %	35,1 %	28,7 %
Auvergne	39,5 %	0,0 %	60,5 %	Midi-Pyrénées	35,7 %	19,0 %	45,3 %
Basse-Normandie	51,4 %	0,0 %	48,6 %	Nord-Pas-de-Calais	8,9 %	0,0 %	91,1 %
Bourgogne	40,3 %	24,8 %	34,9 %	PACA	13,0 %	16,0 %	70,9 %
Bretagne	15,0 %	0,0 %	85,0 %	Picardie	44,3 %	12,1 %	43,7 %
Centre	7,9 %	0,1 %	92,1 %	Pays de la Loire	17,9 %	26,7 %	55,4 %
Champagne-Ardenne	26,5 %	0,0 %	73,5 %	Poitou-Charentes	50,3 %	31,4 %	18,3 %
Corse	3,6 %	0,0 %	96,4 %	Rhône-Alpes	35,5 %	38,2 %	26,4 %
Franche-Comté	3,1 %	6,8 %	90,1 %	Guadeloupe	27,0 %	0,0 %	73,0 %
Haute-Normandie	19,0 %	14,6 %	66,4 %	Guyane	0,1 %	0,0 %	99,9 %
Île-de-France	35,9 %	61,2 %	3,0 %	Martinique	0,4 %	0,0 %	99,6 %
Languedoc-Roussillon	40,1 %	2,8 %	57,1 %	Réunion	0,1 %	0,0 %	99,9 %

ENSEMBLE > Public : 26,3 % > PNL : 25,1 % > Privé lucratif : 48,6 %

- D'un point de vue géographique, les situations sont extrêmement disparates. Dans certaines régions le secteur ex-OQN est en situation de quasi-monopole (on peut citer le Centre, le Nord-Pas-de-Calais, la Corse, les DOM sauf la Guadeloupe et quelques autres). Dans certaines régions, ce secteur est quasi absent (l'Île-de-France est une

caricature puisque le secteur non lucratif détient 97 % des journées, notamment produites par les deux établissements les plus importants de France en la matière). On trouve plus d'un tiers des départements où la part de marché du secteur public (CHU + CH) est inférieure à 10 % (la majorité n'atteignant même pas 1 %).

26* L'hospitalisation à domicile en France en 2012

Parts de marché (sur les journées produites) selon le mode de prise en charge principal - Sources : Atih - DGOS - FHF - BDHF

	Public		Privé non lucratif		Privé lucratif	
	Nombre journées	Part de marché	Nombre journées	Part de marché	Nombre journées	Part de marché
Assistance respiratoire	21453	16 %	31096	23 %	82427	61 %
Nutrition parentérale	34185	30 %	34125	30 %	46881	41 %
Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	75847	37 %	45235	22 %	84587	41 %
Soins palliatifs	236250	22 %	228694	21 %	609603	57 %
Chimiothérapie anticancéreuse	20846	30 %	37851	55 %	10475	15 %
Nutrition entérale	54771	19 %	64342	23 %	166464	58 %
Prise en charge de la douleur	15531	21 %	24851	34 %	32147	44 %
Autres traitements	28144	32 %	13626	15 %	47148	53 %
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	256787	27 %	248466	26 %	461878	48 %
Post-traitement chirurgical	29692	26 %	37076	33 %	47055	41 %
Rééducation orthopédique	11212	20 %	12780	22 %	32835	58 %
Rééducation neurologique	17761	29 %	9882	16 %	34399	55 %
Surveillance post-chimiothérapique anticancéreuse	35925	24 %	72163	49 %	39591	27 %
Soins de nursing lourds	65498	17 %	73590	19 %	240354	63 %
Éducation du patient et de son entourage	17332	34 %	18389	36 %	14711	29 %
Surveillance de radiothérapie	2331	39 %	1529	25 %	2139	36 %
Transfusion sanguine	687	84 %	55	7 %	74	9 %
Surveillance de grossesse à risque	74016	66 %	14050	13 %	24298	22 %
Post-partum physiologique	13874	50 %	6008	22 %	7656	28 %
Post-partum pathologique	53141	45 %	51329	44 %	13049	11 %
Prise en charge du nouveau-né à risque	19882	70 %	4752	17 %	3961	14 %
Surveillance d'aplasie	1820	29 %	3052	48 %	1429	23 %
TOTAL	1086985	26 %	1032941	25 %	2003161	49 %

■ En ce qui concerne le mode de prise en charge, on constate certaines spécificités : le secteur ex-DGF est spécialisé pour les prises en charge ayant trait aux chimiothérapies et aux surveillances après traitement, mais également sur les prises en charge relatives à la grossesse (surveillance ante et post-partum et prise

en charge du nouveau-né). Le secteur ex-OQN ne détient aucun monopole sur les différents types de prises en charge, il est cependant majoritaire ou égalitaire sur la plupart des activités à gros volume (soins palliatifs, soins de nursing lourds, nutrition entérale). ■

4 ■ CHIFFRES CLÉS : PARTS DE MARCHÉ EN PSYCHIATRIE - Stéphane Finkel, FHF

L'activité en psychiatrie est décrite dans deux bases de données : d'une part, une base pour l'hospitalisation qui est la base nationale des résumés par séquence anonymisés (RPSA) contenant 1,86 million d'enregistrements publics et privés (séquences) en 2012; et d'autre part, la base nationale des résumés d'activité ambulatoire anonymisée (R3A) qui contient 18 millions d'enregistrements (actes) en 2012. Cette dernière base ne contient que les données des établissements en DAF, ce qui empêche une description complète de l'activité de la psychiatrie en France puisque tout le pan des consultations privées est absent.

CHIFFRES CLÉS SUR LES RPSA

1,86 million de séquences

450 000 individus uniques (ce chiffre est probablement une sous-estimation de la réalité puisque 6 % des enregistrements de la base ne sont pas chaînés)

985 000 séjours (dont ¼ est à cheval avec l'année précédente ou suivante)

25 millions de journées et **3,2** millions de ½ journées²

Age moyen des individus : **43,2 ans**
(20 % ont moins de 18 ans, 13,4 % plus de 65 ans)

48,5 % de femmes et **51,5 %** d'hommes

CHIFFRES CLÉS SUR LES R3A

18,1 millions d'actes enregistrés

1,56 million d'individus-établissements différents (un individu est compté une seule fois dans un établissement donné même s'il y vient plusieurs fois, par contre il est compté plusieurs fois s'il fréquente plusieurs établissements)

Age moyen des individus : **37,7 ans**
(24 % ont moins de 18 ans, 11 % plus de 65 ans).

50,2 % de femmes et **49,8 %** d'hommes

27* Psychiatrie en hospitalisation en 2012 - File active pour chaque catégorie d'établissements
Sources : base RIM-P 2012 - Atih - FHF - BDHF

	File active hospitalisation*	dont % partagé**	Nombre de journées*	Nbre de 1/2 journées***
CHR	39432	20 %	1271320	202117
CH	86489	15 %	4225532	401238
CHS	220515	9 %	11270725	1771901
CHS PNL	12376	12 %	670438	85009
PNL	29758	20 %	1867218	210276
Privé	97385	22 %	4772267	147020

*Valeur sous-estimée : environ 6 % de la base de données sont composés d'enregistrements non « chaînés ».

**Taux d'individus qui ont fréquenté au moins un autre type d'établissements dans l'année.

***Unité essentiellement utilisée en hospitalisation à temps partiel ou en atelier ou centre d'activité thérapeutique.

On constate que presque la moitié de la file active en hospitalisation est détenue par les centres hospitaliers spécialisés (CHS), à 95 % publics. Les journées sont également à moitié produites par les CHS, alors que les demi-journées (temps partiel, atelier ou centre d'aide par le travail) sont produites aux 2/3 par les CHS (notion rare dans le privé). Le secteur public détient à lui seul pratiquement

72 % de la file active (70 % des journées et 84 % des demi-journées), le reste se partageant entre le privé non lucratif (9 % de la file active) et le privé commercial (19 % environ). On constate également que les CHS ont une file active davantage captive (qui ne fréquente pas d'autres catégories d'établissements).

2. Unité essentiellement utilisée en hospitalisation à temps partiel ou en atelier ou centre d'activité thérapeutique

	Nombre de journées						Parts					
	CHR	CH	CHS public	CHS privé	PNL	Privé lucratif	CHR	CH	CHS public	CHS privé	PNL	Privé lucratif
01 Hospitalisation à temps plein	987203	2972326	8359202	474686	1130600	4450365	5,4 %	16,2 %	45,5 %	2,6 %	6,2 %	24,2 %
02 Séjour thérapeutique	614	6953	17645	477	2706	319	2,1 %	24,2 %	61,5 %	1,7 %	9,4 %	1,1 %
03 Hospitalisation à domicile		14007	151930	3248		36	0,0 %	8,3 %	89,8 %	1,9 %	0,0 %	0,0 %
04 Placement familial thérapeutique	26021	174566	623026	6763	27233		3,0 %	20,4 %	72,6 %	0,8 %	3,2 %	0,0 %
05 Appartement thérapeutique	2406	37074	123511	10702	25425		1,2 %	18,6 %	62,0 %	5,4 %	12,8 %	0,0 %
06 Centre de postcure psychiatrique		26540	116216	14927	85076	101948	0,0 %	7,7 %	33,7 %	4,3 %	24,7 %	29,6 %
07 Centre de crise (incluant centre d'accueil permanent et centre d'accueil et de crise)	7695	27160	33383		2156	19956	8,5 %	30,1 %	36,9 %	0,0 %	2,4 %	22,1 %
20 Hospitalisation à temps partiel de jour	260088	1039837	1951157	128470	538123	251161	6,2 %	24,9 %	46,8 %	3,1 %	12,9 %	6,0 %
21 Hospitalisation à temps partiel de nuit	10160	31221	68809	4962	62850	14215	5,3 %	16,2 %	35,8 %	2,6 %	32,7 %	7,4 %
22 Prise en charge en centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) et en atelier thérapeutique	19878	231878	255453	27352	19284		3,6 %	41,9 %	46,1 %	4,9 %	3,5 %	0,0 %
xx Inconnu	1	21267	2702		819	1329	0,0 %	81,4 %	10,3 %	0,0 %	3,1 %	5,1 %

L'hospitalisation à temps plein représente 73,4 % des journées produites. Le public (CHS + CHU + CH) produit 67 % des journées. On peut constater aisément sur ce tableau que le privé lucratif n'est impliqué que sur trois types de prise en charge : l'hospitalisation complète (24 % de part de marché), le centre de post-cure psychiatrique (30 %) et le centre de crise (22 %). Sur les prises en charge du type

hospitalisation à domicile, placement familial thérapeutique, prise en charge en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou atelier thérapeutique, le secteur public est quasi en monopole (plus de 91 % sur ces trois cas) alors que sur les autres prises en charge le privé non lucratif possède un part significative de l'activité.

29* Psychiatrie en hospitalisation en 2012

Parts de marché des demi-journées par type de prise en charge - Sources : Atih - DGOS - FHF - BDHF

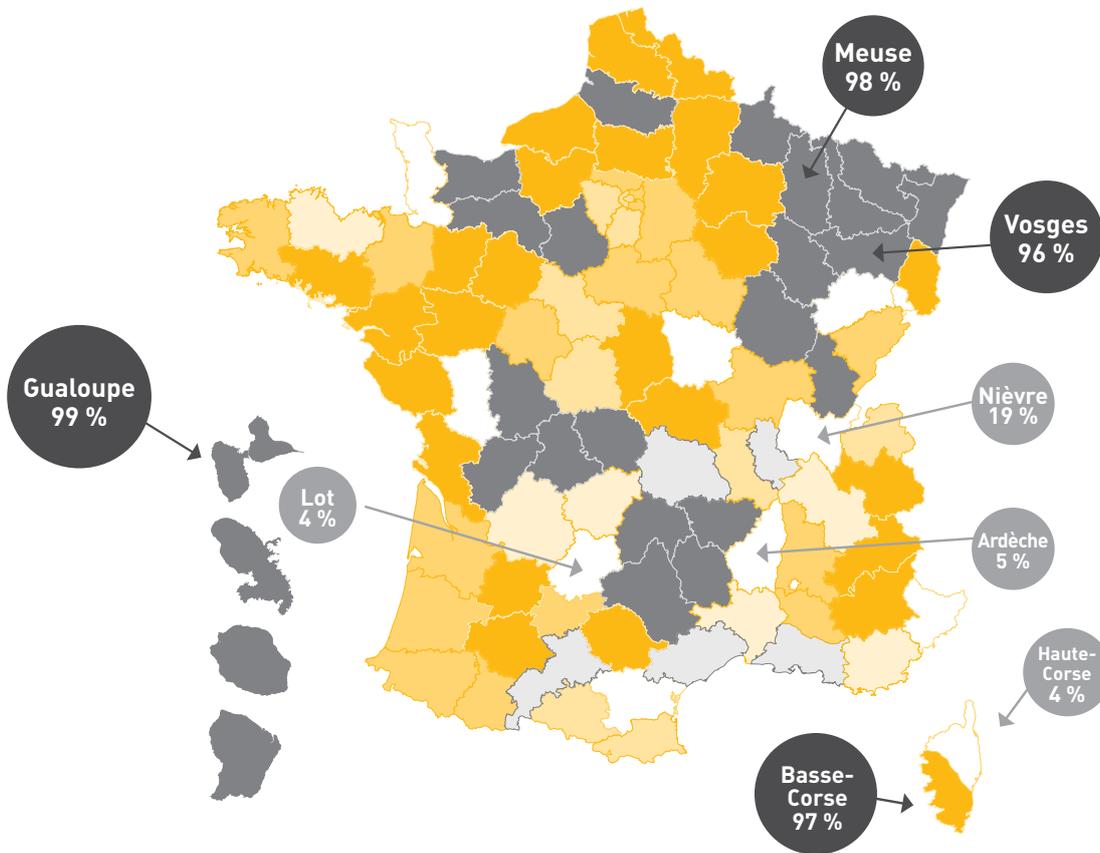
	Nombre de journées						Parts					
	CHR	CH	CHS public	CHS privé	PNL	Privé lucratif	CHR	CH	CHS public	CHS privé	PNL	Privé lucratif
01 Hospitalisation à temps plein	2	211	591	254	0	792						
02 Séjour thérapeutique	0	79	0	0	0	0						
03 Hospitalisation à domicile	0	0	11	0	0	0						
04 Placement familial thérapeutique	0	0	13	0	0	0						
05 Appartement thérapeutique	0	0	2	0	0	0						
06 Centre de postcure psychiatrique	0	0	0	0	0	0						
07 Centre de crise (incluant centre d'accueil permanent et centre d'accueil et de crise)	0	0	0	0	0	0						
20 Hospitalisation à temps partiel de jour	96864	187681	573467	47264	104588	150424	8,3 %	16,2 %	49,4 %	4,1 %	9,0 %	13,0 %
21 Hospitalisation à temps partiel de nuit	1	885	2446	0	0	11	0,0 %	26,5 %	73,2 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
22 Prise en charge en centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) et en atelier thérapeutique	118897	303838	1427702	43621	106290	0	5,9 %	15,2 %	71,4 %	2,2 %	5,3 %	0,0 %
xx Inconnu	1	4844	1535	0	0	31	0,0 %	75,6 %	23,9 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %

Sur ces activités de temps partiel, le secteur public possède 74 % de l'activité sur l'hospitalisation de jour et 93 % sur la prise en charge en CATTP ou atelier thérapeutique.

30* Part de marché du secteur public en psychiatrie en 2012

En journées d'hospitalisation - Moyenne nationale 71,9 % - Sources : Atih - DGOS - FHF - BDHF

□ < 20 % □ 21-40 % □ -41/-50 % □ 51-60 % □ 61-70 % □ 71-80 % □ 81-90 % □ > 90 %



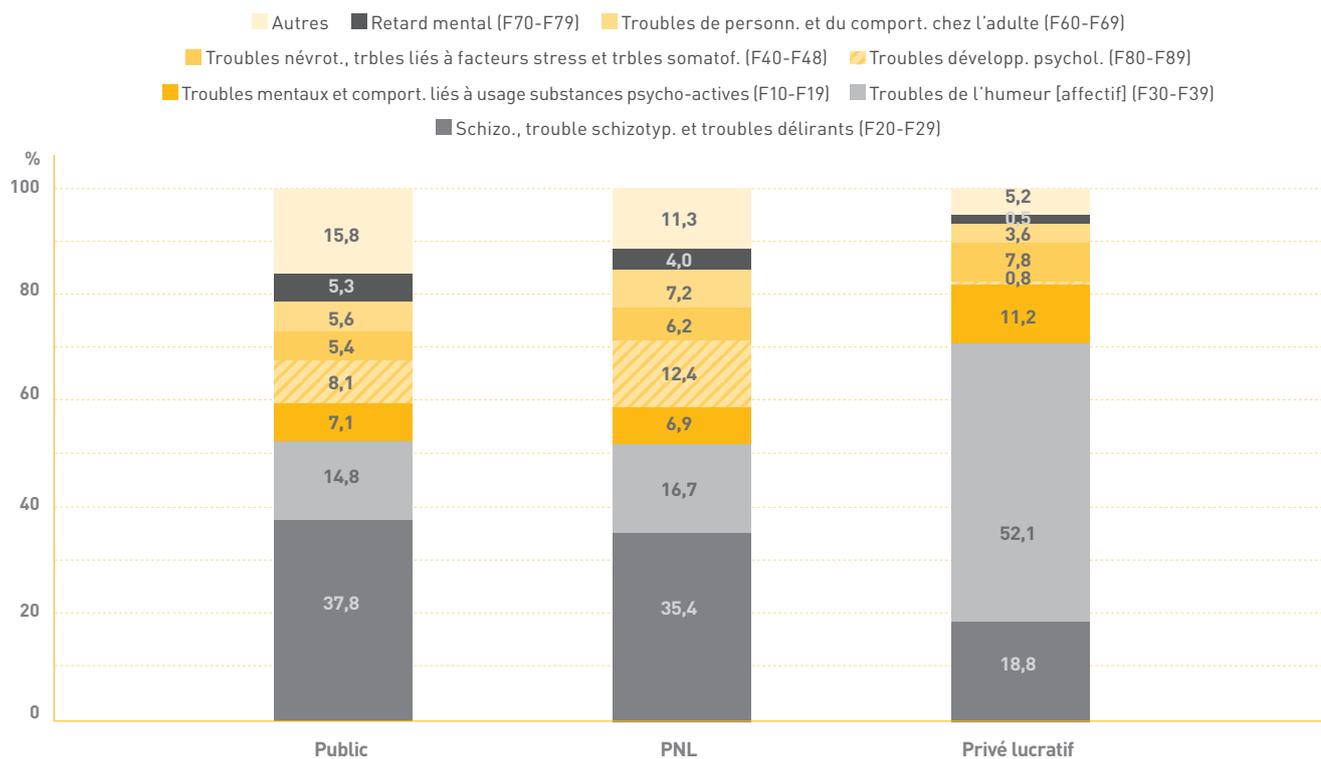
■ Sur la carte représentant la part de marché du public (en journées + demi-journées), on constate la domination du public pratiquement partout sur le territoire. Dans un département sur quatre, le secteur public produit plus de 90 % des journées des résidents. Seuls quinze départements échappent à la prédominance du public et si l'on rajoute le secteur non lucratif, ce n'est

seulement que sur quatre départements que le secteur privé commercial est majoritaire.

On observe également une tendance opposant le nord au sud, à savoir une présence nettement plus accrue du privé lucratif dans le sud (notamment sur les départements de l'arc méditerranéen où le privé produit 42,3 % des journées contre 14,8 % sur le reste du territoire).

31* Psychiatrie en hospitalisation en 2012 - Parts des journées produites* selon le diagnostic principal (regroupements)

Sources : Atih - DGOS - FHF - BDHF



*Les journées et demi-journées ont été ajoutées.

■ Ce graphique fournit la répartition des prises en charge selon les pathologies principales. **Le secteur public est très nettement centré sur la prise en charge des maladies mentales graves** (la schizophrénie, les troubles schizotypiques et les troubles délirants, le retard mental) alors que **le secteur commercial se concentre essentiellement sur la prise en charge des troubles liés à la dépression.**

On peut constater que le secteur privé non lucratif semble posséder un profil de patients (d'un point de vue de la pathologie principale) relativement proche de celui observé dans le public et donc assez éloigné de celui observé dans le secteur commercial qui possède un recrutement particulier.

32* Psychiatrie ambulatoire non libérale en France en 2012

Nombre d'actes ambulatoires selon la nature de l'acte (grille EDGAR) - Sources : Atih-DGOS - FHF/BDHF

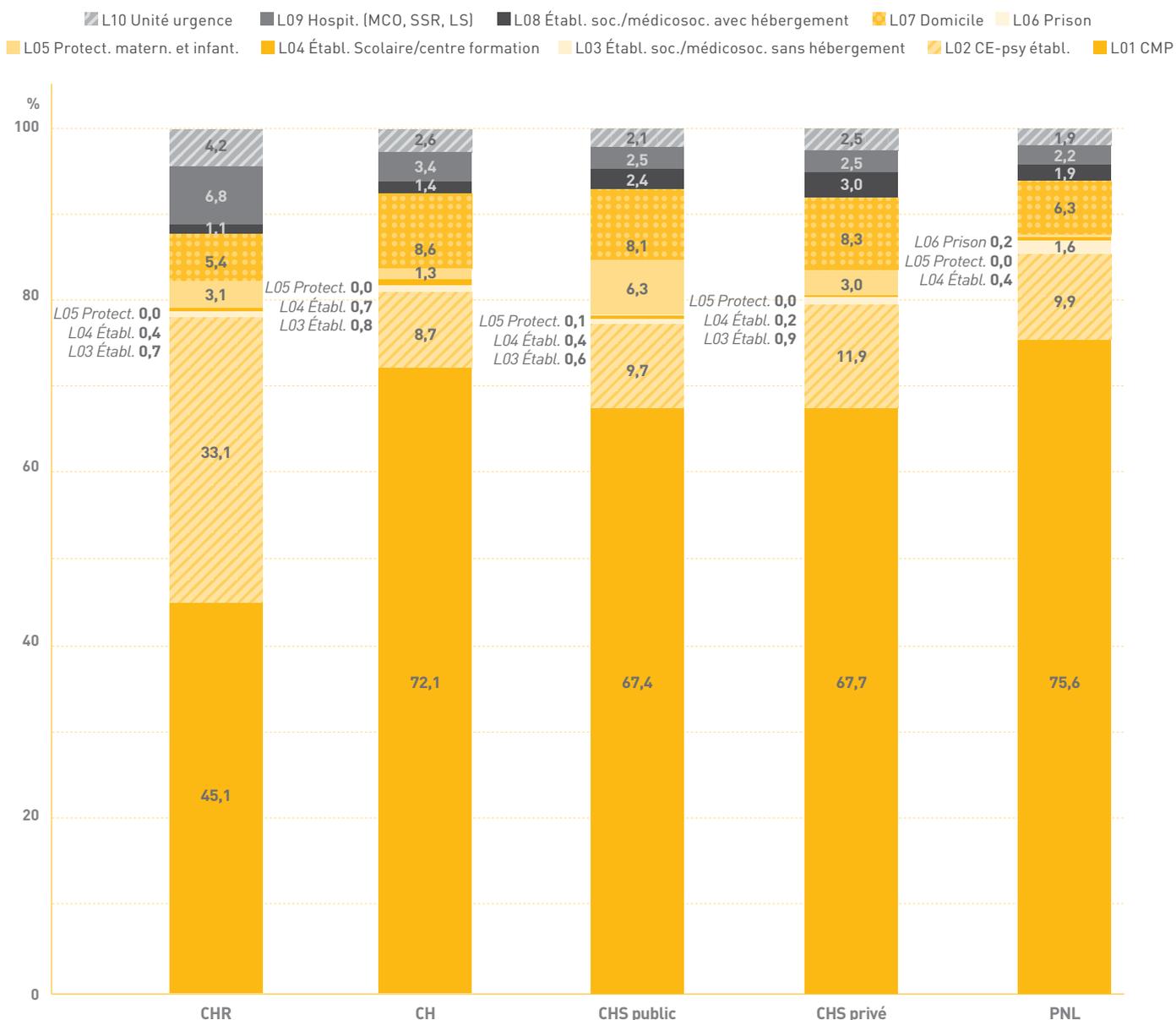
Nature de l'acte	CHR	CH	CHS public	CHS privé	PNL
Entretien	1051012	3613703	9041336	506370	734325
Démarche	64112	241375	632508	24918	39183
Groupe	106721	246881	651978	42926	68944
Accompagnement avec ou sans déplacement	30311	121903	227495	19601	16284
Réunion clinique pour un patient	39489	123273	366735	15692	37591
Total	1291645	4347135	10920052	609507	896327

■ En ambulatoire non libéral, l'entretien est l'acte le plus courant (82,7 % des actes recensés) de très loin devant les autres types d'actes. Il n'est malheureusement pas

possible de parler de parts de marchés sans posséder les données du secteur libéral.

33* Psychiatrie ambulatoire non libérale en France en 2012 : nombre d'actes ambulatoires selon le lieu

Sources : Atih - DGOS - FHF - BDHF

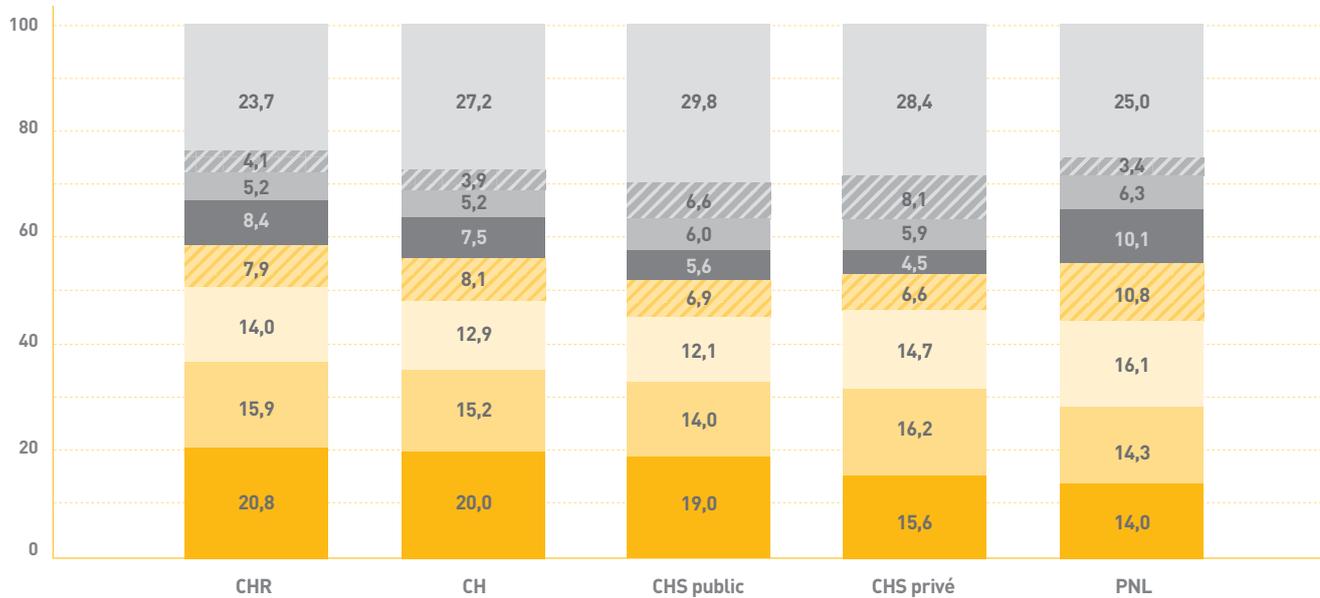


Plus des deux tiers des actes recueillis en psychiatrie ambulatoire non libérale ont lieu en centre médico-psychologique alors qu'environ 11 % d'entre eux ont eu lieu en consultation externe. Néanmoins, les CHU se distinguent très fortement des autres types d'établissements sur

ce critère puisque seulement 45 % des actes qu'ils recensent ont lieu dans un centre médico-psychologique alors que 33 % ont lieu en consultation externe (ce qui est 3,8 fois plus fréquent que pour les CH par exemple).

34* Psychiatrie ambulatoire non libérale en France en 2012 : nombre d'actes ambulatoires selon le diagnostic principal (regroupements) - Sources : Atih - DGOS - FHF - BDHF

- Autres ou inconnus
- ▨ Troubles mentaux et du comport. liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19)
- Troubles de la personnalité et du comport. chez l'adulte (F60-F69)
- Troubles du développement psychologique (F80-F89)
- ▨ Troubles du comport. et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolesc. (F90-F98)
- Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F48)
- Troubles de l'humeur [affectif] (F30-F39)
- Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (F20-F29)



■ Les motifs de prise en charge les plus fréquents (19 % des cas pour le secteur ambulatoire non libéral) concernent la schizophrénie, les troubles schizotypiques et troubles délirants. Les troubles de l'humeur concernent 15 % des actes et les troubles névrotiques, les troubles liés

à des facteurs de stress et troubles somatoformes représentent 13 % des cas. Tous ces chiffres sont probablement un peu sous-estimés puisqu'environ 14 % des actes décrits ont un DP ou un motif non renseigné. ■

L'association des informations du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et de l'outil permettant de reconstituer les trajectoires de patients en hospitalisation (le chaînage) ouvre de nouvelles perspectives de connaissances. Parmi celles-ci, il a paru intéressant de se pencher sur un des éléments souvent cité comme étant un facteur de fluidité de la disponibilité des lits en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) : les flux du secteur MCO vers le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR). Cette étude vise à connaître l'importance de ces flux, mais également la réalité chiffrée des échanges-coopérations entre les structures publiques et privées, de mesurer si ces échanges sont équilibrés, si les flux sont comparables sur tout le territoire national et quelles sont les prises en charge qui contribuent le plus à ces flux et à ses éventuels déséquilibres.

Méthode

L'étude est réalisée à partir d'une analyse des bases PMSI MCO et SSR 2011, ainsi que des données 2011 permettant de relier (le chaînage) les séjours pour un même patient. Il s'est agi de chaîner tous les séjours de patients ayant fréquenté les deux champs. Seuls les séjours MCO suivis d'un séjour SSR dans un délai maximum de sept jours sont pris en compte pour les flux.

Les autres séjours MCO (non suivis d'un SSR dans les sept jours) sont conservés pour les calculs afin d'alimenter les dénominateurs des ratios calculés en gardant l'assiette complète des séjours MCO. L'activité est découpée selon les classifications se basant sur le séjour MCO, en l'occurrence les regroupements proposés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), les groupes d'activité par exemple. L'activité est également découpée par région ou département de résidence du patient et par statut juridique des établissements fréquentés.

Résultats

Flux intersectoriels

Après un séjour de chirurgie, 6 % de séjours sont orientés en SSR (10 % si on restreint à la seule hospitalisation complète), alors que ce sont seulement 3,6 % des séjours de médecine (5,5 % pour l'hospitalisation complète).

Les deux tableaux 35* et 36* montrent la répartition du flux entre les types de structures pour les séjours en hospitalisation complète en MCO. On constate par exemple que les séjours du secteur privé lucratif donnent moins souvent lieu à du SSR (8,8 % des fois en chirurgie contre 11,8 % pour le public et 4 % des fois en médecine contre 5,8 % pour le public). Bien entendu il n'est pas question de conclure sur ces données factuelles étant donné que l'on sait par ailleurs que la nature et la composition (case mix) des séjours d'origine sont très différentes entre les deux secteurs.

Ces deux tableaux mettent également en exergue des flux privilégiés entre types de structures. Ainsi, comme on peut le voir sur le graphique 37* : les patients pris en charge en chirurgie (HC) dans les centres hospitaliers (ou HIA) et qui sont orientés en SSR sont prioritairement envoyés dans un SSR-CH, mais pratiquement aussi souvent en privé (non lucratif et lucratif). Les patients issus des centres hospitaliers régionaux (CHR) sont quant à eux adressés prioritairement aux structures privées (2/3 pour le privé répartis de façon quasi égale entre le non lucratif et le lucratif). À l'inverse on constate que les structures privées ne font pratiquement pas travailler le public SSR puisque les privés non lucratifs qui adressent des patients en SSR ne le font qu'une fois sur sept à des structures publiques, les privés lucratifs travaillant moins d'une fois sur cinq avec le public (dans le sens d'adressage des patients).

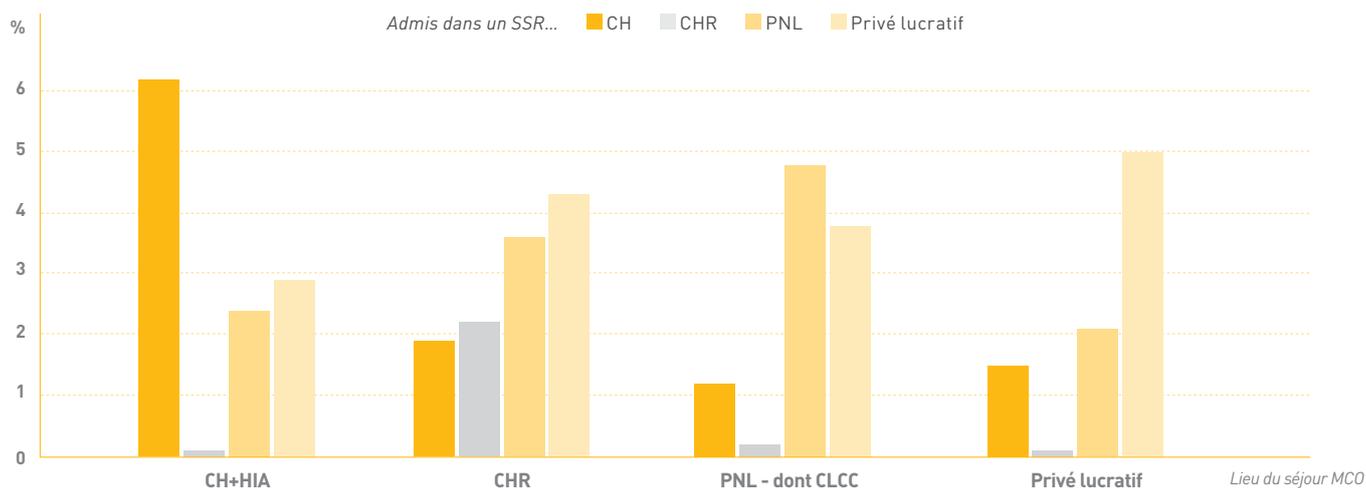
35* Flux de chirurgie (HC) vers les SSR en France en 2011 - Sources : bases PMSI Atih - FHF - BDHF

		PAS d'admission en SSR dans les 7 jours	Admission dans un SSR...			
			CH	CHR	PNL	Privé lucratif
Séjours MCO dans un...	CH + HIA	850 277 88,3 %	60 047 6,2 %	1 206 0,1 %	23 475 2,4 %	27 720 2,9 %
	CHR	633 758 88,1 %	13 383 1,9 %	15 669 2,2 %	25 800 3,6 %	30 607 4,3 %
	PNL dont CLCC	206 837 90,0 %	2 818 1,2 %	512 0,2 %	11 117 4,8 %	8 652 3,8 %
	Privé lucratif	154 5593 91,2 %	25 546 1,5 %	1 889 0,1 %	36 168 2,1 %	84 763 5,0 %
	Tous types de MCO	3 236 465 89,8 %	101 794 2,8 %	19 276 0,5 %	96 560 2,7 %	151 742 4,2 %

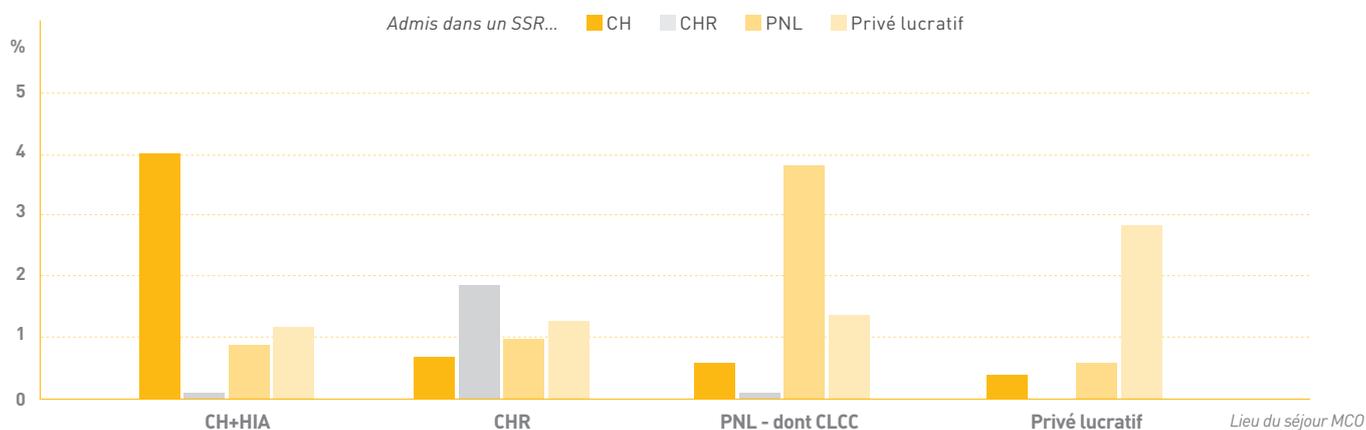
36* Flux de médecine (HC) vers les SSR en France en 2011 - Sources : bases PMSI Atih - FHF - BDHF

		PAS d'admission en SSR dans les 7 jours	Admission dans un SSR...			
			CH	CHR	PNL	Privé lucratif
Séjours MCO dans un...	CH + HIA	2 991 585 93,7 %	130 864 4,1 %	2 248 0,1 %	28 500 0,9 %	38 391 1,2 %
	CHR	1 499 331 95,1 %	10 681 0,7 %	29 535 1,9 %	16 394 1,0 %	20 094 1,3 %
	PNL dont CLCC	436 774 94,0 %	2 709 0,6 %	689 0,1 %	17 990 3,9 %	6 610 1,4 %
	Privé lucratif	1 100 309 96,0 %	5 068 0,4 %	554 0,0 %	6 662 0,6 %	33 536 2,9 %
	Tous types de MCO	6 027 999 94,5 %	149 322 2,3 %	33 026 0,5 %	69 546 1,1 %	98 631 1,5 %

37* Flux chirurgie (HC) vers le SSR en France en 2011 - Sources : bases PMSI Atih - FHF - BDHF



38* Flux médecine (HC) vers le SSR en France en 2011 - Sources : bases PMSI Atih - FHF - BDHF



La situation est moins catastrophique pour le public en médecine (voir graphique 38*). Ainsi on constate que les CH s'adressent prioritairement les patients entre eux (même si 1/3 d'entre eux échappe finalement à la sphère publique). Les CHR se gardent davantage les patients quand ils les font passer du MCO vers le SSR (1 patient sur 2 reste dans le public, ce qui laisse malgré tout une fuite préoccupante vers le secteur privé). Quant aux établissements privés, ils n'adressent qu'assez peu leurs patients aux structures SSR publiques (comme en chirurgie) : 1 patient sur 8 qui sort vers le SSR sera adressé à un établissement public.

Que ce soit en chirurgie ou en médecine, on constate donc un important déséquilibre de flux entre public et privé. De nombreux patients passent du public au privé, la réciproque n'étant pas vraie.

Influence géographique

Comme on peut s'en douter, l'implantation des structures étant très inégale sur le territoire national, les flux sont également très inégaux selon le lieu de résidence du patient.

Le taux d'hospitalisation en SSR (dans les 7 jours) à la suite d'une chirurgie en hospitalisation complète est de 10,2 % en moyenne nationale. Mais ce taux s'étend de 3,5 % en Guyane (la Meuse détient le plus faible taux en métropole avec 5,2 %) à 18,7 % dans les Alpes de Haute-Provence. Nous sommes donc sur un rapport de 1 à 5 selon le département de résidence.

On l'a vu, la chirurgie publique est une grosse pourvoyeuse d'activité pour le SSR privé. Sur la carte 41* (et encore mieux sur l'histogramme qui suit) on peut voir à quel point la situation est inégale selon la zone géographique. En effet, malgré la situation très défavorable pour le public, on trouve neuf départements avec un solde positif. Le département ayant le solde le plus favorable est la Marne. Ses résidents ont été pris en charge en chirurgie publique suivie d'un séjour SSR dans 583 cas (voir schéma 39*) alors que le SSR public a réalisé 759 séjours au bénéfice des résidents de la Marne en provenance de chirurgie MCO, ce qui veut dire que le SSR public a bénéficié d'adressages du privé en nombre plus important que ce que le privé en a reçu du MCO public.

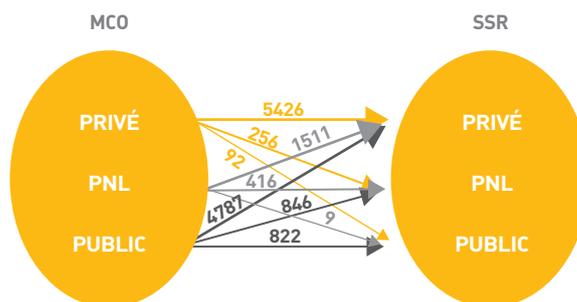
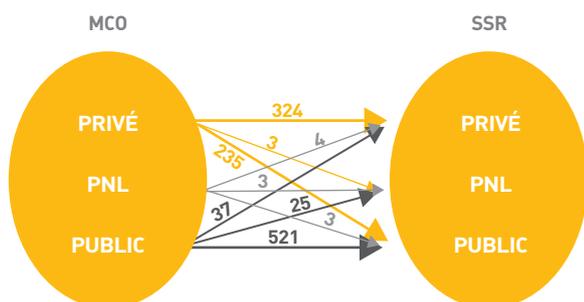
Sur ce même schéma, on peut voir que 235 séjours réalisés par le SSR public sont issus du MCO privé lucratif alors qu'à l'inverse le public MCO n'adresse que 37 patients au SSR privé lucratif. À l'autre extrémité du spectre on trouve les Pyrénées-Orientales ou les Bouches-du-Rhône.

Le schéma 40* représentant le département des Bouches-du-Rhône décrit une situation dramatique pour le SSR public presque absent sur la prise en charge post-chirurgicale. Ainsi on constate que sur les 6 455 séjours de chirurgie que le public produit et qui sont pris en charge en SSR après la prise en charge aiguë, seuls 822 sont envoyés vers une structure publique.

Sur la carte, on peut d'ailleurs voir que le SSR public des départements du sud est très déficitaire puisque les six départements où le public est le plus déficitaire sont dans l'ordre les Pyrénées-Orientales, les Bouches-du-Rhône, la Corse-du-Sud, les Hautes-Alpes, le Var et les Alpes-Maritimes.

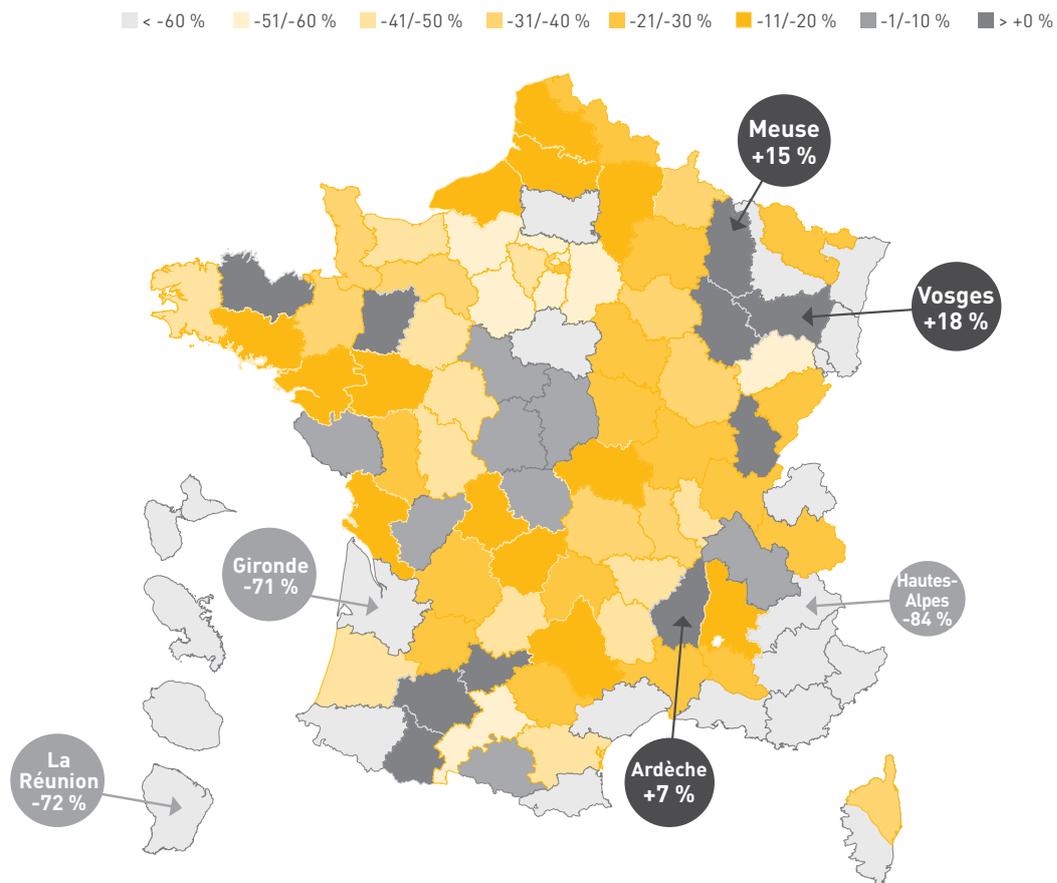
39* Patients du département de la Marne pris en charge en chirurgie MCO et ayant bénéficié de SSR dans les 7 jours
Sources : bases PMSI 2011 Atih - FHF - BDHF

40* Patients du département des Bouches-du-Rhône pris en charge en chirurgie MCO et ayant bénéficié de SSR dans les 7 jours - Sources : bases PMSI 2011 Atih - FHF - BDHF

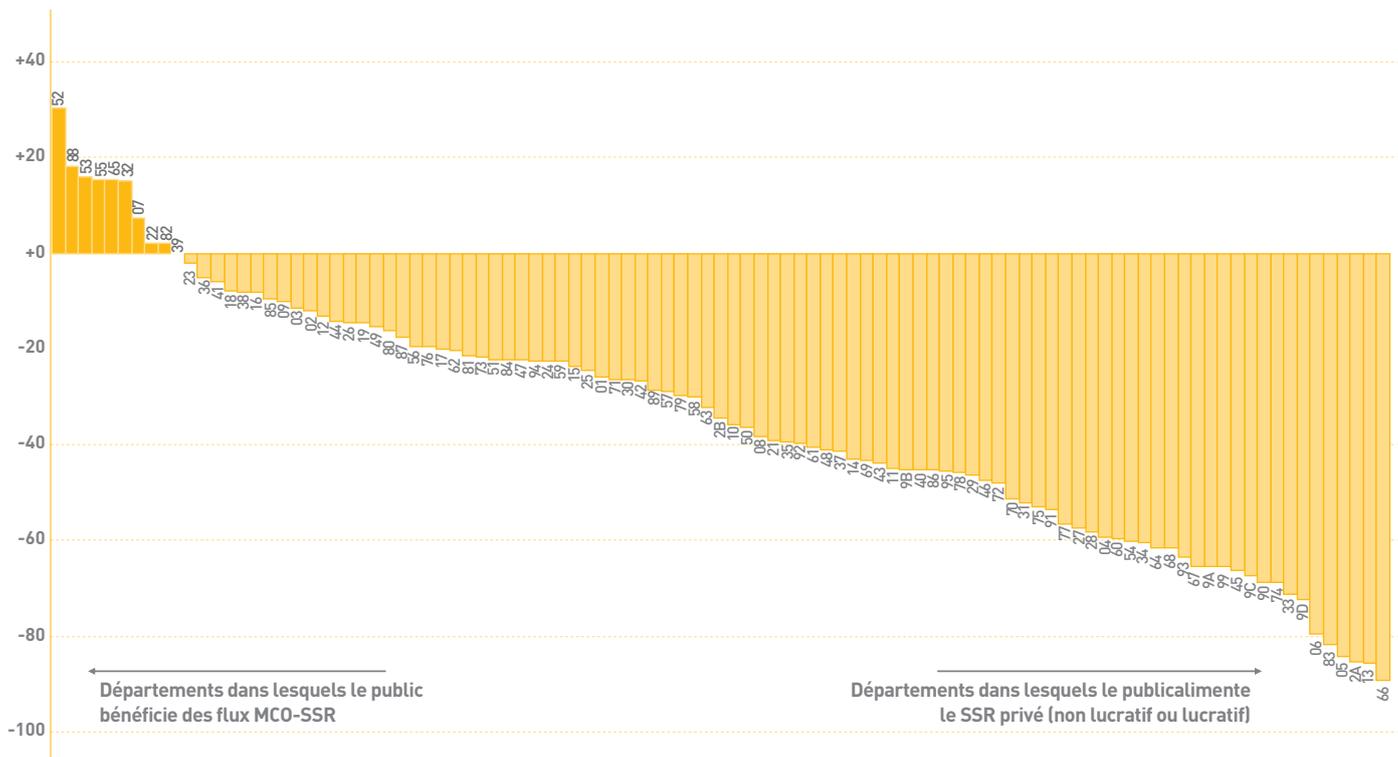


41* Chirurgie HC : réalisation du potentiel SSR public suite à un séjour MCO suivi de SSR en 2011

Sources : bases PMSI 2011 Atih - FHF - BDHF



42* Chirurgie HC : réalisation du potentiel SSR public suite à un séjour MCO suivi de SSR en 2011, étendue des résultats par départements - Sources : bases PMSI 2011 Atih - FHF - BDHF

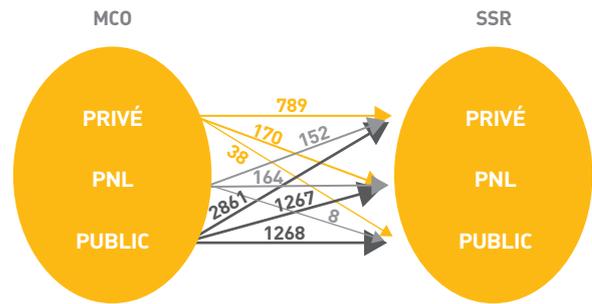


En médecine, la situation est tout aussi inégale sur le territoire. Le taux de passage en SSR à la suite d'une hospitalisation en médecine en hospitalisation complète s'étend de 1,3 % en Guyane (2,8 % en Haute-Corse étant le taux le plus faible en France métropolitaine) à 10,2 % dans les Alpes-de-Haute-Provence alors que la moyenne nationale est à 5,5 %. Le rapport est ici pratiquement de 1 à 8.

Le « solde » de séjours du public est catastrophique. En effet, au niveau national c'est une « perte » de 34 % de l'activité potentielle qui est à déplorer (le SSR public réalise 34 % de séjours SSR en moins issus de patients MCO que ce que le public MCO n'adresse à du SSR). Au niveau départemental, le public accuse une « fuite » sur tous les départements – voir carte 44* et histogramme 45* (de -1 % pour le Gers jusqu'à -75 % pour le Var).

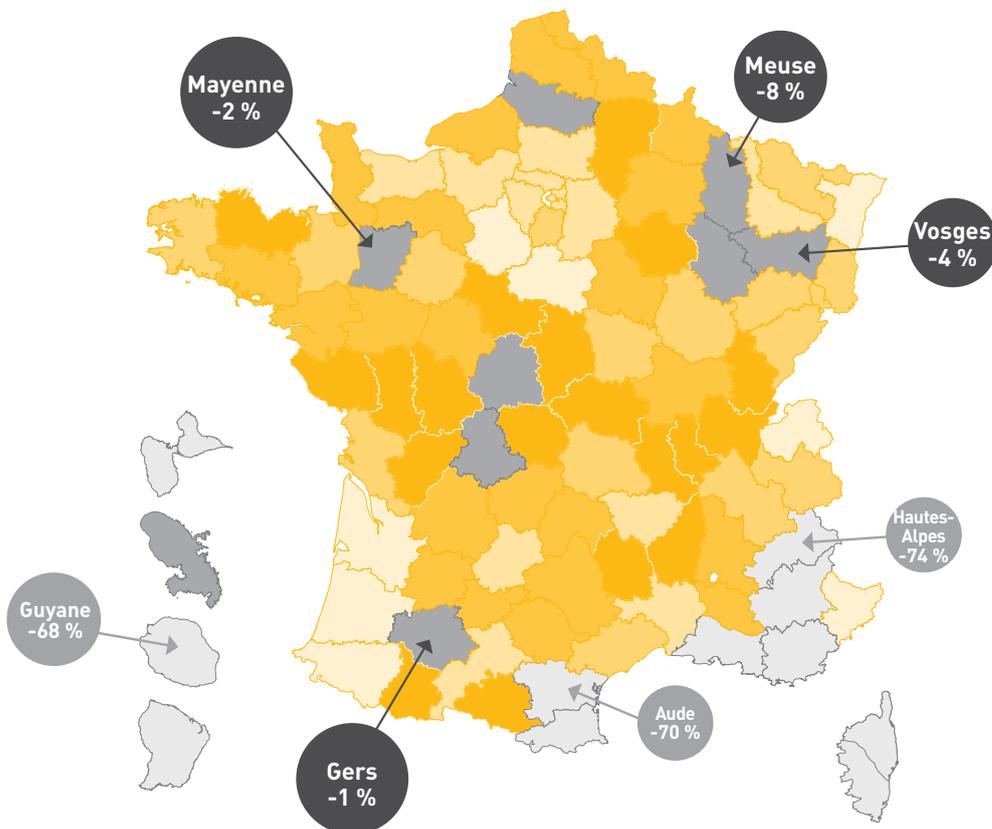
Le schéma 43* représentant la situation du Var montre que sur 5216 séjours de médecine en MCO public pour des résidents du Var qui feront ensuite un passage en SSR, seuls 1268 sont adressés à une structure publique. Tout comme pour la chirurgie, on voit sur la carte que la situation est vraiment très mauvaise (pour le public) autour de la Méditerranée.

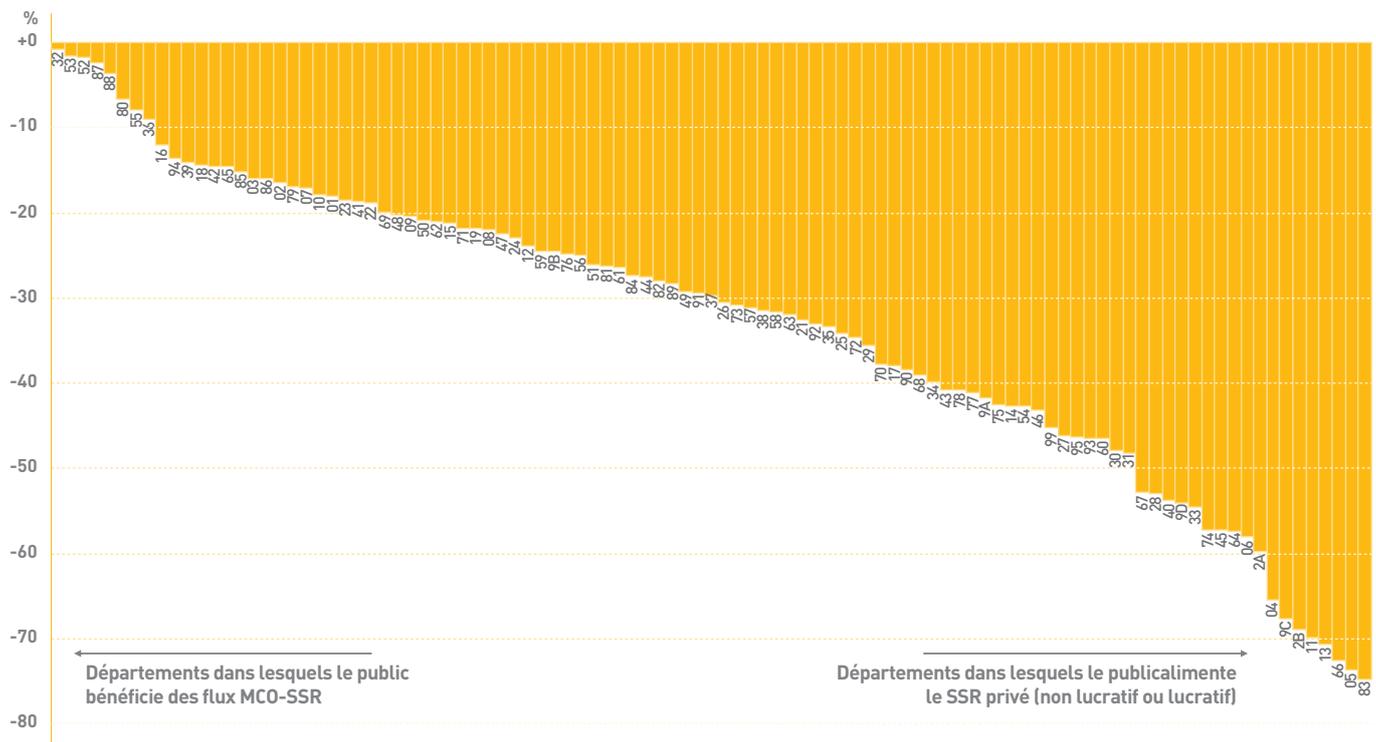
43* Patients du département du Var pris en charge en chirurgie MCO et ayant bénéficié de SSR dans les 7 jours
Sources : bases PMSI 2011 Atih - FHF - BDHF



44* Médecine HC : réalisation du potentiel SSR public suite à un séjour MCO suivi de SSR en 2011
Sources : bases PMSI 2011 Atih - FHF - BDHF

■ < -60 % ■ -51/-60 % ■ -41/-50 % ■ -31/-40 % ■ -21/-30 % ■ -11/-20 % ■ -1/-10 % ■ > +0 %





↳ **G039-Prise en charge médicale des tumeurs de l'appareil musculosquelettique, du tissu conjonctif et fractures pathologiques**

■ Ces prises en charge sont à 87 % ex-DGF en MCO (75 % publiques et 12 % privé non lucratif, contre 13 % au secteur commercial). On constate que 72 % des séjours issus du privé qui sont admis en SSR à la suite du MCO sont admis dans un établissement lucratif. En comparaison, les patients issus des CHU (et qui font du SSR) ne fréquentent qu'à 35 % un CHU et à seulement 50 % un établissement public. L'offre publique semble défailtante ou insuffisante sur ces prises en charge en SSR.

Certains départements de l'ouest de la France se distinguent en faisant partie de ceux qui envoient le plus en SSR suite à un séjour MCO sur ces pathologies (37 % dans le Finistère, 35 % pour la Loire-Atlantique, 33 % pour le Morbihan et 31 % pour l'Ille-et-Vilaine). À l'autre extrémité on trouve le DOM (11 % en moyenne sur Antilles - Guyane - Réunion), la Haute-Corse (7 %) et la Haute-Marne (10 %).

↳ **G050-AVC**

■ L'activité classée dans ce regroupement concerne 150 000 séjours par an pour lesquels les soins se poursuivent par un séjour SSR dans 20 % des cas. En MCO, elle est réalisée à 95 % par le secteur ex-DGF (91 % par le public et 4 % par les privés non lucratifs). On constate, sur cette activité également, que le secteur privé arrive à tirer son épingle du jeu en ce qui concerne les flux puisque 21 % des séjours MCO du secteur public envoyés en SSR le sont vers une structure lucrative, ce qui fait plus de 6 000 admissions conduisant à au moins – les données sont partiellement incomplètes - 276 000 journées de SSR par an, ce qui pour cette seule activité remplit au moins 800 lits et probablement davantage au niveau national. Pour l'écrasante majorité des départements, le taux de SSR se situe dans une fourchette de 15 à 25 %, le taux

le plus élevé concerne les Hautes-Pyrénées (30 %) et à l'inverse on trouve la Haute-Corse (14 %) et la Guyane (10 %), probablement sous-médicalisée sur ces prises en charge en SSR.

↳ **G062-Chirurgies valvulaires**

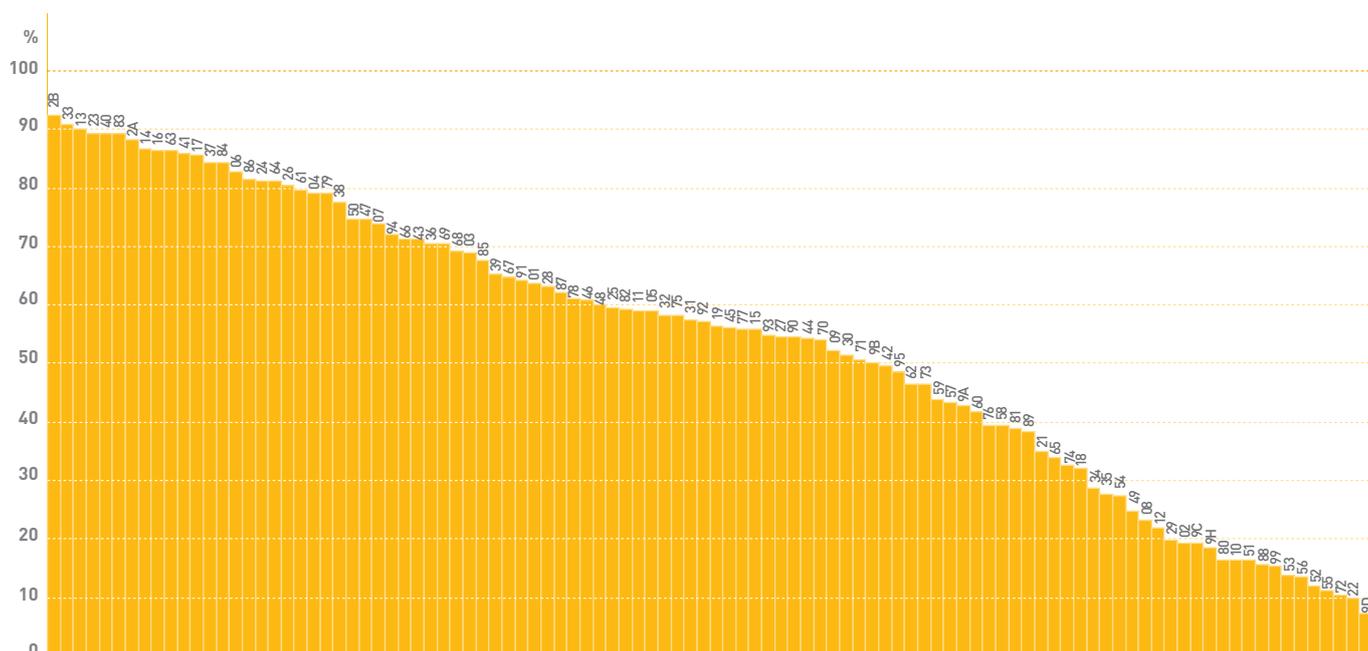
■ Cette chirurgie conduit à un séjour en SSR dans 56 % des cas. C'est une activité essentiellement dévolue aux CHU (58 %) mais le secteur lucratif a une part très significative puisqu'il détient 32 % de la part de marché en MCO.

On peut déjà remarquer que les patients issus du privé ont nettement moins souvent un séjour SSR dans la foulée (32 % vs 51 % pour ceux issus des CHU). On constate également qu'alors que le secteur public est largement dominant en MCO (61,3 % pour les CHU et les CH), ceux-ci ne s'adressent à eux-mêmes que 23 % des séjours qu'ils envoient en SSR (38 % vont dans un privé non lucratif et 39 % dans un privé lucratif). Les privés n'adressent que 11 % de leurs séjours (parmi ceux qu'ils adressent en SSR) vers un SSR public (24 % vers un PNL et 64 % vers un privé commercial).

On se trouve face à un exemple frappant d'inégalité territoriale de prise en charge (sans préjuger de ce qu'est la bonne prise en charge). Ci-dessous l'étendue des taux de prise en charge en SSR suite à une chirurgie valvulaire en fonction du lieu de résidence du patient. On constate que ce taux va de plus de 90 % (dont la Gironde ou les Bouches-du-Rhône) à 10 % environ. Les départements de l'Ouest (22, 53, 56, 72 par exemple) ou de l'Est (51, 52, 55, 88) ont des taux particulièrement faibles (ceux cités sont tous sous les 16 %) en opposition avec les taux de certains départements de Paca (06, 13, 83, 84 par exemple) ou d'Aquitaine (24, 33 ou 44) qui ont des taux très élevés (tous ceux cités sont au-dessus de 81 %). On ne peut arguer de volumes trop faibles car la plupart des départements cités ont des volumes nettement supérieurs à 100 unités.

46* Taux de prise en charge en SSR suite à une chirurgie valvulaire selon le département de résidence du patient en 2011

Sources : PMSI Atih - FHF - BDHF



↳ G063-Pontages coronaires

■ **Ce sont 52 % des séjours MCO opérés d'un pontage coronaire qui bénéficient d'un séjour SSR dans les 7 jours**, seulement 37 % en sortie du privé et 54 % en sortie des CHU. Une fois de plus, on constate que rares sont les séjours issus du public adressés à une structure publique (à peine ¼ en l'occurrence alors que 40 % sont envoyés vers des privés non lucratifs et 37 % vers des privés). À l'instar du cas de la chirurgie valvulaire, on se trouve dans une situation où selon le département de résidence, le patient n'a pas du tout la même probabilité de bénéficier de SSR après son séjour MCO. Le patient résident des Alpes-Maritimes bénéficie de SSR dans 96 % des cas suivant sa prise en charge MCO alors que le résident du Morbihan ne bénéficie de SSR que dans 7 % des cas (3 % pour la Réunion).

↳ G173-Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux

■ Cette activité est essentiellement réalisée par les CH (62,4 %) et les CHR (26,1 %). Elle donne lieu 1 fois sur 4 à un séjour SSR après la prise en charge en MCO. Contrairement à ce qu'on a rencontré jusque-là, il semble que les filières soient assez cloisonnées puisque les CH adressent leurs patients à des CH (81 % des cas), les CHU à des structures SSR CHU (78 %), les PNL travaillent avec des PNL (76 %) et les privés lucratifs avec des privés lucratifs (86 %). De fortes disparités territoriales sont également visibles sur ces pathologies puisque la part de patients MCO ayant une prise en charge en SSR en suivant leur séjour varie de 46 % (Hautes-Alpes) à 7 % (Martinique) et que parmi les taux extrêmes on trouve des départements très significatifs (car avec du volume) : d'un côté l'Essonne (42 %) et la Seine-Saint-Denis (40 %) et, de l'autre côté la Gironde (12 %) et la Seine-Maritime (13 %).

↳ G189-Rééducation – Convalescence

■ Cette activité très particulière en MCO (et plutôt rare puisque cela ne représente que 7000 séjours par an) est réalisée essentiellement par les CH (61 %). On en trouve également un peu ailleurs (CHU 15 %, PNL 9 % et privé 15 %). Environ 26 % des séjours MCO ont un séjour SSR dans les 7 jours. Les filières sont quasi étanches, le public s'adresse 76 % des patients qu'il adresse au SSR. Le PNL conserve 96 % de ses patients et le privé commercial 97 %. L'analyse des disparités territoriales sur l'importance des flux MCO-SSR permet de relever des incongruités. Ainsi pour ces prises en charge très particulières on constate que le département de l'Hérault se distingue avec non seulement des volumes MCO records (484 séjours dans l'année ce qui est par exemple presque le triple des Bouches-du-Rhône pour une population

deux fois moindre), mais également des taux d'admission en SSR records suite à ces séjours : 77 % (moyenne nationale 26 %). En regardant de plus près on trouve deux cliniques de l'Hérault (l'une à but lucratif et l'autre non) qui a elles-seules réalisent 359 séjours MCO (quasi exclusivement dans le GHM « 23M02Z-Rééducation » suivis d'une prise en charge SSR : ces deux établissements possèdent des autorisations dans les deux disciplines). Il semble qu'il y ait au sein de ces deux établissements des pratiques inhabituelles.

Conclusion

La part des séjours MCO se poursuivant par un séjour SSR (dans les 7 jours) est bien entendu variable selon la discipline. Ce taux s'élève à 5,5 % en médecine en hospitalisation complète et 10 % en chirurgie en hospitalisation complète. Il peut dépasser les 50 % par exemple pour la chirurgie orthopédique majeure, la chirurgie valvulaire ou les pontages coronaires. **La spécialité médico-chirurgicale est une source de variabilité**, ce qui n'est pas surprenant, mais par contre on s'aperçoit **que le critère géographique est également un critère** tout aussi important, ce qui est davantage problématique puisque cela veut dire qu'à pathologie égale, selon où l'on habite, on n'a pas du tout le même parcours de soins. On **observe ainsi de vraies inégalités territoriales** : par exemple sur la chirurgie valvulaire où 90 % des opérés des Bouches-du-Rhône ou de la Gironde bénéficient de SSR après la phase aiguë des soins contre moins de 15 % dans certains départements (notamment bretons ou de l'Est). Les exemples de ce type peuvent être multipliés.

Enfin, on a pu constater également que **le secteur public MCO était un gros pourvoyeur de séjours pour le secteur privé en SSR.** En effet, on constate que les flux MCO-public vers SSR-privé (lucratif ou non) sont très nettement plus importants que les flux MCO-privé vers SSR public, que ce soit sur :

■ la chirurgie : « perte » de potentiel public d'environ 39 %. Pendant que le public réalise 100 séjours MCO en chirurgie qui bénéficient de SSR, il ne réalise que 61 séjours SSR. À quelques exceptions près la perte se décline sur presque tous les départements.

■ sur la médecine : « perte » de potentiel public d'environ 34 %. La perte se décline sur tous les départements sans exception cette fois.

■ Cette fuite est accrue dans les départements méditerranéens : par exemple, elle atteint des taux aussi importants que 86 % dans les Bouches-du-Rhône en chirurgie et 75 % dans le Var en médecine. ■

La Banque de données hospitalière de France (BDHF) vient de mettre à disposition de ses adhérents un nouveau module expérimental concernant le sujet brûlant de la pertinence des actes.

Ce nouveau module présente treize procédures opératoires (ce nombre est appelé à augmenter lors des évolutions futures de ce module et, il est envisageable d'intégrer des prises en charge non opératoires) sur lesquelles un certain nombre d'indicateurs est mis en avant afin que l'établissement puisse situer son environnement - le département - par rapport à la pratique nationale, et qu'il puisse lui-même se situer dans son environnement.

Pour la première version du module (exercice 2011), les procédures analysées concernent la cataracte, le canal carpien, l'appendicectomie, l'amygdalectomie, l'adénoïdectomie, les aérateurs transtympaniques, la coloscopie diagnostique, l'arthroscopie du genou, la cholécystectomie, la césarienne, l'angioplastie coronaire, la coronarographie et la prostatectomie pour cancer. Ces choix ont été reconduits pour la mise à jour (exercice 2012) rendue disponible le mois dernier.

Pour chacune des procédures, les ratios départementaux sont mis en avant, ce qui permet de situer chaque département selon le nombre de procédures réalisées pour 1 000 habitants. Ce ratio est présenté de façon brute et standardisée afin de prendre en compte la structure de la population (sexe et âge). Par exemple, alors que les résidents du territoire national ont bénéficié de 10,7 interventions de la cataracte pour 1 000 habitants en 2011, ceux du Cantal en ont eu 12,1/1 000 habitants. Le ratio standardisé fournit la valeur de 8,6/1 000 habitants. On peut conclure, sur cet exemple, que le volume d'interventions au profit des habitants du Cantal est plus important qu'ailleurs, uniquement parce que la structure de la population est particulière dans ce département et qu'en tenant compte de cette structure on montre que les résidents du Cantal subissent en réalité plutôt moins d'interventions de la cataracte que la moyenne nationale à structure de population comparable (environ 20 % de moins).

Quelques cartes et graphiques permettent d'apprécier la situation globale de chaque département vis-à-vis de chaque prise en charge, ainsi que l'étendue des situations qui sont parfois frappantes avec des taux s'étalant souvent dans des fourchettes de 1 à 2 selon le département ou l'acte auquel on s'intéresse et même parfois avec des étendues encore plus larges. Par exemple, pour l'intervention de la libération du canal carpien, le ratio standardisé s'étale de 0,29/1 000 habitants (Réunion) à 4,14/1 000 habitants (Haute-Marne) soit un rapport de 1 à 14 sur un indicateur pourtant standardisé par âge et sexe. Cela indique qu'un individu résidant en Haute-Marne a, en moyenne, une probabilité 14 fois supérieure d'avoir cette intervention qu'un résident de la Réunion.

Le module présente également l'évolution du volume de procédures par rapport à l'année précédente. On y apprend par exemple que le volume d'actes de libération du canal carpien (voir exemple précédent) au profit des habitants de la Réunion était en baisse de -15 % en 2011 alors qu'il était en hausse de +7 % en Haute-Marne.

Chaque adhérent peut également visualiser l'activité de chaque établissement de son département sur la procédure considérée ainsi que la part de marché de chacun, le taux d'ambulatoire (ou de séjours courts quand l'ambulatoire n'a pas de sens comme pour la césarienne ou l'appendicectomie), son attractivité extra-départementale ainsi que l'importance des résidents « fuyant » vers d'autres départements.

Même si ce module ne dit rien de la « pertinence médicale » de chaque acte réalisé, il permet à chacun de situer sa pratique et son environnement et d'anticiper les éventuelles pressions dont il fera l'objet lorsque ce sujet, actuellement examiné par divers acteurs, comme la Haute Autorité de santé (HAS) ou l'Assurance maladie, passera à la phase répressive. Ainsi un établissement se situant dans un département avec des indicateurs péjoratifs sur une procédure donnée devra probablement anticiper une remise en question d'une partie de son activité concernant cette procédure. À l'inverse, un établissement se situant dans un environnement où les indicateurs montrent de faibles taux par habitant peut même éventuellement étudier un développement de cette activité où l'offre est potentiellement trop faible. ■

7 ■ ÉVOLUTION D'ACTIVITÉS : CHIFFRES CLÉS (2007 – 2012) - Stéphane Finkel, FHF

La pose de neurostimulateurs

Cette activité très spécifique et ultra spécialisée concerne la pose de stimulateurs cérébraux et médullaires. Les volumes et répartitions ont beaucoup évolué entre 2007 et 2012.

Comme on peut l'observer sur le tableau 47*, cette activité a pratiquement doublé en cinq ans puisque le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet d'estimer à 5523 hospitalisations pour ce type d'interventions en 2012, contre 2889 en 2007, soit un taux de croissance annuel moyen de +13,8 % (ce taux est d'ailleurs plûtôt en accélération). La pose de stimulateur médullaire est l'activité la plus dynamique (+34 % sur 2011/2012

contre +6 % pour la pose de stimulateur cérébral).

Le secteur public possède 63,8 % de la part d'activité en 2012 (70,3 % pour la totalité du secteur non lucratif), en hausse sur la période. Ce taux est quasiment de 100 % sur le stimulateur cérébral (activité réalisée à 96 % par les CHU) et de seulement 53 % sur le stimulateur médullaire (62 % avec le privé non lucratif).

Par ailleurs, on constate que même si cela reste encore l'exception, la pose se réalise de plus en plus souvent en ambulatoire (cela ne concerne que les stimulateurs médullaires) puisque le taux d'ambulatoire a plus que triplé sur cette courte période pour atteindre 13 % des poses de stimulateurs médullaires en 2012 (le graphique ci-après fournit le taux combiné avec les stimulateurs cérébraux).

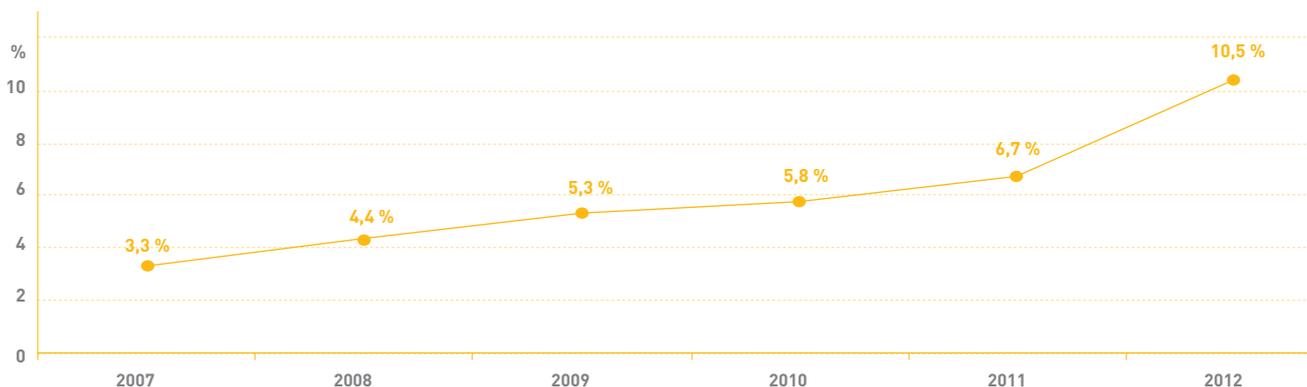
47* Pose de neurostimulateurs : volumes de séjours - Sources : Atih - FHF - BDHF

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
1 nuit et +	Public	1719	1903	1966	2145	2649	3156
	PNL	184	165	202	264	279	323
	Privé	890	1047	1054	1223	1412	1466
	Total	2793	3115	3222	3632	4340	4945
0 nuit	Public	73	89	145	169	222	367
	PNL	2	10	0	3	29	38
	Privé	21	44	37	51	63	173
	Total	96	143	182	223	314	578
Total	Public	1792	1992	2111	2314	2871	3523
	PNL	186	175	202	267	308	361
	Privé	911	1091	1091	1274	1475	1639
	Total	2889	3258	3404	3855	4654	5523

48* Pose de neurostimulateurs : part de marché du secteur public (CH+CHU) - Sources : Atih - FHF - BDHF

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
PdM Public	1 nuit et +	61,5 %	61,1 %	61,0 %	59,1 %	61,0 %	63,8 %
	0 nuit	76,0 %	62,2 %	79,7 %	75,8 %	70,7 %	63,5 %
	Total	62,0 %	61,1 %	62,0 %	60,0 %	61,7 %	63,8 %

49* Taux d'ambulatoire de l'activité de pose de neurostimulateurs - Sources : Atih - FHF - BDHF



Les stimulateurs et défibrillateurs cardiaques

Cette activité concerne à la fois la pose de nouveaux appareils, que ce soit dans un cadre programmé, ou dans le cadre d'un séjour d'infarctus, d'état de choc ou d'insuffisance cardiaque congestive, mais également le remplacement ou repositionnement de boîtiers ou d'électrodes, voire leur ablation.

Il s'agit d'une activité très dynamique puisque l'on peut constater une augmentation de +15 % sur 5 ans (le taux annuel moyen est de +2,8 %). Sur 2011/2012, ce sont les poses qui augmentent (+2,6 % pour les stimulateurs, +5,2 % pour les défibrillateurs) alors que les activités d'« entretien » (remplacements, repositionnements)

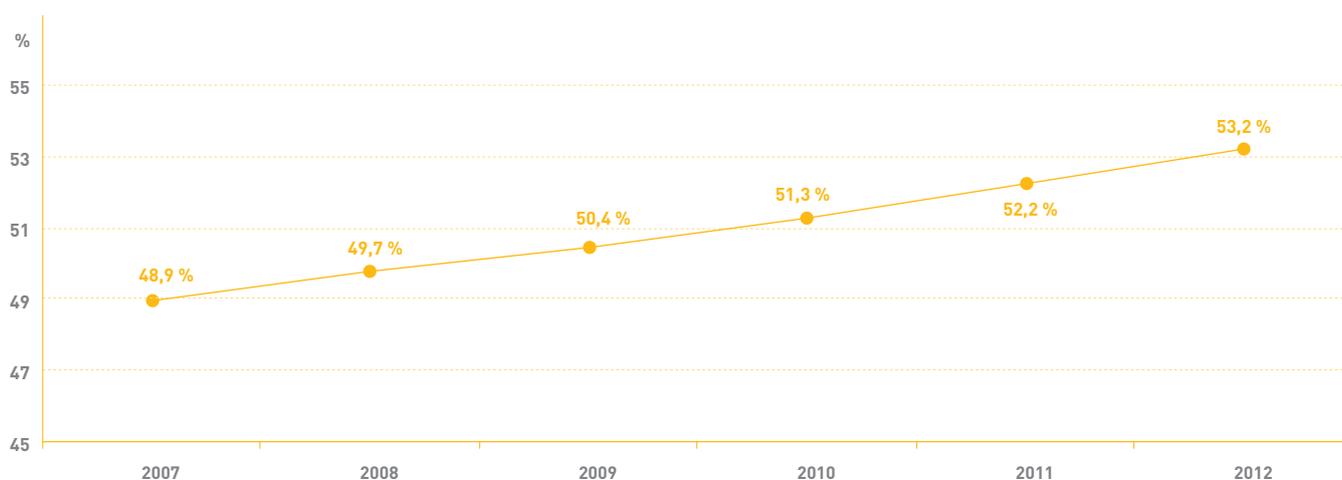
sont en baisse de -6 %. On constate une forte progression de la part de marché du secteur public qui passe de 48,9 à 53,2 % sur cette période de 5 ans (52,2 à 57 % pour l'ensemble du secteur non lucratif).

On notera que l'activité de pose de défibrillateur cardiaque a fait l'objet d'une profonde modification concernant son financement en 2011. En effet, jusqu'en 2010 l'appareil était remboursé en tant que dispositif médical implantable sur la liste en sus, donc pratiquement remboursé à l'euro, mais depuis début 2011, il est compris dans le tarif du groupement homogène de séjours (GHS) – qui a été réévalué selon une méthode que d'aucun ont contesté – et ne fait donc pas l'objet d'un remboursement spécifique. Cela a des effets pervers potentiels qu'il serait intéressant d'étudier.

50* Stimulateurs/défibrillateurs cardiaques : volumes de séjours - Sources : Atih - FHF - BDHF

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
1 nuit et +	Public	32037	34454	35822	37369	38673	39722
	PNL	2135	2203	2300	2594	2675	2920
	Privé	30913	32191	32517	32580	32268	31698
	Total	65085	68848	70639	72543	73616	74340
0 nuit	Public	362	396	476	542	527	612
	PNL	26	20	17	13	13	10
	Privé	716	801	864	857	920	878
	Total	1104	1217	1357	1412	1460	1500
Total	Public	32399	34850	36298	37911	39200	40334
	PNL	2161	2223	2317	2607	2688	2930
	Privé	31629	32992	33381	33437	33188	32576
	Total	66189	70065	71996	73955	75076	75840

51* Stimulateurs/défibrillateurs cardiaques : part de marché du secteur public (CH + CHU) - Sources : Atih - FHF - BDHF



La chirurgie vasculaire

Dans cette catégorie on trouve essentiellement (70 % des séjours) les ligatures de veines et éveinages (varices) et les créations et réfections des fistules artérioveineuses. Le reste des séjours est constitué d'interventions plus lourdes (chirurgie majeure de revascularisation, interventions sur le système vasculaire précérébral et d'autres types d'interventions vasculaires).

L'activité de chirurgie vasculaire est en très forte mutation.

On constate une chute énorme des séjours d'hospitalisation traditionnelle qui en cinq ans ont baissé de -37 % (ce qui équivaut à une chute moyenne de -8,8 %/an). Dans le même temps, la chirurgie ambulatoire a cru à une vitesse moyenne de +18,5 % chaque année (+134 % sur cinq ans). En volumes globaux l'activité est plutôt sur une tendance légèrement

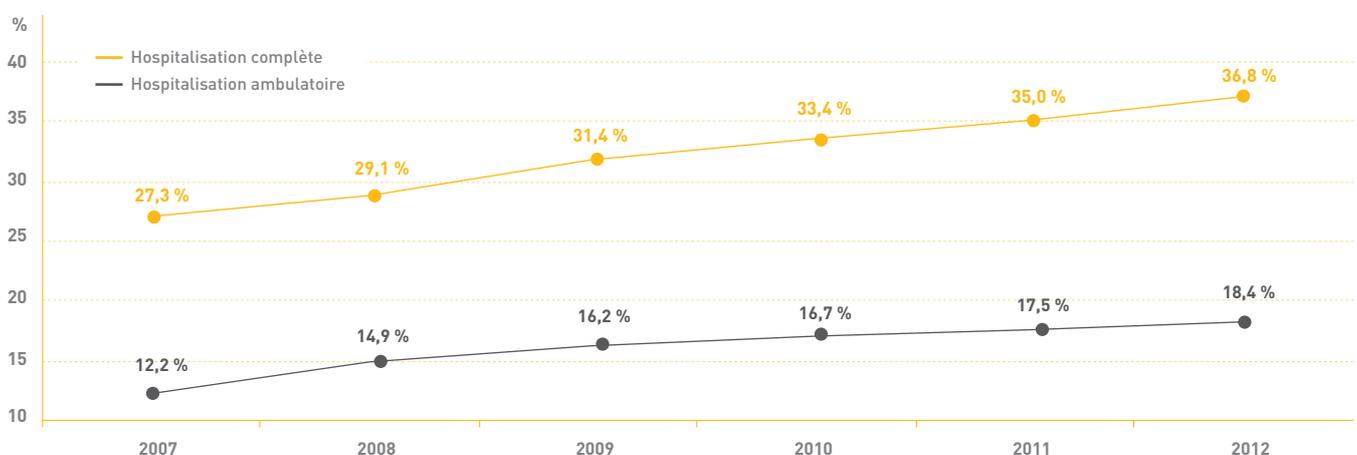
baissière du fait du privé lucratif dont les volumes ont chuté de -10,7 % sur la période pendant que le secteur non lucratif est resté dans une dynamique positive lui conférant de fortes hausses de parts de marché. Ainsi, les établissements publics ont vu leur part de marché en hospitalisation complète gagner pratiquement 10 points en cinq ans en passant de 27,3 % en 2007 à 36,8 % en 2012. La part de marché en chirurgie ambulatoire, certes encore faible, augmente aussi très rapidement.

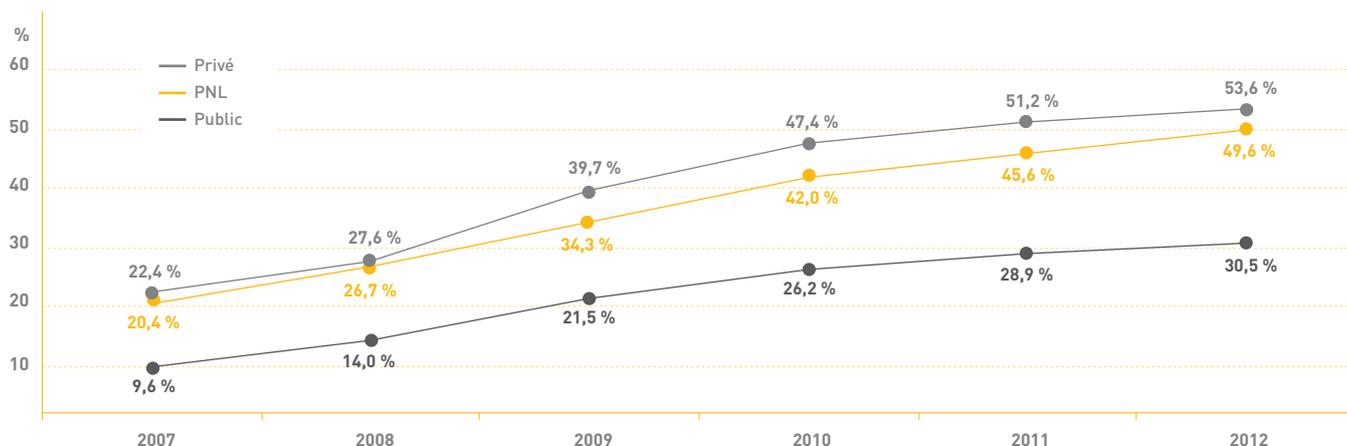
Mais comme on l'a vu plus haut, ce qui frappe, c'est l'évolution incroyablement rapide du taux d'ambulatoire sur cette activité. On constate que le public possède un taux d'ambulatoire plus faible mais cela s'explique en partie par le fait qu'il possède davantage d'activité de chirurgie vasculaire lourde (38 % des séjours contre seulement 13 % pour le privé lucratif dont 87 % des interventions concernent les varices ou la création de fistules artérioveineuses).

52* Chirurgie vasculaire : volumes de séjours - Sources : Atih - FHF - BDHF

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
1 nuit et +	Public	47 479	46 335	42 597	40 564	40 001	40 398
	PNL	9 278	8 566	8 068	7 359	6 949	6 738
	Privé	116 950	104 351	85 071	73 545	67 479	62 553
	Total	173 707	159 252	135 736	121 468	114 429	109 689
0 nuit	Public	5 022	7 547	11 652	14 388	16 295	17 748
	PNL	2 371	3 124	4 211	5 327	5 815	6 625
	Privé	33 791	39 820	56 102	66 192	70 906	72 130
	Total	41 184	50 491	71 965	85 907	93 016	96 503
Total	Public	52 501	53 882	54 249	54 952	56 296	58 146
	PNL	11 649	11 690	12 279	12 686	12 764	13 363
	Privé	150 741	144 171	141 173	139 737	138 385	134 683
	Total	214 891	209 743	207 701	207 375	207 445	206 192

53* Chirurgie vasculaire : part de marché du secteur public (CH + CHU) - Sources : Atih - FHF - BDHF





La chirurgie ophtalmologique

81 % de l'activité de chirurgie ophtalmologique concerne les interventions sur le cristallin (88 % pour le privé lucratif, 69 % pour le secteur public en général et seulement 52 % pour les CHU en particulier). On voit parfaitement qu'il n'existe pas réellement de concurrence sur cette spécialité puisque les profils d'activité sont très différents.

Le visage de la prise en charge de la chirurgie ophtalmologique a énormément changé ces dernières années comme on peut le voir dans le tableau 55*. On constate par exemple qu'en cinq ans le nombre de séjours en hospitalisation traditionnelle a chuté de -38 % (ce volume a pratiquement été divisé par deux dans le privé) pendant que la chirurgie ambulatoire continuait à prendre de l'essor : +56 % en général, +101 % dans le public.

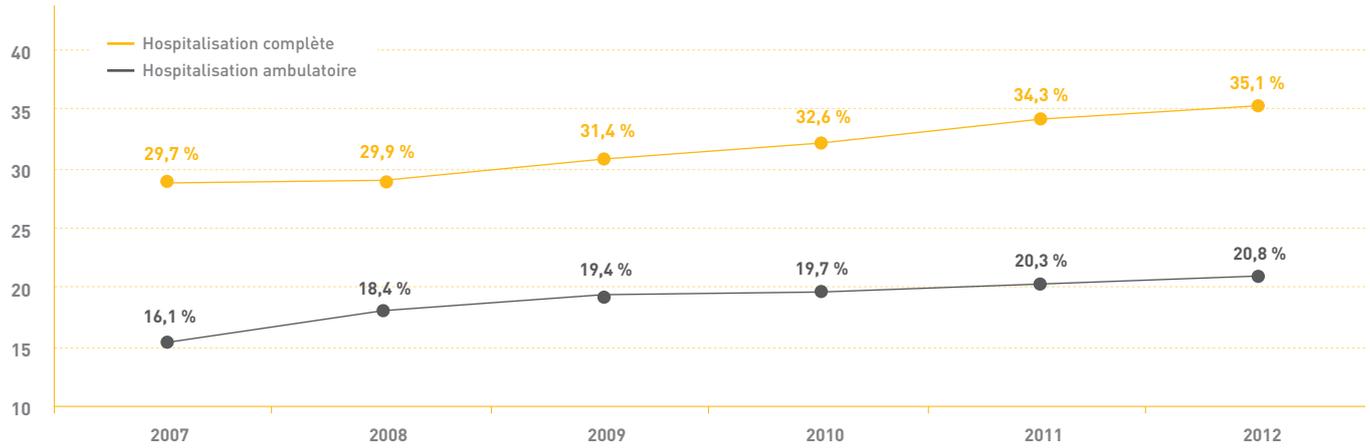
Dans le même temps, la part de marché du secteur public a progressé à la fois en hospitalisation traditionnelle et en chirurgie ambulatoire. Évidemment ces taux sont extrêmement dépendants du profil d'activité puisque par exemple sur certaines interventions le public est majoritaire et l'est parfois très nettement (allogreffes de cornée, interventions sur la rétine, l'orbite, l'iris ou certaines autres interventions intraoculaires).

Sur la courbe 57* on peut se rendre compte des changements extrêmement importants intervenus ces dernières années dans la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire dans cette spécialité. En 2012, 8 patients sur 10 étaient de retour chez eux le jour-même de leur admission. Cela dit, ce taux est dépendant du profil d'activité puisque la moyenne est de 86 % pour la cataracte et à peine de 13 % pour les interventions rétinienne mais cela n'empêche pas de constater la tendance forte encouragée par l'État et l'Assurance maladie.

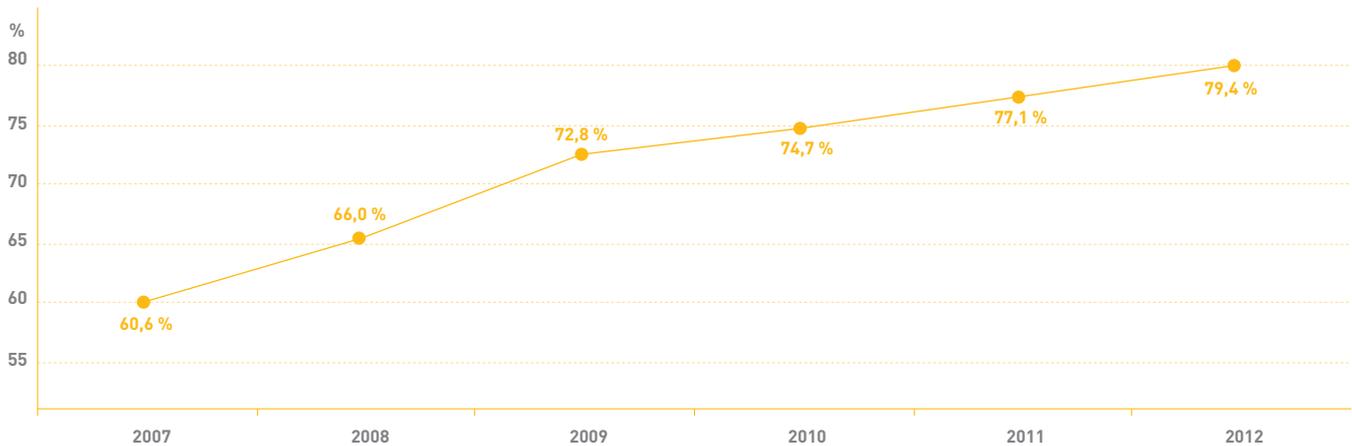
55* Chirurgie ophtalmologique : volumes de séjours - Sources : Atih - FHF - BDHF

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
1 nuit et +	Public	87052	76790	67808	67718	67169	64045
	PNL	9749	8288	8863	8328	7119	6645
	Privé	195917	171960	139028	131832	121648	111602
	Total	292718	257038	215699	207878	195936	182292
0 nuit	Public	72475	91741	112154	121350	134097	145746
	PNL	15823	18737	25754	27597	29766	30814
	Privé	361388	388823	439039	466253	497672	524623
	Total	449686	499301	576947	615200	661535	701183
Total	Public	159527	168531	179962	189068	201266	209791
	PNL	25572	27025	34617	35925	36885	37459
	Privé	557305	560783	578067	598085	619320	636225
	Total	742404	756339	792646	823078	857471	883475

56* Chirurgie ophtalmologique : part de marché du secteur public (CH + CHU) - Sources : Atih - FHF - BDHF



57* Chirurgie ophtalmologique : taux d'ambulatoire - Sources : Atih - FHF - BDHF



Les séances de chimiothérapie pour tumeur

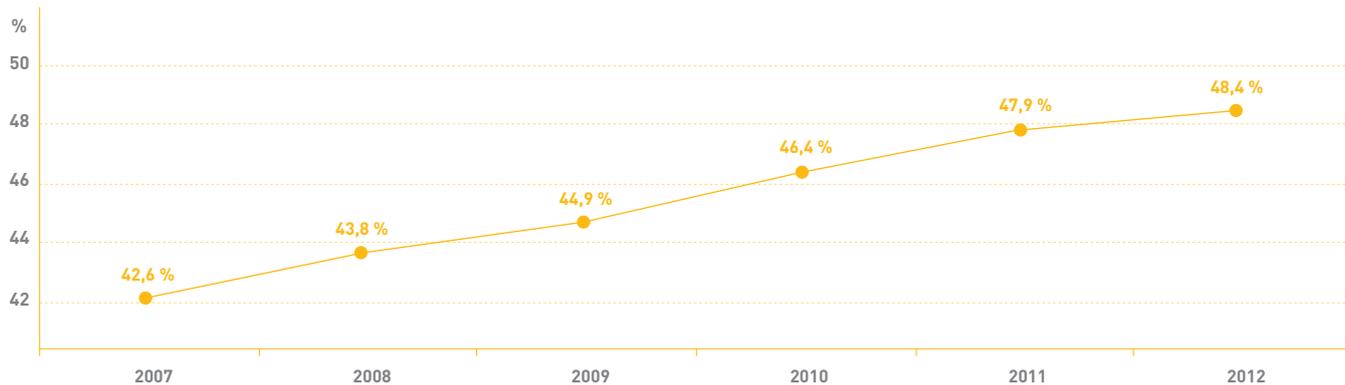
Cette activité est en croissance rapide avec un taux moyen de +4,4 % par an sur les cinq dernières années. Cette tendance peut être préoccupante si l'on met en parallèle les prix très élevés des molécules associées à ces traitements qui pour la plupart sont remboursées via les listes en sus. Ce dynamisme n'est pas contrebalancé par l'activité de chimiothérapie en hospitalisation complète qui est plutôt stable.

On le voit sur le tableau 58*, seul le secteur non lucratif est en croissance (+46,6 % pour le privé non lucratif, +40,9 % pour le secteur public), le secteur commercial stagnant sur cette activité.

Le secteur non lucratif réalise désormais les deux tiers de l'activité, le secteur public étant très proche d'être majoritaire à lui tout seul (59*).

58* Chimiothérapie pour tumeur : volumes de séances - Sources : Atih - FHF - BDHF

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Public	734694	806262	859409	917936	981729	1035538
PNL	273672	314117	344502	357989	375830	401116
Privé	714716	720019	712158	701598	693809	703931
Total	1723082	1840398	1916069	1977523	2051368	2140585



Les maladies respiratoires

On ne parle ici que de la partie médicale de la prise en charge des maladies respiratoires. Cette activité est très importante puisqu'elle représente près de 815000 séjours en 2012 dont 86 % sont réalisés en hospitalisation complète représentant entre 5 et 6 millions de nuits et pas loin de 2,5 milliards d'euros de chiffre d'affaires via les GHS. On peut constater que c'est une activité très dynamique qui a cru de +15 % (en nombre de séjours) sur la période étudiée soit un rythme de progression de +2,8 % par an (+3,1 % par an sur l'hospitalisation complète).

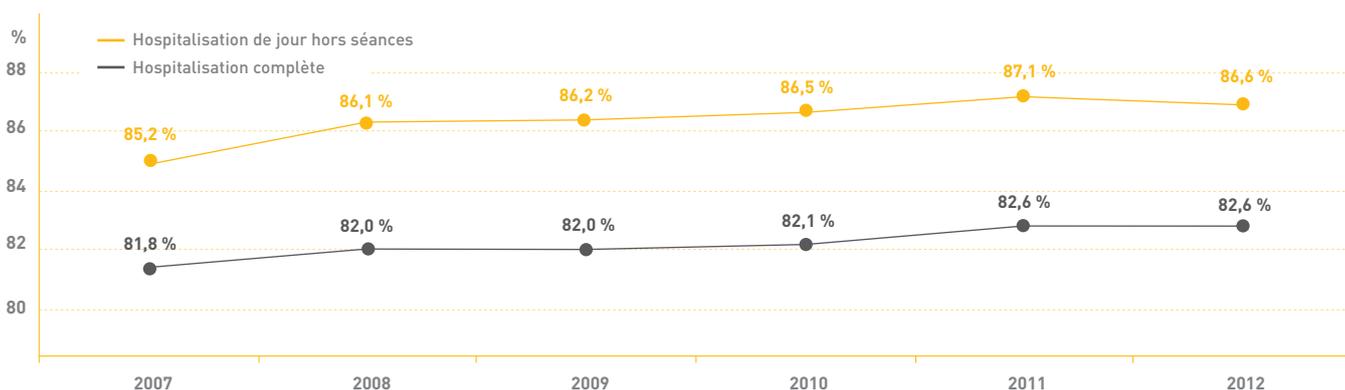
Il est important de remarquer que les prises en charge en hospitalisation de jour (hors séances) ne progressent qu'assez peu comparativement à l'hospitalisation traditionnelle.

À l'instar de toutes les prises en charge médicales et bien que déjà ultra dominant, le secteur public continue de progresser en part de marché, que ce soit sur l'ambulatoire comme sur l'hospitalisation complète. Sur cette activité on peut pratiquement parler de monopole du secteur non lucratif (90 %).

60* Pneumologie médicale : volumes de séjours - Sources : Atih - FHF - BDHF

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
1 nuit et +	Public	489892	504458	537824	530411	556054	577427
	PNL	44696	45586	48682	46528	47875	49038
	Privé	64651	65449	69413	68970	69245	72578
	Total	599239	615493	655919	645909	673174	699043
0 nuit	Public	93266	91035	93486	91803	97809	100302
	PNL	8074	7547	7511	7127	6935	7302
	Privé	8093	7114	7417	7197	7522	8256
	Total	109433	105696	108414	106127	112266	115860
Total	Public	583158	595493	631310	622214	653863	677729
	PNL	52770	53133	56193	53655	54810	56340
	Privé	72744	72563	76830	76167	76767	80834
	Total	708672	721189	764333	752036	785440	814903

61* Pneumologie médicale : part de marché du secteur public (CH + CHU) - Sources : Atih - FHF - BDHF



Éléments de méthode

L'activité présentée ici se fonde sur un algorithme inspiré de la version V11 2012 de l'algorithme développé par l'Institut national du Cancer (Inca). Celui-ci a été développé pour répondre à l'objectif de sélectionner des séjours hospitaliers associés à la prise en charge du cancer, que cette prise en charge soit considérée comme principale en termes de consommation de ressource ou non. Le terme de prise en charge inclut ici le diagnostic, le traitement et la surveillance du cancer ou de ses complications (immédiates ou à distance) ainsi que les effets secondaires éventuels.

Pour l'activité 2012, les séjours de la base nationale PMSI MCO (BDHF-FHF, source Atih) sont affectés à l'activité de cancérologie par la version 2012 incluant une adaptation des listes de Groupe homogène de séjour (GHM) à la V11.

La comparaison de ces résultats avec d'autres chiffres fondés sur des algorithmes différents peut être délicate.

L'activité de cancérologie est ici le plus souvent décrite comme suit pour chaque critère étudié – répartition dans chaque type d'établissement et « part de marché » de chaque type d'établissement – :

- Type d'établissement : fondé sur le fichier des Finess (source Atih) ;
- Mode d'hospitalisation à partir de la durée de séjour : ≥ 1 nuit, 0 nuit, séances (cmd = 28) ;
- Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) n'incluant pas la radiothérapie des établissements privés, les séances de radiothérapie publiques sont exclues des résultats portant sur l'ensemble des établissements ;
- Répartition des classes d'âge (tous séjours/séances) : < 18 ans, 18-60 ans, 61-74 ans, ≥ 75 ans ;
- Type d'activité : sur le 3^e caractère du GHM et scindé en trois classes : « C » = chirurgie, « K » = acte opératoire non chirurgical, « M, H, Z » = médecine ;
- Niveau de sévérité (séjours $> = 1$ nuit) : identifié par le 5^e caractère du GHM en regroupant comme suit : 1-A, 2-B, 3-C, 4-D, T, Z ;

Les résultats dépendent des pratiques et de la qualité du codage des CMA et CMAS, encore hétérogènes selon le type d'établissement. De plus, le niveau de sévérité ne témoigne dans le PMSI que de la sévérité du malade et non de la maladie. Le stade du cancer est absent du PMSI, hormis pour ce qui concerne la présence ou l'absence de métastases.

Synthèse des résultats

■ En 2012 les 25 887 188 séjours/séances de la base nationale ont été sélectionnés. 6 333 638 (24,5 %) séjours/séances attribués à l'activité de cancérologie hors séances de radiothérapie privée, dont 1 434 578 de séjours en hospitalisation d'une nuit et plus, 668 538 de séjours en hospitalisation de 0 nuit et 4 230 722 séances.

■ Sur l'ensemble de ces séjours, **l'onco-pédiatrie (séjours de sujets < 18 ans) représente 1,7 % des séjours/séances (n = 106 121), et l'onco-gériatrie (séjours de sujets ≥ 75 ans) 23,4 % (n = 1 478 604).** 62*
En hospitalisation > 1 nuit, la pédiatrie représente 1,6 % des séjours, 1,4 % des séances (hors radiothérapie) et 3,6 % de l'hospitalisation de 0 nuit. Pour la gériatrie ces résultats sont respectivement de 20,5 %, 22,5 % et 33,8 %. 63*

■ **Les patients de moins de 18 ans sont les plus fréquemment pris en charge en hospitalisation de jour (26,7 %), alors que les sujets de plus de 75 ans sont les plus souvent en hospitalisation de plus d'une nuit (41,3 %).** 64*

■ L'étude de la part de chaque classe d'âge dans chaque type d'établissements montre qu'en hospitalisation de plus d'une nuit, **la part d'onco-pédiatrie est la plus élevée en CHU, et la part d'onco-gériatrie la plus élevée en CH.** La part des 18-60 ans est la plus élevée en Centre de lutte contre le cancer (CLCC). En hospitalisation de jour et en séances (hors radiothérapie), les CHU ont toujours la part la plus élevée de pédiatrie et les CH la part la plus élevée d'onco-gériatrie. 65* à 67*

■ En termes de part de marché, **la pédiatrie est effectuée principalement en CHU** (70 % des séjours d'hospitalisation de plus de 1 nuit, 68 % de l'hospitalisation de jour et 66 % des séances hors radiothérapie). **La prise en charge des sujets âgés est majoritairement assurée par les établissements publics** (plus de 42 % en CH et de 21 % en CHU), sauf en hospitalisation de 0 nuit pour laquelle les établissements privés lucratifs 42,5 % des séjours. 68* à 70*
Les CHU et CH effectuent plus de 50 % des séances de radiothérapie (hors privé), sauf pour les séjours de patients de 18 à 60 ans. Les CLCC assurent entre 22 % et 38 % des séances selon l'âge des patients. 70*

■ L'analyse de la sévérité des séjours dans chaque type d'établissement montre qu'en onco-pédiatrie, le taux de séjours sévères (niveaux 3 et 4, C et D inclus) est environ de 22 % dans les CHU, 10 % dans les CH, 11 % en Espic et CLCC et 15 % en privé lucratif (hospitalisation de plus d'une nuit).

En onco-gériatrie, la part de séjours de sévérité 3 ou 4 s'étend de 25 % en privé lucratif, à 38,5 % en CH (35 % en CHU/CHR, 20 % en CLCC et 34 % en Espic).

72* à 73*

■ En ce qui concerne les parts de marché des établissements (hospitalisation d'une nuit et plus), **les CHU et CH assurent la majeure partie des séjours sévères (3 et 4) : entre 87,5 % et 89 % (moins de 18 ans), entre 67 % et 70 % (18- 60 ans), environ 68 % (61- 74 ans), et 71 % (plus de 75 ans).** **74* à 77***

■ La part des séjours de médecine (hospitalisation d'une nuit et plus) est de 84 % en pédiatrie et de 72 % en gériatrie contre 62 % entre 18 et 60 ans et 65 % entre 61 et 74 ans.

La part de chirurgie est plus élevée pour les adultes de moins de 74 ans : entre 62 et 65 %. **78***

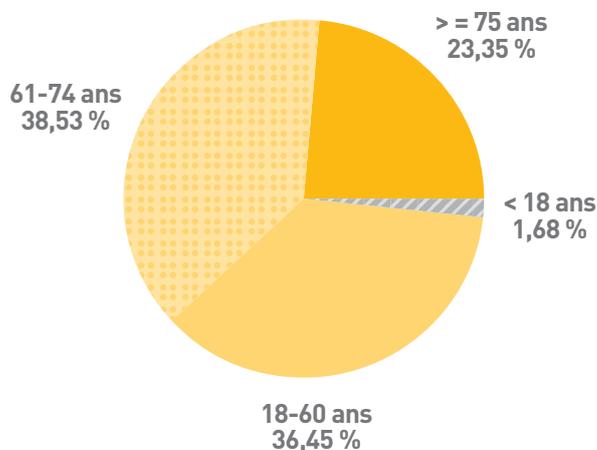
En hospitalisation d'une nuit et plus, les patients de moins de 18 ans représentent 0,8 % des séjours de chirurgie et 2 % des séjours de médecine. Au contraire, les patients de plus de 75 ans totalisent 36 % des séjours de médecine et 28 % des séjours de chirurgie. **79***

En termes de part de marché, les CHU et CH assurent la majeure partie des séjours de médecine (79 %) et de chirurgie (86 %) des sujets de moins de 18 ans. Les CLCC effectuent près de 50 % des actes chirurgicaux non opératoires. Entre 18 et 74 ans, les établissements publics assurent environ 66 % des séjours de médecine, et entre 42 et 45 % des séjours de chirurgie. Après 74 ans, ils prennent en charge 71 % des séjours de médecine et 44 % des séjours de chirurgie. **80* à 83***

■ La prise en charge des **séjours de patients avec métastases en hospitalisation d'une nuit et plus est assurée par les CHU (48,5 %) et les CLCC (42,5 %) avant 18 ans.** Plus on avance en âge, plus la part des CHU diminue et celle des CH augmente. Après 75 ans, les CH effectuent 45 % des séjours de patients avec métastases. Les parts de marché des établissements privés sont de 3,7 % avant 18 ans et 22 % après 75 ans. **84***

Répartition de l'onco-pédiatrie et l'onco-gériatrie (tous séjours)

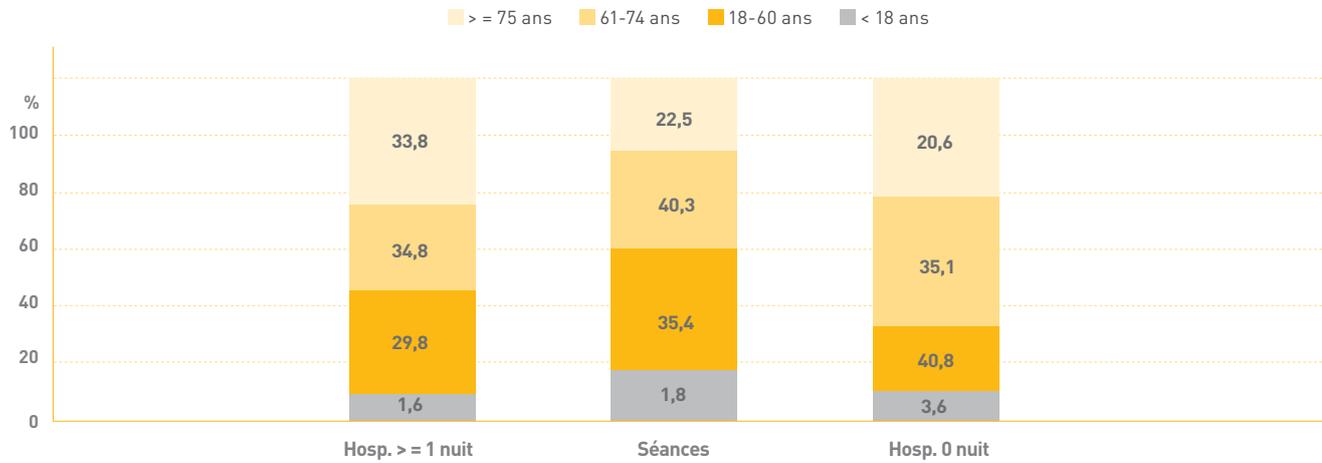
62* Répartition de l'âge des séjours de cancérologie (n = 6 333 638) - Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



Part de l'onco-pédiatrie et de l'onco-gériatrie par mode d'hospitalisation (hors radiothérapie)

63* Répartition l'âge selon le mode d'hospitalisation (hors radiothérapie n = 4 414 570)

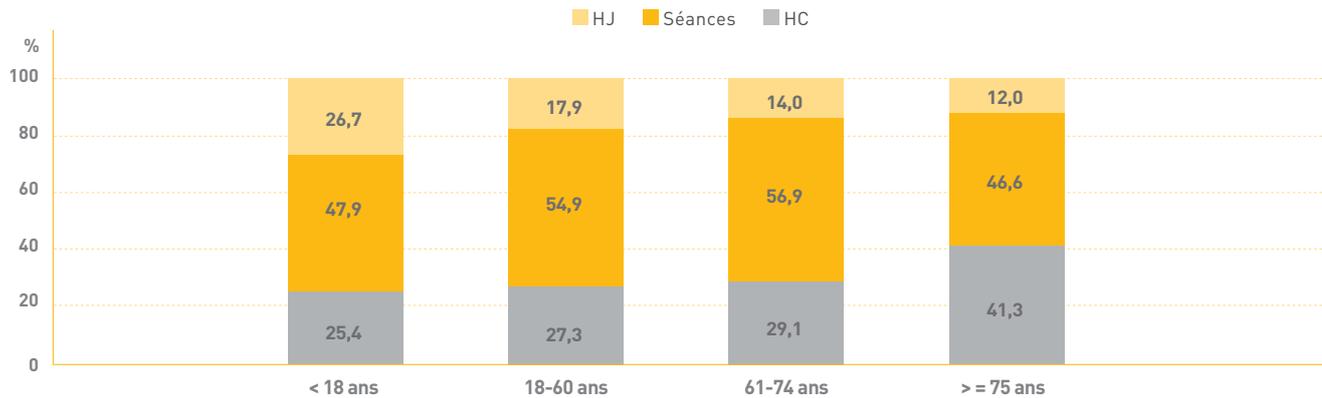
Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



Répartition du mode d'hospitalisation selon l'âge (hors radiothérapie)

64* Répartition du mode d'hospitalisation selon l'âge (hors radiothérapie n = 4 414 570)

Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)

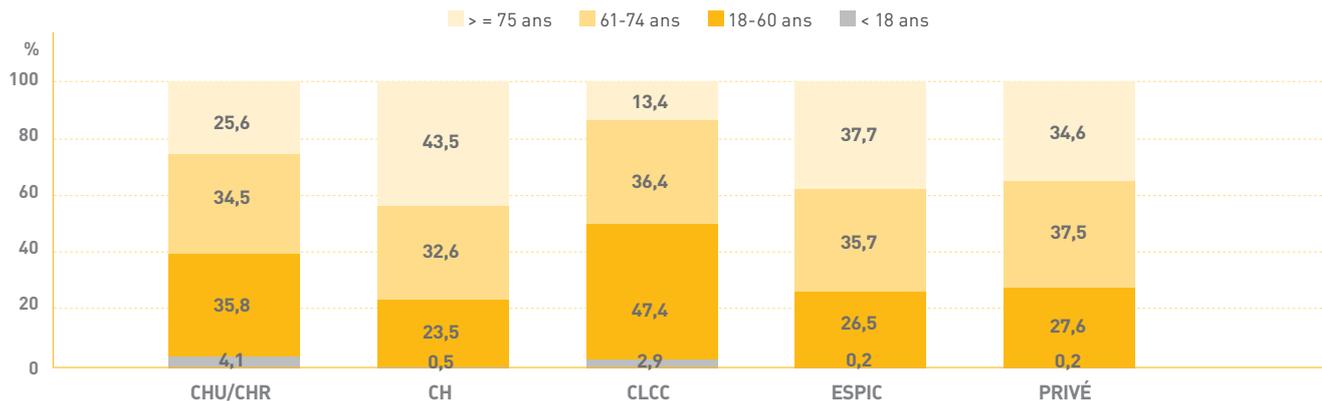


Part de l'onco-pédiatrie et de l'onco-gériatrie selon le type d'établissement et le mode d'hospitalisation

Hospitalisation d'une nuit et plus

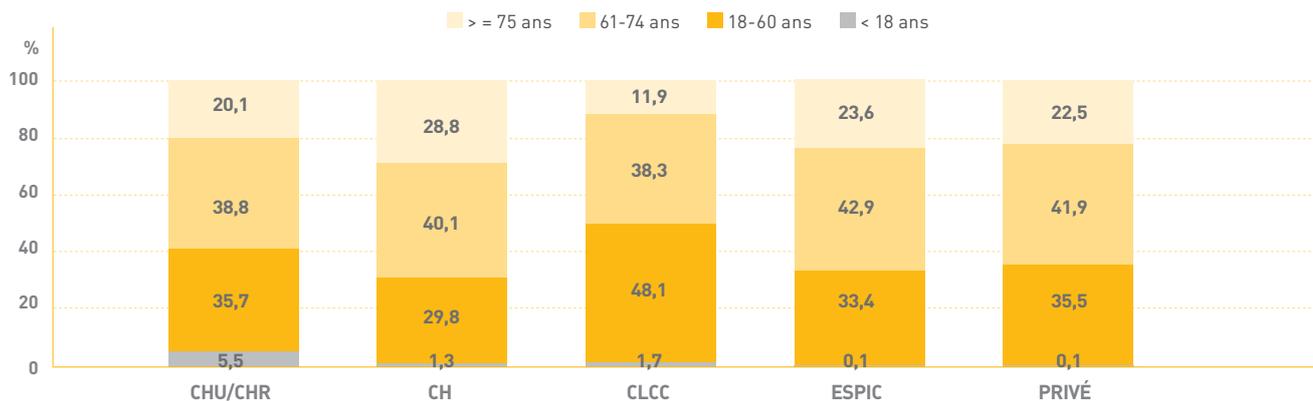
65* Répartition des classes d'âge selon le type d'établissement (n = 1 434 378)

Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



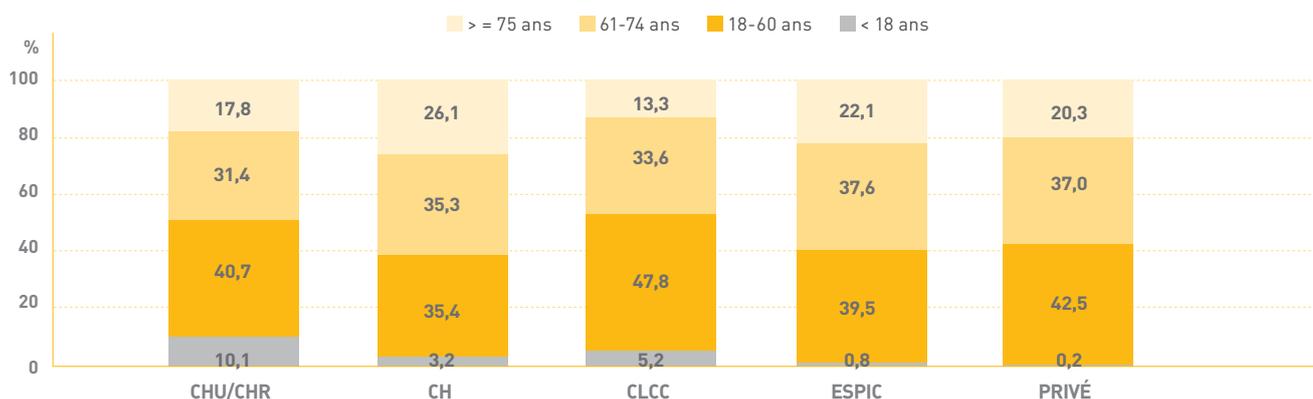
Hospitalisation en séances (hors radiothérapie)

66* Répartition des classes d'âge selon le type d'établissement (n = 2356 683) - Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



Hospitalisation de 0 nuit

67* Parts de marché des types d'établissement selon l'âge (n = 668 538) - Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)

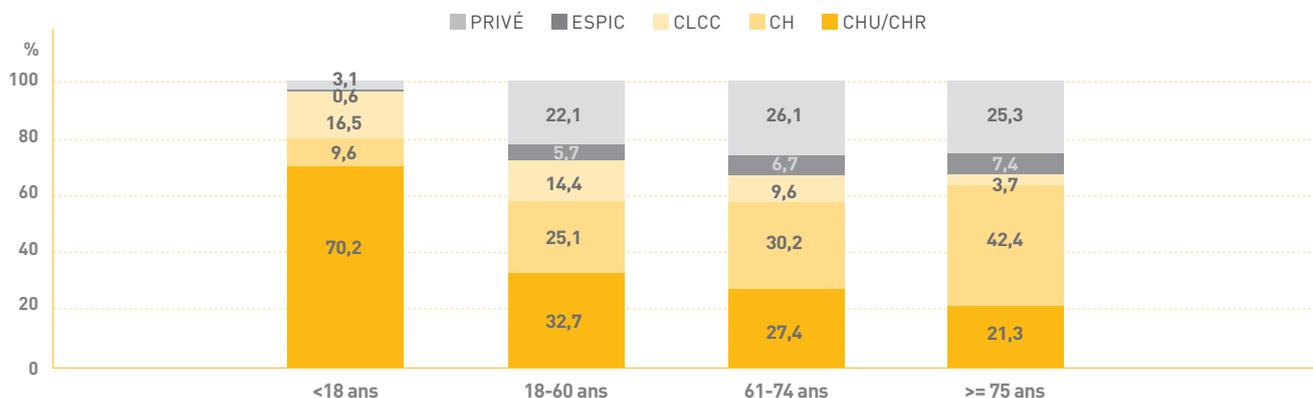


Part de marché des types d'établissement en onco-pédiatrie et onco-gériatrie

Hospitalisation d'une nuit et plus

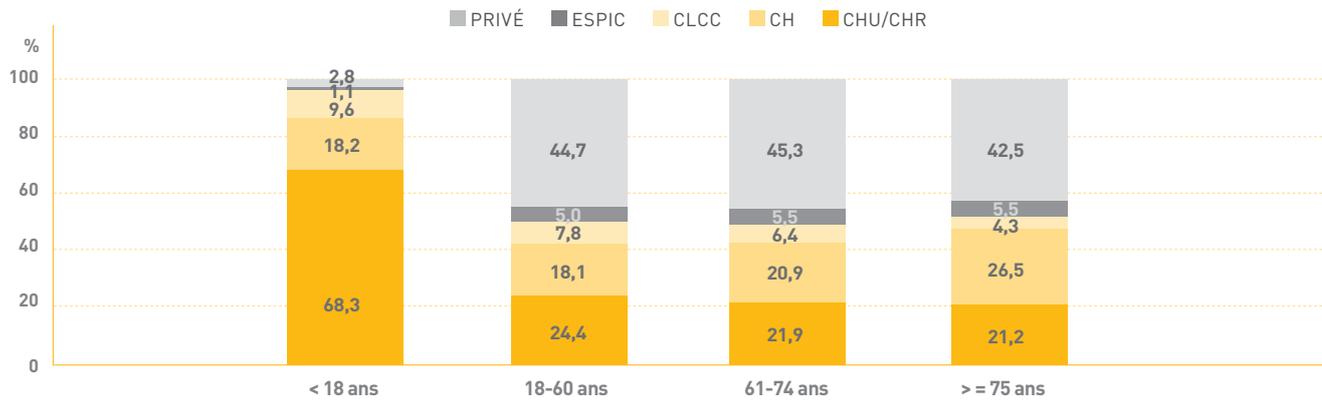
68* Parts de marché des types d'établissement selon l'âge (n = 1 434 378)

Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



Hospitalisation de 0 nuit

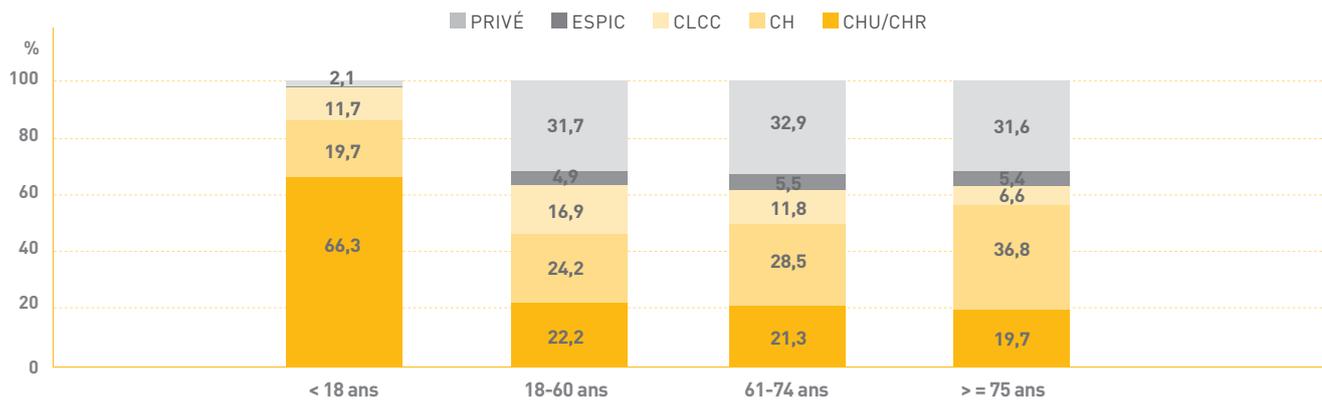
69* Parts de marché des types d'établissement selon l'âge (n = 668 538) - Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



Hospitalisation en séances (hors radiothérapie)

70* Parts de marché des types d'établissement selon l'âge (séances hors radiothérapie n = 2 356 683)

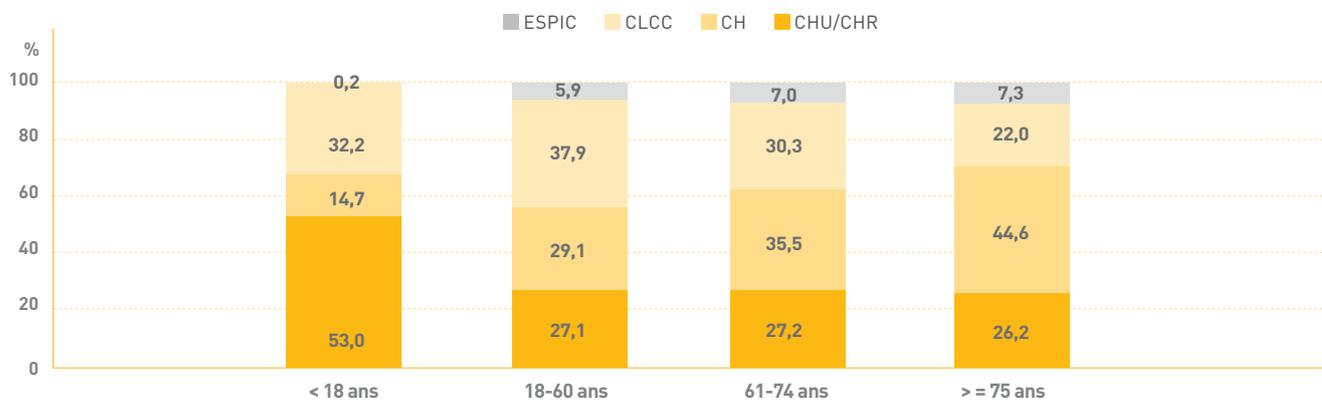
Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



Hospitalisation en séances (hors privé avec radiothérapie)

71* Parts de marché des types d'établissement selon l'âge (hors privé, avec radiothérapie n = 3 456 928)

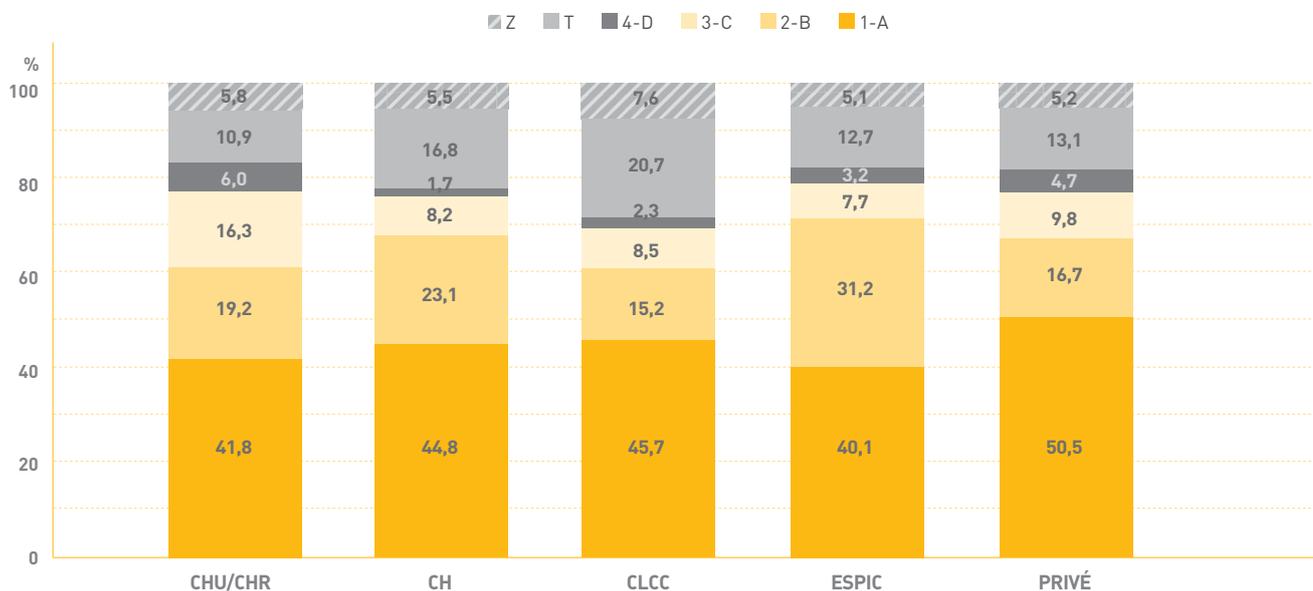
Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



Niveau de sévérité en onco-pédiatrie et onco-gériatrie selon le type d'établissement (hospitalisation d'une nuit et plus)

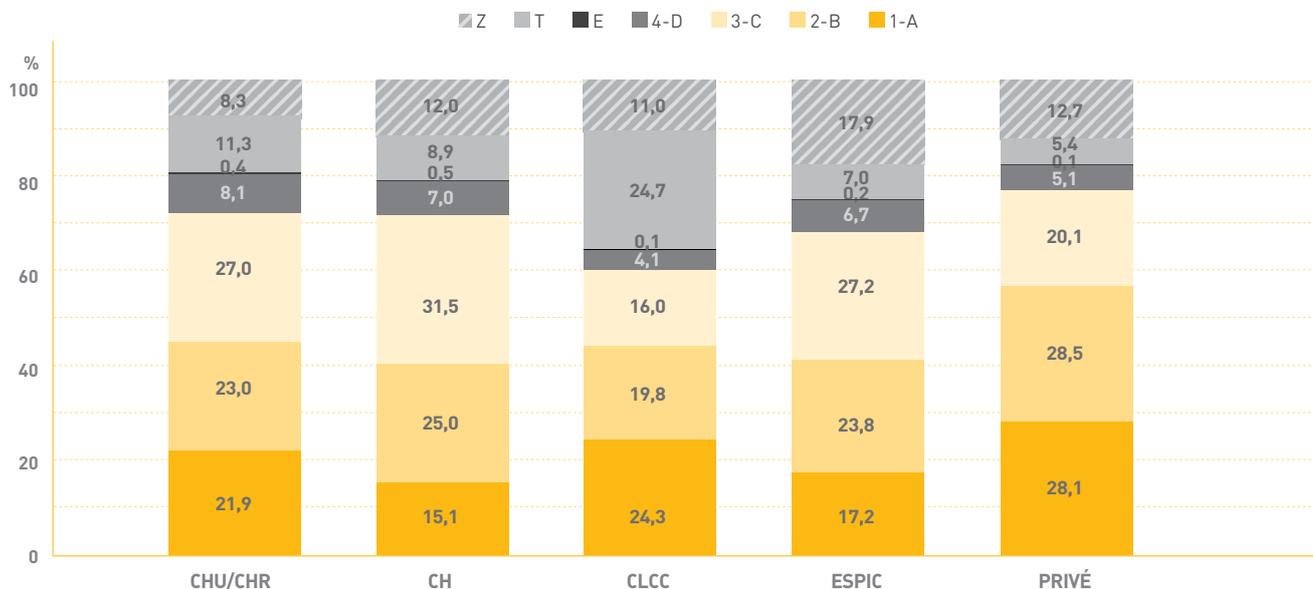
Age < 18 ans

72* Répartition des niveaux de sévérité des séjours selon le type d'établissement (séjours d'une nuit et plus, < 18 ans, n = 23 179) - Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



Age ≥ 75 ans

73* Répartition des niveaux de sévérité des séjours selon le type d'établissement (séjours d'une nuit et plus, ≥ 75 ans, n = 476 810) - Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



Part de marché des établissements selon le niveau de sévérité et l'âge

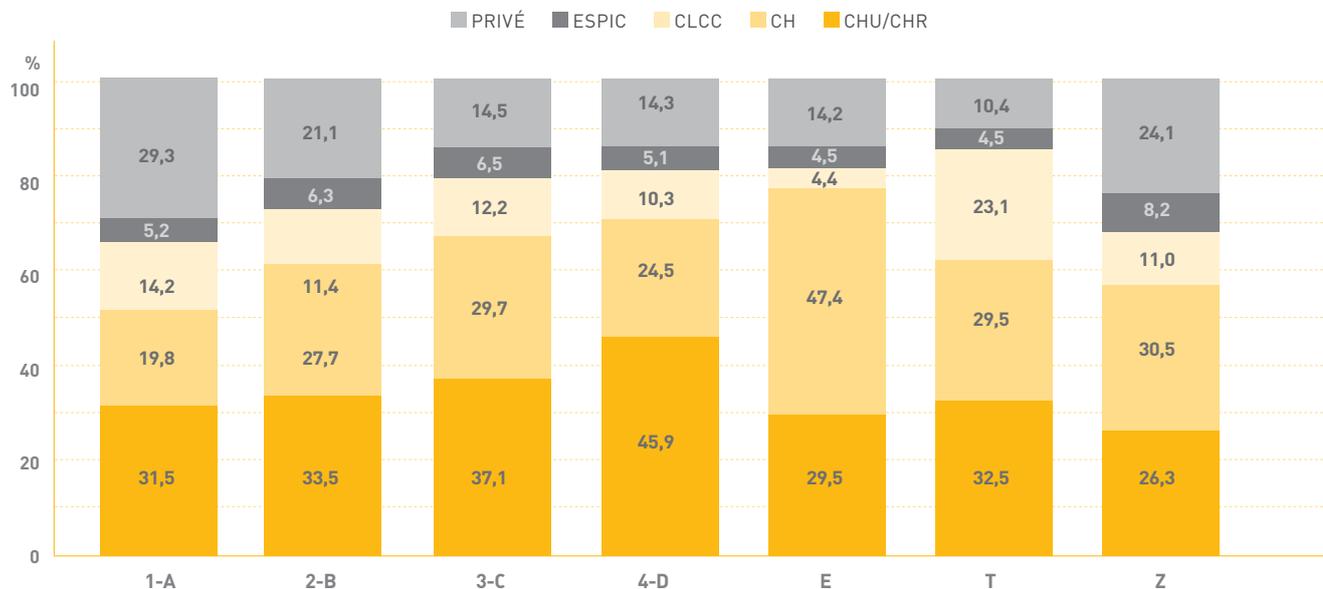
Age < 18 ans

74* Part de chaque type d'établissement par niveaux de sévérité : âge < 18 ans
(hospitalisation ≥ 1 nuit, n = 23 179) - Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



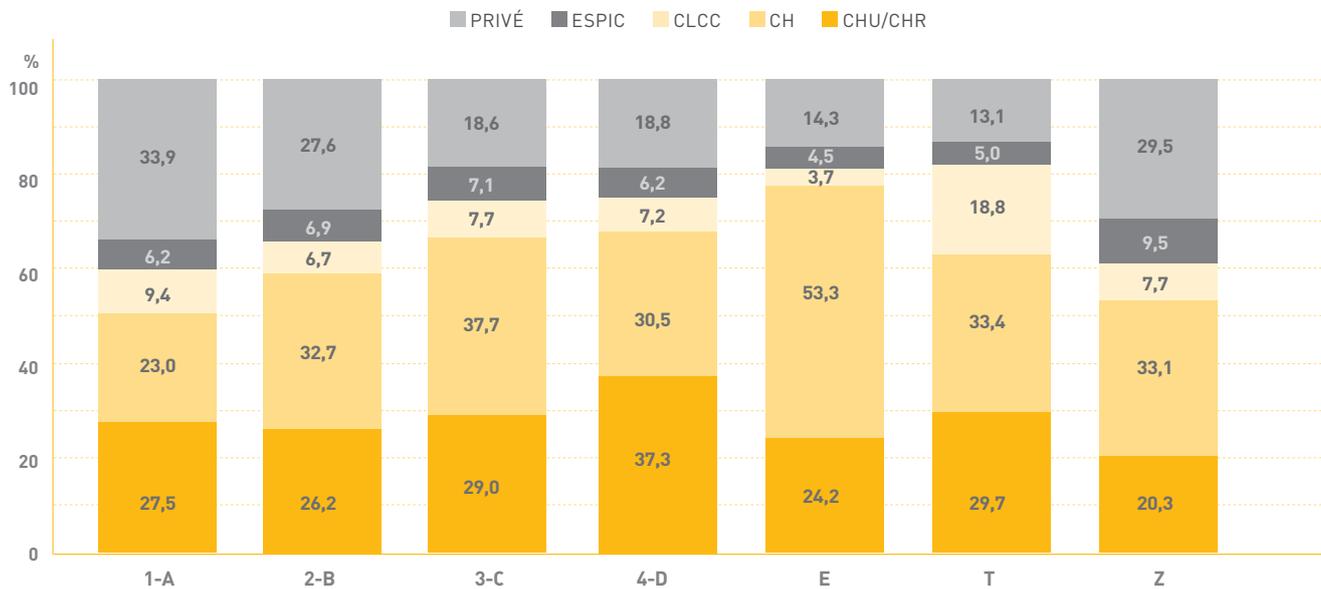
Age 18-60 ans

75* Part de chaque type d'établissement par niveaux de sévérité : âge 18-60 ans
(hospitalisation ≥ 1 nuit, n = 434 288) - Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



Age 61-74 ans

76* Part de chaque type d'établissement par niveaux de sévérité : âge 61-74 ans (hospitalisation ≥ 1 nuit, n = 500 101) - Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



Age ≥ 75 ans

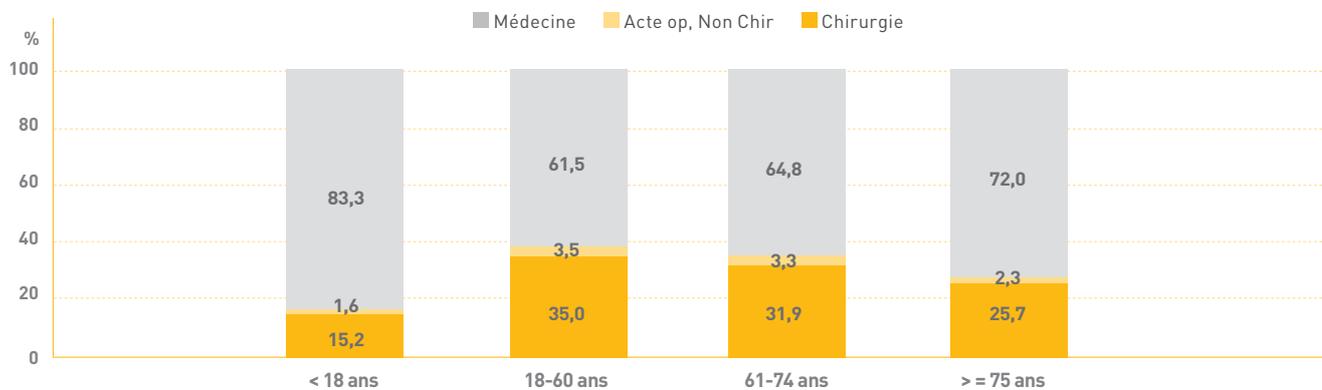
77* Part de chaque type d'établissement par niveaux de sévérité : âge ≥ 75 ans (hospitalisation ≥ 1 nuit, n = 476 810) - Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



Répartition des types de prise en charge selon l'âge : médecine, chirurgie, acte chirurgical non opératoire (hospitalisation d'une nuit et plus)

Répartition du type de prise en charge selon la classe d'âge

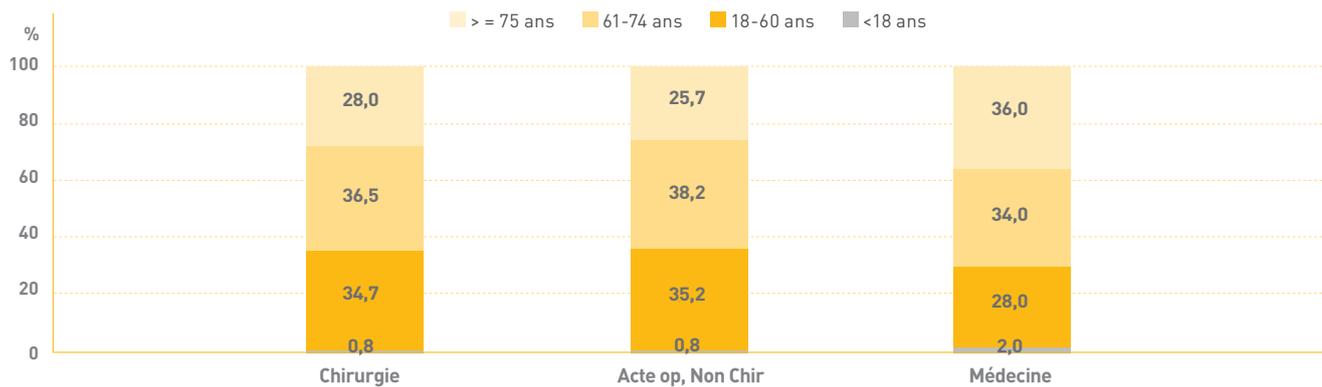
78* Part de chirurgie/médecine selon l'âge (Séjours de 1 nuit et plus, n = 1 434 378) - Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



Répartition de l'âge dans chaque type de prise en charge

79* Part de chaque classe d'âge en chirurgie/médecine (séjours de 1 nuit et plus, n = 1 434 378)

Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)

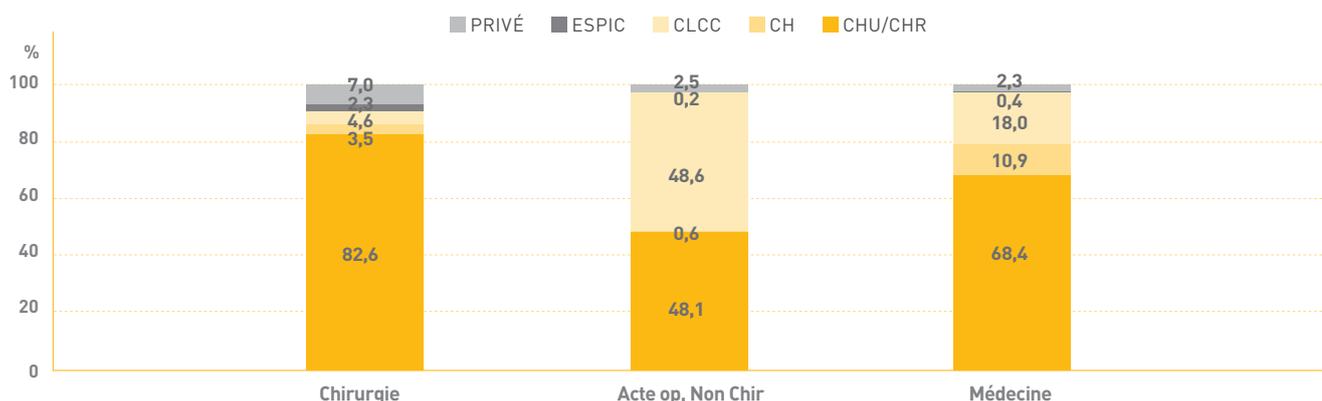


Part de marché des établissements dans chaque type de prise en charge – médecine, chirurgie, acte chirurgical non opératoire – selon l'âge (hospitalisation d'une nuit et plus)

Age < 18 ans

80* Part de médecine selon les établissements : âge < 18 ans (séjours d'une nuit et plus, n = 23 179)

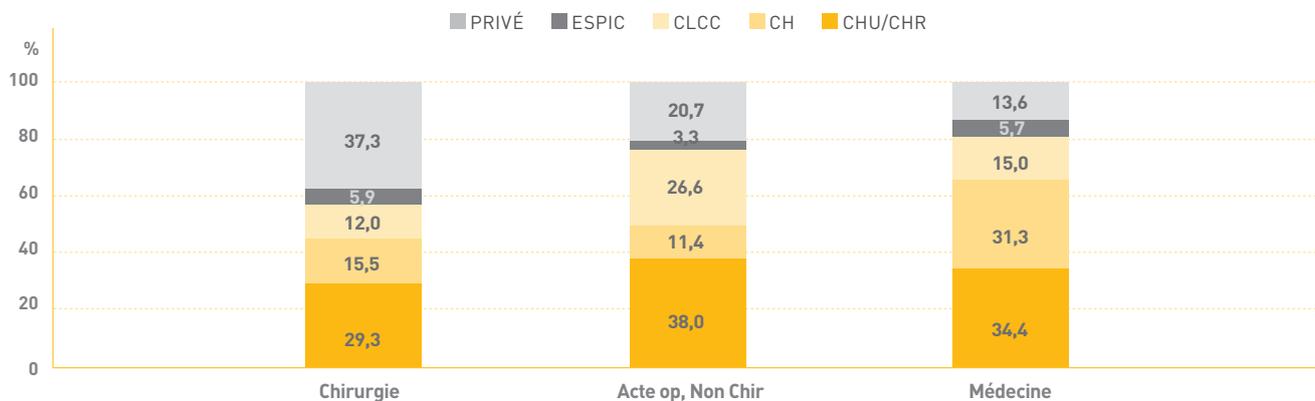
Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



Age 18-60 ans

81* Part de médecine selon les établissements : âge 18-60 ans (séjours de 1 nuit et plus, n = 434 288)

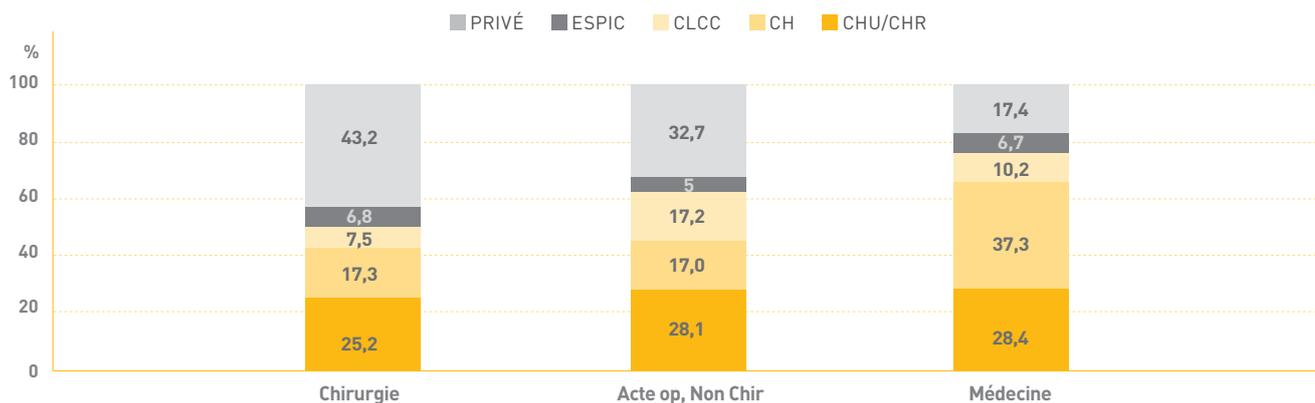
Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



Age 61-74 ans

82* Part de médecine selon les établissements : âge 61-74 ans (séjours de 1 nuit et plus, n = 500 101)

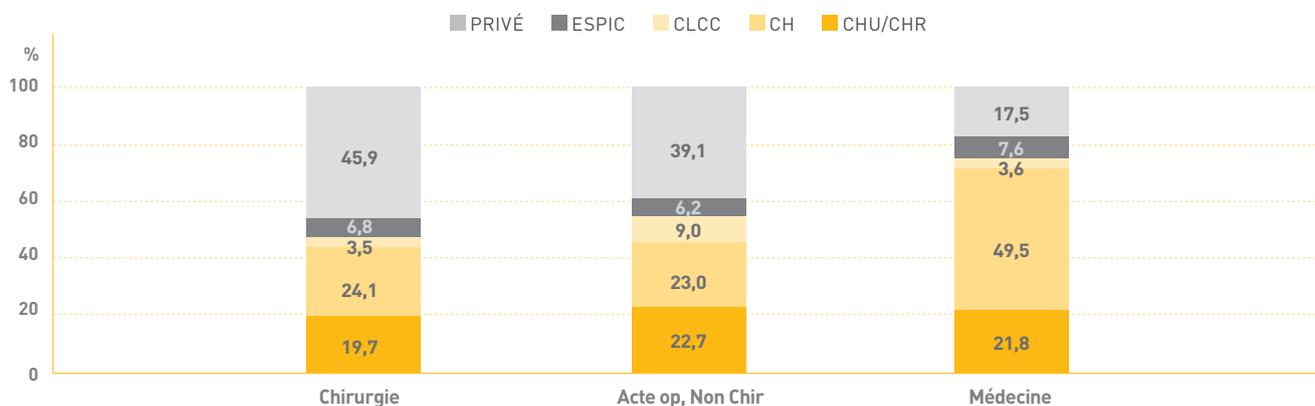
Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



Age ≥ 75 ans

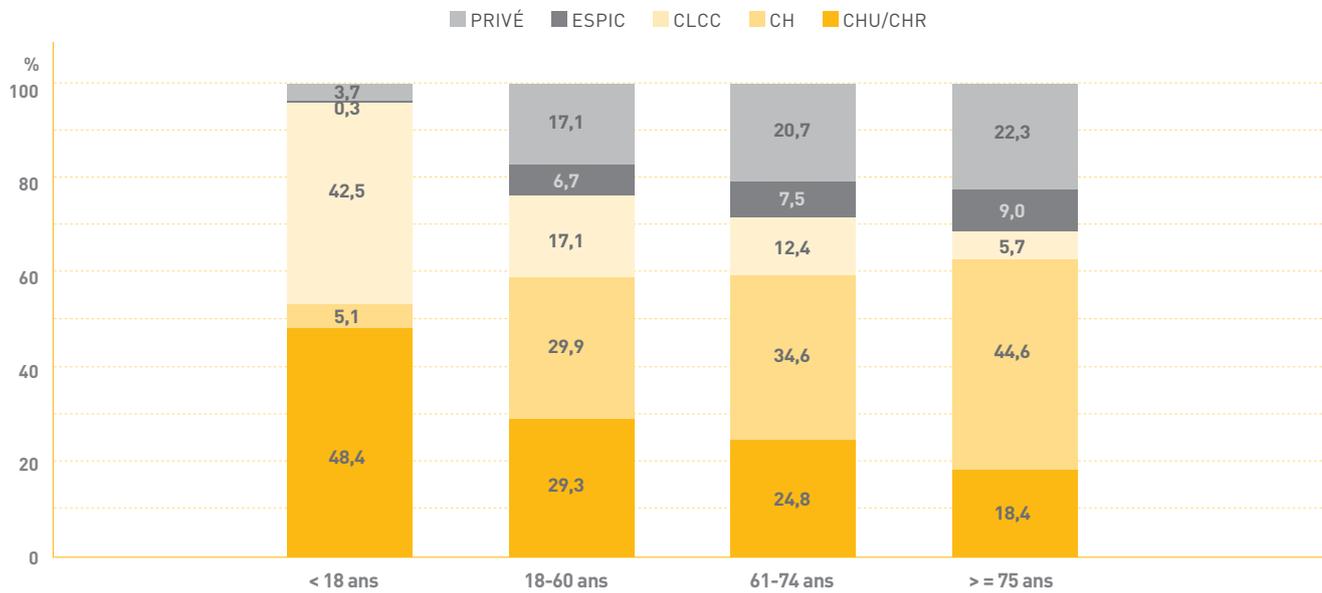
83* Part de médecine selon les établissements : âge ≥ 75 ans (séjours de 1 nuit et plus, n = 476 810)

Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



Part de marché des établissements dans la prise en charge des métastases selon l'âge (hospitalisation d'une nuit et plus)

84* Part des établissements dans la prise en charge des métastases : âge < 18 ans (séjours de 1 nuit et plus, n = 1 434 378)
 Base nationale 2012 - PMSI BDHF-FHF (source Atih)



Depuis sa mise en place, la tarification à l'activité (T2A) est l'objet d'innombrables débats, critiques et confrontations parfois vifs. Sa remise en cause s'appuie sur des arguments de tous ordres qui concernent l'organisation hospitalière, l'inégalité de traitement entre établissements de santé, des différentes structures de soins, spécialités ou sous-spécialités, et finalement d'accès à des soins de qualité pour tout ou partie de la population.

Alors que plus **aucune représentation institutionnelle n'assure d'évaluation de la T2A** – le second et ultime rapport du Comité d'évaluation de la T2A datant de septembre 2009 –, la FHF a souhaité établir en 2012 un bilan d'étape de ce qui a constitué une (r)évolution majeure du financement des établissements de santé introduite en 2005. Il est apparu indispensable de réaliser une analyse tentant de prendre en compte des données qui dépassent les seuls aspects financiers et commençant à apprécier les impacts de la T2A sur la prise en charge des patients.

Cette « vue de l'intérieur » de la T2A repose sur l'analyse des données existantes, issues de sources médico-administratives (données comptables, données de recensement, données relatives à l'activité) et sur un questionnaire adressé aux établissements publics.

Cette méthode a d'évidence des limites méthodologiques puisqu'elle repose sur l'analyse d'un système fondamentalement instable et évolutif, rendant difficile les comparaisons dans le temps.

Le présent rapport présente tout d'abord l'architecture générale des ressources prévues dans le cadre de la tarification à l'activité avant de décrire l'environnement dans lequel évolue le dispositif. Il s'agit là non seulement de contraintes connues, qu'elles soient économiques ou politiques, mais également de réalités méconnues et de traits particuliers sources d'interrogations quant à la transparence et à la prédictibilité du système.

L'opacité tarifaire est décrite : elle n'aide pas à la gestion prospective des établissements de santé et le système devrait gagner en lisibilité. L'étude sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) révèle leur faible augmentation alors qu'elles ont inclus de nouveaux éléments (permanence des soins et précarité) et qu'elles contiennent les plans d'investissement. L'étude montre que leur part dans l'objectif de dépenses MCO (ODMCO) était de 10 % en 2005, puis 12 % en 2006, 13 % en 2007, 14 % en 2008, 15 % en 2009, 16 % en 2010 et de nouveau 15 % en 2011 et 2012. Le rapport souligne ensuite que le financement de la recherche a déjà été amélioré mais pourrait encore être affiné. L'un des enjeux consiste désormais à développer la recherche clinique en dehors des centres hospitaliers universitaires (CHU).

Le groupe de travail fait ensuite part du chiffrage du montant des économies demandées depuis 2005 aux hôpitaux pour respecter un objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam) contraint (2,9 milliards d'euros) et remarque que **la progression de l'Ondam a été bien supérieure à celle des tarifs** : l'évolution des listes en sus, l'évolution du volume d'activité et la politique tarifaire (convergence, débasage...) constituent des facteurs explicatifs.

Les médicaments et dispositifs médicaux implantables relèvent d'une situation particulière et l'enveloppe qui leur est dédiée hisse tout particulièrement la croissance des dépenses du secteur public, **signe vraisemblable d'un meilleur accès des patients aux techniques et soins coûteux**. Mais la liste en sus est également source de croissance d'activité consommatrice de dispositifs et molécules onéreux (interventionnel). La liste en sus constitue le premier témoignage d'une politique d'enveloppe dont le pilotage n'est pas limpide : cette enveloppe doit être préservée mais son efficacité améliorée, notamment par une clarification de ses conditions d'évolution et, en cas de sortie d'un produit, de la variation du tarif correspondant.

Un autre message fort réside dans le constat d'une **amélioration de la situation financière des établissements publics de santé** et la concentration importante des déficits. Néanmoins, le sujet de l'investissement hospitalier ne doit pas être occulté : objectif consubstantiel de la réforme, **l'investissement est aujourd'hui soumis à des pressions majeures d'autant que les seuls tarifs ne garantissent pas sa pérennité**, et que l'environnement économique est contraint.

La T2A a incontestablement favorisé le dynamisme des hôpitaux, mais le rapport souligne la nécessité de s'assurer de la légitimité de cette croissance sur certains segments d'activité. Cette évolution d'activité s'observe en chirurgie et en obstétrique mais aussi en médecine, même si les établissements publics sont déjà quasi en situation de monopole sur ce champ, a remarqué le pilote du groupe de travail. Le nombre de séjours et de séances a augmenté de 1,8 % entre 2010 et 2011 dans les centres hospitaliers, 2,5 % dans les centres hospitaliers régionaux (CHR) et de 1,1 % dans les établissements privés, tandis que le chiffre d'affaires de ces catégories d'établissements a progressé respectivement de 1,5 %, 4,3 % et 3,9 %.

Cette conquête des parts de marché s'est accompagnée d'une baisse des dépenses de personnel au sein de la structure de coûts et d'un **effort de productivité des personnels médicaux et non médicaux**. Face aux problèmes de démographie médicale, une gestion désormais plus performante du temps médical s'impose.

S'intéressant à la régulation du système, le rapport s'attarde sur le pilotage par le volume et décrit **un système comptable déconnecté des principes sanitaires et démedicalisé**.

La régulation des tarifs devrait se fonder sur des orientations de santé publique et le souci d'un égal accès aux soins. La contradiction entre la volonté politique et le mode de financement est parfois flagrante : le politique commande de développer l'ambulatoire, mais **les consultations externes de l'hôpital constituent un oubli majeur de la réforme**. Seuls certains actes de chirurgie ambulatoire ont été favorisés.

Le rapport s'attache ensuite aux effets délétères de la mise en œuvre de la T2A. Sous réserve d'analyses plus précises, il n'y a pas eu d'effets négatifs sur la qualité des prises en charge. Les études réalisées se veulent rassurantes quant au phénomène de segmentation des séjours tandis que le risque d'un taux de réadmission plus élevé est écarté. Les analyses relatives au délai entre le diagnostic de cancer et la première chimiothérapie, ou encore l'évolution des durées de séjour, concluent elles aussi en ce sens. L'analyse du questionnaire indique que médecins et directeurs déclarent ne pas avoir constaté d'émergence d'une liste d'attente pour certaines prises en charge. Ces éléments sont de nature rassurante quant à l'accessibilité aux soins. Cependant, il importe de noter que la T2A n'a peut-être pas participé au rapprochement des extrêmes : une analyse des taux de recours par département (lissés en fonction de l'âge) en témoigne. Pour la chirurgie de la cataracte, ces taux varient de 6,5 interventions pour 1000 habitants (Ardennes) à 16,6 interventions (Guadeloupe) mais cette disparité ne peut être expliquée uniquement par des raisons sanitaires.

Le questionnaire aborde alors le sujet des coopérations, intuitivement opposé à la T2A, et remarque que 62 % des répondants indiquent que la T2A les a incités à envisager une coopération entre établissements publics et il s'agit alors essentiellement de partages d'activités. Ce taux tombe à 41 % dans le cas de coopérations mixtes (public-privé), qui concernent principalement le partage de plateaux techniques. À ce stade, il est à regretter que les coopérations n'aillent en général pas jusqu'à un partage de temps médicaux ou paramédicaux alors que cela serait de nature à aider des établissements.

Sur la gestion des ressources humaines, 86 % des répondants considèrent que le recrutement de personnel médical est orienté par l'analyse des recettes et des dépenses. Les directeurs et les médecins sont respectivement 67 % et 69 % à estimer que la T2A a eu un impact sur la répartition du personnel soignant et médical et 57 % et 38 % sur le personnel administratif.

De plus, 84 % estiment que leur établissement n'a pas été contraint à abandonner certaines activités et 73 % qu'il en a même renforcées.

La T2A aurait conduit 53 % des médecins à modifier des modes de prise en charge en hospitalisation conventionnelle et 81 % en hospitalisation de jour.

Les transferts entre établissements semblent plutôt ne pas avoir augmenté. Toutefois les répondants relevant une hausse soulignent que les transferts entrants concernent tout particulièrement les personnes âgées polypathologiques, les patients dits lourds ou dépendants et les patients sans couverture sociale.

Les répondants sont 82 % à considérer que **certaines spécialités sont favorisées par la T2A**. Ils sont 66 % à ne pas avoir constaté une évolution des pratiques d'externalisation des activités médico-techniques.

Le groupe appelle à mettre en place un « vrai observatoire » pour mesurer en temps réel l'évolution et l'impact du mode de financement et souligne que des points d'interrogation subsistent dans l'allocation des ressources et l'autonomie dans la politique de développement. ■

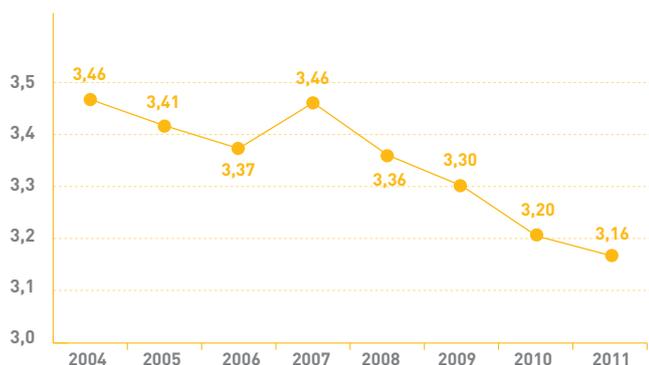
Le rapport d'évaluation de la T2A est disponible en téléchargement sur **www.fhf.fr**

> *Actualités* > *Communication-Presses*
> *Supports de communication FHF*

Depuis l'entrée des hôpitaux publics dans la tarification à l'activité (T2A), la croissance a été forte notamment en raison de la prise de parts de marché au privé. Pour aborder cette croissance, l'hôpital a augmenté ses moyens, notamment en personnel médical et dans une moindre mesure en personnel non médical dont la croissance a été inférieure (+1,39 % en ETP contre +7,23 % de séjours hospitaliers). Le poids de la chirurgie dans la croissance a été significatif. À titre d'illustration nous avons étudié les variations sur quelques ratios dans la catégorie des centres hospitaliers dont les budgets sont supérieurs à 70 M€.

85* Densité de chirurgiens pour 1 000 interventions

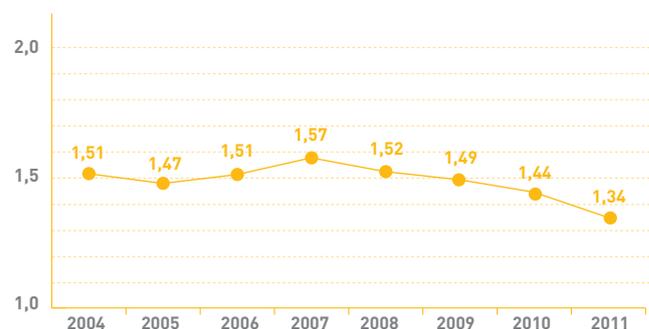
Sources : SAE 2004 à 2011



! Formule du ratio : 1 000* ETP total des chirurgiens/ nombre d'interventions sous et sans anesthésie en salle d'intervention chirurgicale.

86* Densité d'anesthésistes-réanimateurs en bloc opératoire et site anesthésique pour 1 000 interventions

Sources : SAE 2004 à 2011



! Formule du ratio : 1 000* ETP des anesthésistes-réanimateurs en bloc opératoire et site anesthésique/nombre d'interventions sous et sans anesthésie.

87* Densité de personnels d'encadrement en bloc opératoire et site anesthésique pour 1 000 interventions

Sources : SAE 2004 à 2011



! Formule du ratio : 1 000* ETP du personnel d'encadrement en bloc opératoire et site anesthésique/nombre d'interventions sous et sans anesthésie.

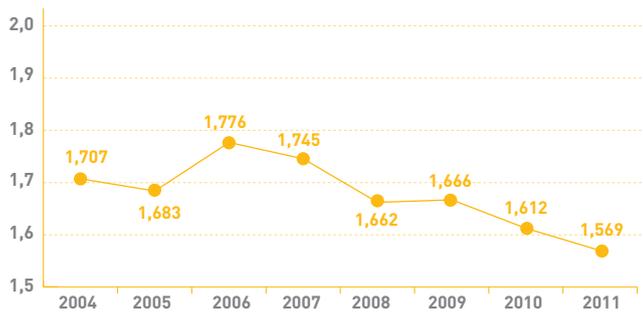
88* Densité d'infirmiers anesthésiques en bloc opératoire et site anesthésique pour 1 000 interventions

Sources : SAE 2004 à 2011



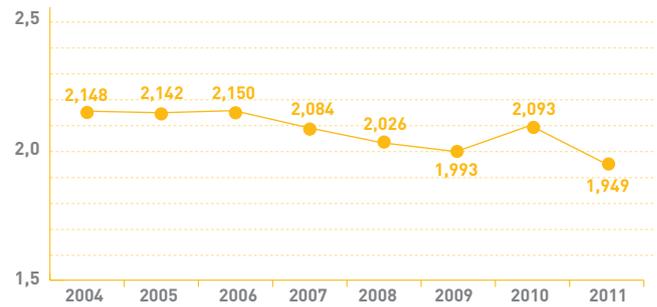
! Formule du ratio : 1 000* ETP d'infirmiers anesthésiques en bloc opératoire et site anesthésique/nombre d'interventions sous et sans anesthésie.

89* Densité d'IBOD de bloc opératoire et site anesthésique pour 1 000 interventions - Sources : SAE 2004 à 2011



! Formule du ratio : $1000 * \text{ETP d'Ibod en bloc opératoire et site anesthésique} / \text{nombre d'interventions sous et sans anesthésie}$.

90* Densité d'infirmiers non spécialisés en bloc opératoire et site anesthésique pour 1 000 interventions Sources : SAE 2004 à 2011



! Formule du ratio : $1000 * \text{ETP des infirmiers non spécialisés en bloc opératoire et site anesthésique} / \text{nombre d'interventions sous et sans anesthésie}$.

91* Densité d'autres personnels en bloc opératoire et site anesthésique pour 1 000 interventions - Sources : SAE 2004 à 2011



! Formule du ratio : $1000 * \text{ETP des autres personnels de service en bloc opératoire et site anesthésique} / \text{nombre d'interventions sous et sans anesthésie}$.



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

1 bis, rue Cabanis . CS 41402
75993 Paris cedex 14
T 01 44 06 84 44 . **F** 01 44 06 84 45
mail fhf@fhf.fr
contact b-garrigues@wanadoo.fr

www.fhf.fr • www.hopital.fr • www.maisons-de-retraite.fr