



# Inspection générale des affaires sociales

# L'évolution des volumes d'activité des établissements de santé : description, déterminants et prévision

# RAPPORT

Établi par

<p>Stéphanie Dupays</p> <p>Membre de l'Inspection générale des affaires sociales</p>	<p>Jean-Philippe Natali</p> <p>Interne de santé publique</p> <p>Stagiaire à l'Inspection générale des affaires sociales</p>
--	---

Avec l'appui de Marine Jeantet  
Membre de l'Inspection générale des affaires sociales

- Septembre 2013 -

RM2013-145P



## SYNTHESE

### **1 L'ACTIVITE HOSPITALIERE CONNAIT UNE FORTE CROISSANCE ENTRE 2009 ET 2011 QUI S'EXPLIQUE PAR DES DETERMINANTS NOMBREUX ET INTRIQUES**

- [1] La mission porte sur le champ Médecine – Chirurgie – Obstétrique et sur les activités financées à l'activité. Elle a étudié l'évolution des volumes « physiques » (en nombre) et des volumes économiques<sup>1</sup> sur la période 2009-2011<sup>2</sup>. Le volume économique hospitalier a progressé globalement de 5,6 % entre 2009 et 2011.
- [2] Le nombre de séjours a régulièrement augmenté entre 2009 et 2011 passant de 16,7 à 17 millions de séjours soit une augmentation totale de 1,8 % sur deux ans. L'évolution du nombre de séjours est moins forte dans le public que dans les établissements ex-PSPH et privés mais rapportée au poids de chaque secteur, cette évolution modérée du secteur public explique à elle seule la moitié de l'augmentation totale entre 2009 et 2011. Cette croissance différenciée est probablement le fait d'un rattrapage du secteur public et ex-PSPH. En effet, dans les années 2000, ce sont surtout les établissements privés qui ont connu une forte croissance.
- [3] Par ailleurs, si la croissance du nombre de séjours explique un tiers de la croissance du volume économique qui est de 5,6 %, la déformation de la nature même des séjours en explique les deux tiers soit 3,7 points, principalement en raison de la progression des niveaux de sévérité (3,2 points). Le reste de l'effet de structure tient à une évolution du case mix (augmentation de l'activité de chirurgie au détriment de la médecine et évolution différenciée des groupes d'activité) pour 0,2 point et des modes de prise en charge (l'ambulatoire progresse plus que l'hospitalisation complète, notamment en chirurgie) pour 0,3 point. Notons également qu'il existe de fortes disparités régionales sans que le lien avec un éventuel rattrapage ne soit évident. La progression des niveaux de sévérité et les disparités régionales méritent d'être plus largement explorées.
- [4] La croissance de l'activité hospitalière entre 2009 et 2011 est tirée par les séances plus que par les séjours. Le nombre de séances (hors dialyse et radiothérapie pour le privé) a régulièrement augmenté entre 2009 et 2011 passant de 5,6 à 6 millions, soit une augmentation de 8,2 % sur deux ans et une augmentation annuelle moyenne de 4 %. Cette évolution est moins dynamique dans le public que dans les établissements privés et ex-PSPH mais rapportée au poids de chaque secteur, l'activité des établissements publics explique à elle seule 90 % de l'augmentation totale des séances<sup>3</sup> entre 2009 et 2011. Là aussi on assiste probablement à un rattrapage du secteur public et ex-PSPH au cours de la période étudiée. Les activités de dialyse, de radiothérapie et de chimiothérapie constituent l'essentiel des séances et ont des évolutions dynamiques différentes. La croissance de la dialyse tourne autour de 4 à 6 %, celle de la radiothérapie (hors privé) atteint 6,6% dans le public et plus de 30 % dans les établissements ex-PSPH mais sur un faible volume d'activité. La chimiothérapie anticancéreuse conserve partout, sauf dans le secteur privé, une progression très dynamique (13 % en deux ans). La chimiothérapie non tumorale connaît également un développement extrêmement rapide (34 % dans le public, 44 % dans les ex-PSPH et 51 % dans le privé), sur des volumes d'actes encore limités.

---

<sup>1</sup> La notion de volume économique tient compte du tarif en pondérant chaque séjour par un prix. Ce concept est différent de celui de volume financier, il ne s'agit pas d'une notion comptable.

<sup>2</sup> Et parfois 2012 quand les données étaient disponibles.

<sup>3</sup> Hors dialyse et radiothérapie pour le privé.

- [5] Les actes et consultations externes représentent environ 9 % des recettes liées à l'activité dans les établissements de santé publics et ESPIC et connaissent des évolutions importantes, de l'ordre de 4 à 5 % entre 2009 et 2012. Les données disponibles, uniquement financières, ne permettent toutefois pas d'analyse plus qualitative de ces évolutions.
- [6] Cette forte croissance de l'activité hospitalière s'explique par plusieurs facteurs intriqués, hospitaliers ou extra-hospitaliers, jouant dans des sens différents, mais principalement par des changements de pratiques médicales. Ces changements, qu'ils soient dus au progrès médical ou aux évolutions de prise en charge (chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile, amélioration de l'articulation ville-hôpital, organisation des soins de ville, structures d'aval,...), semblent le facteur le plus déterminant dans l'évolution de l'activité. Ils expliqueraient un quart de la progression des dépenses en huit ans.
- [7] La croissance et le vieillissement de la population sont également des déterminants importants et conduisent mécaniquement à une augmentation supérieure à 1 % par an des séjours hospitaliers. Cependant, l'effet démographique explique beaucoup moins les hausses d'activités chirurgicales que médicales. Dans certains domaines (cataracte, chirurgie des dents, urologie, chirurgie du rachis), la démographie joue même un rôle mineur dans l'augmentation de l'activité qui s'explique alors plutôt par des modifications de pratique médicale. De plus, les activités ayant la plus forte augmentation des séjours entre 2009 et 2011 sont celles qui ont un effet « autre » que démographique particulièrement élevé (neuro-stimulateurs, allergologie, arthroscopie, rythmologie interventionnelle, toxicologie – alcool,...).
- [8] L'effet de l'état de santé sur l'activité hospitalière est difficilement prévisible. Les travaux conduits ne sont pas conclusifs et les résultats, très sensibles aux hypothèses retenues. Ainsi, l'augmentation de l'activité en cancérologie, est à la fois liée à une augmentation de l'incidence des pathologies tumorales et au vieillissement de la population mais également au progrès médical et aux évolutions de prises en charge qui permettent une meilleure détection de ces maladies et qui en augmentent les possibilités de traitement.
- [9] La tarification à l'activité des établissements de santé a également favorisé le développement de l'activité hospitalière. Elle a permis d'accroître la productivité du secteur public, notamment lorsque la concurrence locale était forte. Cela explique en partie la croissance des parts de marché du public sur le privé. Elle a amené les établissements privés à se restructurer. De plus, entre 2009 et 2011, la croissance de la démographie médicale dans tous les secteurs a très probablement eu une incidence sur l'activité. Pour autant, l'impact de ce facteur n'a pu être étudié précisément, faute de données disponibles.
- [10] Enfin, la croissance de l'activité observée et notamment celle du niveau de sévérité des séjours reflète également une description plus fine et corrélativement une meilleure valorisation des séjours, notamment par un codage plus fréquent de certaines co-morbidités. Par ailleurs, les données actuelles montrent une certaine stabilité des indicateurs permettant la détection des pratiques de contournement du dispositif de financement des établissements de santé.
- [11] Au total, l'activité hospitalière est la résultante de nombreux déterminants ne pouvant pas toujours être mis correctement en évidence à partir des données disponibles à ce jour. La mission estime nécessaire la réalisation d'études et de retraitements statistiques en vue d'améliorer la connaissance de ce secteur. A cet effet, le suivi conjoncturel de l'activité, effectué par l'ATIH de façon régulière, doit être plus rigoureux en termes de transparence et de lisibilité des données.

[12] De plus, le système d'information construit par l'ATIH est uniquement statistique et descriptif. Or, le pilotage du secteur hospitalier nécessite, comme la CNAMTS l'a fait pour la médecine de la ville, la mise en place d'un système d'analyse décisionnel performant s'appuyant sur une interprétation médicalisée des données, permettant de qualifier la pertinence des phénomènes observés et de proposer des mesures de régulation. L'analyse des séances, des actes et consultations externes, et celle des déterminants de l'évolution de l'activité doit être complétée et développée en vue d'un meilleur suivi du secteur. L'ATIH concentrant ses efforts sur des tâches de production statistique et de construction de l'outil tarifaire, il serait souhaitable de favoriser les collaborations avec des organismes mieux armés pour mener ces travaux, notamment la CNAMTS, et d'inscrire ces objectifs dans leur contrat d'objectif et de gestion respectif. De plus, l'impact de déterminants extra-hospitaliers sur l'activité hospitalière, comme l'organisation des soins de ville, justifie d'autant plus une collaboration CNAMTS/ATIH.

## **2 LA PREVISION DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE NECESSITE UN AFFINEMENT DES METHODES DE PREVISION ET LA REALISATION D'ETUDES PROSPECTIVES**

[13] Les prévisions d'évolution des volumes à court terme sont réalisées par l'ATIH d'une année sur l'autre. Ces prévisions révèlent des résultats empiriques cohérents : les prévisions sont relativement proches des réalisations. En revanche, les fondements théoriques des méthodes de prévisions doivent être explicités et renforcés. Cela nécessiterait par exemple de les soumettre à une expertise critique par le système de statistique public.

[14] Si les effets démographiques (croissance et vieillissement de la population) et leurs impacts sur l'évolution des volumes hospitaliers sont aisément prévisibles, il n'en est pas de même pour l'évolution de l'état de santé et des pratiques médicales. En effet, les projections démographiques réalisées par l'INSEE permettent d'évaluer la patientèle future (personnes âgées). En revanche, il est beaucoup plus difficile de prévoir les modifications de l'état de santé et donc les besoins futurs de soins et la réponse qu'offrira le système de santé tant en termes de progrès techniques que d'évolution de l'organisation des soins (prise en charge ambulatoire, réorganisation de la médecine de ville, articulation ville-hôpital...). Aussi, pour pouvoir prévoir et caractériser les évolutions futures, il est indispensable de réaliser des études prospectives pour les pathologies chroniques d'incidence croissante, comme celles d'UNICANCER<sup>4</sup> ou de la DREES<sup>5</sup>, basées sur différents scénarios élaborés par des groupes d'experts médicaux appuyés par des statisticiens.

[15] Concernant l'impact de la tarification à l'activité, l'augmentation récente de l'activité hospitalière est la résultante d'un effet de rattrapage du secteur public sur le privé au prix d'une forte augmentation de la productivité pour le public et d'une restructuration de l'offre pour le privé. Il est donc possible que cet effet tende à s'essouffler. La mission recommande la réalisation d'études visant à analyser les déterminants de la répartition des parts de marché entre secteur public et secteur privé (par exemple, les dépassements d'honoraires) et entre ville et hôpital (par exemple insuffisance de l'offre ambulatoire impactant à la hausse les volumes d'actes et consultations externes et de passages aux urgences).

[16] Enfin, s'il y a peu de progrès à attendre en matière d'exhaustivité du codage de l'information médicale, des améliorations concernant la qualité du codage sont attendues car le secteur public se réorganise actuellement pour l'optimiser. Les impacts sont toutefois difficilement quantifiables. L'amélioration quantitative et qualitative des connaissances dans ce domaine nécessite le développement des activités de recherche au sein des départements d'information médicale des hôpitaux.

---

<sup>4</sup> « Evolution des prises en charge en cancérologie : impacts capacitaires », UNICANCER, juin 2013

<sup>5</sup> Mouquet MC, Oberlin P, « Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030 », Dossiers Solidarité et Santé, n° 4-2008

[17] Au total, au regard des données actuellement disponibles, il est difficile de se prononcer sur la tendance future de l'évolution des volumes hospitaliers.

### **3 LA REGULATION DE LA CROISSANCE DES VOLUMES HOSPITALIERS DEVRA PORTER PRIORITAIREMENT SUR LA DETECTION D'EVENTUELLES ACTIVITES NON PERTINENTES**

[18] La croissance de l'activité hospitalière pose problème du point de vue financier et nécessite une régulation. De plus, elle n'implique pas nécessairement une meilleure prise en charge sanitaire. Elle n'est donc bénéfique qu'à deux conditions, que la qualité de délivrance des soins soit maintenue ou améliorée et que les soins soient pertinents (en particulier qu'il n'existe pas de « demande induite »). Le suivi de l'activité doit donc porter sur ces aspects. Or, actuellement s'il existe des indicateurs permettant de suivre la qualité des soins, le repérage de soins non pertinents doit être développé.

[19] Un chantier sur ces questions impliquant tous les acteurs a débuté mi-2011 et a été intégré aux priorités de gestion des risques début 2013. Des outils d'évaluation et de mise en œuvre d'un programme d'amélioration de la pertinence des soins à destination des acteurs locaux ont ainsi été élaborés. L'évaluation de ce nouveau dispositif, majeur, est encore trop prématuée.

[20] Ces facteurs d'évolution injustifiée des volumes hospitaliers sont des leviers incontournables pour la maîtrise de ces derniers.

[21] Par ailleurs, les réflexions de la mission n'ont pas porté sur les mécanismes de régulation liées à la tarification à l'activité. Cela aurait nécessité un travail d'évaluation de ce mode de financement, ce qui ne rentrait pas dans le champ de la mission.

[22] Enfin, les changements de pratiques médicales impactent fortement l'évolution des volumes hospitaliers. Il existe là aussi des marges de manœuvre en termes de régulation (substitution de l'hospitalisation partielle et à domicile à l'hospitalisation complète par exemple).

# Sommaire

SYNTHESE.....	3
RAPPORT .....	9
<b>1 L'ACTIVITE HOSPITALIERE CONNAIT UNE CROISSANCE FORTE ENTRE 2009 ET 2011..</b>	<b>12</b>
1.1 L'évolution des séjours en valeur est le fruit de plusieurs facteurs.....	12
1.2 L'augmentation de l'activité hospitalière est davantage tirée par les séances que par les séjours .....	13
1.2.1 La croissance des séjours est modérée et liée à une augmentation de la patientèle....	14
1.2.2 Le nombre de séances augmente de façon très dynamique .....	16
1.3 L'effet structure est plus important que l'effet quantité et est principalement lié à la sévérité des séjours .....	18
1.3.1 L'effet racine se traduit par une déformation de la structure des séjours au profit de la chirurgie et au détriment de la médecine .....	18
1.3.2 L'effet sévérité explique la majeure partie de l'effet de structure et de la croissance du volume économique .....	22
1.3.3 L'ambulatoire progresse plus que l'hospitalisation complète, particulièrement en chirurgie.....	23
1.4 Les actes et consultations externes sont également très dynamiques dans les établissements de santé publics et ESPIC .....	25
1.4.1 Les actes NGAP connaissent une croissance soutenue et heurtée pour les ESPIC...	26
1.4.2 Les recettes d'actes CCAM connaissent une croissance dynamique et irrégulière....	26
1.4.3 Les dépenses de forfaits techniques (FTN) sont très heurtées .....	27
1.4.4 Les forfaits ATU ont connu un pic d'activité en 2011.....	27
1.5 Des comparaisons internationales s'avèreraient peu rigoureuses .....	28
<b>2 LES DETERMINANTS DE LA CROISSANCE DES VOLUMES HOSPITALIERS SONT NOMBREUX ET INTRIQUES ET LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION N'EXPLIQUE QU'UNE PARTIE DE L'EVOLUTION DE L'ACTIVITE.....</b>	<b>30</b>
2.1 La population française s'accroît et vieillit .....	30
2.1.1 L'évolution plus dynamique des séjours chez les plus de 80 ans est due à l'arrivée de nouveaux patients et à des séjours plus lourds.....	30
2.1.2 La croissance de la population et le vieillissement augmentent de 1,1 % et 1,3 % le nombre de séjours mais avec de fortes différences entre secteurs.....	33
2.1.3 Les secteurs d'activité ayant la plus forte croissance ne sont pas portés par l'effet démographique .....	35
2.2 L'effet de l'état de santé sur l'activité hospitalière est difficilement prévisible .....	35
2.2.1 L'impact de la morbidité sur l'évolution des volumes hospitaliers dépend du scénario retenu pour anticiper l'état de santé .....	35
2.2.2 L'impact de la morbidité dépend également de l'approche retenue pour mesurer l'état de santé .....	36
2.2.3 Une fois l'approche et le scénario retenus pour anticiper l'état de santé, de fortes imprécisions persistent .....	38
2.2.4 L'isolement social majore l'impact de l'état de santé en allongeant la durée des séjours de 16 à 33% .....	39
2.3 Les changements de pratiques médicales sont un déterminant majeur de l'augmentation de l'activité et aussi un levier pour la maîtrise de cette évolution.....	40

2.3.1 Le progrès technique explique une part importante de l'évolution de l'activité.....	40
2.3.2 Des marges de manœuvre résident dans l'organisation de l'offre de soins.....	41
2.3.3 Le progrès technique et les évolutions de prise en charge expliqueraient un quart de la progression des dépenses de santé .....	43
2.4 Le contexte institutionnel favorise une augmentation de l'activité.....	45
2.4.1 La tarification à l'activité encourage l'activité.....	45
2.4.2 La démographie médicale au sein des établissements est également dynamique même si le lien entre nombre de médecins et activité est difficile à mettre en évidence.....	46
2.5 L'amélioration de la valorisation des séjours a également contribué à une augmentation des volumes hospitaliers .....	48
2.5.1 Peu de progrès supplémentaires sont à attendre en matière d'exhaustivité du codage qui est proche de 100 % .....	48
2.5.2 La qualité du codage pourrait encore présenter des marges d'amélioration et jouer à la hausse sur les volumes d'activité.....	49
2.5.3 La détection du contournement des règles de facturation doit être renforcée .....	51
<b>3 LE SUIVI, L'ANALYSE ET LA PREVISION DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE DOIVENT ETRE RENFORCES.....</b>	<b>53</b>
3.1 Le suivi de l'activité effectué par l'ATIH doit être plus rigoureux en termes de transparence des données.....	53
3.1.1 Ce suivi mensuel est conduit de façon régulière par l'ATIH .....	53
3.1.2 La lisibilité des données pourrait être améliorée .....	54
3.1.3 L'analyse des séances pourrait être complétée.....	54
3.1.4 L'analyse des actes et consultations externes est très frustre .....	54
3.2 Le suivi de l'activité doit s'assurer que croissance des volumes va de pair avec qualité et pertinence des soins .....	55
3.2.1 Des indicateurs de suivi de la qualité des soins existent .....	55
3.2.2 Le suivi de la pertinence des soins doit encore être consolidé.....	56
3.3 L'analyse des déterminants de l'activité hospitalière reste trop fruste .....	58
3.4 Les prévisions reposent sur des méthodes imprécises.....	59
3.4.1 La méthode historique repose sur des hypothèses mal définies .....	60
3.4.2 La méthode des séries temporelles devrait être explicitée .....	63
3.4.3 Malgré des méthodes imprécises, les prévisions semblent cohérentes.....	63
<b>RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....</b>	<b>65</b>
<b>LETTRE DE MISSION .....</b>	<b>69</b>
<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXE 1 : GLOSSAIRE PMSI .....</b>	<b>75</b>
<b>ANNEXE 2 : VALORISATION DES SEJOURS ET EVOLUTION DES VOLUMES HOSPITALIERS.....</b>	<b>77</b>
<b>SIGLES UTILISES .....</b>	<b>87</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>89</b>

# RAPPORT

- [23] Par lettre en date du 25 février 2013, l'IGAS a été saisie par la ministre des affaires sociales et de la santé d'une étude de l'évolution des volumes hospitaliers. Le chef de l'IGAS a désigné Stéphanie Dupays et Lise Alter puis Jean-Philippe Natali pour effectuer cette mission. La mission a bénéficié de l'appui de Marine Jeantet.
- [24] L'objectif de la mission consiste à étudier l'évolution des volumes hospitaliers sur les dernières années et à en identifier les déterminants. Il s'agit des volumes « physiques » (en nombre) et des volumes économiques. La mission porte sur le champ Médecine – Chirurgie – Obstétrique (MCO) et sur les activités financées à l'activité (pas seulement les séjours), c'est-à-dire :
- Les séjours (groupes homogènes de séjours – GHS) ;
  - Les séances (dialyse, transfusion, radiothérapie, chimiothérapie, caisson hyperbare, aphérèse sanguine) ;
  - Les urgences (financées en fonction de seuils) ;
  - Les soins externes (facturés sur la base de la Classification commune des actes médicaux ou CCAM).
- [25] Le secteur hospitalier connaît en effet une progression forte de son activité depuis 2009, ce qui a des conséquences en termes de régulation budgétaire.
- [26] Bien que l'ONDAM des établissements de santé ait été respecté depuis 2006, les travaux de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ont fait ressortir dès 2010 le rôle d'une augmentation plus importante que prévu des volumes de séjours, d'actes et de consultations externes. Elle était estimée à 3,1 % contre 1,7 % retenu dans la campagne tarifaire 2010-2011. Le supplément de dépenses d'environ 450 M€ qui en a résulté a été intégralement compensé par des annulations de crédits d'un montant total de 525 M€. L'ONDAM des établissements de santé a donc été respecté grâce à des gels de dotations en cours d'exercice budgétaire et non par une maîtrise des volumes.
- [27] La croissance de l'activité se maintenait sur un rythme voisin de 3 % fin 2010, la campagne tarifaire 2011 a pris en compte une provision de volume plus élevée que les années précédentes (2,4 % contre 1,7 % précédemment). Il a par ailleurs été procédé à une mise en réserve de 400 M€ de crédits afin de faire face à une augmentation de l'activité supérieure de 1 % à l'hypothèse retenue.
- [28] En 2011, le dépassement constaté s'élevait à 114 M€ et ce malgré l'hypothèse de croissance retenue plus élevée (la croissance en volume était estimée à 2,9 %). Il portait principalement sur les établissements publics de santé (245 M€), les dépenses des cliniques étant inférieures de 120 M€ au niveau prévu. Il a été plus que compensé par la mise en réserve de certaines dotations pour un montant de 354 M€.
- [29] La campagne tarifaire 2012 a été construite sur la même hypothèse de croissance en volume de 2,4 %. Cependant, comme les années précédentes, les dépenses des établissements publics de santé financées par la tarification à l'activité ont été nettement supérieures aux prévisions (+ 560 M€), reflétant la forte augmentation du volume « économique » de leur activité (nombre de séjours, d'actes et de consultations), sensiblement supérieure à l'hypothèse retenue dans la campagne tarifaire 2012-2013 (environ 3,1 % au lieu de 2,4 %). Les dépenses des cliniques privées ont quant à elles été inférieures de 80 M€ aux prévisions.

- [30] Le surcroît global de dépenses a été compensé par l'annulation de la totalité des crédits mis en réserve en début d'année et par des dépenses moindres que prévu sur d'autres postes. Au total, les réalisations relatives aux établissements de santé ont été inférieures de 50 M€ à l'objectif.
- [31] Ainsi, depuis 2009, la prévision de l'évolution des volumes hospitaliers s'avère un exercice difficile. Si les mises en réserve de dotations ont profondément modifié les conditions de réalisation de l'objectif depuis 2010 et contribuent à « sécuriser » la prévision, cette augmentation d'activité non maîtrisée pèse au niveau national sur les tarifs via la régulation prix-volumes. Peu de travaux portent sur l'analyse des variations de l'activité hospitalière et ses déterminants. Même si la prévision d'activité n'est qu'un élément dans le processus de fixation de l'ONDAM hospitalier qui relève également d'un comportement stratégique du régulateur, il importe d'en améliorer la connaissance.
- [32] Ce point est d'autant plus crucial qu'un nouveau mécanisme d'ajustement prix volume a été mis en place dans le cadre de la campagne tarifaire 2013. Un coefficient prudentiel de 0,35 % a été appliqué sur les tarifs. Ce gel des tarifs sera levé ou pas en fonction de l'évolution des volumes en fin d'année. La campagne tarifaire 2013 s'est par ailleurs faite sur une provision de volume de 2,8 % pour les établissements publics et 2 % pour les établissements privés. Enfin, même s'il a d'ores et déjà été procédé à une mise en réserve de crédits de 415 M€ sur l'ONDAM hospitalier (dont 115 M€ issu de l'application du coefficient prudentiel), le comité d'alerte, dans son avis du 31 mai 2013, estimait que les indications disponibles sur le 1er trimestre – devant être interprétées avec prudence – semblaient traduire une évolution modérée du volume d'activité. Cet avis se base sur l'examen des prévisions d'activité fournies par l'ATIH.
- [33] La mission a choisi de centrer ses analyses sur la période 2009-2011. En effet, pour analyser les évolutions des volumes d'activité à classification constante, il convient de regrouper les données d'activités dans la même version de classification. La mission a jugé que les modifications de classification intervenues entre 2009 et 2012 étaient trop importantes pour pouvoir retraitier dans le temps impari des données « à classification constante » et comparer de manière non biaisée ces données. Il pourra cependant être fait référence à des données 2012 lorsqu'un élément d'analyse n'est disponible que pour cette année ou lorsque les évolutions 2009-2012 sont jugées plus fiables (pour les actes et consultations externes).
- [34] Seuls les séjours et les séances des établissements publics, des ESPIC et des établissements privés ont fait l'objet d'une analyse détaillée. Des éléments d'analyse sont donnés sur les urgences, les soins externes et les actes frontières. Sont exclues du champ les activités financées par missions d'intérêt général (MIG) et les aides à la contractualisation (AC) et la liste en sus.
- [35] Outre l'analyse des travaux existants et des données de l'ATIH, de la CNAMTS et de la DREES, la mission a procédé à l'audition d'un grand nombre d'acteurs au niveau national et local : directions d'administration, fédérations hospitalières, ARS, directeurs d'hôpitaux et médecins DIM, chercheurs (cf. liste en annexe).
- [36] La mission a par ailleurs réalisé des investigations sur le terrain afin d'analyser le positionnement et la stratégie de valorisation d'activité des hôpitaux (optimisation du codage, développement de nouvelles activités, modifications des prises en charges).
- [37] La première partie du présent rapport vise à caractériser l'évolution des volumes entre 2009 et 2011 et à isoler l'effet de la déformation de la structure des séjours de l'effet quantitatif seul. Elle présente les segments d'activité en augmentation et les types d'établissements qui connaissent les évolutions les plus dynamiques.
- [38] La deuxième partie analyse les déterminants de l'évolution de l'activité et tente de faire la part de l'accroissement et du vieillissement de la population.

[39] Dans une troisième partie, la qualité du suivi et des prévisions conduites est analysée.

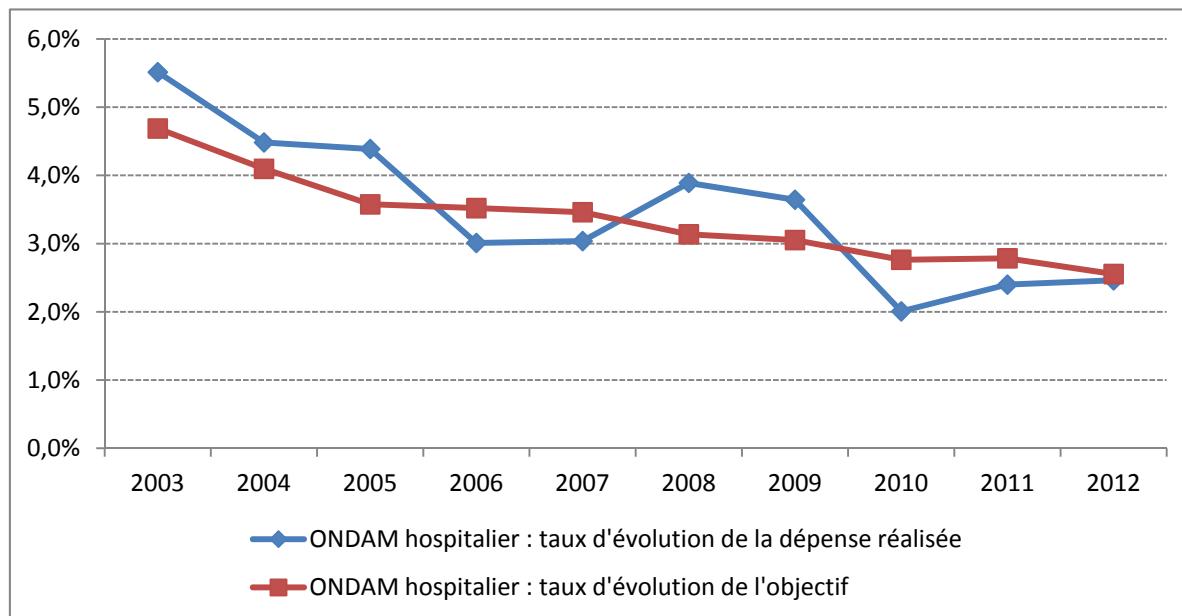
### L'ONDAM des établissements de santé

L'ONDAM des établissements de santé pour 2013 a été fixé à 76,5 Mds € en progression de 2,6 % par rapport à l'objectif fixé en 2012. Il représente 45 % de l'ONDAM global et se décompose en deux sous objectifs :

- les dépenses des établissements de santé financés par T2A (56,7 Mds €) ;
- les autres dépenses des établissements de santé (19,8 Mds €).

Depuis 2006, l'ONDAM des établissements de santé est respecté. Les mesures d'économies prises ces dernières années (2007-2013) ont consisté en des baisses tarifaires (régulation prix/volumes, convergence tarifaire public-privé de la T2A, baisses de prix des médicaments inscrits sur la liste en sus) ou des gains d'efficience ponctuels et ciblés, notamment sur les achats.

**Graphique 1 : Evolution de l'objectif et de la dépense réalisée de l'ONDAM hospitalier depuis 2003**



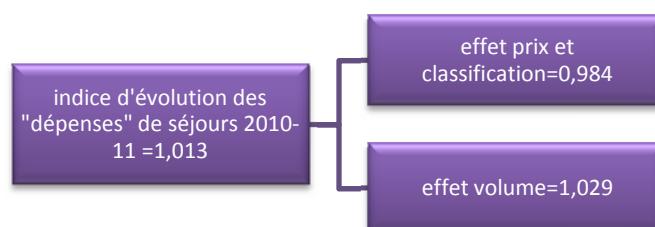
Source : données DSS, retraitement mission

## 1 L'ACTIVITE HOSPITALIERE CONNAIT UNE CROISSANCE FORTE ENTRE 2009 ET 2011

### 1.1 L'évolution des séjours en valeur est le fruit de plusieurs facteurs

- [40] L'évolution des séjours en valeur se décompose en deux effets :
- Un effet prix (changement des tarifs) et classification ;
  - Un effet volume net des changements de tarifs et de classification.
- [41] La CNAMTS a évalué l'impact de ces différents effets sur l'évolution des dépenses de séjours entre 2010 et 2011<sup>6</sup>. Il ressort que l'augmentation de 1,3% de la valeur des séjours publics et privés MCO entre 2010 et 2011 est la résultante de la combinaison d'un effet volume à prix et classification constants estimé à 2,9% et d'un effet prix (passage du tarif au 1<sup>er</sup> mars 2010 au tarif 1<sup>er</sup> mars 2011) et classification (passage de la V11b à la V11c) estimé à -1,6%.

Schéma 1 : Décomposition de l'évolution des séjours en valeur entre 2010 et 2011



Source : CNAMTS, champ : séjours MCO uniquement

- [42] Les effets de variation de prix et de classification ne sont pas abordés dans la suite de ce travail uniquement centré sur les effets de variations du volume des séjours à classification et tarifs constants.
- [43] Une fois neutralisés les changements de prix et de classification, l'évolution du volume d'activité à l'hôpital est la résultante de deux effets :
- un effet quantitatif pur : le nombre de séjours/séances/actes augmente ;
  - un effet qualitatif (ou effet structure) lié à une modification de la répartition des séjours/séances. Cette déformation peut se produire pour trois raisons :
    - ✓ un effet racine<sup>7</sup> : la structure des séjours définie par les diagnostics et les actes classants réalisés évolue,
    - ✓ un effet sévérité : le niveau de sévérité des séjours augmente<sup>8</sup>,

<sup>6</sup> L'analyse n'a été faite que sur deux ans 2010-2011 car dans le temps de la mission il était trop compliqué de calculer l'effet prix et l'effet volume pour 2009-2011.

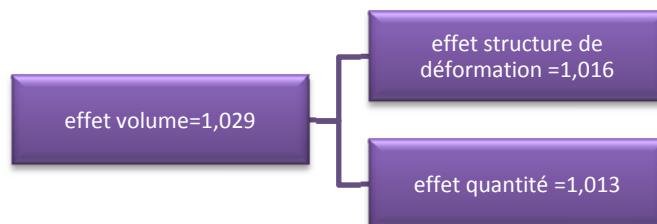
<sup>7</sup> Les racines de GHM regroupent un même type de prise en charge, défini par les diagnostics et les actes classants réalisés au cours du séjour hospitalier. Elles comportent cinq caractères correspondant à la catégorie majeure de diagnostic, au type d'activité et à un numéro de référence. Elles sont complétées par un sixième caractère définissant le niveau de sévérité du GHM, de 1 le plus faible à 4 le plus élevé, ou, le cas échéant, sa nature ambulatoire (codé J), ou sa nature de séjour de courte durée (codé T), ou l'absence de niveau de sévérité (Z).

<sup>8</sup> Une affection associée au diagnostic principal est considérée comme une complication ou morbidité associée (CMA) si sa présence engendre une augmentation significative de la durée de séjour. Selon l'importance de leur effet sur la durée de séjour, les CMA classent les GHM selon quatre niveaux de sévérité numérotés 1, 2, 3 et 4 ; le niveau 1 correspondant au niveau « sans CMA » (i.e. sans sévérité significative).

- ✓ un effet prise en charge : un passage de l'hospitalisation complète vers l'hospitalisation de jour.

[44] La CNAMTS a évalué la part de l'effet quantité et de l'effet structure dans l'augmentation du volume d'activité entre 2010 et 2011. Sur les 2,9% d'augmentation de volume à classification et tarifs constants, 1,6 % est dû à une déformation de la structure de l'activité et 1,3% à une augmentation du nombre de séjours.

Schéma 2 : La décomposition de l'effet volume (2010-2011)



Source : CNAMTS, champ : séjours MCO uniquement

[45] A cette évolution d'activité réelle en nombre de séjours, se superpose un effet codage correspondant à une modification de l'exhaustivité et/ou de la qualité du codage dont l'impact sera estimé en partie 2.5.

[46] Par ailleurs, à côté de l'évolution en nombre (de séjours, de séances), le rapport aborde une autre notion, celle de volume économique. Ce concept permet de tenir compte du tarif en pondérant chaque séjour par un prix. Dans les analyses utilisées dans le rapport, l'ATIH pondère le nombre de séjours par le tarif du GHM en 2011 (en vigueur dans le secteur public pour les établissements publics et en vigueur dans le secteur privé pour les établissements privés) et la CNAMTS par le tarif du GHM public en 2011. Il ne s'agit pas d'une « valorisation » telle qu'elle est opérée par l'ATIH pour financer les hôpitaux, puisque pour rendre comparables les évolutions au cours de la période étudiés, les données sont retraitées<sup>9</sup>.

## 1.2 L'augmentation de l'activité hospitalière est davantage tirée par les séances que par les séjours

[47] L'essentiel de l'augmentation de l'activité (en nombre) vient des séances et non des séjours. Ce résultat est particulièrement net dans les établissements publics et ex-PSPH (participant au service public hospitalier). Dans le privé, il est impossible de se prononcer car les statistiques sur les séances sont incomplètes : la chimiothérapie est incluse mais il manque la radiothérapie et la dialyse.

Tableau 1 : Evolution du nombre de séjours et séances entre 2009 et 2011

	public		ex-PSPH		privé		ensemble	
	évolution 2009-2011	Nombre 2011	Evolution 2009-2011	Nombre 2011	Evolution 2009-2011	Nombre 2011	évolution 2009-2011	Nombre 2011
séjours	1,6	9 810 899	6,6	921 288	1,6	6 293 458	1,8%	17 025 645
séances	9,0	4916451	17,3	373922	-1,2	748649	8,2%	6039023

Source : Données ATIH, retraitement mission

<sup>9</sup> Plus précisément, dans le concept de « volume économique » de la CNAMTS, les montants en sus (médicaments, DMI, ...) ainsi que les extrêmes sont exclus et les séjours du privé sont pondérés par les tarifs du public. Dans celui de l'ATIH, les changements de périmètre, les effets prix et l'effet convergence intra-sectorielle (coefficients de transition) sont neutralisés.

### 1.2.1 La croissance des séjours est modérée et liée à une augmentation de la patientèle

[48] Le nombre de séjours a régulièrement augmenté entre 2009 et 2011 passant de 16,7 à 17 millions de séjours soit une augmentation totale de 1,8 % et une augmentation annuelle moyenne de 1,6 %.

#### 1.2.1.1 Le nombre de séjours augmente plus dans les établissements ex-PSPH que dans le privé et le public

[49] L'évolution du nombre de séjours est moins forte dans le public que dans les établissements ex-PSPH et privés. Mais rapportée au poids de chaque secteur, cette évolution modérée du public explique à elle seule la moitié de l'augmentation totale entre 2009 et 2011.

Tableau 2 : Evolution du nombre de séjours et contribution à la croissance entre 2009 et 2011 par secteur

	Nombre de séjours			Evolution en %		Part dans la croissance en %
	2009	2010	2011	2009-2010	2010-2011	
<b>Public</b>	9 656 949	9 692 655	9 810 899	0,4	1,2	50
<b>ex PSPH</b>	864 184	898 877	921 288	3,9	2,4	19
<b>Privé</b>	6 195 940	6 206 435	6 293 458	0,2	1,4	32

Source : Données ATIH, retraitement mission – Champ : séjours seuls, tous établissements.

[50] Il faut noter que la croissance marquée du secteur public et ex-PSPH par rapport au secteur privé est en partie due à un effet de rattrapage. En effet les établissements privés ont connu des croissances importantes<sup>10</sup> dans les années 2000.

#### 1.2.1.2 Des différences régionales importantes qui ne sont pas liées à un éventuel rattrapage

[51] Dix régions présentent des évolutions en nombre de séjours supérieures à la moyenne. Il s'agit par ordre décroissant, de l'Aquitaine, de Rhône-Alpes, de la Franche-Comté, du Nord-Pas-de-Calais, des Pays de la Loire, de la Haute-Normandie, de la Provence-Alpes-Côte d'Azur, de la Picardie, de la Basse-Normandie et de l'Ile-de-France.

[52] En rapprochant les évolutions de volumes des taux de recours standardisés (sur l'âge et la structure de la population), on constate que les augmentations les plus fortes ne correspondent pas nécessairement aux régions au taux de recours faible qui rattraperait ainsi leur retard. Ainsi, l'Aquitaine et la région PACA ont à la fois des taux de recours à l'hôpital standardisés très supérieurs à la moyenne et connaissent une forte croissance des volumes d'activité entre 2009 et 2011, ce qui exclut l'hypothèse d'un rattrapage.

#### Recommandation n°1 : Réaliser une étude sur les raisons des disparités régionales des taux de recours.

<sup>10</sup> « Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A », Zyenep Or, Julia Bonastre, Florence Journeau, Clément Nestriugue, Document de travail n°56, Avril 2013

Tableau 3 : Disparités régionales de taux de recours à l'hôpital (MCO) et d'évolution d'activité (séjours MCO)

	<b>Evolution du nombre de séjours 2009-2011</b>	<b>Taux de recours brut (en /1000) 2011</b>	<b>Taux de recours standardisé (en /1000) 2011</b>
<b>Alsace</b>	1,1	269,74	<b>278,14</b>
<b>Aquitaine</b>	<b>3,6</b>	286,56	<b>274,8</b>
<b>Auvergne</b>	0,7	262,56	248,96
<b>Bourgogne</b>	0,1	278,12	263,48
<b>Bretagne</b>	1,1	258,56	252,32
<b>Centre</b>	-0,1	256,54	248,44
<b>Champagne-Ardenne</b>	0,2	276,48	<b>275,3</b>
<b>Corse</b>	-0,6	303,24	<b>289,2</b>
<b>Franche-Comté</b>	<b>2,6</b>	252,75	251,1
<b>Ile-de-France</b>	<b>1,8</b>	248,34	263,77
<b>Languedoc-Roussillon</b>	1,5	282,24	<b>271,19</b>
<b>Limousin</b>	0,0	270,45	247,49
<b>Lorraine</b>	0,6	281,95	<b>283,33</b>
<b>Midi-Pyrénées</b>	1,3	276,39	266,53
<b>Nord-Pas-de-Calais</b>	<b>2,6</b>	295	<b>306,77</b>
<b>Normandie-Basse</b>	<b>1,8</b>	265,84	257,19
<b>Normandie-Haute</b>	<b>2,4</b>	265,21	268,52
<b>PACA</b>	<b>2,2</b>	299,32	<b>288,57</b>
<b>Pays de la Loire</b>	<b>2,5</b>	260,69	259,12
<b>Picardie</b>	<b>2,0</b>	277,09	<b>284,38</b>
<b>Poitou-Charentes</b>	-0,4	282,6	265,94
<b>Rhône-Alpes</b>	<b>3,1</b>	257,88	260,97
<b>Moyenne nationale</b>	1,6	268,17	268,17

Source : Données SNATIH, retraitement mission

### 1.2.1.3 La fréquence d'hospitalisation reste globalement stable même si un fractionnement des séjours peut exister localement

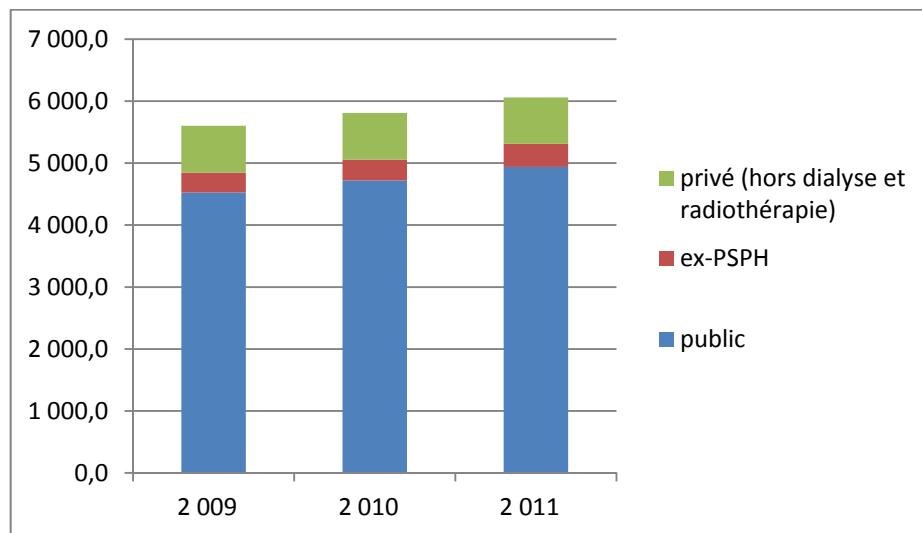
[53] L'augmentation du nombre de séjours peut résulter d'une augmentation de la file active et/ou d'une augmentation de la fréquence d'hospitalisation, à patientèle identique. Au niveau macro, c'est plutôt la première hypothèse qui prévaut. En effet, le nombre de séjours par patient entre 2009 et 2011 est stable<sup>11</sup> (1,49 séjour par patient et par an). En revanche, à un niveau plus fin, on note que certaines activités présentent une fréquence d'hospitalisation élevée : chimiothérapie et radiothérapie hors séances (2,49 séjours), toxicologie et alcool (1,59 séjours), VIH (1,58 séjours). La plupart de ces activités, à l'exception de la cataracte, sont majoritairement réalisées dans le secteur public. Dans certains cas, cela paraît normal ; dans d'autres, on peut s'interroger sur un fractionnement des séjours (croissance de 1,46 à 1,59 séjours en toxicologie alcool).

### 1.2.2 Le nombre de séances augmente de façon très dynamique

#### 1.2.2.1 Les séances augmentent de plus de 8% en 3 ans

[54] Le nombre de séances (hors dialyse et radiothérapie pour le privé) a régulièrement augmenté entre 2009 et 2011 passant de 5,6 millions à 6 millions, soit une augmentation de 8,2 % et une augmentation annuelle moyenne de 4 %. Cette hausse importante fait suite à de fortes augmentations déjà mises en évidence dans des travaux de recherche (+ 15 % entre 2002 et 2005 puis + 15 % entre 2005 et 2009 selon l'IRDES<sup>12</sup>).

**Graphique 2 : Evolution du nombre de séances entre 2009 et 2011**



Source : Données ATIH, retraitement mission

<sup>11</sup> Analyses CNAMTS

<sup>12</sup> Document de travail n°56 IRDES avril 2013

### 1.2.2.2 La croissance des séances dans le secteur public explique 90 % de la croissance totale des séances

[55] L'évolution du nombre de séances est moins dynamique dans le public que dans les établissements ex-PSPH. Mais rapportée au poids de chaque secteur, cette évolution dans les établissements publics explique à elle seule 90% de l'augmentation totale entre 2009 et 2011.

Tableau 4 : Evolution du nombre de séances entre 2009 et 2011 et contribution à la croissance

	2009	2010	2011	Evolution 2009 2011	Contribution à la croissance
<b>Public y.c. CLCC</b>	<b>4526,3</b>	<b>4719,3</b>	<b>4938,0</b>	9,0%	89,9%
<b>Ex-PSPH</b>	<b>318,7</b>	<b>334,7</b>	<b>373,9</b>	17,3%	12,0%
<b>Privé (hors dialyse et radiothérapie)</b>	<b>757,5</b>	<b>755,3</b>	<b>748,6</b>	-0,2%	-1,9%
<b>Total</b>	5602,5	5809,4	6060,5	8,2%	100,0%

Source : Données ATIH, retraitement mission

### 1.2.2.3 Les trois activités qui constituent l'essentiel des séances – dialyse, radiothérapie et chimiothérapie – ont des évolutions dynamiques différentes

[56] La croissance de la dialyse tourne autour de 4 à 6%, celle de la radiothérapie (hors privé) atteint 6,6% dans le public et plus de 30 % dans les établissements ex-PSPH mais sur un faible volume d'activité.

[57] La chimiothérapie conserve partout, sauf dans le secteur privé, une progression très dynamique (13 % en deux ans). En lien avec le progrès technique, la chimiothérapie non tumorale connaît un développement extrêmement rapide (34 % dans le public, 44 % dans les ex PSPH et 51 % dans le privé), sur des volumes d'actes encore limités.

Tableau 5 : Evolution des types de séances selon le secteur

	ex-DG (hors ex-PSPH, y.c. CLCC)		ex PSPH		Privé	
	Nombre 2011 (en milliers)	Evolution 2009-2011	Nombre 2011(en milliers)	Evolution 2009-2011	Nombre 2011(en milliers)	Evolution 2009-2011
dialyse	1 387,50	4,0%	118,2	5,9%		
transfusion	147,1	10,8%	5,5	28,6%	16,2	9,0%
radiothérapie	1 734,20	6,6%	126,3	30,5%		
Chimiothérapie anticancéreuse	1 264,00	12,8%	104,4	12,8%	691,1	-2,7%
chimiothérapie non tumorale	333,4	34,3%	19,5	43,8%	31,7	50,9%
caisson hyperbare	30,7	0,2%	0		9,7	-16,6%
aphérèse sanguine	19,5	29,2%	0,1			
<b>Total</b>	<b>4 916,50</b>	9,0%	<b>373,9</b>	17,3%	<b>748,6</b>	-1,2%

Source : Données ATIH, retraitement mission

[58] La prise en charge en cancérologie a beaucoup évolué ces dernières années entraînant une augmentation importante de la file active des patients atteints de cancer. Le nombre de séances de chimiothérapie a ainsi augmenté de 7,1% entre 2009 et 2011. Le nombre de séances de radiothérapie a, quant à lui, augmenté de 17% durant cette même période. La file active en chimiothérapie a augmenté de 4,6% entre 2009 et 2011 et celle de radiothérapie de 16,9%. Ces augmentations sont la conséquence d'importantes évolutions dans ce domaine en termes de politiques de dépistage et de progrès diagnostiques et thérapeutiques.

### 1.3 L'effet structure est plus important que l'effet quantité et est principalement lié à la sévérité des séjours

[59] La CNAMTS a estimé la part de l'effet nombre et de l'effet structure dans l'évolution du volume économique. La modification de la structure des séjours explique les deux tiers de l'évolution de 5,6% (soit 3,7 point) du volume économique entre 2009 et 2011. La croissance du nombre de séjours explique donc le tiers de l'évolution du volume économique.

[60] Cet effet de structure tient essentiellement à une augmentation des niveaux de sévérité (3,2 points), et dans une moindre mesure à une modification du case-mix (0,2 point) ou du mode de prise en charge (0,3 point), compris comme la déformation de la répartition entre hospitalisation complète et partielle<sup>13</sup>.

#### 1.3.1 L'effet racine se traduit par une déformation de la structure des séjours au profit de la chirurgie et au détriment de la médecine

##### 1.3.1.1 Le nombre de séjours augmente en chirurgie et diminue en médecine

[61] Les évolutions par type de soins diffèrent fortement d'un secteur à l'autre. Entre 2009 et 2011, les séjours en médecine et en obstétrique continuent de décroître dans le secteur privé, diminution contrebalancée par un engagement plus fort des établissements publics et ESPIC. Le nombre de séjours en chirurgie augmente quel que soit le secteur, surtout dans les établissements publics et ex-PSPH qui gagnent des parts de marché dans cette activité traditionnellement investie par le secteur privé (58 % des séjours de chirurgie ont lieu dans le privé). Cette répartition est à mettre en relation avec un engagement plus fort du secteur privé vers la psychiatrie et les soins de suite.

Tableau 6 : Nombre de séjours par type de soins

	public		ex-psph		privé	
	2011	Evol. 2009-2011	2011	Evol. 2009-2011	2011	Evol. 2009-2011
M	5725040	-0,5%	373559	4,0%	913683	-3,0%
C	1943477	4,7%	274743	8,6%	3063772	3,3%
O	1324201	-0,5%	128242	3,7%	521310	-3,7%
PI	818181	14,1%	144744	12,6%	1794693	2,7%
<b>Tot.</b>	<b>9810899</b>	<b>1,6%</b>	<b>921288</b>	<b>6,6%</b>	<b>6293458</b>	<b>1,6%</b>

Source : Données ATIH, retraitement mission – Champ : séjours, tous établissements ; Lecture, M désigne la médecine, C la chirurgie, O l'obstétrique et PI les techniques peu invasives. Ce regroupement a pour but de s'affranchir des évolutions de regroupement des séjours selon les différentes versions de classification de GHM.

<sup>13</sup> CNAMTS, rapport charges et produits pour 2014

### 1.3.1.2 L'évolution du nombre de séjours est très différenciée selon les groupes d'activité

- [62] En chirurgie, certains groupes d'activité<sup>14</sup> (GA) présentent des évolutions très importantes qui peuvent aller jusqu'à 42% entre 2009 et 2011 pour le GA « autres chirurgies digestives » tous établissements confondus et 88% dans les établissements privés. Pour autant, ces évolutions ne sont parfois pas significatives quand elles portent sur un volume faible de séjours. L'analyse est donc concentrée sur les GA présentant à la fois une évolution supérieure à la moyenne en nombre de séjours et une forte contribution à la croissance du nombre total de séjours.
- [63] Ces évolutions relèvent de causes diverses, qui ne peuvent pas toujours être mises en évidence à partir des données disponibles sur les séjours hospitaliers. Il peut s'agir d'un effet mécanique induit par l'évolution de la structure démographique de la population française, et notamment des pathologies liées au vieillissement (cataractes, chirurgies transurétrales, chirurgies majeures orthopédiques, dont hanches, fémurs et genoux).
- [64] Il peut également s'agir de variations dans l'incidence des maladies, ou, encore, de la diffusion de techniques nouvelles entraînant, comme dans le cas de l'opération de la cataracte, un accès plus large aux soins dû à une simplification de l'intervention chirurgicale et de la technique anesthésique.
- [65] Ainsi, l'augmentation de l'activité en cancérologie, est à la fois liée à une augmentation de l'incidence des pathologies tumorales, à une meilleure détection avec l'usage croissant de l'endoscopie, au vieillissement de la population et au progrès médical qui augmente les possibilités de traitement.

Tableau 7 : Les activités chirurgicales qui contribuent le plus à la croissance de l'activité

		<b>Ensemble des établissements</b>		
		<b>Nombre de séjours 2011 (en milliers)</b>	<b>Evolution 2009-2011</b>	<b>Contribution croissance 2009/2011</b>
G098	Cataractes	694,04	+9,0%	27,7%
G129	Chirurgies transurétrales, autres	161,25	+14,1%	9,6%
G024	Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou)	309,66	+5,7%	8,0%
G008	Autres chirurgies digestives	41,77	+58,3%	7,4%
G025	Arthrosopies, Biopsies ostéo-articulaires	239,31	+5,8%	6,3%
G033	Chirurgie de la cheville ou du pied	116,05	+8,9%	4,6%
G107	Autres chirurgies gynécologiques autres que le sein	150,95	+5,9%	4,1%
G030	Chirurgies main, poignet	348,49	+2,4%	3,9%
G166	Greffes peau / parages hors brûlures	119,33	+6,6%	3,6%
G004	Hernies	214,67	+3,6%	3,6%
Total top 10		2 395,52	+7,3%	78,8%
<b>Total des GHM chirurgicaux</b>		<b>5 511,94</b>	<b>+3,9%</b>	<b>100,0%</b>

Source : ATIH

<sup>14</sup> Les groupes d'activités sont des regroupements de GHM obtenus par expertise permettant une description de l'activité au sein des services ou des pôles. On dénombre 198 groupes d'activités.

[66] A l'inverse certains groupes d'activité en chirurgie connaissent une baisse du nombre de séjours entre 2009 et 2012 :

**Tableau 8 : Les groupes d'activité chirurgicaux en recul entre 2009 et 2011**

		<b>Ensemble des établissements</b>	<b>Nombre de séjours 2011 (en milliers)</b>	<b>Evolution 2009-2011</b>
G121	Affections du post-partum		4,04	-19,1%
G001	Chirurgies digestives hautes		27,25	-16,4%
G117	Accouchements par voie basse		0,42	-6,3%
G003	Appendicectomies		81,76	-5,3%
G029	Amputations		12,00	-5,0%
G063	Pontages coronaires		14,50	-4,8%
G122	Interruptions médicale de grossesse		59,17	-4,8%
G032	Chirurgie de la jambe		81,64	-4,7%
G105	Chirurgies pelviennes majeures (app. gen. féminin)		9,29	-4,6%
G002	Chirurgie digestive majeure		87,61	-3,3%
Total top 10			377,68	-5,7%
<b>Total des GHM chirurgicaux</b>			<b>5 511,94</b>	<b>+3,9%</b>

*Source : ATIH*

[67] Si le nombre de séjours tend globalement à diminuer en médecine, certains groupes d'activité connaissent néanmoins de fortes augmentations en nombre de séjours. Ces diminutions sont possiblement liées à une amélioration des prises en charge médicales et de la prévention. Des études plus poussées avec une expertise DIM seraient nécessaires pour justifier précisément ces évolutions.

**Tableau 9 : Les activités médicales qui contribuent le plus à la croissance de l'activité dans les établissements**

		<b>Ensemble des établissements</b>	<b>Nombre de séjours 2011 (en milliers)</b>	<b>Evolution 2009-2011</b>	<b>Contribution croissance 2009/2011</b>
G081	Infections respiratoires		270,15	+6,9%	25,8%
G165	Explorations et surveillance pour affections endocriniennes, troubles métaboliques, nutritionnels et obésité		68,77	+29,5%	23,1%
G057	Explorations et surveillance pour affections du système nerveux		39,83	+54,6%	20,8%
G180	Douleurs chroniques		34,93	+50,6%	17,4%
G016	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif		225,09	+4,6%	14,5%
G072	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoire		26,03	+55,1%	13,7%
G079	Bronchites, bronchiolites et asthme		169,23	+5,4%	12,9%
G175	Explorations et surveillance pour maladies et troubles mentaux		16,49	+112,3%	12,9%
G084	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire		47,07	+21,4%	12,3%
G173	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux		98,80	+9,0%	12,1%
Total top 10			996,40	+12,7%	165,5%
<b>Total des GHM médicaux</b>			<b>6 750,04</b>	<b>-1,0%</b>	<b>100,0%</b>

*Source : ATIH*

[68] A l'inverse, certaines activités médicales diminuent fortement.

Tableau 10 : Activités médicales qui ont le plus décrue entre 2009 et 2011, tous établissements

	<b>Ensemble des établissements</b>	<b>Nombre de séjours 2011 (en milliers)</b>	<b>Evolution 2009-2011</b>
04M25 Grippes	6,93	-66,4%	
18M13 Affections de la CMD 18 avec décès : séjours de moins de 2 jours	1,22	-54,3%	
23M15 Actes non effectués en raison d'une contre-indication	14,59	-52,1%	
18M14 Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 18, très courte durée	3,59	-46,0%	
10M15 Troubles métaboliques, âge inférieur à 18 ans	8,66	-44,8%	
01M33 Troubles du sommeil	1,94	-42,5%	
23M07 Autres motifs de recours pour infection à VIH, en ambulatoire	7,26	-38,3%	
17M08 Leucémies aigües, âge inférieur à 18 ans	1,19	-36,8%	
23M19 Explorations et surveillance pour autres motifs de recours aux soins	9,99	-34,8%	
23M02 Rééducation, très courte durée	30,98	-31,6%	
Total top 10	86,35	-43,8%	
<b>Total des GHM médicaux</b>	<b>6 750,04</b>	<b>-1,0%</b>	

Source : ATIH

[69] Les séjours de médecine qui diminuent le plus relèvent de deux explications :

- Une explication conjoncturelle : le nombre de séjours pour grippe a fortement diminué entre 2009 et 2011, 2009 étant une année particulière en raison du H1N1.
- Une explication liée à des modifications de périmètre. La diminution du nombre de séjours pour des motifs liés à la surveillance ou à la prévention est une conséquence retardée de la circulaire sur les actes frontières du 31 août 2006 et de l'arrêté sur les forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE) du 27 février 2007. La première exclut du champ de l'hospitalisation, les prises en charge de moins de 24 heures qui peuvent être habituellement réalisées en médecine de ville ou dans le cadre de consultations ou d'actes externes dans les établissements hospitaliers (exemple : monitorage de type « rythme cardiaque fœtal » non suivi d'hospitalisation). Le second précise que ces forfaits sont à facturer en lieu et place d'une hospitalisation lors de la réalisation de certains actes utilisant le secteur opératoire ou nécessitant la mise en observation du patient (exemple : les endoscopies sans anesthésie).

[70] La mission aurait souhaité creuser la question de l'évolution de l'activité à un niveau plus fin, les GHM, mais cela aurait supposé des demandes à l'ATIH incompatibles avec le calendrier de la mission.

### 1.3.2 L'effet sévérité explique la majeure partie de l'effet de structure et de la croissance du volume économique

[71] Une affection associée au diagnostic principal<sup>15</sup> est considérée comme une complication ou morbidité associée (CMA) si sa présence engendre une augmentation significative de la durée de séjour. Selon l'importance de leur effet sur la durée de séjour, les CMA classent les GHM selon quatre niveaux de sévérité numérotés 1, 2, 3 et 4 ; le niveau 1 correspondant au niveau « sans CMA » (i.e. sans sévérité significative). Entre 2009 et 2011, la part des niveaux les plus sévères, 3 et 4, augmente.

Tableau 11 : Part des niveaux de sévérité 3 et 4 dans l'ensemble des séjours

	2009	2010	2011
<b>public</b>	17%	19%	20%
<b>ex psph</b>	18%	20%	22%
<b>privé</b>	7%	8%	8%

Source : ATIH ; Champ : GHM de racines communes

[72] Ce meilleur codage des comorbidités est trop important pour ne refléter qu'une dégradation de l'état de santé des patients ; une optimisation du codage est probablement en cause. Ainsi, les codes de malnutrition qui font passer du niveau 1 au niveau 2 (et au 3 pour les patients âgés) ont été multipliés par deux entre 2009 et 2011<sup>16</sup>, le codage de carence en vitamine D, qui fait passer le séjour de niveau 1 en 2 (et 3 pour les patients âgés) ont été multipliés par trois. Or il n'y a pas lieu de penser que l'état de santé des patients se soit dégradé de façon massive en si peu de temps.

[73] Par ailleurs, il serait intéressant d'analyser la répartition des niveaux de sévérité à un niveau plus fin, comme les groupes d'activités, afin de caractériser les prises en charge concourant le plus à l'augmentation de la sévérité globale des séjours.

[74] La durée moyenne de séjour (DMS) est stable entre 2009 et 2011 : 5,7 jours en moyenne. Mais les évolutions globales cachent des variations importantes : la DMS des séjours en obstétrique (séjours maternels) augmente légèrement dans le public, ce qui peut accréditer la thèse d'un partage de l'activité public/privé laissant les cas les plus difficiles au public, même si les écarts sont minces. Ces évolutions sur trois ans doivent être confortées.

Tableau 12 : Evolution de la durée moyenne de séjour en HC (en nombre de jours) selon le type d'acte et le secteur

	Public			ex PSPH			Privé		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
<b>Médecine</b>	6,3	6,34	6,3	6,8	6,9	6,9	5,1	5,2	5,2
<b>Chirurgie non ambulatoire</b>	7,2	7,23	7,1	5,9	6,0	5,9	4,7	4,7	4,6
<b>Obstétrique mère</b>	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,1	4,2	4,2	4,1
<b>Obstétrique enfant</b>	5,6	5,54	5,5	5,0	5,0	5,0	4,6	4,5	4,4

Source : Données ATIH (PMSI), retraitement mission – Champ : séjours en hospitalisation complète

<sup>15</sup> Déterminé à l'issue du séjour, le diagnostic principal est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient.

<sup>16</sup> CNAMTS, Rapport Charges et Produits pour 2014

### 1.3.3 L'ambulatoire progresse plus que l'hospitalisation complète, particulièrement en chirurgie

[75] Globalement, l'ambulatoire augmente davantage que l'hospitalisation complète. L'évolution de l'activité se déforme au profit de l'ambulatoire.

Tableau 13 : Nombre de séjours par type d'hospitalisation

	Nombre de séjours TOTAL (en milliers)		
	2 009	2 010	2 011
Ambulatoire	5 846,3	5 941,5	6 145,9
Hospitalisation complète	10 870,7	10 856,5	10 879,7
TOTAL	16 717,1	16 798,0	25,6

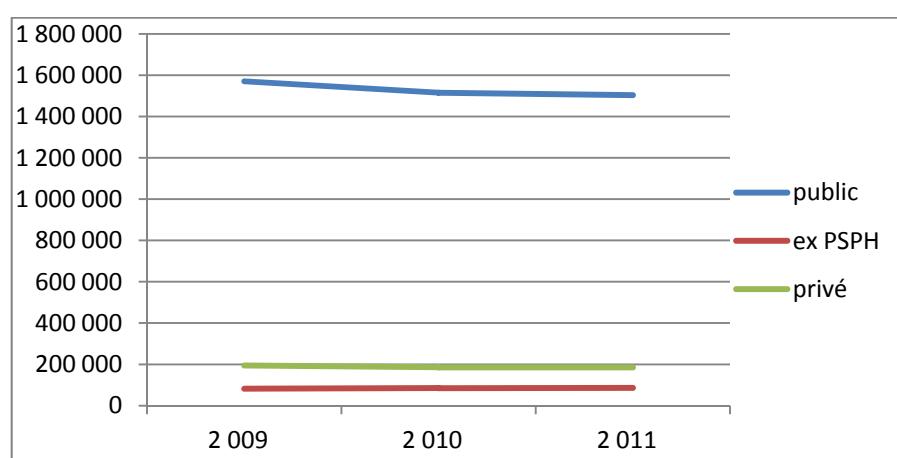
Source : Données ATIH, retraitement mission

[76] L'évolution diffère selon qu'il s'agit de chirurgie ou de médecine. Le nombre de séjours de médecine ambulatoire diminue entre 2009 et 2011 dans le public et le privé. Cette évolution est la conséquence de deux modifications de classification :

- Premièrement, la circulaire frontière de 2010<sup>17</sup> a conduit à rebasculer certaines prises en charge de courte durée auparavant classées en médecine (ambulatoire) en actes externes qui ne sont donc pas recensés par le PMSI ;
- Deuxièmement, la mise en place des forfaits sécurité-environnement (SE)<sup>18</sup> pour des actes non suivis d'hospitalisation a également conduit à une diminution des séjours de médecine ambulatoire.

[77] Par ailleurs, les contrôles de la CNAMTS ont probablement également contribué à la diminution du nombre de séjours en médecine, mais la CNAMTS n'a pas fourni à la mission d'éléments permettant d'objectiver et de quantifier cet effet.

Schéma 3 : Nombre de séjours en médecine ambulatoire par secteur



Source : Données ATIH, retraitement mission

<sup>17</sup> Instruction du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge de moins d'une journée et dans une UHCD

<sup>18</sup> Article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale

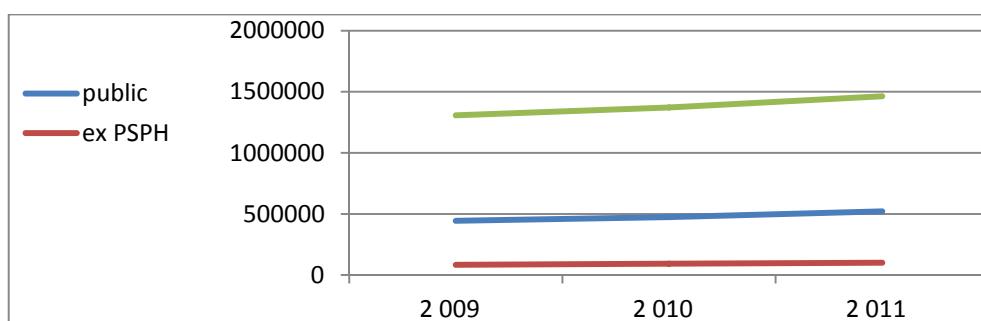
[78] En revanche, la chirurgie ambulatoire augmente dans tous les secteurs (17% pour le public, 22% pour les ex-PSPH, et 11% pour le privé) entre 2009 et 2011, en lien avec la politique incitative du ministère de la santé. Le secteur privé reste, malgré cette évolution, le principal producteur de chirurgie ambulatoire (70% de la chirurgie ambulatoire est réalisée dans le privé en 2011).

[79] La politique incitative repose sur trois axes :

- les incitations tarifaires par la mise en place de racines à tarif unique, la modification des tarifs des séjours en borne basse, le rapprochement tarifaire entre les niveaux J et 1 pour certaines racines, la revalorisation des tarifs à un niveau proche des coûts ajustés et la création de nouveaux GHM en J,
- les mesures prises dans le cadre de la planification de l'offre de soins à travers les SROS et la contractualisation,
- les mesures prises par l'assurance maladie par la fixation de taux de pratique de la chirurgie ambulatoire sur cinq gestes chirurgicaux et la mise sous accord préalable (MSAP).

[80] En 2009<sup>19</sup>, suite à la mise en place de la 11<sup>ème</sup> version des GHM, un tarif unique entre le séjour en ambulatoire (codification en J) et le premier niveau de sévérité (codification avec le chiffre 1 à la fin du numéro de GHM) a été instauré pour 18 GHM. En 2012, 12 nouvelles racines de GHM sont ajoutées à cette liste. Le tarif unique correspond à la moyenne du tarif en J et du niveau 1 pondérée par les taux de prise en charge observés dans le secteur où le taux de chirurgie ambulatoire est le plus élevé. Entre 2009 et 2011, la chirurgie ambulatoire a davantage augmenté dans les groupes de pathologies à tarif unique que dans l'ensemble des séjours.

Schéma 4 : Nombre de séjours en chirurgie ambulatoire par secteur



Source : Données ATIH, retraitement mission

Tableau 14 : Part de l'ambulatoire dans les racines à tarif unique.

Année	Nombre de séjours de niveau J pour les racines à tarif unique	Nombre séjours de niveau 1 pour les racines à tarif unique	Part des séjours de niveau J
2009	307 518	175 878	63.6%
2010	341 214	166 781	67.2%
2011	371 697	157 838	70.2%

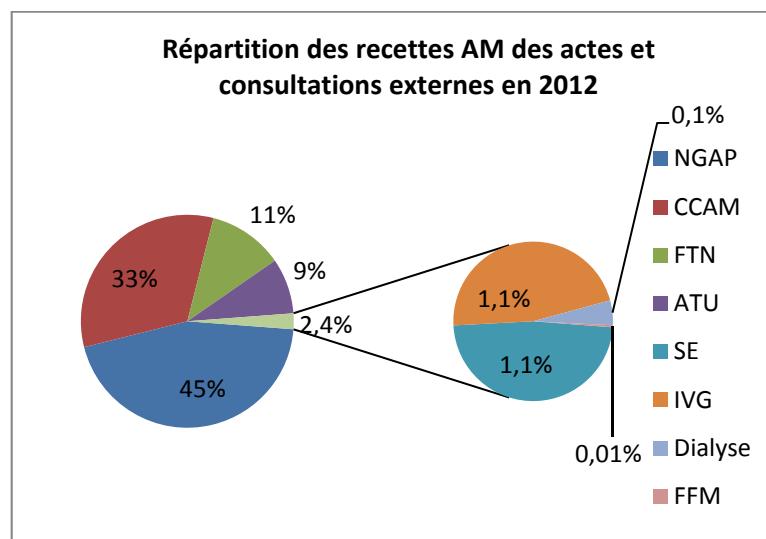
Source : ATIH

<sup>19</sup> Circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009

## 1.4 Les actes et consultations externes sont également très dynamiques dans les établissements de santé publics et ESPIC

- [81] Les actes et consultations externes (ACE) représentent environ 9% des recettes liées à l'activité dans les établissements de santé publics et ESPIC et connaissent des évolutions importantes, de l'ordre de 4 à 5% entre 2009 et 2012, toujours pour ces établissements.
- [82] Les données sur les ACE ne sont pas disponibles pour les établissements privés. Pour les établissements publics et ESPIC, l'ATIH ne fournit que des données financières et pas des données physiques (en nombre). En revanche, la CNAMTS a réalisé une étude qualitative mais elle n'a pas été communiquée à la mission.
- [83] L'agrégat actes et consultations externes (ACE) se constitue des trois groupes de prestations suivants :
- les prestations relatives aux interruptions volontaires de grossesses (IVG) ;
  - les prestations hospitalières réalisées en ambulatoire, composées par :
    - les accueils et traitements en urgence (ATU)
    - les forfaits sécurité environnement hospitalier (SE)
    - les forfaits hebdomadaires de dialyse hors centre (ou alternative à la dialyse en centre)
    - les forfaits petits matériels (FFM)
  - les actes et consultations externes référencées dans :
    - la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)
    - la classification commune des actes médicaux (CCAM)
    - les forfaits techniques de radiologie (FTN)
- [84] Ces différentes composantes ont des poids financiers très différents. Quatre d'entre elles, les actes CCAM, les actes NGAP, les FTN et les ATU représentent 98 % de l'agrégat.

**Graphique 3 : Composition des « actes et consultations externes » en 2012 dans les établissements publics et ESPIC**

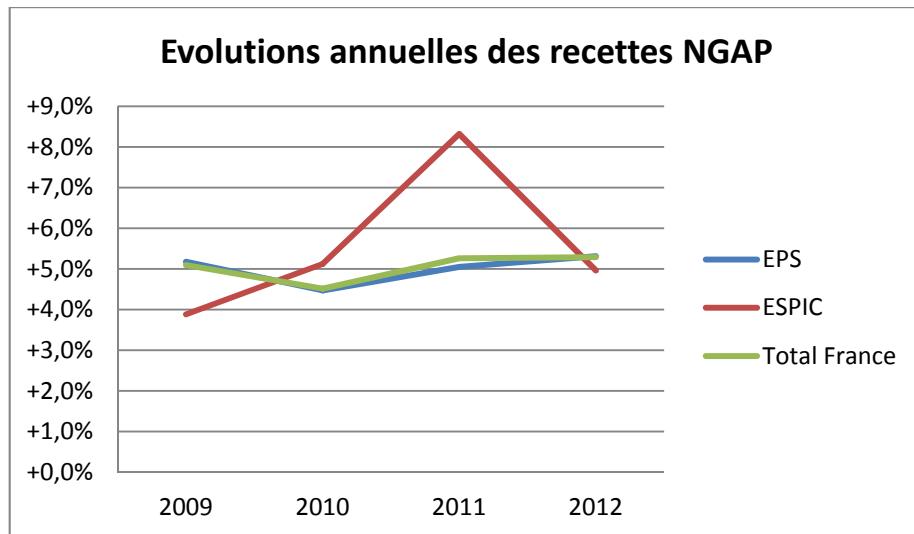


Source : ATIH

#### 1.4.1 Les actes NGAP connaissent une croissance soutenue et heurtée pour les ESPIC<sup>20</sup>

[85] La croissance des actes NGAP s'établit autour de 5% par an entre 2009 et 2012. L'année 2011 présente une atypie (+8% des recettes) dans les ESPIC, qui n'a pas été expliquée. Mais les ESPIC ne réalisant que 7% des dépenses NGAP, cette forte croissance joue peu sur la dépense globale.

Graphique 4 : Evolutions annuelles des recettes NGAP 2009-2012



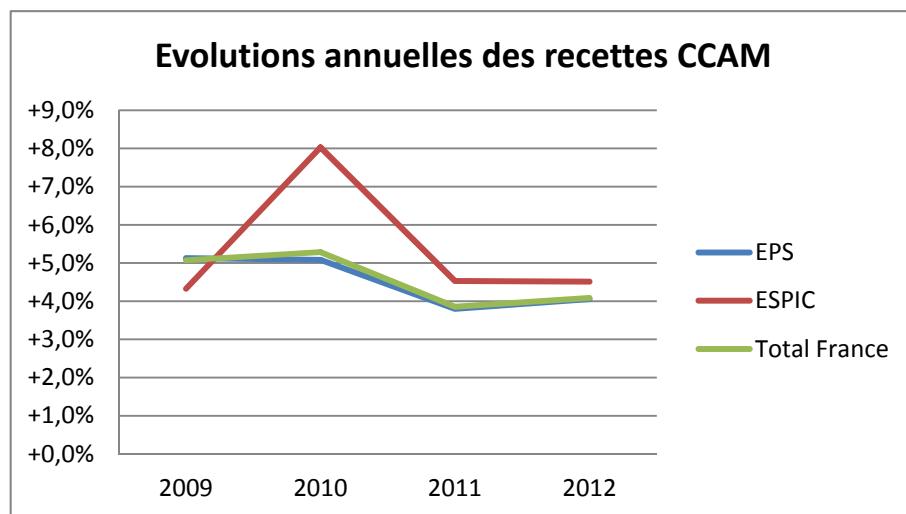
Source : ATIH

#### 1.4.2 Les recettes d'actes CCAM connaissent une croissance dynamique et irrégulière

[86] La croissance des actes CCAM se stabilise autour de 4 à 5% en moyenne annuelle entre 2009 et 2012. Là encore, une année (2010) est atypique pour les ESPIC (+8%). Mais comme la part des dépenses CCAM pour les ESPIC n'est que de 7% du total, l'impact sur la dépense globale reste modéré.

<sup>20</sup> Pour les actes et consultations externes, la typologie utilisée n'est pas la même que dans la partie précédente pour des raisons de disponibilités des données.

Graphique 5 : Evolutions annuelles des recettes CCAM 2009-2012

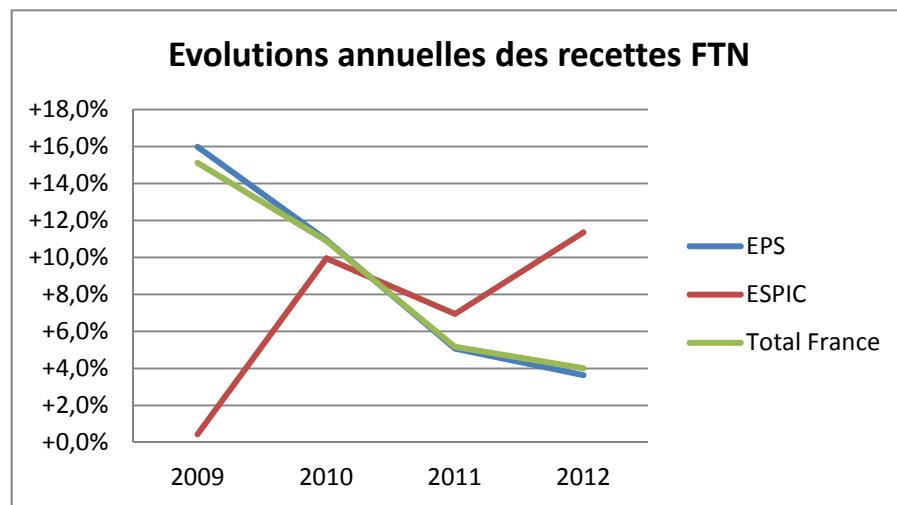


Source : ATIH

#### 1.4.3 Les dépenses de forfaits techniques (FTN) sont très heurtées

- [87] Entre 2009 et 2012, la croissance de ces dépenses diminue dans les établissements publics (15% en 2009, 4% en 2012) et augmente, de façon heurtée dans les ESPIC (croissance quasi nulle en 2009 et proche de 12% en 2012). Aucun élément d'analyse n'a été fourni par l'ATIH.

Graphique 6 : Evolutions annuelles des recettes FTN 2009-2012



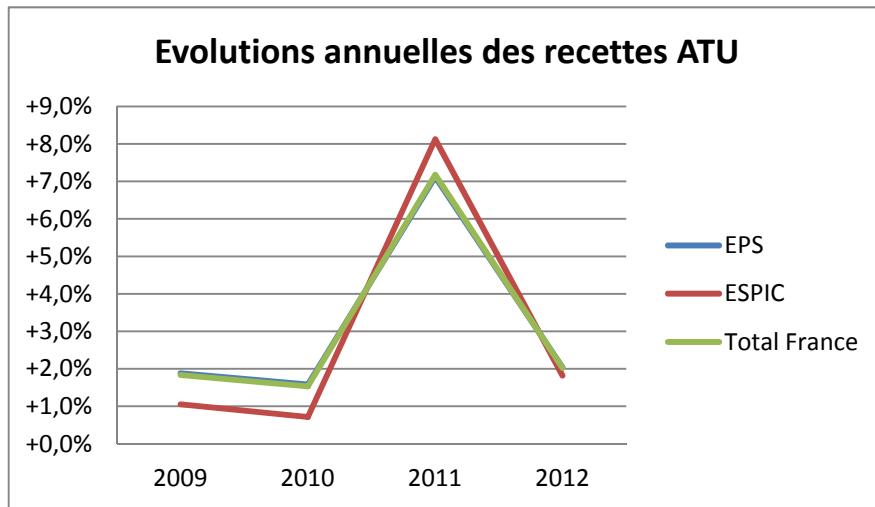
Source : ATIH

#### 1.4.4 Les forfaits ATU ont connu un pic d'activité en 2011

- [88] Les recettes liées aux prestations d'accueil et le traitement en urgences (ATU) connaissent des évolutions parallèles dans tous les établissements, avec un pic d'activité en 2011 (+7%). Les autres années, la croissance des recettes des forfaits ATU dans les établissements ex-DG s'élève à +2%.

- [89] En revanche, le forfait ATU ne couvre pas l'ensemble de l'activité des urgences. En effet, seuls les passages non suivis d'hospitalisation MCO dans l'établissement font l'objet d'un tarif par passage. Les passages suivis d'une hospitalisation sont facturés comme des séjours.

Graphique 7 : Evolutions annuelles des recettes ATU 2009-2012



Source : ATIH

## 1.5 Des comparaisons internationales s'avèreraient peu rigoureuses

- [90] L'OCDE<sup>21</sup> et Eurostat<sup>22</sup> mettent à disposition de leurs pays membres des statistiques sur la santé. Ces statistiques regroupent des données sur l'état de santé, les déterminants non-médicaux de la santé, les ressources en santé mais également sur l'utilisation de ces ressources. Concernant l'utilisation des ressources en santé, les données françaises sont le plus souvent issues de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)<sup>23</sup>.

- [91] Plusieurs items sont ainsi disponibles : sorties d'hôpital par catégories de diagnostics, sorties d'hôpital suite à hospitalisation (ensemble des hôpitaux), durée moyenne de séjour en hôpital par catégories de diagnostic, durée moyenne de séjour avec hospitalisation (ensemble des hôpitaux), examens radiologiques réalisés à l'hôpital, activités et temps d'attente d'une sélection de procédures chirurgicales (chirurgie de la cataracte, interventions coronariennes percutanées, appendicectomie<sup>24</sup>, prostatectomie, césarienne<sup>24</sup>, prothèse totale de hanche...), données sur le suivi des patients insuffisants rénaux chroniques, etc.

- [92] En revanche, plusieurs limites méthodologiques rendent difficilement exploitables ces données.

- [93] En premier lieu, l'exhaustivité et la qualité de recueil de ces données est très variables d'un pays à l'autre.

<sup>21</sup> [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT&lang=fr](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT&lang=fr)

<sup>22</sup> [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database)

<sup>23</sup> La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France (métropole et DOM) y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins. Les données sont collectées par la DREES.

<sup>24</sup> Absence de données sur les temps d'attente.

[94] Deuxièmement, les données disponibles sont des données brutes, ne prenant en compte ni l'âge, ni le sexe et ni l'état de santé. Ces éléments sont indispensables pour pouvoir interpréter et comparer les évolutions entre pays car ils permettent d'approcher le caractère justifié ou non d'une progression (effet de rattrapage, demande induite,...).

[95] Enfin, le champ des données est large comprenant le plus souvent de façon agrégée les hôpitaux publics, privés, spécialisés et psychiatriques. Or, ces structures posent des questions différentes en termes d'organisation et de financement. De plus, la répartition ville – hôpital est différente selon les pays.

[96] Pour ces raisons, la mission estime que l'utilisation de données internationales de consommation de soins hospitaliers ne permet pas d'effectuer de comparaison entre les différents pays. Cela nécessiterait une étude à part entière intégrant les différentes limites méthodologiques évoquées.

[97] Pour conclure, entre 2009 et 2011, à champ constant<sup>25</sup> :

- Le nombre de séances augmente plus que celui des séjours (8.2 % vs 1.8 %).
  - Ces évolutions sont particulièrement prononcées dans les ESPIC et les établissements publics. Les ESPIC connaissent des taux de croissance bien supérieurs aux établissements publics, mais ces derniers, en raison de leur poids, sont responsables de 50 % de la croissance du nombre des séjours et de 90 % de celle des séances.
  - Cette tendance générale à la hausse diffère selon le type de soin et le domaine d'activité. Ainsi la chirurgie croît bien plus que la médecine. Les cataractes, les chirurgies transurétrales, orthopédiques et digestives ainsi que les arthroscopies sont les activités les plus dynamiques.
  - Les variations régionales sont importantes, sans que le lien avec un éventuel rattrapage soit évident.
- En termes économiques, la croissance du nombre de séjours explique un tiers de la croissance du volume économique et la déformation de la structure des séjours en explique les deux tiers. La déformation de la structure des séjours est essentiellement liée à une augmentation de la sévérité des séjours, bien plus qu'à un effet racine.
- Les actes et les consultations externes sont également très dynamiques (entre 4 et 5% de croissance) entre 2009 et 2012.

---

<sup>25</sup> Effet prix et effet classification neutralisés.

## 2 LES DETERMINANTS DE LA CROISSANCE DES VOLUMES HOSPITALIERS SONT NOMBREUX ET INTRIQUES ET LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION N'EXPLIQUE QU'UNE PARTIE DE L'EVOLUTION DE L'ACTIVITE

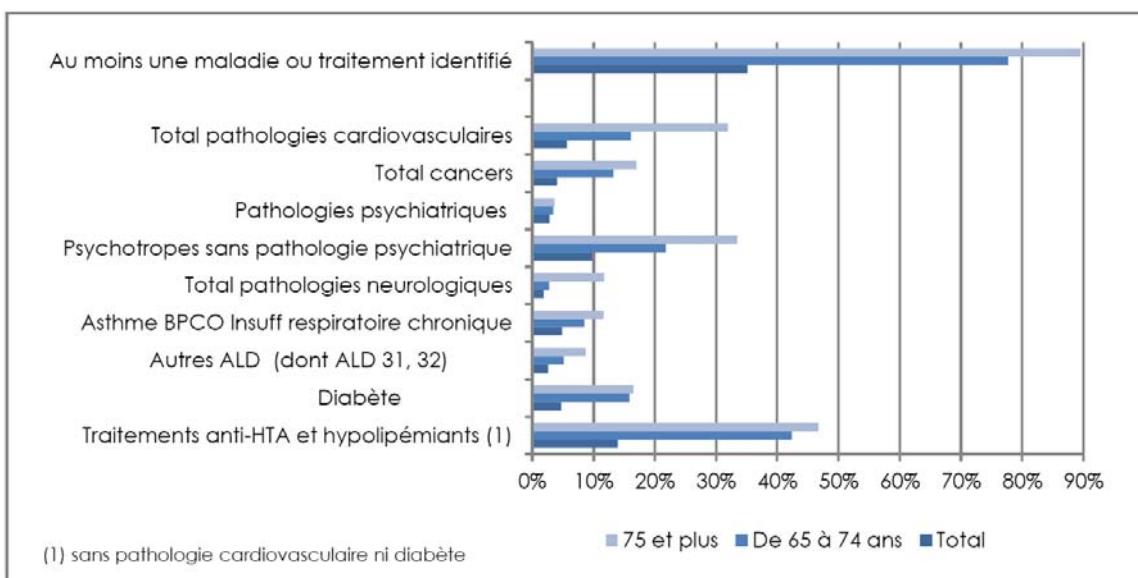
### 2.1 La population française s'accroît et vieillit

- [98] Deux composantes de l'évolution démographique jouent sur l'activité hospitalière :
- L'évolution de la taille de la population : l'accroissement de la population entraîne mécaniquement une augmentation des volumes hospitaliers ;
  - L'évolution de la structure par âge de la population autrement dit la déformation de la pyramide des âges, c'est le vieillissement de la population : il en résulte une augmentation de l'activité hospitalière d'une part, et une modification du case-mix d'autre part.
- [99] Sur la période étudiée, 2009-2011, la population a crû de 623 000 habitants (1% d'augmentation). La part des plus de 80 ans est passée de 5,2% à 5,4%.
- [100] Lorsque l'on étudie les estimations localisées de population et les projections 2005-2050 de l'INSEE, la part des 75 ans et plus dans la population générale est censée croître de 8,7% en 2010 à 9,1% en 2020 jusqu'à 12,1% en 2030. Les projections de l'INSEE estiment également que le nombre de 80 ans ou plus devrait passer d'environ 3,5 millions en 2011 à 7 millions en 2060.

#### 2.1.1 L'évolution plus dynamique des séjours chez les plus de 80 ans est due à l'arrivée de nouveaux patients et à des séjours plus lourds

- [101] La prévalence d'une grande partie des pathologies augmente avec l'âge. Ce moins bon état de santé aux âges élevés se traduit par une plus grande consommation de soins et donc un recours hospitalier plus important. Par exemple, environ 90% des personnes âgées de 75 ans et plus ont au moins une maladie ou traitement identifié contre environ 35% pour l'ensemble de la population.

**Graphique 8 : Comparaison de la prévalence des pathologies et traitements entre les plus de 75 ans, les 65-75 ans et la population totale**



Source : Cnamts, Charges et produits 2013, Champ : régime général y.c. SLM

[102] En 2011, l'ATIH a réalisé une étude visant à présenter des éléments de cadrage sur l'évolution de l'activité des établissements de santé en lien avec le vieillissement de la population. L'analyse porte sur les données PMSI de 2007 à 2010 et les données démographiques de l'INSEE.

[103] Elle montre que si l'évolution globale du nombre de séjours et séances est de l'ordre de +1,3% par an, celle concernant les séjours des plus de 80 ans se situe autour de +5,0% par an. La part des plus de 80 ans dans le champ MCO a augmenté en moyenne de +2,9% par an, représentant ainsi en 2010, 11,2% des patients. La part des séjours et séances de cette classe d'âge a également augmenté de +3,7% par an, atteignant 12,9% en 2010.

[104] Sur la période 2007-2010, on observe une stabilité du nombre de séjours et séances par patient, ce qui semble indiquer que l'évolution du nombre de séjours des patients de 80 ans et plus est le résultat de l'arrivée de nouveaux patients et non d'une augmentation du nombre de séjours ou séances par patient.

#### ➤ Une activité portée par l'hospitalisation complète sans acte classant

[105] L'étude de l'ATIH montre une plus grande part de séjours en hospitalisation complète pour les plus de 80 ans (59,1 versus 48%), notamment pour les séjours sans acte classant (49,0% vs 31,0%) et un plus faible recours à l'ambulatoire (16,3% vs 26,4%) et donc une plus faible proportion de niveau J dans les racines de GHM.

#### ➤ Une évolution dynamique des séances portée par les séances de chimiothérapie

[106] Les séances des patients de plus de 80 ans ont progressé de plus de +8,6% par an (vs 3,6% pour l'ensemble de la population), notamment en raison d'une forte hausse des séances de chimiothérapie (+14,7%).

[107] Les séances font l'objet des plus fortes augmentations entre 2007 et 2010. Elles contribuent en effet à 40,6% de la croissance de l'ensemble des séjours/séances des 80 ans et plus.

### ➤ Des séjours de plus en plus lourds

[108] On observe une plus forte proportion de séjours de niveau 2 et 3 chez les plus de 80 ans (33,6% vs 11,2%) et une plus faible proportion de séjours de niveau 1, ce qui découle probablement directement de l'effet âge en CMA. Les séjours de niveau 4 sont également plus représentés (3,3% vs 1,1%), ce sont ceux qui ont le plus progressé entre 2007 et 2010 avec un taux d'évolution compris entre 12,4% et 21,2% (probable effet codage également).

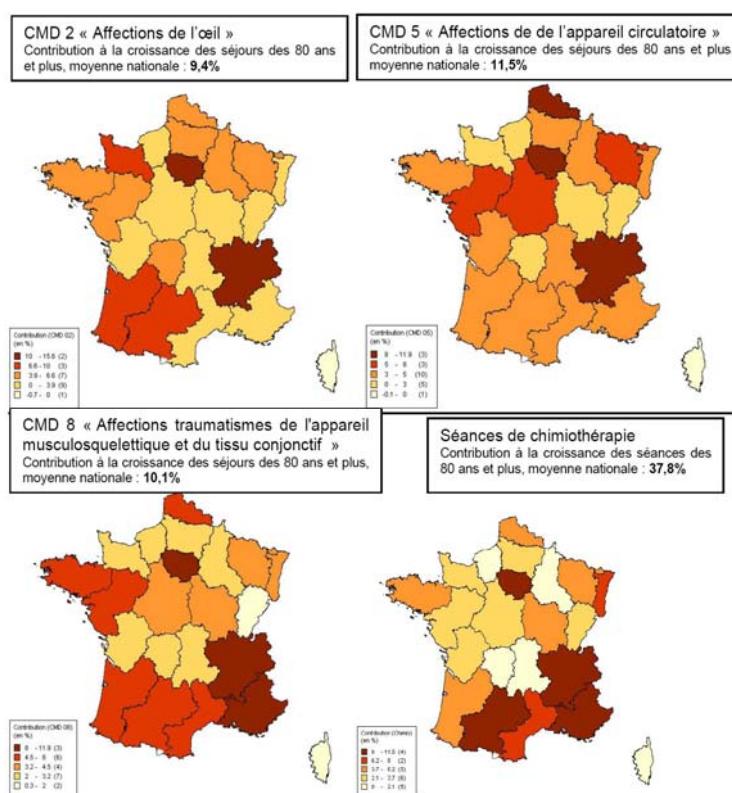
### ➤ Des pathologies liées au vieillissement

[109] Trois CMD contribuent le plus à la croissance des séjours des plus de 80 ans :

- ✓ CMD 2 « Affections de l'œil », portée notamment la racine 02C05 « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie » comme pour l'ensemble de la population ;
- ✓ CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire », portée notamment la racine 05M09 « Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire » comme pour l'ensemble de la population ;
- ✓ CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif », les racines portant l'évolution de cette CMD différent entre les plus de 80 ans et l'ensemble de la population.

[110] Les cartes ci-après présentent la contribution à la croissance du nombre de séjours des 80 ans et plus pour chacune de ces quatre activités par région : les régions Ile-de-France et Rhône-Alpes se caractérisent systématiquement par une contribution à la croissance de ces activités plus fortes dans la région qu'au niveau national.

Schéma 5 : Contribution à la croissance des activités spécifiques des personnes âgées de 80 ans et plus entre 2009 et 2010 par région – France métropolitaine



Source : ATIH

[111] Dans l'analyse des causes de recours à l'hôpital réalisée par la CNAMTS pour son rapport charges et produits de 2013, l'effet démographique (accroissement et vieillissement de la population) explique particulièrement l'augmentation en nombre de séjours de six activités ayant une évolution soutenue :

- ✓ Interventions orthopédiques majeures (hors rachis), prothèses et reprises de prothèses : 6,9% d'évolution entre 2009 et 2011 dont 4,0% d'effet démographique ;
- ✓ Parages de plaie, greffes de peau et des tissus sous-cutanés : 5,0% d'évolution entre 2009 et 2011 dont 3,0% d'effet démographique ;
- ✓ Ophtalmologie : 4,6% d'évolution entre 2009 et 2011 dont 3,6% d'effet démographique ;
- ✓ Stimulateurs et défibrillateurs cardiaques : 3,9% d'évolution entre 2009 et 2011 dont 5,7% d'effet démographique modéré par un effet autre (taux d'hospitalisation, évolutions épidémiologiques, évolutions techniques, modifications de pratiques médicales, effet potentiel d'induction d'activité nouvelle par des offreurs de soins,...) de -1,8% ;
- ✓ Neurologie médicale : 3,6% d'évolution entre 2009 et 2011 dont 3,4% d'effet démographique ;
- ✓ Chirurgie ophtalmologique, autres (hors greffe de cornée) : 3,6% d'évolution entre 2009 et 2011 dont 2,8% d'effet démographique.

[112] Il n'a malheureusement pas été possible de décomposer l'effet démographique en effet accroissement de la population et effet vieillissement de la population.

[113] Ces deux études objectivent les pathologies cardiaques, orthopédiques, oncologiques et ophtalmologiques comme CMD particulièrement liées au vieillissement et évoluant donc de manière dynamique.

#### ➤ Une durée moyenne de séjour supérieure à la population globale

[114] La durée moyenne de séjour augmente avec l'âge, ce qui explique que ce soit une CMA. Elle est plus élevée pour les séjours des établissements ex-DG, et en particulier pour les 80 ans et plus (9,4 au lieu de 6,6 pour le secteur ex-OQN). Ceci s'explique par la plus forte proportion de séjours à sévérité lourde dans le secteur ex-DG que dans le secteur ex-OQN et la plus forte proportion de patients âgés (part des personnes de plus de 80 ans dans le nombre de séjours MCO : 14,1% pour le secteur ex DG contre 10,1% dans le secteur ex-OQN).

[115] Les durées moyennes de séjour des patients de plus de 80 ans sont également plus longues au régime agricole (7,2 jours tous niveaux versus 6,6 jours pour les autres régimes) surtout pour les niveaux 1 et 2 et ce, que ce soit le type d'établissement où a séjourné le patient.

### 2.1.2 La croissance de la population et le vieillissement augmentent de 1,1 % et 1,3 % le nombre de séjours mais avec de fortes différences entre secteurs

[116] Toutes choses égales par ailleurs, l'effet démographique (vieillissement et augmentation de la population) devrait conduire à une augmentation du nombre de séjours de 2,4% entre 2009 et 2011. Or l'augmentation des séjours effective est inférieure (1,9%), ce qui s'explique par la diminution des taux de recours à âge donné qui joue à la baisse (-0,5%) sur le nombre de séjours<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Ce résultat confirme ce qui avait été démontré par la DREES sur des données 2004 dans le Dossier Solidarité santé n°4 2008 « Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030 ».

[117] Les effets du vieillissement et de la croissance de la population sont du même ordre de grandeur : 1,3% et 1,1%.

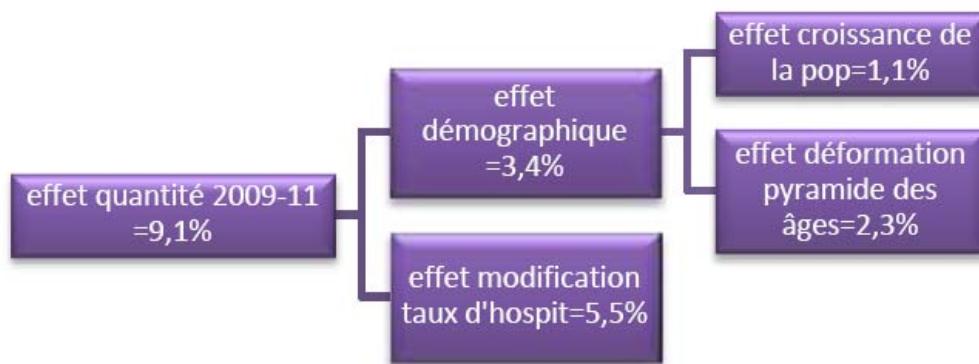
[118] Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'étude réalisée par Brigitte Dormont et Hélène Huber<sup>27</sup>, qui évalue l'impact du vieillissement dans la croissance des dépenses de santé, et plus précisément l'impact des changements démographiques dans l'évolution des dépenses hospitalières entre 2000 et 2008. L'accroissement et le vieillissement de la population entraîneraient ainsi chacun une augmentation de 5,9% des dépenses hospitalières.

[119] Par ailleurs, d'après la Cnamts, l'effet démographique est plus important sur les activités médicales que sur les activités chirurgicales.

[120] En effet, concernant les activités de chirurgie, les effets « démographie » et « taux d'hospitalisation » jouent tous deux à la hausse et sont à peu près de même niveau. Pour un effet quantité de +3,8%, l'effet démographique atteint +2,2% et se combine à un effet des changements des taux d'hospitalisation par âge de +1,6 %. Lorsqu'on exclut les activités liées à la traumatologie, on a même un total de 4% dont 2,2% et 1,9% respectivement pour les deux effets.

[121] De plus, lorsque l'on s'intéresse aux prises en charge où l'effet démographique est minoritaire, on trouve de nombreuses activités chirurgicales : cataractes, chirurgie des dents, urologie, chirurgie du rachis,... Pour la cataracte, l'augmentation de 9,1% des séjours entre 2009 et 2011 s'explique à 60% par une plus grande diffusion de l'intervention à âge donné.

Schéma 6 : Décomposition de l'effet quantité (nombre de séjours) pour les séjours pour cataracte entre 2009 et 2011



Source : Cnamts, Charges et produits pour 2014

[122] Enfin, concernant les prises en charges en médecine, l'évolution du nombre de séjours est de 1,2% dont 3,1% d'effet démographique théorique et -1,8% d'effet résiduel. Hors endoscopies, on a un effet total de 0,5% pour un effet démographique de 3,2% et un effet résiduel de -2,7%.

<sup>27</sup> Dormont B, Huber H, « Vieillissement de la population et croissance des dépenses de santé », Rapport pour l'Institut Montparnasse

### 2.1.3 Les secteurs d'activité ayant la plus forte croissance ne sont pas portés par l'effet démographique

[123] Les activités ayant la plus forte augmentation du nombre de séjours entre 2009 et 2011 sont celles dont l'effet « autre » que démographique (nouvelles techniques, épidémiologie, modifications de pratiques, nouvelles indications,...) est particulièrement élevé<sup>28</sup> :

- ✓ Neurostimulateurs : 37,0% d'évolution dont 34,9% d'effet autre ;
- ✓ Allergologie : 27,1% d'évolution dont 25,7% d'effet autre ;
- ✓ Arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires (autres) : 23,5% d'évolution dont 21,5% d'effet autre ;
- ✓ Cardiologie, rythmologie interventionnelle : 19,0% d'évolution dont 16,2% d'effet autre ;
- ✓ Toxicologie, alcool : 15,4% d'évolution dont 14,8% d'effet autre ;
- ✓ Chirurgie urologique : 10,4% d'évolution dont 7,4% d'effet autre ;
- ✓ Transplantation d'organes, greffe de moelle et cornée, rejets : 10,1% d'évolution dont 7,8% d'effet autre.

[124] Ces données démontrent que la croissance et le vieillissement de la population n'expliquent qu'une partie de l'évolution de l'activité.

## 2.2 L'effet de l'état de santé sur l'activité hospitalière est difficilement prévisible

[125] Dans l'étude déjà citée, Brigitte Dormont et Hélène Huber estiment que les changements dus à l'évolution de la morbidité ont entraîné une augmentation des dépenses hospitalières entre 2000 et 2008 de 2,7% expliquant ainsi 13,8% de la progression.

### 2.2.1 L'impact de la morbidité sur l'évolution des volumes hospitaliers dépend du scénario retenu pour anticiper l'état de santé

[126] L'évolution de l'état de santé peut s'anticiper selon trois schémas qui diffèrent selon l'hypothèse retenue pour le rapport espérance de vie/espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans limitation d'activité ou sans incapacité majeure :

- Le schéma dit « d'expansion de morbidité ». Il est le plus pessimiste car il fait l'hypothèse que les années de vie « gagnées » seront des années de vie en mauvaise santé.
- Le schéma dit « de compression de morbidité ». Il est le plus optimiste car il fait l'hypothèse que chaque année de vie supplémentaire se traduit par plus qu'une année de vie supplémentaire en bonne santé.
- Le schéma dit de « l'équilibre dynamique » (ou « healthy ageing »). Il correspond au schéma intermédiaire dans lequel les gains d'espérance de vie se traduisent par un gain à peu près identique d'espérance de vie en bonne santé.

---

<sup>28</sup> Analyses CNAMTS

[127] L'impact de la morbidité sur l'évolution des volumes hospitaliers est fortement dépendant du scénario choisi pour anticiper l'évolution de l'état de santé. En effet, en retenant un « demi-effet » d'équilibre dynamique, la moitié de l'effet démographique du vieillissement sur les dépenses de santé de moyen terme est neutralisée dans les projections de l'Union européenne réalisées dans le cadre de « l'Ageing working group »<sup>29</sup>.

[128] L'importance du choix du scénario retenu est également illustré dans le document de travail de la DGTPE « Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement »<sup>30</sup>. Dans cette étude, l'hypothèse d'un vieillissement en bonne santé révise ainsi de -0,9 point supplémentaire l'estimation de l'impact du vieillissement dans les dépenses de santé alors estimé à 0,6 point de PIB par rapport au scénario où la morbidité resterait constante.

## 2.2.2 L'impact de la morbidité dépend également de l'approche retenue pour mesurer l'état de santé

[129] La morbidité ou l'état de santé peuvent se mesurer de manière médicale, fonctionnelle ou déclarative. Les méthodes déclaratives comme l'état de santé déclaré souffrent quant à elle de leur subjectivité et des nombreux biais qui peuvent affecter la comparaison de leurs résultats sur longue période notamment prospective.

### 2.2.2.1 L'approche médicale de l'état de santé oriente plus vers un schéma « d'expansion de morbidité »

[130] L'approche médicale se base notamment sur la prévalence des maladies et correspond donc à la morbidité à proprement parlée.

[131] Cette prévalence peut être approchée par le nombre de personnes en affection de longue durée (ALD). Pour autant, ces dénominations présentent des biais d'exhaustivité liés à la non déclaration des comorbidités. On observe ainsi un accroissement de reconnaissance des cas d'ALD. Le nombre de nouveaux cas d'ALD est passé de 664 822 en 1997 à 1 301 189 en 2010. Cette évolution est due pour partie à l'apparition de nouvelles pathologies prises en charges en ALD (épilepsie grave en 1999, hépatite virale chronique active en 1994, infection par le VIH quel que soit le stade en 1993) et, à pathologie égale, à l'augmentation de l'amélioration des techniques de dépistages des pathologies inscrites sur la liste des ALD<sup>31</sup> mais aussi au vieillissement de la population, au diagnostic plus précoce et au meilleur traitement des pathologies aiguës et chroniques.

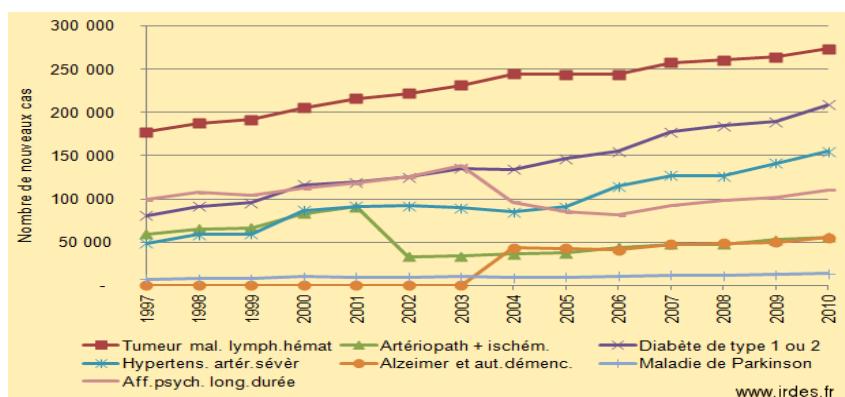
[132] En 2010, c'est l'ALD 30 (Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique) qui est la pathologie la plus importante dans la participation de cette montée en charge des ALD. En deuxième position vient l'ALD 8 (Diabète de type 1 ou 2) qui remplace l'ALD 23 (Affections psychiatriques de longue durée) et en troisième position l'ALD 12 (Hypertension artérielle sévère) qui n'était qu'en 5<sup>ème</sup> position, en 1997, après les artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques. A noter, en 2004, l'ALD 23 appelée « Psychose, troubles grave de la personnalité, arriération mentale », comprenant toutes les formes de démence devient « Affections psychiatriques de longue durée ». La maladie d'Alzheimer et les autres affections cérébrales chroniques et progressives qui en faisaient partie passent en ALD15 « Alzheimer et autres démences ». C'est ainsi que la courbe de cette ALD passe de 45 en 2003 à 43 219 en 2004 au détriment de la courbe de l'ALD psychiatrie.

<sup>29</sup> « Impact of ageing populations on public spending », rapport de l'Ageing working group au Comité de Politique Economique, février 2006

<sup>30</sup> Albouy V, Bretin E, Carnot N, Deprez M, « Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050 », Cahiers de la DGTPE, n° 2009/11 juillet 2009

<sup>31</sup> « Régime des affections de longue durée », HCAAM, avril 2005

Graphique 9 : Evolution de l'incidence de quelques pathologies en ALD

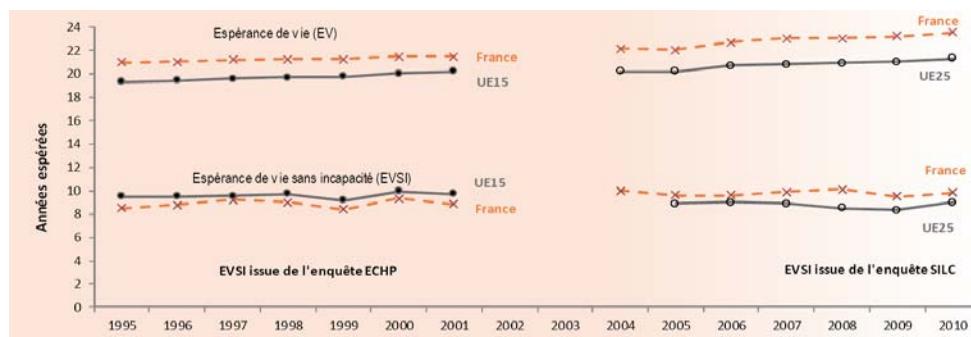


Source : Eco-Santé Régions & Départements 2012, d'après données Cnamts.

### 2.2.2.2 L'approche fonctionnelle de l'état de santé oriente plus vers un schéma de « compression de morbidité »

- [133] L'approche fonctionnelle s'appréhende notamment par les espérances de vie sans incapacités ou limitations fonctionnelles.
- [134] Les études sur l'approche fonctionnelle semblent accréditer le schéma de « compression de morbidité » bien que des études récentes<sup>32</sup> aient montré une certaine stagnation des espérances de vie sans incapacité. Cette tendance pourrait s'expliquer par une plus grande survie des personnes qui ont des maladies et limitations fonctionnelles.
- [135] Ainsi, l'espérance de vie à 65 ans en 2010 est de 21,3 ans pour les femmes et 17,8 ans pour les hommes (soit + 2,1 ans pour les deux sexes durant la période 2000-2010). Par ailleurs, les différentes données disponibles objectivent une augmentation plus importante de l'espérance de vie que de l'espérance de vie sans incapacité pour les deux sexes entre 1995 et 2010.

Graphique 10 : Espérance de vie (EV) et Espérance de vie sans incapacité (EVSI) à 65 ans en France et dans l'Union européenne (UE15 et UE25) issues des enquêtes ECHP<sup>33</sup> (1995-2001) et SILC<sup>34</sup> (2004-2010) chez les femmes



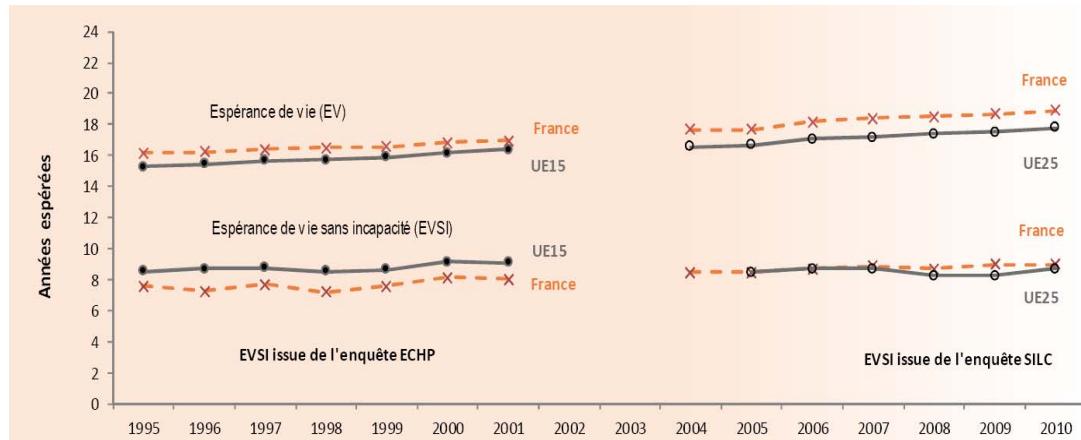
Source : Espérance de santé en France, EHLEIS Rapport nationaux, Numéro 6, Avril 2013

<sup>32</sup> Sieurin A, Cambois E, Robine JM, « Les espérances de santé en France : une tendance récente moins favorable que dans le passé », DT170, INED, 2011 ; « Espérance de santé en France », EHLEIS Rapport nationaux, Numéro 6, Avril 2013 ; Information presse, Inserm, 17 avril 2013 : <http://presse-inserm.fr/esperance-de-vie-en-bonne-sante-dernieres-tendances/7858/>

<sup>33</sup> The European Community Household Panel (1995-2001)

<sup>34</sup> Statistics on Income and Living Conditions (2004-2011)

**Graphique 11 : Espérance de vie (EV) et Espérance de vie sans incapacité (EVSI) à 65 ans en France et dans l'Union européenne (UE15 et UE25) issues des enquêtes ECHP (1995-2001) et SILC (2004-2010) chez les hommes**



Source : *Espérance de santé en France, EHLEIS Rapport nationaux, Numéro 6, Avril 2013*

[136] Au total, le choix de l'approche pour mesurer la morbidité dépend du champ des dépenses sur lesquelles on veut évaluer son impact

[137] Si on veut mesurer l'impact de l'évolution de l'état de santé ou de la morbidité sur celle des volumes hospitaliers champ MCO, on choisira préférentiellement l'approche médicale.

[138] Si on veut mesurer l'impact de l'évolution de l'état de santé ou de la morbidité sur celle des dépenses médico-sociales ou d'autonomie, on choisira préférentiellement l'approche fonctionnelle.

### 2.2.3 Une fois l'approche et le scénario retenus pour anticiper l'état de santé, de fortes imprécisions persistent

[139] Ces hypothèses ne peuvent pas prendre en compte les facteurs de risque émergents (obésité, tabac, facteurs environnementaux...), d'éventuelles nouvelles maladies (VIH/SIDA...), la médicalisation des pathologies qui n'étaient pas reconnues comme telles (démence et personnes âgées,...) ou d'éventuelles épidémies comme la grippe H1N1 de 2009 ayant entraîné une augmentation conjoncturelle non négligeable des passages aux urgences et des hospitalisations pour motifs de grippe.

[140] De plus, la diminution de la morbidité n'entraîne pas nécessairement une diminution des dépenses de santé et des volumes hospitaliers. En effet, l'amélioration de l'état de santé à un âge donné permet d'envisager des traitements plus invasifs et plus coûteux et n'implique pas nécessairement une consommation de soins moins forte dans l'avenir.

[141] Il apparaît donc difficile d'évaluer l'impact de l'évolution de la morbidité ou de l'état de santé dans l'évolution des volumes hospitaliers.

[142] Cependant, certaines de ces évolutions pourraient être modélisables. Nous savons par exemple que l'épidémie d'obésité va se traduire par une augmentation sensible de certaines morbidités coûteuses comme les prothèses articulaires, les maladies cardiovasculaires,...

[143] C'est ainsi qu'en s'appuyant sur un groupe d'experts, la DREES a réalisé une étude portant sur l'impact du vieillissement sur les structures de soins à horizon 2010, 2020 et 2030.

[144] UNICANCER a également analysé les impacts capacitaires de l'évolution des prises en charge en cancérologie en s'appuyant sur les prévisions de l'IARC (International Agency for Research on Cancer) et sur une identification et une qualification des principales évolutions grâce au concours d'experts intervenant en CLCC et dans d'autres structure de soins ou industrielles en France et à l'étranger. Ces évolutions ont été validées par un comité scientifique composé d'experts représentant les différentes disciplines de la prise en charge en cancérologie puis analysées en termes d'évolutions capacitaires des établissements de santé. D'ici 2020, on observerait ainsi une augmentation globale de 8% à 10% de patients pris en charge en cancérologie. Cette évolution se caractériserait par une diminution de la durée de séjour de 20%, une diminution du nombre de séjours de 15% et une diminution des lits de 19% en hospitalisation complète de chirurgie. La prise en charge se déformerait au profit de la chirurgie ambulatoire avec une augmentation du nombre de séjours de +135% nécessitant une augmentation du nombre de places de +40%.

**Recommandation n°2 : Réaliser une étude comme celle d'Unicancer, pour toutes les pathologies chroniques d'incidence croissante, pour tenter de décrire les besoins futurs.**

## 2.2.4 L'isolement social majore l'impact de l'état de santé en allongeant la durée des séjours de 16 à 33%

[145] La précarité a un impact sur les volumes hospitaliers via deux canaux :

- D'une part, les patients précaires présentent des séjours plus lourds ;
- D'autre part, à état de santé équivalent, les durées de séjour des patients précaires sont plus longues, c'est ce qui entraîne un surcoût dans leur prise en charge.

[146] L'allongement de la durée des séjours des patients précaires a été chiffré, selon les études, entre 16 et 33%, à pathologie égale.

[147] Plus que la situation financière, c'est l'isolement social qui allonge la durée de séjour. Des travaux de la mission PMSI<sup>35</sup> ont montré que, à case-mix constant, les patients dits précaires avaient une durée de séjour globalement supérieure de 33% à celle des patients non-précaires et que leurs séjours coûtaient environ 30% plus cher. Ces résultats sont d'autant plus marqué que la précarité est liée à un isolement social (+62% pour la DMS et +55% pour les coûts). L'analyse de la structure de coût montrait que ce surcoût était directement lié à l'allongement de la durée de séjour et non à une prise en charge médicale plus lourde.

[148] Une étude de la DREES de 2010<sup>36</sup> montre que toutes choses égales par ailleurs (notamment sur l'âge, le sexe et le case-mix), on observe un allongement des durées moyennes de séjour de +16% pour les séjours précaires. L'isolement social et la mauvaise qualité du logement pris isolément majorent la durée moyenne de séjour respectivement de +17% et +18%. La prise en compte de ces deux indicateurs à la fois majore la durée de séjour de +26%. En revanche, le niveau de revenu, l'accès aux droits et le logement inadéquat à eux seuls ne font pas varier la durée de séjour.

[149] Ces études tendent à montrer que la recherche de solutions d'aval est le point crucial de la prise en charge de la précarité à l'hôpital.

---

<sup>35</sup> Mathy C, Bensadon M, « Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires », Journal d'économie médicale, vol. 20, n° 5 : 263-278, 2002

<sup>36</sup> Yilmaz E, Raynaud D, « Les patients en situation de précarité accueillis en court séjours restent-ils plus longtemps à l'hôpital ? », Le panorama des établissements de santé, DREES, 2010

[150] Si la lourdeur des séjours des patients précaires se code dans le PMSI comme n'importe quels autres séjours, les éléments de précarité expliquant l'allongement de la DMS ne se codent pas. En effet, seul le code « Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins » a un caractère classant sur les GHM en induisant un niveau de sévérité 3. Ce surcoût non codé est pris en charge par les dotations MIG. Ainsi, ce « double financement » de la précarité rend difficile toute prospective dans la mesure de son impact dans l'évolution des volumes hospitaliers.

## 2.3 Les changements de pratiques médicales sont un déterminant majeur de l'augmentation de l'activité et aussi un levier pour la maîtrise de cette évolution

[151] Les changements de pratiques peuvent avoir plusieurs causes : progrès technique dans le diagnostic ou la thérapeutique, organisation du système de soins, évolutions des comportements, effet potentiel d'induction d'activité nouvelle par les offreurs de soins, comportements inefficients... Deux facteurs principaux, le progrès technique et l'évolution de l'organisation du système de soins vont être étudiés avant d'estimer l'impact des pratiques sur l'activité et les dépenses hospitalières<sup>37</sup>.

### 2.3.1 Le progrès technique explique une part importante de l'évolution de l'activité

[152] Les exemples qui suivent ont été rapportés à la mission lors des entretiens, tous n'ont pas pu être explorés de manière statistique ni faire l'objet d'une recherche bibliographique approfondie. Il ne s'agit en rien d'une liste exhaustive des progrès techniques ayant pu avoir un impact sur l'activité hospitalière.

#### ➤ De nouvelles techniques d'anesthésie

[153] Les progrès en anesthésiologie ont surtout eu un impact en termes de réhabilitation postopératoire, rendant possible une sortie plus rapide des patients. Deux actes connaissent un fort développement : l'anesthésie locorégionale (ou repérage des nerfs par échographie au moment de l'injection en orthopédie) et l'analgésie postopératoire et anesthésiques locaux (dans la cicatrice par exemple).

#### ➤ Des interventions chirurgicales moins invasives

[154] Moins les interventions chirurgicales sont invasives, moins la réhabilitation postopératoire est longue et moins les complications postopératoires sont nombreuses. La diffusion de ces interventions permet de traiter des patients plus fragiles qu'auparavant. D'où un effet contrasté sur l'activité : des durées de séjours moins longues d'un côté et davantage de séjours de l'autre.

[155] Il s'agit notamment de l'endoscopie, de la cœlioscopie, de la cardiologie interventionnelle<sup>38</sup>, de la radiologie interventionnelle, de la prostatectomie assistée par robot et laser expliquant une partie de la forte augmentation du groupe d'activité « chirurgie transurétrale, autres » qui était de +13,2% entre 2009 et 2011, et de la lithotritie extracorporelle expliquant une partie de l'évolution de 25% du groupe d'activité « explorations et surveillance pour affections du rein et des voies urinaires » entre 2009 et 2011<sup>39</sup>.

<sup>37</sup> L'effet d'induction et l'inefficience seront abordés dans le paragraphe 3.2.

<sup>38</sup> Plus particulièrement rythmologie interventionnelle (pose de défibrillateurs implantables) et TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation – implantation de valves cardiaques par voie transcutanée et non plus chirurgicale à cœur

➤ **Le développement de nouvelles thérapeutiques**

[156] La prise en charge en cancérologie, tant en termes de dépistage que de thérapeutique, a beaucoup évolué ces dernières années entraînant une augmentation importante de la file active des patients atteints de cancer<sup>40</sup>. La file active en chimiothérapie a ainsi augmenté de +4,6% entre 2009 et 2011 et celle de radiothérapie de +16,9%. On observe également une augmentation du nombre de séances par file active. Cette augmentation est de 2,4% entre 2009 et 2011 pour les séances chimiothérapie et de 0,1% pour les séances de radiothérapie<sup>41</sup>.

[157] Ces progrès impactent également l'offre de soins. Une étude réalisée par UNICANCER évalue à 40 % la part des chimiothérapies intraveineuses pouvant être transférées en HAD. Le développement des chimiothérapies orales pourrait entraîner une diminution de 12 % à 14 % des séances. Ces diminutions s'accompagneraient cependant d'une augmentation de l'ordre de 9 % du nombre de consultations d'oncologie médicale. De même, les nouvelles techniques de radiothérapie ciblent mieux les lésions mais impliquent plus de temps machine. L'étude d'UNICANCER évalue à 9 % le besoin supplémentaire en accélérateur ou machine de radiothérapie à horizon 2020.

➤ **Le progrès technique en matière de prévention, diagnostic et dépistage**

[158] Si le but de la prévention est de diminuer le recours futur au système de soins, l'impact du dépistage sur les volumes hospitaliers est plus difficile à appréhender. En effet, il permet de poser un diagnostic plus précocement, améliorant ainsi le pronostic et allongeant en conséquence la durée de prise en charge du patient. Il entraîne une augmentation du nombre d'actes réalisés (coloscopie de dépistage du cancer du colon, dosage sanguin de PSA et biopsies de prostate pour le dépistage du cancer de la prostate).

[159] Les progrès diagnostiques réalisés ces dernières années sont marqués par le développement des diagnostics personnalisés (marqueurs tumoraux, mutations particulières,...) via des plateformes de biologie moléculaire. Ces techniques ne sont pas seulement utilisées en première intention mais également lors de récidives. D'ici 2020, on pourrait ainsi observer une multiplication par deux à trois de l'activité de biopsie entraînant un besoin d'équipement, de places et de personnel accru.

### **2.3.2 Des marges de manœuvre résident dans l'organisation de l'offre de soins**

#### **2.3.2.1 La chirurgie ambulatoire présente encore un potentiel de développement d'au moins 10 %**

[160] Le développement de la chirurgie ambulatoire permet une diminution du risque nosocomial, une amélioration du bien-être des patients et une diminution des coûts. Plusieurs actions ont été mises en œuvre afin d'augmenter son recours : incitation tarifaire, mise sous autorisation préalable de l'assurance maladie (MSAP), fixation d'un objectif national,...

---

ouvert) : on observe une augmentation du groupe d'activité « chirurgie cardiaque, autres » de +11,9% entre 2009 et 2011 et une baisse des groupes d'activités « chirurgie valvulaire » (-0,4%) et « pontages coronaires » (-4,8%).

<sup>39</sup> Données ATIH PMSI MCO 2009-2011

<sup>40</sup> Tous les éléments d'analyse sur la cancérologie s'appuient sur une identification et une qualification des principales évolutions de la prise en charge en cancérologie d'ici à 2020 réalisée sur l'égide d'Unicancer grâce au concours d'experts intervenant en CLCC et dans d'autres structure de soins ou industrielles en France et à l'étranger. Ces évolutions ont été validées par un comité scientifique composé d'experts représentant les différentes disciplines de la prise en charge en cancérologie puis analysées en termes d'évolutions capacitives des établissements de santé.

<sup>41</sup> Données ATIH PMSI MCO 2009-2011

[161] On observe ainsi une évolution positive du recours à la chirurgie ambulatoire. Son taux, sur les 18 premiers GHM concernés par l'incitation tarifaire est passé de 45,9% en 2004 à 74,6% en 2010, la part de la chirurgie ambulatoire dans le total des journées de chirurgie est, quant à elle, passée de 10,7 % à 15,5 %, et de 37 % à 46 % dans le total des entrées. Concernant les établissements mis sous MSAP, on observe une augmentation moyenne de 25 points du taux de chirurgie ambulatoire sur les actes concernés. Le taux global de chirurgie ambulatoire est passé de 32% en 2007 à 37,8% en 2010, les capacités de MCO ambulatoires sont passées de 44 143 lits en 1998 à 58 529 lits en 2008.

[162] À l'inverse, le nombre de journées et d'entrées en hospitalisation complète a suivi la dynamique inverse, avec une baisse globale sur la période de 11 % pour le nombre d'entrées et de 15 % pour le nombre de journées réalisées.

[163] Une étude réalisée par la DREES<sup>42</sup> portant sur l'année 2009 a tenté d'estimer le potentiel de développement supplémentaire de l'activité de chirurgie ambulatoire par catégorie d'actes sur la base de critères simples (séjours de un jour, sans autre acte classant que ceux de la catégorie d'actes analysée). La distribution d'âge des patients a été prise en compte. Cette étude a montré qu'il subsistait encore un potentiel important de développement de la chirurgie ambulatoire avec un potentiel supplémentaire d'au moins 10 % pour les actes suivants : hernies chez l'enfant, varices, résections osseuses et ablation de matériel, arthroscopies, chirurgie de la vulve, du vagin et du col de l'utérus, dilatations et curetages.

[164] L'enquête internationale, menée par l'IAAS (International Association of Ambulatory Surgery) en 2009 montrait que le taux de chirurgie ambulatoire en France était inférieur à celui de nombreux pays européens. Ainsi, sur trente-sept gestes sélectionnés, le taux de chirurgie ambulatoire atteignait 45 % en France alors qu'il était de plus de 65 % dans les pays de l'Europe du Nord. Pour l'ensemble de la chirurgie, ce taux était seulement de 36 % en France, alors qu'il dépassait les 50 % en Europe du Nord.

### 2.3.2.2 L'hospitalisation à domicile permet d'éviter des hospitalisations complètes et de raccourcir des durées de séjour

[165] Entre 2005 et 2010, le nombre d'établissements de HAD a augmenté de 137,4% (soit 292 en 2010), le nombre de journées de 141 %, le nombre de patients de 178,79% (soit 97 624 en 2010) et la valorisation brute de 150,48% (soit 714 M€en 2010)<sup>43</sup>.

[166] Le développement de certains secteurs de l'HAD illustre les progrès réalisés en chirurgie. Ainsi, l'hospitalisation à domicile en post-traitement chirurgical a augmenté de 5,2 % en nombre de journées et de 20,2 % en nombre de séjours entre 2009 et 2010.

[167] De nouvelles techniques sont initiées à l'hôpital puis poursuivies et développées en ville comme les pansements sous pression négative. Ainsi, l'hospitalisation à domicile pour pansements complexes a augmenté de 17,2 % en nombre de journées et de 15,75% en nombre de séjours entre 2009 et 2010.

[168] L'hospitalisation à domicile se développe également de plus en plus dans les secteurs de surveillance. Plusieurs exemples d'évolutions entre 2009 et 2010 :

- ✓ Surveillance post chimiothérapie : +24,8 % en nombre de journées, +42,6 % en nombre de séjours ;
- ✓ Surveillance de grossesse pathologique : +22,4 % en nombre de journées, +22,1 % en nombre de séjours ;

<sup>42</sup> « La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires », DREES, Dossier Solidarité et Santé n°21, 2011

<sup>43</sup> Chiffres fournis par la FNEHAD.

- ✓ Post-partum physiologique +8,6 % en nombre de journées, +9,5 % en nombre de séjours.

[169] En revanche, si l'hospitalisation à domicile permet une diminution des volumes hospitaliers en termes de nombre de séjours, le lien entre hospitalisation à domicile et volumes hospitaliers économiques est moins clair<sup>44,45</sup>.

### 2.3.2.3 Une meilleure organisation de la médecine de ville aura également un impact sur l'activité hospitalière

[170] L'optimisation des parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux, devrait permettre des gains d'efficience et donc une diminution des volumes hospitaliers. Le HCAAM a estimé à 2 Md€ les dépenses injustifiées générées par des hospitalisations inutiles ou inadaptées de personnes âgées<sup>46</sup>.

[171] De manière plus générale, les réorganisations de la médecine de ville et de l'articulation ville-hôpital vont avoir un impact indiscutable sur l'activité hospitalière. Le HCAAM estime que « des politiques visant à assurer des parcours de soins efficents, favorisant un recours rationnel aux différents segments du système de soins, en fonction d'une gradation des prises en charge, permettraient de modérer sensiblement la progression des dépenses, notamment hospitalières. Ces politiques passerait notamment par une nouvelle organisation du travail entre l'hôpital et la ville, mais aussi par une réflexion sur la rémunération des actions de coordination<sup>47</sup> ». Toutefois, à l'heure actuelle, cet impact est difficile à prévoir.

### 2.3.3 Le progrès technique et les évolutions de prise en charge expliqueraient un quart de la progression des dépenses de santé

[172] Il est difficile de quantifier séparément l'effet du progrès technique (diagnostic et thérapeutique) et l'effet des évolutions de prise en charge. La plupart des études évaluent l'effet d'un agrégat « les changements de pratiques » qui est défini de façon négative, comme le résidu qui demeure une fois pris en compte l'effet démographique et l'effet morbidité. La signification exacte de ce résidu est quelque peu floue.

[173] Une étude<sup>48</sup> a mis en évidence l'impact fort des changements de pratiques en tentant d'isoler les effets de l'évolution de la morbidité et des changements de pratiques à morbidité donnée sur la croissance des dépenses hospitalières entre 2000 et 2008. Elle évalue ainsi que les changements dus à l'évolution de la morbidité ont entraîné une augmentation des dépenses hospitalières entre 2000 et 2008 de 2,7% contre 5,1% pour les changements de pratiques à morbidité donnée. Les changements de pratique expliquent 26% de la progression.

---

<sup>44</sup> La note de veille, Centre d'analyse stratégique, n°181, juin 2010

<sup>45</sup> « Le recours à l'hôpital en Europe », HAS, mars 2009

<sup>46</sup> « Assurance maladie et perte d'autonomie », HCAAM, Rapport adopté le 23 juin 2011

<sup>47</sup> « Vieillissement, longévité et assurance-maladie », HCAAM, Note d'avril 2010

<sup>48</sup> Dormont B, Huber H, « Vieillissement de la population et croissance des dépenses de santé », Rapport pour l'Institut Montparnasse

### 2.3.3.1 L'effet du progrès technique est difficile à mettre en évidence

[174] Selon la théorie économique, le développement du progrès technique dans la santé s'exerce de deux manières<sup>49,50,51,52</sup> :

- Par substitution d'autres traitements et changement des modalités de prise en charge (transfert hôpital/ville, hospitalisation/séances) : dans ce modèle, une innovation peut conduire à réduire les dépenses de santé (par exemple les vaccins) ;
- Par diffusion du traitement et utilisation croissante : dans ce modèle l'innovation peut accroître les dépenses de santé en soignant des pathologies non traitées auparavant et en révélant une demande de soins (par exemple, chirurgie non invasive).

[175] Empiriquement il est difficile de déterminer la résultante de ces deux effets et plus largement d'identifier précisément ce qui relève du progrès technique dans l'augmentation des volumes hospitaliers.

[176] Par ailleurs, le progrès technique en général favorise la croissance économique et donc la croissance des dépenses de santé par un effet revenu.

### 2.3.3.2 L'effet de la prise en charge (hospitalisation complète, partielle, et ambulatoire) conduirait à une diminution du volume économique

[177] Les modifications des prises en charge hospitalières (type et durée d'hospitalisation) ont deux effets qui jouent en sens contraire sur les dépenses :

- Diminution des dépenses quand l'hospitalisation partielle se substitue à l'hospitalisation complète ;
- Augmentation des dépenses quand la possibilité d'hospitalisation partielle crée une nouvelle offre et donc une nouvelle demande.

[178] Une étude de la DREES<sup>53</sup> a montré qu'en raison des changements de prise en charge le nombre de séjours en 2004 a été inférieur de 14 % à ce qu'il aurait dû être à pratiques inchangées, compte tenu de l'évolution de la population. L'effet « diminution des dépenses » l'emporterait sur l'effet « augmentation des dépenses ». L'impact du vieillissement sur l'activité n'est donc pas inéluctable : la marge de manœuvre peut résider dans le développement d'une offre de soins en ambulatoire et dans une meilleure réponse aux besoins d'aval.

[179] Ainsi, les prévisions des volumes hospitaliers en nombre de séjours dépendent fortement des évolutions en matière d'amélioration des thérapeutiques, de prévention et d'éducation pour la santé, et de choix d'organisation (développement de soins à domicile, transferts rapides en soins de suite, etc.).

**Recommandation n°3 : Réitérer l'étude de la DREES en élaborant plusieurs scénarios de prévision des capacités hospitalières mais aussi des séjours par domaines d'activité.**

---

<sup>49</sup> Gelijns A, Rosenberg N, « The dynamics of technological change in medicine », Health Affairs, summer, p. 29-46, 1994

<sup>50</sup> Missègue N, Peirera C, « Les déterminants de l'évolution des dépenses de santé », Solidarité et Santé n°1, DREES, 2005

<sup>51</sup> Dormont B, « Les dépenses de santé : une augmentation salutaire ? », collection du CEPREMAP, éditions ENS rue d'Ulm, 2009

<sup>52</sup> Cutler D, McClellan M, « Is technological change in medicine worth it ? », Health Affairs, 20 (5), p. 11-29, 2001

<sup>53</sup> Mouquet MC, Oberlin P, « Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030 », DREES, Dossiers Solidarité et Santé, n° 4-2008

[180] Sur notre période d'étude, la CNAMTS contredit le résultat de la DREES et montre que le deuxième effet l'emporterait sur le premier. La substitution hospitalisation complète/hospitalisation de jour augmenterait les volumes économiques de 0,3 %<sup>54</sup>. Mais la méthode utilisée par la CNAMTS (étude à classification et tarifs constants) conduit à minorer le premier effet (diminution des dépenses), si bien qu'au total, la validité du résultat paraît contestable. De plus, les modifications de prise en charge ne peuvent pas s'appréhender uniquement par le seul spectre hospitalisation complète/hospitalisation partielle. En effet, les modifications de prise en charge impactent également la médecine de ville et l'activité externe hospitalière.

[181] L'effet prise en charge peut s'avérer très différent suivant le secteur d'activité concerné. L'impact des modifications de prise en charge hospitalisation complète/hospitalisation partielle a entraîné une diminution de 0,7% des volumes hospitaliers de chirurgie digestive entre 2009 et 2011 et de 0,4% des volumes de cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels (en raison du développement de la chirurgie ambulatoire). A contrario, l'effet prise en charge a augmenté de 4,5% les volumes hospitaliers du groupe de planification « maladies immunitaires, du sang, des organes hématopoïétiques, tumeurs de siège imprécis ou diffus » sans que l'on puisse l'expliquer.

## 2.4 Le contexte institutionnel favorise une augmentation de l'activité

### 2.4.1 La tarification à l'activité encourage l'activité

[182] La T2A consiste à répartir une enveloppe fixée par le Parlement au sein de l'ONDAM en fonction de l'activité des établissements. Dès lors que les recettes dépendent de l'activité, deux solutions s'offrent aux établissements pour équilibrer leur budget : réduire les coûts en améliorant leur organisation et leur part de marché d'une part et optimiser leurs recettes d'autre part. Cette deuxième voie se traduit par un développement de l'activité mais aussi une amélioration du codage des actes, la T2A ayant suscité un intérêt nouveau pour le suivi de l'activité.

[183] Toutes les études internationales<sup>55</sup> constatent que l'introduction d'une tarification à l'activité coïncide avec une augmentation du volume d'activité, que ce soit en raison d'un effet réduction de la file d'attente (exemples de la Grande-Bretagne et de l'Europe du Nord) que d'une augmentation du nombre et de la valorisation des actes.

[184] Lors de l'introduction de la T2A, les taux d'occupation dans le public et le privé n'étaient pas les mêmes (faibles pour le public, à la limite de la saturation pour le privé). La T2A a permis au secteur public d'accroître sa productivité, soit par une augmentation du nombre de patients traités, soit en ajustant les capacités à l'activité réelle alors qu'auparavant le nombre de lits était un marqueur de l'importance de l'établissement justifiant sa dotation. Il semblerait que la croissance de l'activité plus importante dans le public soit la « queue de comète » de ce phénomène de ratrappage en termes de part de marché entre public et privé. Plusieurs personnes auditionnées ont également évoqué les dépassements d'honoraires du secteur privé comme facteur explicatif du déport de la patientèle du privé vers le public, mais aucune étude n'a pu étayer ce constat.

---

<sup>54</sup> CNAMTS, Rapport Charges et Produits pour 2014

<sup>55</sup> Par exemple IRDES Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) DT n°23, mars 2009.

[185] Les établissements essaient d'optimiser leurs ressources pour parvenir à l'équilibre. La contrainte du retour à l'équilibre devient plus forte à partir des années 2007-2008 ce qui a conduit les établissements en déficit à inscrire des prévisions d'augmentation de l'activité dans leur EPRD. Pour parvenir à l'équilibre, certains établissements ont fait le pari d'une augmentation de l'activité bien plus que d'une réduction des coûts.

[186] En parallèle, la réorganisation en pôles des hôpitaux et le développement du contrôle de gestion médicalisé ont resserré les liens entre cliniciens et gestionnaires, sensibilisant les premiers à la contrainte financière. Les établissements de santé ont alors tous fait des efforts conséquents pour mieux coder l'activité. S'il est difficile de chiffrer précisément l'impact de l'amélioration du codage (tant en exhaustivité qu'en qualité) sur l'augmentation des volumes, il est très probable que ces efforts ont conduit à une augmentation des volumes (cf. 2.5).

[187] La nécessité de freiner la croissance de l'ONDAM et le mécanisme de régulation (baisse des tarifs en cas d'augmentation de l'activité hospitalière globale) conduit par ailleurs mécaniquement les établissements à augmenter leur activité afin de compenser une baisse de tarifs anticipée. Cette stratégie a été décrite par plusieurs directeurs d'hôpitaux auditionnés.

[188] Enfin, dans le système de financement actuel, la concurrence joue sur la croissance de l'activité. Une étude de la DREES<sup>56</sup> montre que, sur la période 2005-2008, les volumes d'activité des hôpitaux publics ont augmenté plus que ceux du privé avec l'introduction de la T2A et ont d'autant plus crû que la concurrence locale était forte.

**Recommandation n°4 : Réalisation d'études visant à analyser les déterminants de la répartition des parts de marché entre secteur public et secteur privé (par exemple, les dépassements d'honoraires) et entre secteur ambulatoire et secteur hospitalier (par exemple, insuffisance de l'offre ambulatoire impactant à la hausse les volumes d'actes et consultations externes et de passages aux urgences).**

#### 2.4.2 La démographie médicale au sein des établissements est également dynamique même si le lien entre nombre de médecins et activité est difficile à mettre en évidence

[189] Entre 2009 et 2011, le personnel médical<sup>57</sup> a augmenté dans tous les secteurs. Cette augmentation s'élève entre 2 et 3%. Il y a probablement un effet de la démographie sur l'activité, mais il est difficile de le mettre en œuvre au niveau global car il est masqué par d'autres effets. Les données sur le personnel médical salarié ont été fournies en ETP tandis que celles sur les libéraux sont en effectif, ce qui rend impossible une vision d'ensemble.

Tableau 15 : Evolution du personnel médical MCO entre 2009 et 2011

	public		privé non lucratif		privé	
	Evol. 2009-2011	nombre 2011	Evol. 2009-2011	nombre 2011	Evol. 2009-2011	nombre 2011
salariés (en ETP)	3%	30351,78	2%	3415,46	24%	625,22
libéraux (effectif)	-24%	993	-2%	3187	2%	32376

Source : DREES

<sup>56</sup> T2A et concurrence non tarifaire, quel impact sur l'activité, à paraître.

<sup>57</sup> Médecins pharmaciens, dentistes, biologistes, hors internes.

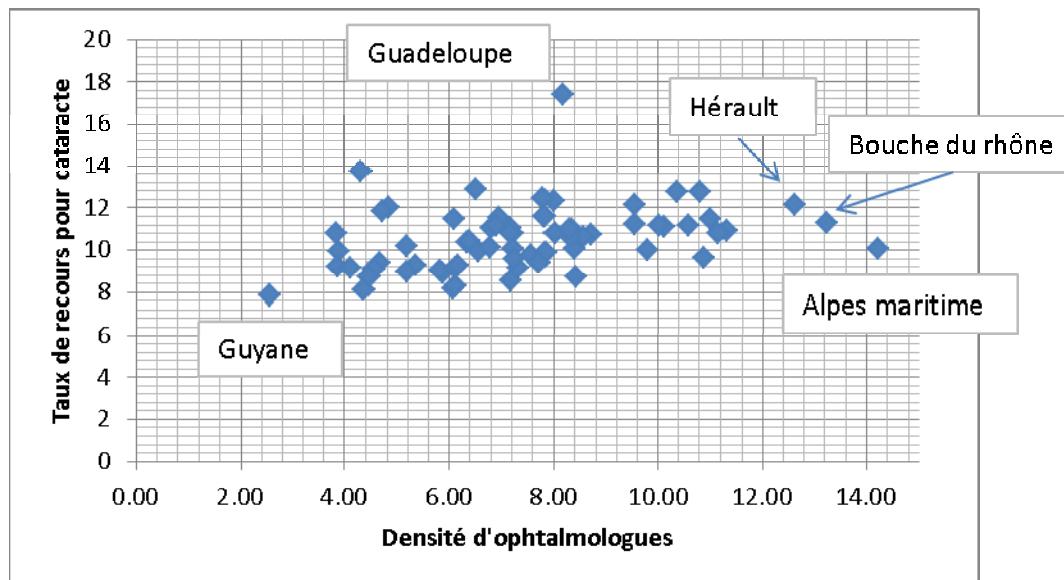
[190] A la demande de la mission, l'ATIH a étudié la corrélation entre la densité d'ophtalmologistes et le taux de recours à l'opération de la cataracte (standardisé sur l'âge et le sexe de la population). En 2011 sur les territoires de santé sélectionnés<sup>58</sup>, plus la densité d'ophtalmologues est élevée, plus le taux de recours pour chirurgie de la cataracte est élevé et plus la part de séjours pour cataracte parmi les séjours des 65 ans et plus est élevée. Paris présente une situation atypique avec un taux de recours pour cataracte similaire à la moyenne nationale, et une densité d'ophtalmologues près de deux fois supérieure à la moyenne nationale.

Tableau 16 : Coefficient de corrélation avec le taux de recours pour cataracte standardisé

	Densité d'ophtalmologues	Part de séjours pour cataracte parmi les séjours des 65 ans et plus
Avec Paris	0.26	NS
Sans Paris	0.34	0.31

Source : ATIH

Graphique 12 : Dispersion des départements/territoires de santé sur le taux de recours pour cataracte en fonction de la densité d'ophtalmologues, sans PARIS (coefficient de corrélation = 0.34, significatif au seuil de 1%)



Source : ATIH

[191] Pour autant on ne peut tirer une causalité de cette corrélation. En effet, le taux de recours et la densité d'ophtalmologues sont corrélés tous les deux au nombre d'heures d'ensoleillement.

**Recommandation n°5 : Approfondir l'étude du lien entre densité des médecins et taux de recours.**

<sup>58</sup> La densité d'ophtalmologues étant disponible par département, et les taux de recours par territoire de santé, il a été convenu de mener l'analyse uniquement sur les territoires de santé correspondant à un département ou à une région, soit 68 territoires de santé (sur 107) qui représentent 68,9% de l'activité de chirurgie de la cataracte chez les 65 ans et plus en 2011.

## 2.5 L'amélioration de la valorisation des séjours a également contribué à une augmentation des volumes hospitaliers

[192] La valorisation des séjours repose sur :

- Le codage de l'information médicale du séjour ;
- La facturation du séjour.

[193] Le codage est devenu un enjeu stratégique depuis la mise en place de la T2A en 2004. En effet, les établissements de santé sont désormais financés en fonction de leur activité qui est décrite par le PMSI. La description de l'activité par le PMSI repose sur le codage de l'information médicale.

[194] Un codage imprécis ou non exhaustif de l'information médicale peut ainsi entraîner des pertes de recettes non négligeables pour les hôpitaux. A contrario, un codage amélioré génère une augmentation des volumes hospitaliers et des recettes pour l'établissement de santé. Cela a conduit les établissements de santé à développer une stratégie de codage de l'information médicale par un renforcement des effectifs des DIM.

### 2.5.1 Peu de progrès supplémentaires sont à attendre en matière d'exhaustivité du codage qui est proche de 100 %

[195] L'exhaustivité du codage est représentée par le rapport entre le nombre de résumés d'unité médicale codés et le nombre de ceux générés pour les patients sortis depuis le début de l'année, mesuré pour la fin du mois (après la remontée mensuelle des données PMSI).

[196] L'amélioration de l'exhaustivité du codage entraîne une augmentation des volumes hospitaliers par un effet quantité ou nombre de séjours.

[197] L'évolution du nombre de séjours peut également être impactée par un effet facturation. En effet, la complexité de la chaîne de facturation et le nombre d'intervenants (le service des admissions pour les informations administratives, le DIM pour l'information médicale, le service des frais de séjours,...) peuvent entraîner des irrégularités se traduisant par une double facturation ou une absence de facturation.

[198] Ainsi, une part de la progression d'activité de ces dernières années provient probablement non d'un surcroît d'activité mais d'une amélioration du codage et de la facturation. A l'heure actuelle, malgré l'absence de données nationales, les différents DIM rencontrés font état d'un taux d'exhaustivité en N+2 pour l'exercice N (une fois ajoutées les transmissions Lamda c'est-à-dire les transmissions en N+1 et N+2 pour l'exercice N) proche de 100% depuis déjà plusieurs années. Un palier a ainsi été atteint en matière d'exhaustivité du codage.

[199] Le développement prochain de la FIDES<sup>59</sup> (facturation individuelle des établissements de santé à l'encontre de l'assurance maladie impliquant une transmission des données de facturation par patient et non plus par période mensuelle) et le raccourcissement du délai de la procédure Lamda<sup>60</sup> ont poussé les établissements de santé à améliorer leur processus de facturation. Ces changements de règles pourraient entraîner un gain d'exhaustivité en matière de facturation mais une perte de qualité du codage de l'information médicale par un moindre temps disponible pour le contrôle du codage. La mission estime toutefois qu'en raison de l'anticipation des établissements, l'impact à la baisse sur les volumes sera probablement faible.

## 2.5.2 La qualité du codage pourrait encore présenter des marges d'amélioration et jouer à la hausse sur les volumes d'activité

[200] L'amélioration de la qualité du codage entraîne une évolution des volumes hospitaliers par un effet structure. Une correction du sous-codage amène à une augmentation des volumes hospitaliers notamment par augmentation des niveaux de sévérité des GHM, alors qu'une correction du surcodage amène au contraire à une diminution des volumes.

[201] On ne connaît pas à l'heure actuelle l'étendue exacte des pertes de recettes liées au sous-codage ni celle des dépenses injustifiées liées au surcodage. Il est en effet difficile de différencier l'effet codage de l'effet case-mix ce qui limite tout exercice de projection sur les effets futurs de l'amélioration de la qualité du codage sur l'évolution des volumes hospitaliers. L'impact du sous-codage sur l'évolution des volumes hospitaliers ne s'approche que par la procédure Lamda, celui du surcodage par les contrôles de l'assurance maladie.

### 2.5.2.1 Les récupérations Lamda propres à l'amélioration du codage ont augmenté les dépenses hospitalières d'environ 100 M€ chaque année

[202] Selon l'ATIH, sur un historique 2009-2011<sup>61</sup>, l'activité transmise via LAMDA a généré en termes de masse financière, pour ce qui est de la seule modification de séjours déjà transmis :

- Pour l'exercice 2008, un total de 96,4 M€ de recettes supplémentaires transmises en 2009-2010 ;
- Pour l'exercice 2009, un total de 135,4 M€ de recettes supplémentaires transmises en 2010-2011 ;
- Pour l'exercice 2010, 75,6 M€ de recettes supplémentaires transmises en 2011.

[203] Parmi les 651 structures ex-DG ayant eu une activité MCO soumise à la tarification à l'activité sur la période 2008-2010, près des deux tiers ont eu recours au module LAMDA au moins une fois. La quasi-totalité des CHR est concernée : l'activité transmise par les CHU représente, en moyenne, les deux tiers des recettes supplémentaires engendrées. En revanche, seuls 38,5 % des établissements privés à but non lucratif ont utilisé le module LAMDA générant moins de 4 % des recettes supplémentaires par exercice. Les régions les plus concernées par les LAMDA sont la Corse, la Franche-Comté, l'Ile-de-France, la Lorraine et les DOM.

---

<sup>59</sup> Généralisation prévue entre le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et le 1<sup>er</sup> mars 2016, d'abord pour les actes et consultations externes puis pour les séjours.

<sup>60</sup> Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, les établissements disposent d'un délai de 1 an à compter de la date de réalisation de l'acte ou de la date de fin du séjour hospitalier (2 ans auparavant), pour émettre et transmettre leur facture initiale et éventuellement leurs factures complémentaires ou rectificatives.

<sup>61</sup> Analyse des transmissions Lamda – Historique des transmissions 2009-2011, ATIH, Service Financement des établissements de santé – Pôle Suivi de l'ONDAM hospitalier

[204] Les recettes supplémentaires sont de nature différente selon que la transmission intervient l'année suivant l'exercice de soins (N+1) ou deux ans après (N+2). Les recettes N+1 sont les plus élevées et sont les plus diversifiées en termes de nature de prestations : plus de 20% portant sur de l'activité externe. Les recettes N+2 en revanche couvrent essentiellement de l'activité de séjours et émane majoritairement d'un recodage de caractéristiques de séjours ayant entraîné une modification de GHM/GHS concernant des séjours qui avaient déjà été transmis. En outre, la nature de ces activités transmises avec retard varie selon l'exercice considéré (les transmissions Lamda N+1 de l'exercice 2009 ne sont pas de même nature que celles de l'exercice 2010), ce qui rend très complexe la prévision.

### **2.5.2.2 Les contrôles de l'assurance maladie, quant à eux, ont conduit à diminuer les volumes de l'ordre de quelques dizaines de millions d'euros**

[205] Les campagnes 2007, 2008 et 2009 ont donné lieu à des récupérations d'indus pour, respectivement 26 M€, 14 M€ et 30 M€, et pour les deux secteurs d'hospitalisation de court séjour, à des sanctions financières proposées aux commissions exécutives des anciennes ARH, pour un montant de 4 M€en 2007, 14 M€en 2008 et de l'ordre de 42 M€en 2009<sup>62</sup>.

### **2.5.2.3 Les hôpitaux se sont organisés pour améliorer le codage de l'information médicale**

[206] Beaucoup d'établissements publics ont professionnalisé le codage en déployant des techniciens d'information médicale (les TIM) dans les pôles ou au contraire en centralisant le codage (cf. annexe 2). Les effectifs consacrés au recueil des données ont augmenté. Ainsi le CHU de Toulouse qui s'est engagé dans cette démarche depuis 2009, a déployé en 2013 33 TIM. Le CHU de Strasbourg a déployé 10 TIM en 2012, et probablement 15 en 2013 et 20 en 2014. Ces exemples ne sont pas des cas isolés et mettent en évidence un renforcement des moyens consacrés à l'amélioration du codage qui s'est nécessairement traduit par un surcroît d'activité codé et tarifé. Toutefois, aucun établissement n'a été en mesure de fournir à la mission de données permettant de quantifier les volumes d'activité et les recettes « récupérées » par les moyens supplémentaires consacrés à la professionnalisation du codage. Il n'existe par ailleurs que très peu de publications sur le sujet. La mission recommande d'améliorer la production de connaissances sur ce point.

### **Recommandation n°6 : Renforcer les activités de recherche des départements d'information médicale.**

[207] En tout état de cause, les actions entreprises vont vraisemblablement avoir pour conséquence une augmentation des volumes hospitaliers dont l'ampleur est difficilement prévisible. Cette augmentation sera la conséquence d'une modification du case-mix, notamment par augmentation des niveaux de sévérité des GHM et non la conséquence d'une augmentation du nombre de séjours. La mise en place de la FIDES et par conséquent la fin des transmissions Lamda et la poursuite des contrôles de l'assurance maladie, permettront d'en limiter les impacts.

---

<sup>62</sup> Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité, Ministère de la Santé et des Sports

## 2.5.3 La détection du contournement des règles de facturation doit être renforcée

- [208] Les établissements de santé peuvent également être tentés de maximiser leurs recettes en contournant le dispositif financement des établissements de santé. Ces pratiques sont diverses : transfert de l'activité externe et ambulatoire vers de l'hospitalisation complète, allongement de la durée de séjour, fragmentation des séjours, passage vers les GHS les plus rémunérateurs, accroissement du nombre de suppléments, codage des comorbidités, etc.
- [209] Depuis le passage à 100 % à la tarification à l'activité dans le secteur anciennement sous dotation globale (2008), ainsi que la mise en place de la version 11 de la classification des GHM (2009), l'ATIH a développé dans le cadre de son contrat d'objectif et de performance, des outils de suivi et de contrôle de l'activité telle la « détection de ces pratiques de contournement du dispositif de financement ». Des indicateurs font l'objet d'un suivi mensuel.
- [210] Ainsi, la fragmentation des séjours est détectée par l'indicateur suivant : en cas de permission ou en cas de mutation entre deux services d'un même établissement juridique, deux séjours sont facturés au lieu d'un seul<sup>63</sup>. Les données de l'ATIH montrent une relative stabilité entre 2010 et 2012 dans les établissements ex-DG (10 455 séjours en septembre 2010 versus 10 029 en septembre 2012) comme dans les établissements ex-OQN (1 333 séjours en septembre 2010 versus 1 207 en septembre 2012). Il n'est cependant pas possible de comparer les résultats entre les deux secteurs car ils ne sont pas rapportés à l'activité globale de chaque secteur.
- [211] L'allongement de la durée de séjour ou l'évitement des bornes basses ou du niveau T<sup>64</sup> est approché par la part des séjours de niveau 1 dans l'ensemble des séjours de niveaux 1 + T. Les données montrent également une relative stabilité dans les deux secteurs que ce soit en termes de nombre de séjours (de 59,4% en septembre 2010 à 60,2% en septembre 2012 pour les établissements ex-DG et de 51,7% en septembre 2010 à 50,9% en septembre 2012 pour les établissements ex-OQN) qu'en termes de volume économique<sup>65</sup> (de 77,7% en septembre 2010 à 77,8% en septembre 2012 pour les établissements ex-DG et de 70,6% en septembre 2010 à 70,0% en septembre 2012 pour les établissements ex-OQN). On remarque par ailleurs que cette pratique semble est plus répandue dans le secteur ex-DG que le secteur ex-OQN. Cependant, l'absence de taux cible ne permet pas de conclure quant au réel caractère intentionnel et injustifié de ce qui est observé.
- [212] Enfin, le passage vers les GHS les plus rémunérateurs (ou l'effet racine) est approché par la part de racines mieux valorisées sur les racines apparentées<sup>66</sup>. Les données objectivent une légère augmentation que ce soit en termes de nombre de séjours (de 22,0% en septembre 2010 à 23,6% en septembre 2012 pour les établissements ex-DG et de 13,3% en septembre 2010 à 14,0% en septembre 2012 pour les établissements ex-OSN) qu'en termes de volume économique (de 34,5% en septembre 2010 à 36,4% en septembre 2012 pour les établissements ex-DG et de 20,8% en septembre 2010 à 21,8% en septembre 2012 pour les établissements ex-OQN). On remarque également que cette pratique est plus étendue dans les établissements ex-DG que les établissements ex-OQN. En outre, ces évolutions sont à interpréter avec prudence car il n'est pas mentionné si elles sont statistiquement significatives.

---

<sup>63</sup> Nombre de séjours avec une date d'entrée égale à la date de sortie ou à la date de sortie plus un jour pour le même patient dans le même établissement de santé.

<sup>64</sup> Le niveau T caractérise pour une racine de GHM donnée sa nature de séjour de très courte durée.

<sup>65</sup> V11d aux tarifs 2012

<sup>66</sup> Exemple de racines apparentées : racine 06C09 « Appendicectomie non compliquée » et racine 06C08 « Appendicectomie compliquée ».

[213] L'ATIH proposent des mesures correctrices en cas de constat d'une déviance. Différentes mesures peuvent être prises :

- Définition ou modification de règles de production des données, puis, si la déviance persiste, possibilité d'inscrire cette règle dans le cadre du contrôle externe ;
- Précisions sur la définition de codes imprécis ou dont l'usage s'étend ;
- Modification des règles servant à la classification des séjours ;
- Modification des échelles tarifaires afin de réduire les effets d'aubaine.

[214] Sur la base de ces résultats, l'ATIH réalise une analyse des évolutions, à la lumière de la connaissance de la pratique médicale. La première évaluation a montré que le niveau d'analyse (indicateurs nationaux) semblait parfois trop global. Le dispositif a donc évolué par la mise en place d'une méthode affinée par établissement et/ou par activité.

[215] Ces indicateurs permettent de détecter des atypies de valorisation des séjours sans préjuger de leur caractère justifié ou non. Ils ne permettent donc pas à eux seuls d'objectiver le contournement des règles de facturation et d'en évaluer l'ampleur.

[216] De plus, l'absence de données concernant les mesures correctrices prises après la détection de déviations persistantes et leur efficacité ou la mise en œuvre de la méthode affinée par établissement et/ou par activité, n'ont pas permis à la mission de procéder à une évaluation de ce dispositif.

**Recommandation n°7 : Renforcer la méthodologie de calcul des indicateurs de détection des pratiques de contournement et approfondir l'analyse des atypies par l'étude du dossier patient afin de juger leur caractère effectivement frauduleux.**

**Recommandation n°8 : Procéder à une évaluation du dispositif de détection des pratiques de contournement du financement des établissements de santé.**

[217] **En conclusion, la mission estime que si la démographie favorise la croissance de l'activité hospitalière (du fait du vieillissement et de la croissance de la population, les séjours augmentent mécaniquement de l'ordre de 2 % en deux ans), d'autres facteurs comme l'innovation technologique et les changements de pratique ont un impact plus fort, qui a pu être estimé jusqu'à un quart de l'accroissement des dépenses en 8 ans. Cet effet est la combinaison d'effets, hospitaliers comme extra-hospitaliers, jouant dans des sens différents, à la hausse (diffusion d'innovations) ou à la baisse (développement de l'hospitalisation à domicile en substitut de l'hospitalisation complète).**

[218] **La croissance et le vieillissement de la population étant exogènes, les marges de manœuvre pour le régulateur résident dans le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète (chirurgie ambulatoire et HAD).**

[219] **La croissance de l'activité observée reflète également une description plus fine et corrélativement une meilleure valorisation des actes. La croissance étonnante de certaines comorbidités conduit à penser qu'elles reflètent moins une dégradation de l'état de santé qu'une optimisation du codage.**

### **3 LE SUIVI, L'ANALYSE ET LA PREVISION DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE DOIVENT ETRE RENFORCES**

#### **3.1 Le suivi de l'activité effectué par l'ATIH doit être plus rigoureux en termes de transparence des données**

##### **3.1.1 Ce suivi mensuel est conduit de façon régulière par l'ATIH**

[220] L'ATIH est chargée, entre autres missions, de la collecte, de l'hébergement et l'analyse de l'activité médico-économique des établissements de santé. Le suivi conjoncturel concerne l'activité et les recettes des établissements. Toute l'activité des établissements antérieurement sous dotation globale (ex-DG) soumise à la tarification à l'activité pour l'exercice en cours entre dans le champ de l'analyse. L'activité analysée est issue des transmissions et des valorisations effectuées dans le PMSI MCO et HAD et donnant lieu à la signature d'un arrêté versement mensuel par l'ARS. Seules les données validées par les ARS participent donc aux calculs.

[221] Pour chaque réunion mensuelle du comité de suivi statistique de l'ONDAM (COSTAT), l'ATIH transmet aux membres une note de conjoncture nationale relative au suivi des dépenses ODMCO du secteur ex-DG, mais pas du secteur ex-OQN. Cette note, finalisée la veille du COSTAT, le plus souvent autour du 25 du mois, porte sur la période allant jusqu'à M-2 : par exemple, la note de mai (M) porte sur les données de janvier, février, mars (M-2). La note de conjoncture nationale présente des résultats sur le constat des recettes perçues par les établissements ainsi qu'une estimation prospective en date de soins, les évolutions en volume économique qui neutralisent à la fois les changements de périmètre tarifaire de la campagne tarifaire, les effets prix (évolution des tarifs) et l'effet convergence intra-sectorielle (coefficients de transition), permettant ainsi une comparaison à champ identique.

[222] En plus de ce suivi national, une note de conjoncture régionale décline ces résultats au niveau régional. Cette note est adressée aux instances nationales quelques jours après le COSTAT. Elle est ensuite diffusée aux ARS via le secrétariat général en charge des ministères sociaux. Le mois suivant, elle est mise en ligne sur SNATIH avec les données relatives au suivi de l'activité disponibles sur SNATIH. Elle présente par région un constat des recettes perçues par les établissements, une évaluation prospective en date de soins, les évolutions en volume économique qui neutralisent à la fois les changements de périmètre tarifaire de la campagne tarifaire, les effets prix (évolution des tarifs) et l'effet convergence intra-sectorielle (coefficients de transition), permettant ainsi une comparaison à champ identique. Dans ce cadre, l'ATIH complète les données du secteur ex-DG par le secteur ex-OQN.

[223] L'agence met également à disposition des régions des fiches infra-annuelles pour réaliser l'analyse de l'activité hospitalière par territoire et par établissement. Les fiches régionales infra-annuelles sont essentiellement à destination des ARS et présentent deux types de données :

- Des éléments de suivi des dépenses qui couvrent tous les champs :
  - ODMCO, MIGAC, DAF et USLD pour le secteur ex-DG
  - ODMCO, MIGAC, OQN PSY et SSR pour le secteur ex-OQN
- Des éléments issus de l'exploitation des case-mix de séjours sur le champ MCO et qui ne couvrent que l'activité de courts séjours financés en GHS.

### 3.1.2 La lisibilité des données pourrait être améliorée

[224] A la lecture du rapport d'activité notamment, il est souvent difficile de distinguer le champ exact des données présentées. Plus précisément, dans certains tableaux les évolutions dites des séjours comprennent également les séances sans que ce soit précisé. Il conviendrait de distinguer les deux.

**Recommandation n°9 : Présenter distinctement l'évolution des séjours et celle des séances.**

**Recommandation n°10 : De façon générale, préciser le champ des données présentées.**

[225] L'ATIH utilise une classification qui répartit les établissements en deux groupes (public y compris CLCC et ex-PSPH d'une part et privés d'autre part). Toutefois, la catégorie « ex-PSPH » utilisée par l'ATIH est désormais obsolète car la loi HPST a substitué les ESPIC (établissements de santé privés d'intérêt collectif) aux établissements PSPH.

**Recommandation n°11 : Modifier la typologie utilisée par l'ATIH pour qu'elle soit cohérente avec la nouvelle réglementation issue de la loi HPST et expliciter le contenu de chaque catégorie d'analyse utilisée.**

[226] Lorsqu'elle réalise des analyses longitudinales, l'ATIH traite les données « à classification constante » afin de comparer l'activité à champ constant. Elle ne précise jamais quels effets de champ sont neutralisés, ce qui gêne l'interprétation des données.

**Recommandation n°12 : Préciser les retraitements faits pour analyser les données « à classification constante ».**

### 3.1.3 L'analyse des séances pourrait être complétée

[227] La radiothérapie dans le privé est absente des remontées PMSI car cette activité, effectuée en cabinet libéral en dehors de tout établissement, est cotée à l'aide de la CCAM. Elle est suivie par la CNAMTS. Comme il existe un transfert d'actes de la chirurgie vers la radiothérapie (par exemple pour le cancer de la prostate et du colon), suivre la totalité de l'activité en radiothérapie en intégrant les données ATIH et CNAMTS est nécessaire pour comprendre l'évolution de l'activité en séances et séjours.

**Recommandation n°13 : Suivre l'évolution de l'activité en radiothérapie dans les établissements privés.**

[228] Dans l'analyse des séances des établissements privés, la dialyse est absente. Or, les données existent mais elles nécessitent un retraitement.

**Recommandation n°14 : Intégrer les données sur la dialyse dans les statistiques sur les séances du secteur privé.**

### 3.1.4 L'analyse des actes et consultations externes est très frustre

[229] Seuls les montants sont connus de l'ATIH. Or ceux-ci présentent des évolutions très heurtées d'une année sur l'autre, évolutions qui n'ont pas été documentées.

**Recommandation n°15 : Surveiller, en raison de leur dynamisme, l'évolution des ACE et expliquer les pics de croissance. Pour cela, renforcer la collaboration entre service médical et service statistique de l'ATIH.**

[230] Seule une partie des passages aux urgences est décomptée, les urgences non suivies d'une hospitalisation.

**Recommandation n°16 :** Mieux répertorier l'ensemble des passages aux urgences.

**3.2 Le suivi de l'activité doit s'assurer que croissance des volumes va de pair avec qualité et pertinence des soins**

[231] La croissance de l'activité hospitalière, même si elle pose problème du point de vue financier, permet de répondre à des demandes non couvertes auparavant et de diminuer le délai d'accès aux soins. Elle est donc bénéfique à deux conditions, que la qualité de délivrance des soins soit maintenue ou améliorée et que les soins soient pertinents. Le suivi des volumes doit également porter sur ces deux aspects afin de détecter une éventuelle induction de la demande et d'éventuelles pratiques non pertinentes ou inadéquates.

[232] Or, si la théorie de la demande induite, difficile à valider empiriquement, semble avoir été mise en évidence en médecine de ville, elle n'a pas été montrée à l'hôpital. On ne peut pas distinguer ce qui relève d'une réponse à des demandes non couvertes auparavant de ce qui serait induit par l'offre.

[233] En revanche, des travaux concernant le suivi de la pertinence des soins viennent de démarrer.

**3.2.1 Des indicateurs de suivi de la qualité des soins existent**

[234] Le ministère chargé de la santé et la haute autorité de santé (HAS) ont ainsi mis en œuvre en 2006 un recueil d'indicateurs de qualité des soins dans les établissements de santé, publics comme privés.

[235] A ce jour, il existe deux grandes familles d'indicateurs :

- celle des sept indicateurs portant sur la lutte contre les infections nosocomiales généralisés par la DGOS ;
- celle des neuf indicateurs de qualité de prise en charge du patient (QUALHAS), généralisés par la HAS.

[236] Un indicateur vient compléter ces deux familles : celui mesurant la satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS), en cours de généralisation.

[237] Chaque année, la collecte des résultats individuels de chaque établissement répondent à l'obligation de transparence instaurée par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST). Leur diffusion publique est réalisée via le site ministériel Platines.

[238] La volonté de diminuer les durées de séjour ou de pratiquer plus systématiquement les interventions en ambulatoire est susceptible de dégrader la qualité des soins et de provoquer des ré hospitalisations qui auraient pu être évitées. De même, certains peuvent être tentés de fractionner les séjours et de générer plusieurs GHM. Le suivi des taux de réadmission et de mortalité à 30 jours constituent des indicateurs d'alerte qu'il conviendrait de suivre.

**Recommandation n°17 :** Généraliser le suivi des taux de mortalité et de réadmission à 30 jours pour les GHM ayant été identifiés comme présentant des risques d'induction de la demande. Ce suivi doit être réalisé au niveau de l'établissement afin de repérer les atypies. Un suivi plus large (au niveau régional par exemple) ne permet pas de repérer l'atypie d'un établissement, qui se fond dans la masse.

### 3.2.2 Le suivi de la pertinence des soins doit encore être consolidé

[239] Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il répond aux besoins du patient et qu'il est dispensé conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la haute autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes, nationales et internationales.

#### 3.2.2.1 Un chantier sur le suivi de la pertinence a été ouvert, associant tous les acteurs

[240] De nouveaux travaux sur la pertinence des soins impliquant tous les acteurs (DGOS, HAS, CNAMTS, ATIH, INCA, fédérations hospitalières, conférences, ARS et usagers) ont débuté mi-2011. Un premier guide sur la pertinence des soins a été élaboré en 2012. Ce guide<sup>67</sup> met à disposition des acteurs régionaux des outils de mesure et de pilotage de la pertinence des soins et aide à la construction des dynamiques nationales, régionales et locales d'animation de la démarche.

[241] Depuis le 1er février 2013, la pertinence des soins fait partie de l'une des dix priorités de gestion de risque (GDR) devant contribuer au respect de l'ONDAM pour 2013. Cet axe sera évalué dans le cadre commun aux autres programmes de GDR sur la base d'un indicateur de suivi et d'un indicateur de résultat qui participera au calcul de l'un des indicateurs des CPOM Etat-ARS. Trente-deux activités ont été retenues pour l'analyse de la pertinence des soins. Cette liste repose sur le recouplement des travaux de l'ATIH, de la CNAMTS et des études nationales et internationales. Les actes prioritaires ont été établis en fonction de différents critères : dispersion importante des taux de recours, gravité des conséquences du geste médical considéré, fréquence et évolution dynamique et faisabilité d'un travail sur cet acte.

[242] Par ailleurs, de nombreux outils développés pour l'évaluation et la mise en œuvre du programme d'amélioration de la pertinence des soins à destination des acteurs locaux.

**[243] Outils développés pour l'évaluation et la mise en œuvre du programme d'amélioration de la pertinence des soins à destination des acteurs locaux :**

- Taux de recours aux soins hospitaliers , mis à disposition sur le Système national d'information sur l'hospitalisation (SNATH) à différents niveaux d'agrégation (indicateurs de pilotage d'activité, activités de Soins M/C/O, catégories d'activités de soins, domaines d'activités, groupes de planification, groupes d'activités) pour repérer des enjeux d'amélioration de la pertinence, complétés début 2013 par les taux de recours à des niveaux plus fins (racines de GHM, gestes) pour 32 activités prioritairement retenues au niveau national. Ces taux ne sont pas directement interprétables et ne sont que des indices pouvant alerter sur une situation atypique, laquelle peut être pleinement justifiée par les besoins de santé de la population. Ainsi, un faible taux de recours n'est pas nécessairement le signe d'un problème d'accès aux soins et un taux élevé de recours n'indique pas nécessairement une surconsommation de soins injustifiée car le taux moyen n'est pas la norme.
- Indicateurs de production des établissements de santé : activité produite par chaque établissement, quel que soit le domicile des patients pris en charge. Indicateurs de consommation en séjours hospitaliers : toutes les prises en charge hospitalière d'une population domiciliée, quel que soit le lieu de prise en charge. La consommation des patients résidant dans le territoire de santé considéré comprend ainsi des prises en charge parfois réalisées hors du territoire de santé considéré, ce qui constitue les fuites extrarégionales.

<sup>67</sup> « Guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins », DGOS, décembre 2012

- Outils d'amélioration de la pertinence des soins, élaborés par la HAS. Il s'agit de programmes d'analyse et d'amélioration des pratiques réalisés par les conseils nationaux de professionnels de santé (CNPS).
- Outils de repérage des atypies de la CNAMTS sur l'appendicectomie et le canal carpien. Ces indicateurs de ciblage sont en cours de consolidation.
- Programme d'accompagnement à l'amélioration de la pertinence des césariennes programmées à terme développé par la HAS, la DGOS et la FHF. Ce programme est une expérimentation devant permettre d'amender ou d'enrichir les outils proposés par la HAS dans ce domaine.

### 3.2.2.2 La démarche, bien engagée, doit être poursuivie

[244] Pendant le premier semestre 2013, les régions ont réalisé un diagnostic intra-ARS en identifiant les atypies à l'aide des différents outils fournis. Un plan d'action régional a été défini dans certaines régions avec les établissements de santé concernés. Les plans d'actions régionaux doivent concerner en priorité les 3 trois activités pour lesquelles un accompagnement national est prévu en 2013, dans la mesure où celles-ci correspondent aux problématiques régionales. Ces 3 trois activités sont la césarienne programmée à terme, l'appendicectomie et la prise en charge du syndrome du canal carpien.

[245] En juin 2013, l'implication des professionnels était effective pour dix ARS. Ces ARS ont commencé à mettre en œuvre un plan d'action pour deux chantiers au choix et ont mis en place des « dialogues de gestion ». Ces instances régionales de dialogue thématiques regroupent l'ARS, la direction de l'établissement de santé et les professionnels de santé dont le président de la CME. Ces instances permettent aux professionnels de s'approprier la démarche, de stimuler des logiques d'auto-évaluation et prendre des décisions collégiales. L'animation locale des ARS est indispensable. Ainsi, après les phases de présentation de la démarche (étape d'analyse et de ciblage), d'échanges d'arguments sur les facteurs explicatifs, de présentation des outils disponibles et des actions possibles, un plan d'action est mis en place avec des indicateurs de suivi. Ces plans d'action viennent juste d'être lancés.

[246] Cette démarche repose sur une logique incitative et non de sanction. En effet, les actions sont intégrées et valorisées dans le développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé et la certification des établissements de santé par l'intermédiaire des évaluations des pratiques des professionnels (EPP) avec des restitutions prévues à 3, 6 et 9 mois à l'ARS. Par ailleurs, ces actions sont également fixées par une contractualisation dans les CPOM ARS-Etablissements de santé. Enfin, il est prévu une intégration des enjeux de la pertinence des soins dans le programme des Epreuves Classantes Nationales (ECN) donnant accès au troisième cycle des études médicales.

**Recommandation n°18 :** Resserrer le suivi des actes à « risque d'induction de demande » et de poursuivre la démarche de repérage et d'explication des atypies à un niveau fin (établissement et pas seulement région).

[247] **Quelques éléments sur les inadéquations hospitalières :**

- [248] Les inadéquations hospitalières correspondent aux lits de MCO occupés de manière non justifiée (sans délivrance de soins ni prise en charge sociale). Dans l'étude nationale<sup>68</sup> des inadéquations hospitalières lancée en 2009 par la DGOS, toute prise en charge d'un patient recevant un soin ou un service (prise en charge sociale, psychologique, préventive, éducative...) est considérée comme adéquate sans présager de la pertinence du soin dispensé.
- [249] Ces inadéquations hospitalières suscitent l'intérêt car elles sont source de sous qualité des soins et d'inefficience dans le système. L'harmonisation des prises en charge pourrait ainsi être un levier non négligeable de régulation des volumes hospitaliers.
- [250] Ainsi, 10,3% des lits de médecine et chirurgie seraient occupés de manière inadéquate un jour donné (5% en chirurgie contre 17,5% en médecine). En termes de séjours, 93% des séjours sont considérés comme adéquats. Ainsi, 7% des séjours présenteraient une inadéquation soit dès l'admission (environ 3%) soit au cours du séjour.
- [251] Le coût total des inadéquations est estimé à 2,3 milliards d'euros soit près de 10% du total de la masse financière représentée par le champ de l'enquête. Ce montant est représenté à 82% par la médecine.
- [252] Cependant, le coût brut objectivé ne prend pas en compte le coût des actions à mener dans le but de réduire ces inadéquations. De plus, ce calcul est fondé sur une hypothèse de réduction à 0 du nombre d'inadéquations, ce qui est impossible à atteindre.
- [253] En tout état de cause, la réduction des inadéquations hospitalières apparaît bien comme un levier non négligeable de la régulation des volumes hospitaliers.

### **3.3 L'analyse des déterminants de l'activité hospitalière reste trop fruste**

[254] Outre l'activité de production de données, l'ATIH a pour mission de « contribuer au suivi et à l'analyse financière et médico-économique de l'activité des établissements de santé et à l'évolution des classifications ». Ce travail d'analyse se matérialise sous forme d'études. En 2012, elle a conduit une étude sur l'impact du vieillissement de la population sur l'activité hospitalière et sur la chirurgie ambulatoire. En 2013 elle a conduit une étude visant à cibler des activités à surveiller en termes de pertinence des soins.

[255] Le suivi conjoncturel est satisfaisant, même si les atypies observées sont rarement expliquées.

**Recommandation n°19 :** Expliquer toute augmentation ou diminution importante d'activité.

**Recommandation n°20 :** Repérer les établissements présentant des niveaux de sévérité s'éloignant de la moyenne nationale (pour l'analyse et pas uniquement pour le contrôle).

**Recommandation n°21 :** Repérer les séjours longs.

---

<sup>68</sup> « Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières », DGOS – Sanesco, août 2011

[256] L'analyse des déterminants de l'évolution de l'activité reste, quant à elle, fruste, l'essentiel des effectifs de l'agence étant mobilisé par des tâches de production statistique. Le système d'information construit par l'ATIH reste donc essentiellement statistique et descriptif. Or le pilotage du secteur hospitalier nécessite, comme la CNAMTS l'a fait pour la médecine de ville, la mise en place d'un système d'analyse décisionnel performant s'appuyant sur une interprétation médicalisée des données, permettant de qualifier la pertinence des phénomènes observés et de proposer des mesures de régulation.

[257] Il conviendrait donc de mieux utiliser les compétences extérieures et d'organiser la collaboration de l'ATIH avec l'IRDES, la DREES et la CNAMTS, qui disposent également d'une expertise sur le PMSI, en s'appuyant, par exemple, sur les contrats d'objectif et de gestion.

[258] De plus, jusqu'à présent, très peu d'études considèrent le système de santé dans sa globalité, analysant ainsi par exemple, l'impact de réorganisation des soins de ville sur l'activité hospitalière, ce qui justifierait d'autant plus une collaboration CNAMTS/ATIH.

**Recommandation n°22 :** **Organiser le partage des tâches entre ATIH et autres organismes. Recentrer l'activité de l'ATIH sur la production de données fiables et transparentes et confier les analyses de fond à d'autres organismes.**

**Recommandation n°23 :** **Expertiser les raisons du dynamisme des établissements privés à but non lucratif.**

**Recommandation n°24 :** **Analyser l'impact du reste à charge sur les choix public/privé.**

**Recommandation n°25 :** **Approfondir l'étude de l'augmentation des niveaux de sévérité pour identifier les facteurs explicatifs (âge, malnutrition,...).**

### **3.4 Les prévisions reposent sur des méthodes imprécises**

[259] Pour estimer les réalisations de l'année N à partir des données remontées en cours d'année N, l'ATIH met en œuvre deux méthodes : une méthode historique reposant sur la structure temporelle des transmissions des données PMSI et une autre méthode reposant sur un modèle de série temporelle.

[260] Ces deux méthodes sont confrontées et conduisent à la présentation, dans la note de conjoncture nationale diffusée au COSTAT, à la fois d'une hypothèse basse et d'une hypothèse haute de réalisations annuelles en valeurs.

Tableau 17 : Données utilisées dans les deux méthodes de prévision de l'activité hospitalière effectuée par l'ATIH

	<b>Méthode dite « historique »</b>	<b>Séries temporelles</b>
<b>Profondeur temporelle</b>	Données N-1 : matrice de complétude 2011 utilisée pour l'estimation 2012	Séries mensuelles depuis 2005 (données initiales 2005-2007 trimestrielles retraitées)
<b>Traitement des établissements manquants pour la période N</b>	Estimation	Non pris en compte dans la modélisation, ajout à l'issue de l'estimation en fonction de leur poids dans la masse financière N-1
<b>Champ des données</b>	Par prestation et par établissement sauf pour les séjours : par catégorie d'établissement <u>Liste des prestations :</u> Séjours (yc suppléments) Activité externe GHT (mode de financement de l'HAD) Médicaments Médicaments en HAD DMI	Macro-économique (ensemble des établissements)  <u>Liste des prestations :</u> Séjours (yc suppléments) Activité externe GHT Médicaments Médicaments en HAD DMI

Source : ATIH et mission

### 3.4.1 La méthode historique repose sur des hypothèses mal définies

[261] La méthode historique repose sur l'hypothèse selon laquelle la structure temporelle des transmissions des données d'activité tarifée est similaire d'une année sur l'autre. Cette méthode consiste à combler les trous dans les transmissions de données (établissements manquants, séjours transmis mais non valorisés, séjours non transmis, derniers mois de l'année). Les données utilisées sont les transmissions des données PMSI détaillées mois par mois et établissement par établissement des exercices antérieurs à l'exercice N, la structure temporelle antérieure aux transmissions infra annuelles de l'exercice N est appliquée aux observations en cours. Cet exercice est mené tous les mois de l'année N à partir de juin N.

#### 3.4.1.1 La correction du défaut d'exhaustivité de la période de soins pourrait être meilleure et plus explicite

[262] La transmission de l'activité M au mois M et aux mois suivants est entachée de plusieurs défauts d'exhaustivité qu'il faut corriger :

- Une partie de l'activité des établissements n'est pas transmise ou validée au mois M (elle se sera ultérieurement). Cette activité fait l'objet d'une estimation basée sur la connaissance des données de la même période de l'exercice précédent en leur appliquant le taux d'évolution des dépenses observé au niveau national.
- Une partie des séjours ont été saisis mais non facturés faute d'avoir pu être rapprochés des données administratives permettant de déterminer le taux effectif de prise en charge. Ces séjours sont appelés « séjours en attente de valorisation ». Leurs caractéristiques médicales sont néanmoins connues et peuvent conduire à une valorisation à 100%. Cette valorisation est affectée d'un taux de prise en charge moyen par établissement et par GHS calculé sur la base des séjours déjà valorisés. Ces recettes dites en attente sont ajoutées aux recettes déjà acquises pour la période analysée.
- S'agissant des séjours qui n'ont pas encore été saisis, l'analyse des données d'activité sur les années antérieures montre que les soins relatifs à la période M et n'ayant pu être transmis à l'issue de la période M sont complétés au fur et à mesure des transmissions ultérieures. Cette complétude est variable par établissement, par prestation, par mois, et par année.

[263] En cours d'année N, la structure temporelle des exercices antérieurs est donc appliquée aux observations de l'année N afin d'estimer l'ensemble des soins d'une période infra annuelle de soins donnée. Pour toutes les prestations sauf pour les séjours (activité externe, GHT, médicaments, médicaments en HAD, DMI), cette structure est appliquée par prestation et par établissement. Pour les séjours, la structure est calculée par catégorie d'établissement (APHP, CHR, CH, EBNL, CLCC, SSA) et après correction des séjours en attente.

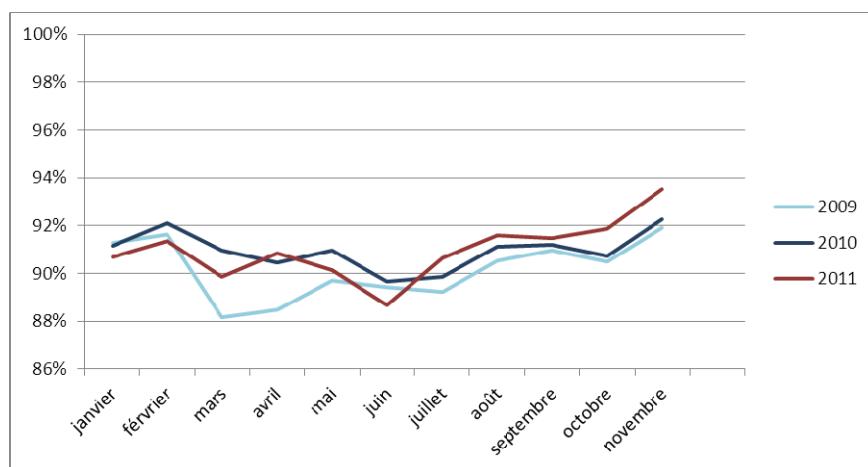
[264] Pour résumer, la correction du défaut d'exhaustivité des dépenses de la période M également appelée passage en date de soins, se décompose donc comme suit :

- Dépense brute valorisée (séjours transmis et valorisés) pour la période
- + estimation de l'activité des établissements manquants
- + séjours en attente de valorisation (que l'ATIH valorise « théoriquement »)
- + correction du défaut d'exhaustivité lié aux retards de transmission par une estimation de la complétude basée sur la connaissance de la structure de transmission temporelle des exercices précédents par catégories d'établissements.

[265] L'hypothèse retenue pour estimer les réalisations suppose que la saisonnalité de ces défauts d'exhaustivité sera la même en N qu'en N-1.

[266] Une deuxième hypothèse est utilisée, "l'hypothèse d'accélération", censée prendre en compte le fait que le taux d'exhaustivité des remontées s'améliore d'année en année pour un même mois. Il n'est en revanche pas indiqué précisément de quelle façon cette hypothèse est intégrée au modèle. En outre, cette hypothèse n'est pas vérifiée pour tous les mois d'une année, comme le montre le graphique suivant qui présente le pourcentage des montants du mois M de l'année N reçu au mois M de l'année N par rapport aux montants du mois M de l'année N reçus en décembre N. Pour les six premiers mois de l'année, la complétude du mois M en M n'est pas plus élevée en 2011 qu'en 2009 ou 2010. Cette évolution semble demeurer inexpliquée et n'a donc pas pu faire l'objet d'une prise en compte spécifique.

Tableau 18 : Taux mensuel d'exhaustivité des transmissions des recettes Assurance Maladie GHS, dialyse et prélèvement d'organes 2009-2011



Source : ATIH

Lecture : le taux d'exhaustivité de la transmission du mois de novembre 2011 est de 93,5%, autrement dit, pour le mois de novembre 2011, le montant en date de remboursement transmis à l'issue de la période M11 représente 93,5% du montant en date de soins connue à l'issue de la période M12.

[267] Les données en date de soins sont celles qui font sens d'un point de vue économique (comptabilité nationale). Il faudrait disposer au plus vite de taux d'exhaustivité utilisant comme dénominateur le montant en date de soins final et non le montant au 31 décembre N. Les coefficients utilisés actuellement pourraient servir à estimer les montants en comptabilité de caisse (montants dépensés au 31 décembre). Il ne semble pas justifié d'avoir un traitement particulier pour les demandes de remboursement arrivant après le 31 décembre sur le module LAMDA

[268] La qualité de la prévision sera meilleure si on utilise le maximum d'information possible : la meilleure méthode pour réaliser une prévision au mois M consiste à prendre l'ensemble des montants correspondants au mois m (où m est inférieur à M) connus au mois M et de les multiplier par les taux d'exhaustivité mM (montant des dépenses du mois m connues au mois M divisé par le montant final des dépenses du mois m ou celui connu au 31 décembre). La description succincte de la méthode utilisée ne permet pas de s'assurer que c'est ce qui est fait et laisserait plutôt penser cela n'est pas le cas.

### 3.4.1.2 L'extrapolation des données de la période en année pleine est fragile

[269] Une fois estimées les dépenses en date de soins pour les mois écoulés, il reste à estimer les soins des mois manquants de l'année et les soins de l'année N qui pourront être transmis au cours des deux exercices suivants (N+1 et N+2) via le module LAMDA<sup>69</sup>.

[270] L'estimation repose sur l'hypothèse selon laquelle la saisonnalité observée au cours de l'exercice N-1 se répète au cours de l'exercice N. Cette saisonnalité a été évaluée à partir des données de l'exercice N-1, avec un détail par établissement et par prestation. Pour les établissements dont il manque des informations ou dont la saisonnalité est erratique, une structure saisonnière médiane est retenue. Ainsi, il est fait l'hypothèse que le quotient des dépenses de l'année entière sur la période disponible est égal à celui observable sur l'exercice précédent. Ce quotient est appelé coefficient d'extrapolation annuelle.

[271] A cette première estimation, l'analyse des transmissions LAMDA des exercices antérieurs permet de fixer un montant de dépenses correspondant à des soins qui seront transmis ultérieurement.

[272] L'ATIH précise que cette prise en compte peut directement être imputée dans le coefficient d'extrapolation ou rajoutée après application du ratio, mais elle n'explique pas précisément les modalités.

Cette méthode d'extrapolation semble fragile :

[273] Seule la dernière année connue est utilisée pour étudier la saisonnalité. Or, cette année peut avoir été affecté par des événements particuliers (épidémie de grippe par exemple). Prendre en compte plusieurs années de base serait préférable. Par ailleurs, la méthode retenue fait abstraction des changements de prix relatifs qui peuvent avoir un effet sur la saisonnalité des remboursements. Il serait préférable d'utiliser des coefficients de passage à un niveau plus fin (par GHM si possible ou regroupements de GHM pour les séjours par exemple).

---

<sup>69</sup> Les établissements anciennement sous dotation globale (ex-DG) ont la possibilité de transmettre leurs données d'activité PMSI pendant les deux ans suivant l'exercice de soins concerné grâce au module LAMDA. Ce module leur permet à la fois d'ajouter des séjours pour rendre exhaustive la remontée de l'activité mais également de modifier les caractéristiques des séjours transmis ou de supprimer des séjours.

### 3.4.2 La méthode des séries temporelles devrait être explicitée

[274] Contrairement à la méthode précédente, cette méthode est basée sur un raisonnement en « date de remboursement », et vise à prévoir un montant de prévision en « date de soins » afin de prévoir un montant de dépenses correspondant à une période de soins dès que le recul sur ce modèle sera suffisant.

[275] L'ATIH utilise l'ensemble des transmissions des données d'activité tarifée des établissements ex-DG depuis 2005 jusqu'au dernier mois connu. Un premier traitement consiste à rendre ces données comparables sur l'ensemble des années. En effet, chaque année, le périmètre relatif à l'activité des séjours est modifié de manière significative (transferts vers l'enveloppe MIGAC, évolutions tarifaires). Dans cette étape les données sont corrigées afin d'être toutes sur le champ tarifaire de 2007 et en 100% T2A.

[276] Il est précisé qu'est réalisé en amont un gros travail pour avoir des données à champ comparable sur toutes les années (en neutralisant les transferts d'enveloppe). Pourtant, la liste des corrections effectuées est très fruste et n'inclut par exemple pas l'arrêté sur les forfaits SE, qui a pourtant beaucoup modifié le champ en 2007. Au total, on ne sait pas exactement comment est calculé le « champ comparable ».

[277] L'ATIH indique, une fois les mois manquants de l'année estimés, réintégrer les changements de champs, afin de retrouver des montants cohérents correspondants au champ de l'ODMCO, notamment une estimation des transmissions LAMDA.

[278] Malgré les demandes réitérées de la mission, aucun détail n'a été fourni sur la spécification économétrique du modèle de série temporelle utilisé, qui permet d'estimer les mois manquants et de corriger le manque d'exhaustivité des mois antérieurs.

### 3.4.3 Malgré des méthodes imprécises, les prévisions semblent cohérentes

[279] L'ATIH n'indique pas comment sont mises en cohérence les prévisions issues des deux modèles, l'un portant sur des estimations en date de soins, l'autre sur des estimations en date de remboursement.

[280] De manière générale, au vu des nombreux effets champ et effets prix ayant lieu chaque année, la méthode "séries temporelles" paraît plus difficile à mettre en œuvre a priori. Pourtant, les résultats obtenus sont très cohérents avec ceux obtenus grâce à la méthode "historique".

**Recommandation n°26 :** Réaliser un document expliquant précisément les méthodes de prévision afin de le soumettre à l'expertise critique.

**Recommandation n°27 :** Améliorer les deux méthodes de prévision utilisées avec éventuellement l'aide du système statistique public.

[281] Si l'on compare la prévision pour l'exercice 2010 (le seul exercice pour lequel les comptes soient clôturés), il ressort que les prévisions s'approchent au fil de l'année du montant de l'exercice clos, sans qu'il soit réellement possible de savoir comment les deux méthodes de prévision évoquées aboutissent au chiffre mensuel indiqué.

Tableau 19 : Evolution de la prévision des dépenses ODMCO des établissements publics

Montants en M€	Objectif	M6 2010	M7 2010	M8 2010	M9 2010	M10 2010	M11 2010	M12 2010	2010 revu N+1	2010 revu N+2 Clôture de l'exercice
<b>Total Activités à la part tarifs</b>	<b>30 497</b>	<b>31 179</b>	<b>31 076</b>	<b>31 134</b>	<b>31 164</b>	<b>31 105</b>	<b>31 141</b>	<b>31 219</b>	<b>31 363</b>	<b>31 400</b>
<b>Total Médicaments et DMI payés en sus</b>	<b>2 971</b>	<b>2 650</b>	<b>2 670</b>	<b>2 687</b>	<b>2 714</b>	<b>2 706</b>	<b>2 709</b>	<b>2 717</b>	<b>2 729</b>	<b>2 729</b>
<b>Total Activité</b>	<b>33 468</b>	<b>33 829</b>	<b>33 746</b>	<b>33 821</b>	<b>33 878</b>	<b>33 811</b>	<b>33 850</b>	<b>33 936</b>	<b>34 092</b>	<b>34 129</b>
<b>Forfaits Annuels</b>	<b>1 000</b>	<b>985</b>	<b>985</b>	<b>980</b>	<b>980</b>	<b>981</b>	<b>983</b>	<b>983</b>	<b>983</b>	<b>983</b>
<b>Total ODMCO</b>	<b>34 468</b>	<b>34 814</b>	<b>34 730</b>	<b>34 800</b>	<b>34 857</b>	<b>34 793</b>	<b>34 833</b>	<b>34 918</b>	<b>35 075</b>	<b>35 111</b>

Source : ATIH

[282] Au total, il ressort que les prévisions de l'ATIH donnent des résultats plutôt bons en dépit de l'absence de robustesse des méthodes.

Stéphanie Dupays

Jean-Philippe Natali

## RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

[283] **Recommandations pour une meilleure connaissance de l'évolution de l'activité hospitalière :**

- **Actuelle :**
  - Améliorer la lisibilité des données :
    - ✓ De façon générale, préciser le champ des données présentées
    - ✓ Présenter distinctement l'évolution des séjours et celle des séances
    - ✓ Modifier la typologie utilisée par l'ATIH pour qu'elle soit cohérente avec la nouvelle réglementation issue de la loi HPST et expliciter le contenu de chaque catégorie d'analyse utilisée
    - ✓ Préciser les retraitements faits pour analyser les données « à classification constante »
  - Améliorer la complétude des données :
    - ✓ Suivre l'évolution de l'activité en radiothérapie dans les établissements privés
    - ✓ Intégrer les données sur la dialyse dans les statistiques sur les séances du secteur privé
    - ✓ Surveiller, en raison de leur dynamisme, l'évolution des ACE et expliquer les pics de croissance. Pour cela, renforcer la collaboration entre service médical et service statistique de l'ATIH
    - ✓ Mieux répertorier l'ensemble des passages aux urgences
  - Expertiser les raisons du dynamisme des établissements privés à but non lucratif
  - Renforcer les activités de recherche des départements d'information médicale
- **Future :**
  - Réaliser une étude comme celle d'Unicancer, pour toutes les pathologies chroniques d'incidence croissante, pour tenter de décrire les besoins futurs
  - Réitérer l'étude de la DREES en élaborant plusieurs scénarios de prévision des capacités hospitalières mais aussi des séjours par domaines d'activité
  - Réaliser un document expliquant précisément les méthodes de prévision afin de le soumettre à l'expertise critique
  - Améliorer les deux méthodes de prévision utilisées avec éventuellement l'aide du système statistique public

[284] **Recommandations pour une meilleure connaissance des causes de l'évolution de l'activité hospitalière :**

- **Suggestions d'études :**
  - Réaliser une étude sur les raisons des disparités régionales des taux de recours
  - Approfondir l'étude du lien entre densité des médecins et taux de recours
  - Approfondir l'étude de l'augmentation des niveaux de sévérité pour identifier les facteurs explicatifs (âge, malnutrition,...)
  - Analyser l'impact du reste à charge sur les choix public/privé
  - Analyser les déterminants de la répartition des parts de marché entre secteur public et secteur privé (par exemple, les dépassements d'honoraires) et entre secteur

ambulatoire et secteur hospitalier (par exemple insuffisance de l'offre ambulatoire impactant à la hausse les volumes d'actes et consultations externes et de passages aux urgences)

➤ **Préconisation d'ordre institutionnel :**

- Organiser le partage des tâches entre ATIH et autres organismes. Recentrer l'activité de l'ATIH sur la production de données fiables et transparentes et confier les analyses de fond à d'autres organismes

[285] **Recommandations pour une meilleure détection d'atypies pouvant traduire une évolution injustifiée des volumes hospitaliers :**

- Généraliser le suivi des taux de mortalité et de réadmission à 30 jours pour les GHM ayant été identifiés comme présentant des risques d'induction de la demande. Ce suivi doit être réalisé au niveau de l'établissement afin de repérer les atypies. Un suivi plus large (au niveau régional par exemple) ne permet pas de repérer l'atypie d'un établissement, qui se fond dans la masse
- Resserrer le suivi des actes à « risque d'induction de demande » et de poursuivre la démarche de repérage et d'explication des atypies à un niveau fin (établissement et pas seulement région)
- Expliquer toute augmentation ou diminution importante d'activité
- Repérer les établissements présentant des niveaux de sévérité s'éloignant de la moyenne nationale
- Repérer les séjours longs
- Procéder à une évaluation du dispositif de détection des pratiques de contournement du financement des établissements de santé
- Renforcer la méthodologie de calcul des indicateurs de détection des pratiques de contournement et approfondir l'analyse des atypies par l'étude du dossier patient afin de juger leur caractère effectivement frauduleux

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Réaliser une étude sur les raisons des disparités régionales des taux de recours	Organismes de recherche	2014
2	Réaliser une étude comme celle d'Unicancer, pour toutes les pathologies chroniques d'incidence croissante, pour tenter de décrire les besoins futurs	Organismes de recherche	2015
3	Réitérer l'étude de la DREES en élaborant plusieurs scénarios de prévision des capacités hospitalières mais aussi des séjours par domaines d'activité	DREES	2015
4	Réalisation d'études visant à analyser les déterminants de la répartition des parts de marché entre secteur public et secteur privé (par exemple, les dépassements d'honoraires) et entre secteur ambulatoire et secteur hospitalier (par exemple, insuffisance de l'offre ambulatoire impactant à la hausse les volumes d'actes et consultations externes et de passages aux urgences)	Organismes de recherche	2014
5	Approfondir l'étude du lien entre densité des médecins et taux de recours	DREES	2015
6	Renforcer les activités de recherche des départements d'information médicale	Centres hospitalo-universitaires	2014-2015
7	Renforcer la méthodologie de calcul des indicateurs de détection des pratiques de contournement et approfondir l'analyse des atypies par l'étude du dossier patient afin de juger leur caractère effectivement frauduleux	ATIH	2014
8	Procéder à une évaluation du dispositif de détection des pratiques de contournement du financement des établissements de santé	ATIH	2015
9	Présenter distinctement l'évolution des séjours et celle des séances	ATIH	2013
10	De façon générale, préciser le champ des données présentées	ATIH	2013
11	Modifier la typologie utilisée par l'ATIH pour qu'elle soit cohérente avec la nouvelle réglementation issue de la loi HPST et expliciter le contenu de chaque catégorie d'analyse utilisée	ATIH	2014
12	Préciser les retraitements faits pour analyser les données « à classification constante »	ATIH	2013
13	Suivre l'évolution de l'activité en radiothérapie dans les établissements privés	ATIH	2014
14	Intégrer les données sur la dialyse dans les statistiques sur les séances du secteur privé	ATIH	2014
15	Surveiller, en raison de leur dynamisme, l'évolution des ACE et expliquer les pics de croissance. Pour cela, renforcer la collaboration entre service médical et service statistique de l'ATIH	ATIH	2014
16	Mieux répertorier l'ensemble des passages aux urgences	ATIH	2015
17	Généraliser le suivi des taux de mortalité et de réadmission à 30 jours pour les GHM ayant été identifiés comme présentant des risques d'induction de la demande. Ce suivi doit être réalisé au niveau de l'établissement afin de repérer les atypies. Un suivi plus large (au niveau régional par exemple) ne permet pas de repérer l'atypie d'un établissement, qui se fond dans la masse	ATIH	2014
18	Resserrer le suivi des actes à « risque d'induction de demande » et de poursuivre la démarche de repérage et d'explication des atypies à un niveau fin (établissement et pas seulement région)	ATIH	2014

<b>19</b>	Expliquer toute augmentation ou diminution importante d'activité	ATIH	2014
<b>20</b>	Repérer les établissements présentant des niveaux de sévérité s'éloignant de la moyenne nationale	ATIH	2014
<b>21</b>	Repérer les séjours longs	ATIH	2014
<b>22</b>	Organiser le partage des tâches entre ATIH et autres organismes. Recentrer l'activité de l'ATIH sur la production de données fiables et transparentes et confier les analyses de fond à d'autres organismes	ATIH / Organismes de recherche	2014
<b>23</b>	Expertiser les raisons du dynamisme des établissements privés à but non lucratif	ATIH / Organismes de recherche	2015
<b>24</b>	Analyser l'impact du reste à charge sur les choix public/privé	ATIH / Organismes de recherche	2015
<b>25</b>	Approfondir l'étude de l'augmentation des niveaux de sévérité pour identifier les facteurs explicatifs (âge, malnutrition,...)	ATIH / Organismes de recherche	2015
<b>26</b>	Réaliser un document expliquant précisément les méthodes de prévision afin de le soumettre à l'expertise critique	ATIH	2014
<b>27</b>	Améliorer les deux méthodes de prévision utilisées avec éventuellement l'aide du système statistique public	ATIH / DREES	2014

# LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

*La Ministre*  
CAB/MT/BM/D.13-6600

Paris, le 25 FEV. 2013

## NOTE

à l'attention de Monsieur Pierre BOISSIER  
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

**Objet : Mission sur l'évolution des volumes hospitaliers**

Le taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie est réévalué chaque année dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Le secteur hospitalier représente une part importante de l'ONDAM global (43,6%), traduisant l'importance de l'hôpital dans le système de santé.

La part tarifée à l'activité du secteur médecine chirurgie obstétrique (MCO), principal poste de l'ONDAM hospitalier, connaît depuis plusieurs exercices une croissance en volume élevée : elle s'établit, pour les secteurs public et privé confondus, aux alentours de 2,8% à 2,9%. Les éléments explicatifs de cette évolution (croissance démographique, vieillissement) restent cependant partiels.

C'est la raison pour laquelle je vous demande de diligenter une mission chargée de conduire une étude de l'évolution des volumes hospitaliers sur les dernières années et d'en identifier les déterminants.

L'analyse distinguera les segments d'activité médicale qui contribuent le plus fortement à la croissance de l'activité et s'attachera aux effets liés à la structure de la population accueillie, à l'optimisation du codage et au progrès médical. Il vous est demandé d'estimer, dans la mesure du possible, la déformation dans le temps de ces facteurs.

Les conclusions de la mission devront m'être remises dans un délai de trois mois.

Marisol TOURAIN



## LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

### Cabinet de la ministre des affaires sociales et de la santé

M. Bruno MAQUART, directeur adjoint de cabinet

M. Jérôme CLERC, conseiller technique

### Cabinet du ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat

M. Pierre-Louis BRAS, conseiller spécial

M. Pierre PRIBRILE, conseiller technique

### Direction générale de l'organisation des soins (DGOS)

M. Jean DEBEAUPUIS, directeur général

M. Félix FAUCON, chef de service

M. Jean-Marc BRAICHET, chef de cabinet du directeur général

M. Yannick LE GUEN, sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Mme Cécile BEHAGHEL, chef du bureau R5 « Evaluation, modèles et méthodes »

M. Samuel PRATMARTY, adjoint à la sous directrice de la régulation de l'offre de soins

Mme Odile TILLON-FAURE, chargée de mission au bureau R5 « Evaluation, modèles et méthodes »

### Direction de la sécurité sociale (DSS)

M. Thomas FATOME, directeur

Mme Katia JULIENNE, sous directrice du financement du système de soins

M. Eric LEFEBVRE, sous directeur des études et des prévisions financières

### Direction de la recherche, des études et de l'évaluation (DREES)

M. Denis RAYNAUD, adjoint à la sous directrice

M. Engin YILMAZ, responsable du pôle Etudes au bureau des établissements de santé

M. Franck EVIN, bureau des établissements de santé

### Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

M. Housseyni HOLLA, directeur

M. Max BENSADON, sous-directeur

Mme Véronique SAUVADET, chef du service financement des établissements de santé

Dr Joëlle DUBOIS, chef du service Classifications, information médicale et modèles de financement

Mme Florence PINELLI, responsable du pôle suivi de l'ONDAM hospitalier

### Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Mme Sophie MARTINON, directrice de cabinet du directeur

Mme Dominique POLTON, directrice de la stratégie, des études et des statistiques

Mme Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Dr Michel MARTY, responsable du département de l'hospitalisation

M. Gonzague DEBEUGNY, responsable du département Etudes sur l'offre de soins

Mme Aude EXPERT, département Etudes sur l'offre de soins

Dr Stéphane TALA, département Etudes sur l'offre de soins

**Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)**

M. Jean-Loup DUROUSET, Président  
Mme Elisabeth TOME, déléguée générale  
M. François MEILLIER, délégué général de l'UNCPSY  
M. David CASTILLO, économiste de la santé

**Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)**

M. Yves-Jean DUPUIS, Président  
M. David CAUSSE, coordonnateur du pôle Santé-Social, directeur du secteur sanitaire  
M. Nicolas FERRAFIAT, chargé d'études statistiques

**Fédération hospitalière de France (FHF)**

M. Gérard VINCENT, délégué général  
M. René CAILLET, responsable du pôle organisation sanitaire et médico-sociale  
M. Yves GAUBERT, adjoint au délégué général, responsable du pôle Finances et Banque de données

**Fédération française des centres de lutte contre le cancer (FFCLCC), UNICANCER**

Mme Pascale FLAMANT, déléguée générale de la FFCLCC  
Dr Hélène ESPEROU, directrice du projet médico-scientifique et de la qualité  
Mme Sandrine BOUCHER, directrice du département stratégie et gestion hospitalière

**Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)**

Dr Elisabeth HUBERT, présidente

**Siège de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)**

Mme Carine CHEVRIER, directrice de la direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine  
Dr Dominique MANACH, direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine  
Mme Laurence BERNARD, direction du pilotage de la transformation de l'AP-HP

**Agence régionale de santé d'Alsace**

M. Laurent HABERT, directeur général  
Dr Sylvie FONTANEL, médecin responsable de pôle  
M. Daouda CAMARA, pôle observation et analyse des données de santé

**Centre hospitalo-universitaire de Strasbourg**

M. Jean-François LANOT, Directeur général adjoint des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg  
M. Piero CHIERICI Directeur financier des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg  
Dr Gabriel NIZAND, médecin DIM

**Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)**

Dr Yann BOURGUEIL, directeur  
Mme Zeynep OR, directrice de recherche  
M. Clément NESTRIGUE, chargé de recherche

**Collège des médecins d'information médicale de Centres hospitalo-universitaires**

Dr Bruno AUBLET-CUVELIER, CHU de Clermont Ferrand  
Dr Mamadou BALDE, CHU de Nancy  
Dr Christine CANS, CHU de Grenoble  
Dr Jean-Michel CAUVIN, CHU de Brest  
Dr Eric EYNARD, CHR Orléans  
Dr Martine FAULON, CHR de Metz Thionville  
Dr Loetizia FROMENT, CHU de Rouen

Dr Eric GOURET, CHU de Besançon  
Dr Véronique GUILLERON, CHU de Bordeaux  
Dr Carole LÈ-LEPLAT, AP-HP  
Dr Gabriel NISAND, CHU de Strasbourg  
Dr Eric PRADAT, CHU de Lyon  
Dr Pascal STACCINI, CHU de Nice  
Dr Didier THEIS, CHRU de Lille  
Dr Marie-Christine TURNIN, CHU de Toulouse  
**Centre hospitalier de Versailles**  
M. Olivier COLIN, Directeur du centre hospitalier de Versailles  
Mme Anne CHEVRIER, Directeur des affaires financières et de la clientèle  
Dr Brigitte LEMAIRE, médecin DIM

**Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)**  
Dr Nadine RIBET-REINHART, Praticien Conseiller Technique National  
M. Damien OZENFANT

**Personnalités qualifiées**  
M. Frédéric BOIRON, directeur général du CHU de Saint-Etienne  
Dr Roland CASH, économiste de la santé  
Mme Brigitte DORMONT, professeur des universités, université Paris-Dauphine  
Dr Jérôme FAUCONNIER, médecin DIM au CHU de Grenoble  
M. Stéphane FINKEL, statisticien à la FHF  
M. Patrick GIORDANI, directeur de la clinique des Franciscaines et de la polyclinique Grand Sud à Nîmes  
Mme Martine HADDAD, secrétaire générale de la FHP Ile-de-France  
Pr Bertrand LUCKAS, urologue à l'hôpital Tenon  
M. Jean-Claude MOISDON, directeur du Centre de Gestion Scientifique, laboratoire de recherche Mines-Paris Tech  
Dr Yves PINIER, médecin DIM au CH de Fréjus-Saint-Raphaël  
M. Gérard de POUVOURVILLE, économiste de la santé  
M. Patrick SERRIERE, directeur du pôle Ile-de-France Est pour la Générale de Santé



## ANNEXE 1 : GLOSSAIRE PMSI

**Acte classant** : acte susceptible, par construction de la classification, de modifier le classement en GHM. Le GHM est alors un GHM chirurgical (la 3<sup>eme</sup> lettre de la racine est C).

**Case-mix** : éventail des cas pris en charge par un établissement de santé. Il est l'expression des prises en charge en nature (CMD, GHM, caractère chirurgical, "interventionnel" ou médical, niveaux de sévérité) et en volume (effectifs par GHM).

**Catégorie majeure (CM) / Catégorie majeure de diagnostic (CMD)** : la catégorie majeure constitue le premier niveau de classement d'un séjour hospitalier. Chaque CM regroupe un ensemble de groupes homogènes de malades (GHM). Lorsqu'une CM correspond à un système fonctionnel, par exemple à une affection de l'œil ou du système nerveux, elle est dite catégorie majeure de diagnostic (CMD). Il existe 29 CM dont 23 CMD.

**Classification commune des actes médicaux (CCAM)** : nomenclature regroupant les actes techniques réalisés par les médecins, notamment utilisée pour le codage et la tarification des séjours hospitaliers et des soins de ville.

**Complication ou morbidité associée (CMA)** : une affection associée au diagnostic principal est considérée comme une complication ou une morbidité associée si sa présence engendre une augmentation significative de la durée de séjour. Selon l'importance de leur effet sur la durée de séjour, les CMA classent les GHM selon quatre niveaux de sévérité numérotés 1, 2, 3 et 4 ; le niveau 1 correspondant au niveau « sans CMA ».

**Diagnostic principal (DP)** : déterminé à l'issue du séjour, le DP est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient. C'est le DP qui détermine le classement du séjour dans une CMD donnée. Des diagnostics reliés ou associés peuvent venir compléter la description du séjour et le cas échéant influer sur sa classification.

**Forfait "de petit matériel" (FFM)** : le FFM vise à couvrir les dépenses résultant de la mise à disposition de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation pour des soins non programmés et non suivis d'une hospitalisation, dispensés dans les établissements de santé qui ne sont pas autorisés à exercer une activité d'accueil et de traitement des urgences.

**Groupe d'activité (GA)** : les groupes d'activités sont des regroupements de GHM obtenus par expertise permettant une description de l'activité au sein des services ou des pôles. On dénombre 198 groupes d'activités.

**Groupe homogène de malades (GHM)** : construits à partir de l'échelle nationale des coûts (ENC), les GHM correspondent à un ensemble de séjours considérés comme suffisamment homogènes du point de vue médical et économique pour être classés dans une même catégorie. Ils sont regroupés au sein de CM ou de CMD. Par exemple, le GHM « Intervention sur la rétine en ambulatoire » est classé dans la CMD « Affections de l'œil ». La classification des GHM constitue la base du système de tarification. Il existe actuellement 2 318 GHM.

**Groupe homogène de séjour (GHS)** : le GHS constitue le pendant tarifaire du GHM. Dans la plupart des cas, à chaque GHM correspond un seul GHS.

**Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)** : appartiennent au secteur MCO les établissements délivrant des soins de courte durée, avec ou sans hébergement, ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë.

**Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)** : nomenclature de la médecine ambulatoire en vigueur pour les actes cliniques médicaux, les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Elle permet la tarification des actes de médecine libérale.

**Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)** : le PMSI permet de décrire de façon synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé. Il repose sur l'enregistrement de données médicales et administratives normalisées et sur leur traitement automatisé.

**Racine de groupe homogène de malade** : Les racines de GHM regroupent un même type de prise en charge, défini par les diagnostics et les actes classants réalisés au cours du séjour hospitalier. Elles comportent cinq caractères correspondant à la catégorie majeure de diagnostic, au type d'activité et à un numéro de référence. Elles sont complétées par un sixième caractère définissant le niveau de sévérité du GHM, de 1 le plus faible à 4 le plus élevé, ou, le cas échéant, sa nature ambulatoire (codé J), ou sa nature de séjour de très courte durée (codé T), ou l'absence de niveau de sévérité (Z).

## ANNEXE 2 : VALORISATION DES SEJOURS ET EVOLUTION DES VOLUMES HOSPITALIERS

### 1 EFFET CODAGE, EFFET FACTURATION ET VOLUMES HOSPITALIERS

[286] Le codage est devenu un enjeu stratégique depuis la mise en place de la T2A en 2004. En effet, les établissements de santé sont désormais financés en fonction de leur activité qui est décrite par le PMSI. La description de l'activité par le PMSI repose sur le codage de l'information médicale.

[287] Un codage imprécis ou non exhaustif de l'information médicale peut ainsi entraîner des pertes de recettes non négligeables pour les hôpitaux. A contrario, lorsque le codage est amélioré, cela génère une augmentation des volumes hospitaliers et corrélativement des dépenses hospitalières pour la Tutelle qui procède alors à une régulation prix-volumes par baisse des tarifs.

[288] L'effet codage dépend des deux éléments suivants :

- L'exhaustivité du codage ;
- La qualité du codage.

[289] Par ailleurs, la mise en place de la T2A a nécessité le développement d'un processus de facturation relativement complexe permettant aux établissements de santé de valoriser leur activité auprès de l'Assurance maladie. La complexité de ce processus et le nombre d'intervenants (le service des admissions pour les informations administratives, le DIM pour l'information médicale, le service des frais de séjours,...) peut entraîner des irrégularités se traduisant par une double transmission de séjours voire une absence de transmission.

[290] L'effet codage par son exhaustivité et l'effet facturation ont un impact sur l'évolution des volumes hospitaliers, plus particulièrement par l'évolution du nombre de séjours ou un effet quantité.

[291] L'effet codage par sa qualité a un impact sur l'évolution des volumes hospitaliers, plus particulièrement par l'évolution du case-mix ou un effet structure.

### 2 EXHAUSTIVITE DU CODAGE, EFFET FACTURATION ET EVOLUTION DES VOLUMES HOSPITALIERS

#### 2.1 Définition

[292] L'exhaustivité du codage est représentée par le rapport entre le nombre de résumés d'unité médicale codés et le nombre de ceux générés pour les patients sortis depuis le début de l'année, mesuré pour la fin du mois (après la remontée mensuelle des données PMSI).

[293] Ainsi, l'amélioration de l'exhaustivité du codage entraîne une augmentation des volumes hospitaliers par un effet quantité ou nombre de séjours.

[294] L'évolution du nombre de séjours peut également être impactée par un effet facturation. En effet, la complexité de la chaîne de facturation entraîne des erreurs de type double facturation ou absence de facturation.

[295] **Transmission de l'information médicale aux tutelles et facturation<sup>70,71</sup>**

- [296] Les établissements hospitaliers doivent recueillir et traiter les données d'activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et produire les données de facturation correspondantes. Ils transmettent ainsi à l'Agence régionale de santé (ARS) les fichiers de données d'activité et de facturation après anonymisation. La transmission des données à l'ARS a lieu par télétransmission grâce à une plateforme électronique dite é-PMSI gérée par l'ATIH. Les informations doivent être transmises mensuellement depuis 2007 (trimestriellement auparavant) dans un délai d'un mois après la fin de chaque mois civil.
- [297] Le recueil des données d'activité après anonymisation s'opère au moyen du résumé de sortie anonyme (RSA). La production des RSA est automatique. À partir d'un fichier de RSS groupés (i.e. RSS ayant été traités par la fonction groupage et contenant de ce fait des informations supplémentaires, notamment les numéros de la catégorie majeure et du GHM dans lesquels ils sont classés), un module logiciel dit générateur de RSA (GenRSA), propriété de l'État, produit un fichier de RSA. A la différence du RSS, quel que soit le nombre de RUM qui le constituent, le RSA est toujours un enregistrement unique par séjour. Des informations sont supprimées, d'autres sont ajoutées.
- [298] Le recueil des données de facturation après anonymisation s'opère de manières différentes entre les cliniques privées et les autres établissements de santé qui ne facturent pas au fil de l'eau auprès de l'Assurance maladie (FIDES). Ainsi, dans les cliniques privées, chaque RSS est associé à un résumé standardisé de financement (RSF) qui reproduit la facture du séjour adressée par la clinique à l'Assurance maladie. De même que le RSA est obtenu par anonymisation du RSS, de l'anonymisation du RSF résulte le résumé standardisé de financement anonyme (RSFA). Les autres établissements doivent produire, quant à eux, un ensemble des recueils contenant des informations absentes du RSA nommés « VID-HOSP » (équivalent du RSF pour les cliniques privées), « FICHCOMP » ( prestations de la liste en sus, médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation, prélèvements d'organes sur personnes décédées,...), « RSF-ACE » (RSF des actes et consultations externes) et « FICHSUP » ( prestations supplémentaires correspondant à des activités très spécifiques). Après anonymisation, on obtient les fichiers suivant : ANO (VID-HOSP anonyme), FICHCOMPA (FICHCOMP anonyme), RAFAEL (RSF-ACE anonyme) et FICHSUP (pas de nécessité d'anonymisation).
- [299] Les cliniques transmettent donc un fichier de couples RSA-RSFA correspondant à une double transmission d'information (chaque séjour donnant lieu, d'une part à l'émission d'une facture destinée à l'Assurance maladie, d'autre part à la transmission à l'agence régionale de santé d'un RSA et d'un RSFA). Les autres établissements transmettent à l'ARS les fichiers RSA, RAFAEL, FICHCOMPA, FICHSUP et ANO.
- [300] Ces données sont transmises mensuellement aux ARS sous forme de fichiers de données d'activité cumulées. Concernant l'AP-HP, les hôpitaux envoient ces données au DIM du siège qui les transmet alors à l'ARS. Ces données sont retraitées par é-PMSI permettant d'une part à l'ATIH de constituer la base nationale de l'activité hospitalière et d'autre part d'obtenir un arrêté de versement pour le paiement des prestations. L'Assurance maladie rembourse uniquement après validation des données et de l'arrêté de versement par l'ARS.

<sup>70</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé – Guide méthodologique de production des informations relative à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie – Bulletin officiel n°2012/6 bis.

<sup>71</sup> Arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique.

## 2.2 Ampleur du phénomène

- [301] L'exhaustivité du codage n'a cessé de s'améliorer depuis la mise en place de la T2A et notamment depuis 2008 et le financement du MCO à 100% T2A.
- [302] A l'heure actuelle, même s'il n'existe pas de statistiques nationales sur l'exhaustivité du codage, les différents DIM rencontrés font état d'une exhaustivité proche de 100% depuis déjà plusieurs années. Ainsi, pour l'ensemble de l'AP-HP, ce taux était déjà de 99,97% en 2009 et était de 99,98% en 2012.
- [303] Cependant, le financement d'un établissement ne dépend pas seulement de l'exhaustivité du codage mais également de la chaîne de facturation.
- [304] C'est ainsi que l'analyse des transmissions Lamda<sup>72</sup> (cf. encadré) objective une part des recettes supplémentaires résultant de l'ajout et de la suppression de séjours non négligeable étant pour les années 2008 et 2009 respectivement de 30,4% et 20,2% et représentant 24,2 à 31,3 millions d'euros.

## 3 QUALITE DU CODAGE ET EVOLUTION DES VOLUMES HOSPITALIERS

### 3.1 Définition

- [305] Dans la mesure où il existe un guide méthodologique<sup>73</sup>, on pourrait définir un codage de qualité par un codage respectant toutes les règles de ce guide. Or, les règles de codage ont pour vocation première de permettre l'utilisation du PMSI à des fins de financement des établissements de santé. Un codage de qualité serait alors un codage permettant de valoriser au mieux le séjour.
- [306] Cependant, la notion de qualité renvoie également à l'utilisation que l'on veut faire du PMSI et l'on voit bien qu'elle s'étend bien au-delà du seul financement des établissements de santé : utilisation comme outil de planification pour l'organisation de l'offre de soins, utilisation comme outil d'évaluation de la qualité des soins, utilisation comme bases de données épidémiologiques,...
- [307] C'est ainsi qu'ont progressivement été développées des règles de codage pour permettre le suivi d'objectifs de santé publique (IVG, mort né,...) et le pilotage de l'offre de soins. Aucune règle n'a encore été publiée pour permettre la mesure de la qualité des soins ou l'analyse épidémiologique.
- [308] Néanmoins, il semble que la qualité du codage ne soit toujours abordée qu'en termes financiers.
- [309] En effet, c'est parce que le but premier du PMSI est de décrire l'activité médicale à des fins de financement que la qualité du codage fait l'objet de deux approches : le sous-codage et le surcodage.

---

<sup>72</sup> Analyse des transmissions Lamda – Historique des transmissions 2009-2011, ATIH, Service Financement des établissements de santé – Pôle Suivi de l'ONDAM hospitalier.

<sup>73</sup> « Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie » publié annuellement par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

### 3.1.1 Le sous-codage

[310] Il s'agit d'une sous-qualité dans le codage de l'information médicale induisant des pertes de recettes et d'informations. Cette sous-qualité peut être la conséquence d'un défaut d'exhaustivité des données saisies ou des données disponibles (non colligées par écrit) mais également d'erreurs dans le codage. Lorsque l'on se place du point de vue des établissements de santé, c'est la problématique du sous-codage qui domine par les pertes de recettes qu'elle engendre.

### 3.1.2 Le surcodage

[311] Il s'agit d'une sous-qualité dans le codage de l'information médicale induisant des gains de recettes non justifiés par le codage de pathologies n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge particulière. Lorsque l'on se place du point de vue des tutelles, c'est cette problématique qui domine par l'augmentation injustifiée des dépenses qu'elle engendre. On l'appelle aussi « up-coding » ou « DRG-creep ».

[312] Ce phénomène d'optimisation du codage des séjours peut conduire les établissements de santé à classer les patients dans les GHM ayant les GHS les mieux rémunérés. Cette optimisation est réalisée soit par modification du diagnostic principal permettant le changement de racine de GHM soit par le codage de CMA permettant d'augmenter le niveau de sévérité dans une racine donnée. Ce phénomène est d'autant plus important que le nombre de GHM ou DRG est important.

[313] Ces pratiques ont été observées dans la majorité des pays qui ont mis en place ce mode de tarification et qui disposent du recul et de la maturité rétrospective sur le système<sup>74</sup>. Ainsi, aux États-Unis, en 1989, six ans après la mise en œuvre de la tarification prospective à l'activité, l'organisme alors en charge du pilotage du paiement dans le cadre du Medicare aux hôpitaux, la ProPAC, a évalué que la croissance du prix moyen du séjour était due pour deux tiers à l'évolution de la structure du case-mix et pour un tiers seulement au taux d'évolution « programmé » des prix des séjours. Ceci pouvait être expliqué par des modifications des pratiques de codage. Les patients se voyaient poser plus de diagnostics sévères au moment de leur admission et que la sévérité des cas (patients) traités à l'hôpital avait augmenté reflétant en partie les efforts réalisés par les hôpitaux pour coder davantage de comorbidités afin d'obtenir un meilleur paiement.

[314] Par ailleurs, l'ATIH a réalisé en 2010 une étude analysant l'évolution du codage des diagnostics entre la version 10 et la version 11 des GHM<sup>75</sup>. Le passage de la version 10 à la version 11 était notamment marqué par l'introduction de 4 niveaux de sévérité par racine de GHM. Or, dans tous les pays qui ont un financement des hôpitaux basé sur un codage de données médicalisées, le passage d'un effet non classant (pas d'influence sur les recettes) à un statut de donnée classante (modification éventuelle des recettes), entraîne une augmentation de ces codes. En outre, il est très difficile de mesurer cette augmentation et encore plus de dissocier ce qui relève d'une pratique opportuniste de ce qui relève d'une simple application des nouvelles règles.

[315] Les résultats montraient que le taux de GHM de niveaux 3 et 4 s'avérait légèrement supérieur aux simulations faites sur des données codées en V10 pour les établissements recevant habituellement des patients lourds. Ce résultat un peu plus élevé s'expliquait par le respect de nouvelles règles, notamment pour les séjours présentant des complications en cours d'hospitalisation.

<sup>74</sup> DREES, Série Etude et Recherche, Document de travail, Comité d'évaluation de la tarification à l'activité, sous la présidence d'Alain Coulomb, n°76 – février 2008.

<sup>75</sup> « Evolution du codage des diagnostics entre la version 10 et la version 11 des GHM », ATIH, mai 2010.

[316] Ainsi, il est important de distinguer le surcodage qui résulterait d'une optimisation intentionnelle et opportuniste du codage et ce qui relèverait de phénomènes d'apprentissage (pouvant jouer à la hausse ou à la baisse) dans l'utilisation des nouvelles règles ou classifications.

### **3.2 Mesure de la qualité du codage et de son impact sur les recettes de établissements de santé**

[317] L'amélioration de la qualité du codage entraîne une évolution des volumes hospitaliers par un effet structure car elle modifie le case-mix de l'hôpital, notamment par augmentation des niveaux de sévérité des GHM. Cette évolution dépend de ce qui est amélioré : une correction du sous-codage amène à une augmentation des volumes hospitaliers alors qu'une correction du surcodage amène au contraire.

[318] On ne connaît pas à l'heure actuelle l'étendue exacte des pertes de recettes liées au sous-codage ni celle des dépenses injustifiées liées au surcodage. Aussi, l'impact du sous-codage sur l'évolution des volumes hospitaliers ne s'approche que par la procédure Lamda, celui du surcodage par les contrôles de l'Assurance maladie.

[319] Actuellement, il existe quelques indicateurs pour la mesure de la qualité du codage mais, du fait de leurs limites respectives, aucun ne fait l'unanimité (par exemple : le taux de CMA, le délai entre la sortie du patient et le codage de son séjour, le délai de codage des actes opératoires,...). En effet, il est très difficile sur une évolution de recettes d'un établissement de santé de distinguer ce qui est propre à l'effet codage (modification des habitudes de codage de la structure) et ce qui est propre à l'effet case-mix (modification du type de patients pris en charge), le changement de case-mix pouvant être la conséquence d'une évolution du codage. De plus, aucun de ces indicateurs n'est mesurable en routine et à l'échelon national ou régional.

[320] Enfin, il n'existe qu'une méthode fiable dite méthode de référence : le recodage du séjour par un tiers expert en aveugle et la comparaison entre les deux codages. Cependant, cette méthode est extrêmement lourde et ne peut être réalisée en routine par les DIM dont le contrôle du codage s'effectue déjà à flux tendu.

### **3.3 Ampleur du phénomène**

#### **3.3.1 L'augmentation des volumes hospitaliers par correction du sous-codage (Lamda)**

[321] Les données qui suivent sont issues d'un document de travail de l'ATIH (Service Financement des établissements de santé – Pôle Suivi de l'ONDAM hospitalier) analysant les transmissions Lamda sur un historique 2009-2011<sup>76</sup>.

[322] En termes de masse financière l'activité transmise via LAMDA a généré pour ce qui est de la seule modification de séjours déjà transmis :

- Pour l'exercice 2008, un total de 96,4 M€ de recettes supplémentaires transmises en 2009-2010 ;
- Pour l'exercice 2009, un total de 135,4 M€ de recettes supplémentaires transmises en 2010-2011 ;
- Pour l'exercice 2010, 75,6 M€ de recettes supplémentaires transmises en 2011.

---

<sup>76</sup> Analyse des transmissions Lamda – Historique des transmissions 2009-2011, ATIH, Service Financement des établissements de santé – Pôle Suivi de l'ONDAM hospitalier.

[323] Parmi les 651 structures ex-DG ayant eu une activité MCO soumise à la tarification à l'activité sur la période 2008-2010, près des deux tiers ont eu recours au module LAMDA au moins une fois.

[324] La quasi-totalité des CHR est concernée, tandis que parmi les EBNL, 38,5% seulement des établissements ont utilisé le module LAMDA et apportent moins de 4% des recettes par exercice. En revanche, l'activité transmise par les CHU représente en moyenne, les deux tiers des recettes supplémentaires engendrées.

[325] La part des recettes supplémentaires par rapport à la transmission initiale varie également selon la région : les régions les plus concernées sont la Corse, la Franche-Comté, l'Ile-de-France, la Lorraine et les DOM.

[326] L'historique des transmissions fait apparaître que les recettes AM supplémentaires sont de nature différente selon le recul, c'est-à-dire que la transmission intervient l'année suivant l'exercice de soins (N+1) ou deux ans après (N+2). Les recettes N+1 sont les plus élevées et sont les plus diversifiées en termes de nature de prestations, plus de 20% portant sur de l'activité externe. Les recettes N+2 en revanche couvrent essentiellement de l'activité de séjours et émane majoritairement d'un recodage de caractéristiques de séjours ayant entraîné une modification de GHM/GHS concernant des séjours qui avaient déjà été transmis.

[327] Enfin, il faut noter que certains établissements ont recours à un prestataire extérieur afin d'optimiser le recodage et la facturation des séjours en lien avec la procédure Lamda. Ainsi, le montant des prestations extérieures pour optimiser le codage à l'AP-HP s'élevait à 128 000 €en 2011 et à 433 000 €en 2012.

**Tableau 20 : Historique des transmissions LAMDA 2009-2011 selon la nature de prestations (montants en M€)**

	Activité 2008 en 2009 (N+1)	Activité 2008 en 2010 (N+2)	Activité 2009 en 2010 (N+1)	Activité 2009 en 2011 (N+2)	Activité 2010 en 2011 (N+1)
Séjours et HAD	88,0	32,6	94,3	73,6	97,6
Activité externe (yc IVG)	34,8	7,3	35,4	10,1	32,0
Liste en sus	19,8	2,0	15,0	8,3	13,9
<b>Ensemble</b>	<b>142,6</b>	<b>40,4</b>	<b>145,1</b>	<b>91,8</b>	<b>143,5</b>

*Source : ATIH*

**Tableau 21 : Historique des transmissions LAMDA 2009-2011**

Transmission Activité	Activité 2008 en 2009 (N+1)	Activité 2008 en 2010 (N+2)	Activité 2009 en 2010 (N+1)	Activité 2009 en 2011 (N+2)	Activité 2010 en 2011 (N+1)
Nombre d'établissements ayant transmis une activité de séjours	251	143	272	169	243
<b>Nombre de séjours transmis</b>	<b>90 000</b>	<b>28 000</b>	<b>100 000</b>	<b>50 000</b>	<b>100 000</b>
- dont suppression	4 429	10 069	7 364	1 382	15 103
- dont ajout	11 429	9 936	15 204	6 339	26 290
<b>Montant des recettes (en M€)</b>	<b>88,0</b>	<b>32,6</b>	<b>94,3</b>	<b>72,1</b>	<b>97,5</b>
Modification de séjours déjà transmis	78,8%	83,0%	84,7%	77,0%	77,6%
- dont changement de GHS	11,3%	49,9%	38,3%	69,2%	36,1%

*Source : ATIH*

[328] **Procédure Lamda<sup>77</sup>**

[329] Pour chaque période d'activité, les établissements peuvent à la fois, modifier les informations de séjours déjà transmis, supprimer des séjours, ou transmettre de nouveaux séjours à l'ATIH via la plateforme électronique e-PMSI. Ces informations sont issues du recodage des séjours choisis de manière ciblée soit par les DIM (Département d'information médicale) eux-mêmes soit par des prestataires ou sociétés de ratrappage sur la base des dossiers médicaux entiers et non seulement des comptes-rendus d'hospitalisation. En pratique, ils transmettent à nouveau la période janvier décembre de l'activité concernée. Le logiciel LAMDA repère ensuite les données qui sont différentes de celles remontées en fin d'année pour les informations qui jouent un rôle dans la valorisation des séjours. Le logiciel génère alors dans un premier temps un fichier avec les séjours qui vont être modifiés ainsi que ceux qui vont être supprimés (« Séjours Avant »). Dans un second temps, il crée un fichier avec les modifications sur les séjours concernés et les séjours ajoutés (« Séjours Après »).

[330] Plusieurs types de modification peuvent être apportés et peuvent modifier la valorisation :

- modification des informations médicales : tels qu'un changement de GHM, GHS, des suppléments, de la durée du séjour, du nombre de séances,
- modification des informations administratives : tels qu'un changement de type de valorisation, de taux de remboursement,
- ajout ou suppression de séjours.

### 3.3.2 La diminution des volumes hospitaliers par correction du surcodage (contrôles de l'Assurance maladie)

[331] Les campagnes 2007, 2008 et 2009 ont donné lieu à des récupérations d'indu pour, respectivement, 26M€, 14 M€ et 30M€ et pour les deux secteurs d'hospitalisation de court séjour, à des sanctions financières proposées aux commissions exécutives des anciennes ARH, pour un montant de 4M€en 2007, de 14M€en 2008 et de l'ordre de 42M€en 2009<sup>78</sup>.

[332] **Les contrôles de l'Assurance maladie**

[333] Les services médicaux des caisses d'assurance maladie réalisent sur la base du guide du contrôle externe régional, des contrôles visant à apprécier l'exactitude du codage des séjours et actes réalisés par les établissements de santé. Ces contrôles sont censés inciter les établissements de santé à améliorer la qualité du codage de l'information médicale et les pratiques d'hospitalisation. En effet, les contrôles se portent essentiellement sur certains actes se situant à la frontière des actes réalisés en consultations externes et de l'hospitalisation (circulaire frontière) et/ou sur les atypies et anomalies de codage.

[334] Schématiquement, la procédure s'enchaîne comme suit : l'établissement reçoit du directeur général de l'ARS notification du contrôle, qui peut porter sur des périodes ou des champs d'activité délimités ; les médecins-conseil de l'assurance maladie et les médecins de l'ARS procèdent au contrôle sur la base d'un échantillon de dossiers tirés au sort (une centaine au minimum), qui s'achève par une phase de concertation avec le médecin DIM, puis transmettent leur rapport à l'établissement qui dispose de trente jours pour faire part de ses observations qui donne lieu au rapport définitif.

[335] Ces contrôles ont des conséquences directes pour les établissements de santé dans la mesure où, sur la base du rapport définitif, l'assurance maladie récupère le paiement indu des séjours ayant fait l'objet d'un surcodage et donc d'une surfacturation et le directeur de l'ARS peut décider d'éventuelles sanctions financières. Le montant de la sanction financière est calculé non plus sur les dossiers effectivement contrôlés, mais sur l'ensemble du champ d'activité ayant fait l'objet du contrôle.

<sup>77</sup> Instruction relative aux modalités de validation des données d'activités transmises par les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale via le logiciel Lamda.

<sup>78</sup> Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité, Ministère de la Santé et des Sports.

### 3.4 Synthèse

- [336] Les récupérations Lamda propre à l'amélioration du codage ont augmenté les dépenses hospitalières de 96,4 M€ pour l'exercice 2008 et de 135,4 M€ pour l'exercice 2009.
- [337] Ces augmentations de dépenses sont à mettre en relation avec les augmentations de recettes permises par les contrôles de l'Assurance maladie qui s'élèvent à 28 M€ en 2008 et 72 M€ en 2009.

## 4 QUELLES SONT LES PERSPECTIVES ?

- [338] Le développement prochain<sup>79</sup> de la FIDES (facturation individuelle des établissements de santé à l'encontre de l'assurance maladie impliquant une transmission des données de facturation par patient et non plus par période mensuelle) et le raccourcissement du délai de la procédure Lamda<sup>80</sup> (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, les établissements disposent d'un délai de 1 an à compter de la date de réalisation de l'acte ou de la date de fin du séjour hospitalier (2 ans auparavant), pour émettre et transmettre leur facture initiale et éventuellement leurs factures complémentaires ou rectificatives) ont poussé les établissements de santé à améliorer leur processus de facturation mais également à mener des actions dans la stratégie de codage de l'information médicale par un renforcement des effectifs des DIM. Par ailleurs, les marges de manœuvre se trouvent essentiellement dans l'amélioration de la qualité du codage et non plus dans celle de son exhaustivité.
- [339] Actuellement, les actions visant à améliorer la qualité du codage reposent essentiellement sur sa professionnalisation (cf. encadré). Cependant, dans certains établissements, où il est difficile de développer les effectifs de TIM ou de médecin DIM, d'autres actions sont menées. Ainsi, au CHU de Bordeaux, dans lequel la culture du codage y est développée, celui-ci est réalisé par les cliniciens. Cette culture du codage est entretenue par des réunions régulières portant sur la qualité des données (diagnostics associés significatifs, CMA,...) tant en termes médico-économique qu'en termes épidémiologique. Un autre exemple est celui du Centre Hospitalier de Versailles dans lequel le codage est décentralisé. Les cliniciens sont sensibilisés au codage par la transmission trimestrielle de tableaux de bord sur leur service produits par le DIM et la DAF colligeant des données d'activité et de valorisation (IPDMS, exhaustivité du codage, PMCT, répartition des niveaux de sévérités,...). De plus, deux secrétaires d'information médicale rattachées aux pôles y sont déployées afin de renforcer le lien entre le DIM et les services, de faciliter le recodage et de participer à l'amélioration des procédures de recueil de l'information médicale (notamment celle contenue dans les dossiers de soins infirmiers).

<sup>79</sup> Généralisation prévue entre le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et le 1<sup>er</sup> mars 2016, d'abord pour les actes et consultations externes puis pour les séjours.

<sup>80</sup> Circulaire DSS/1A/DGOS/R1 n° 2012-240 du 18 juin 2012 relative au délai dont disposent les établissements de santé pour l'émission et la rectification des données de facturation à l'assurance maladie.

[340] **Focus sur la professionnalisation du codage de l'information médicale<sup>81,82</sup>**

- [341] Si les établissements privés la pratique depuis plusieurs années, la professionnalisation du codage de l'information médicale commence à se développer dans les établissements de santé publics. En effet, à l'heure actuelle, le codage y est majoritairement assuré par les médecins des services. La professionnalisation du codage a pour but d'en améliorer la qualité, d'optimiser les recettes, de dégager du temps médical et d'anticiper les contraintes annuelles, notamment la préparation aux contrôles T2A et la facturation directe. Cette organisation du codage s'appuie sur le déploiement de TIM (Technicien d'information médicale) dans les services (codage déconcentré ou décentralisé) ou avoir des TIM dédiés à plusieurs services au sein du Département d'information médicale (codage centralisé).
- [342] Cette professionnalisation est actuellement en cours de développement dans plusieurs centres hospitaliers universitaires comme ceux de Grenoble, Toulouse, Strasbourg ou à l'AP-HP.
- [343] Le CHU de Toulouse présente l'une des organisations les plus abouties. En effet, cette organisation a été initiée en 2009 dans un pôle (rhumatologie-orthopédie) et est désormais appliquée dans 11 des 15 pôles cliniques du CHU. Désormais, 20,2 équivalents temps plein (ETP) de TIM sur les 29,1 ETP du DIM sont affectés aux pôles, chaque ETP de TIM assurant près de 8.216 résumés de sortie standardisés (RSS) par an. Ces TIM ont été recrutés parmi les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) en fin de carrière, faisant preuve d'autonomie avec le système d'information et de motivation et ayant un sens des relations humaines. Ils sont rattachés au niveau fonctionnel et hiérarchique au DIM mais le financement de leurs postes est assuré par le pôle. Ce dispositif ne correspond pas à une décentralisation mais à une déconcentration du codage car si les TIM sont délocalisés, le DIM les forme et vérifie leur codage. Une réunion des TIM est ainsi organisée chaque mois. Il persiste cependant des TIM au sein du DIM afin d'assurer une activité de contrôle et de rattrapage.
- [344] Dans cette démarche, l'objectif fixé aux pôles était de fournir un compte rendu d'hospitalisation (CRH) de qualité sous 8 à 15 jours et de suivre des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, dont les motifs d'admission ainsi que la qualité et le délai d'envoi du CRH. Cette démarche était basée sur le volontariat et nécessitait donc l'adhésion de chacun au projet. Le département DIM devait de son côté coder et saisir le diagnostic à partir du dossier informatisé patient, vérifier le codage des actes restés à la charge des praticiens et suivre des indicateurs d'exhaustivité et de qualité du codage. Il devait également assurer un soutien technique et pédagogique aux cliniciens. A ce jour, 95,3% du codage des séjours du CHU est professionnalisé.
- [345] Concernant l'évaluation de cette organisation, le CHU relève des améliorations notamment sur le motif d'admission, la date d'entrée et de sortie, les antécédents et les facteurs de risque. La proportion de CRH envoyés en moins de huit jours est ainsi passée de 72% à 78 % entre 2009 et 2010. L'exhaustivité est améliorée et plus stable dans le temps dans les pôles professionnalisés. Il y a une amélioration du niveau des comorbidités associées (CMA) codées. De plus, à activité équivalente, il semblerait que la progression des recettes observée entre 2009 et 2010 soit plus importante dans les pôles professionnalisés que dans les pôles non professionnalisés. L'amélioration de la qualité des CRH a permis une amélioration des relations avec les professionnels de ville. La base de données PMSI est également plus requétée. Enfin, ce mode d'organisation a permis une amélioration qualitative et quantitative des relations entre le DIM et les cliniciens. Le CHU essaye actuellement de développer le résumé de soins infirmiers informatisé afin d'améliorer la qualité des données.
- [346] Cependant, plusieurs critiques sont faites à ce modèle d'organisation du codage de l'information médicale.
- [347] D'une part, son évaluation manque de données médico-économiques, alors même que le développement de cette organisation nécessite un arbitrage de la part des équipes de direction hospitalières tant sur le plan financier que sur celui des ressources humaines. D'autre part, il est reproché à ce mode d'organisation le risque de déresponsabilisation des praticiens par rapport au codage. Le déploiement de TIM dans les pôles ne doit pas exonérer ces derniers de la responsabilité de leur codage. De plus, ce mode d'organisation est particulièrement dépendant de la qualité des comptes rendus d'hospitalisation et de l'intégration des systèmes d'information hospitaliers.

<sup>81</sup> « CHU de Toulouse : résultats positifs d'une professionnalisation des pôles sur le codage », Dépêche APM, 24 mai 2012

<sup>82</sup> Données fournies par le DIM du CHU de Toulouse

[348] Ces actions visant à améliorer le codage de l'information médicale semblent porter leurs fruits. En effet, lorsque l'on étudie l'évolution de codage de certains diagnostics devenus CMA, il apparaît très clairement qu'elle est bien plus importante que l'évolution épidémiologique.

[349] Ainsi, le codage de l'isolement prophylactique permettant de classer le GHM en niveau de sévérité 2 a augmenté de 46,3% entre 2011 et 2012 et celui de la carence en vitamine D permettant également de classer le GHM en niveau de sévérité 2 de 50,9%<sup>83</sup>.

## 5 QU'EN DEDUIRE POUR LA MAITRISE DE L'EVOLUTION DES VOLUMES HOSPITALIERS ?

[350] Nous l'avons vu, l'effet codage résulte de deux éléments : l'exhaustivité du codage et sa qualité.

[351] L'exhaustivité du codage joue sur l'évolution des volumes hospitaliers par un effet quantité. A l'heure actuelle, il semble que ce taux d'exhaustivité, même en l'absence de statistiques nationales, soit proche de 100% depuis plusieurs années dans de nombreux établissements de santé. Par conséquent, son impact sur l'évolution du nombre de séjours ne doit plus être considéré comme significatif. Cependant, les résultats des transmissions Lamda font état de parts de recettes supplémentaires résultant de la transmission de « nouveaux » séjours non négligeables. Ces transmissions révèlent également des suppressions de séjours. Aussi, nous ne sommes pas en mesure d'évaluer quels seront les impacts de la mise en place de la FIDES et l'amélioration de la facturation des établissements de santé sur l'évolution des volumes hospitaliers.

[352] La qualité du codage joue sur l'évolution des volumes hospitaliers par un effet structure. L'amélioration du sous-codage entraîne une augmentation des volumes hospitaliers et celle du surcodage une diminution. Actuellement, il est difficile de différentier l'effet codage de l'effet case-mix ce qui limite d'autant plus tout exercice de projection sur les effets futurs de l'amélioration de la qualité du codage sur l'évolution des volumes hospitaliers. En tout état de cause, les établissements publics mènent des actions dans ce sens. Ces actions vont vraisemblablement avoir pour conséquence une augmentation des volumes hospitaliers dont l'ampleur est difficilement prévisible. Cependant, cette augmentation sera la conséquence d'une modification du case-mix, notamment par augmentation des niveaux de sévérité des GHM et non la conséquence d'une augmentation du nombre de séjours. La mise en place de la FIDES et par conséquent la fin des transmissions Lamda et la poursuite des contrôles de l'Assurance maladie, permettront d'en limiter les impacts.

---

<sup>83</sup> Données ATIH

## SIGLES UTILISES

<b>AC</b>	Aide à la contractualisation
<b>ACE</b>	Actes et consultations externes
<b>ALD</b>	Affection de longue durée
<b>ANAP</b>	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
<b>AP-HP</b>	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ATIH</b>	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
<b>Forfait ATU</b>	Forfait accueil et traitement des urgences
<b>CAS</b>	Centre d'analyse stratégique
<b>CCAM</b>	Classification commune des actes médicaux
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>CHR</b>	Centre hospitalier régional
<b>CHU</b>	Centre hospitalo-universitaire
<b>CLCC</b>	Centre de lutte contre le cancer
<b>CMA</b>	Complication ou morbidité associée
<b>CMD</b>	Catégorie majeure de diagnostic
<b>CME</b>	Commission médicale d'établissement
<b>CNAMTS</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>CNPS</b>	Conseil national de professionnels de santé
<b>COP</b>	Contrat d'objectif et de performance
<b>COSTAT</b>	Comité de suivi statistique de l'ONDAM
<b>CPOM</b>	Contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens
<b>CREDES</b>	Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (devenu IRDES)
<b>DAF</b>	Dotation annuelle de financement
<b>DG</b>	Dotation globale
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>DIM</b>	Département d'information médicale
<b>DMI</b>	Dispositif médical implantable
<b>DMS</b>	Durée moyenne de séjour
<b>DPC</b>	Développement professionnel continu
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>EBNL</b>	Etablissement privé à but non lucratif
<b>ECN</b>	Epreuves classantes nationales
<b>ECHP</b>	European Community Household Panel
<b>EPP</b>	Evaluation des pratiques professionnelles
<b>EPRD</b>	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
<b>ESPIC</b>	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
<b>ETP</b>	Equivalent temps plein
<b>EV</b>	Espérance de vie
<b>EVSI</b>	Espérance de vie sans incapacité
<b>FFM</b>	Forfait de petit matériel
<b>FHF</b>	Fédération hospitalière de France
<b>FIDES</b>	Facturation individuelle des établissements de santé
<b>FTN</b>	Forfait technique de radiologie tarif normal
<b>GA</b>	Groupe d'activité
<b>GDR</b>	Gestion de risque
<b>GHM</b>	Groupe homogène de malade
<b>GHS</b>	Groupe homogène de séjour
<b>GHT</b>	Groupe homogène de tarif
<b>HAD</b>	Hospitalisation à domicile
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>HC</b>	Hospitalisation complète
<b>HCAAM</b>	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

<b>HPST</b>	Hôpital, patient, santé, territoire
<b>IAAS</b>	International Association of Ambulatory Surgery
<b>IARC</b>	International Agency for Research on Cancer
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>InCA</b>	Institut national du cancer
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>IRDES</b>	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse
<b>LAMDA</b>	Logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité
<b>LFSS</b>	Loi de financement de la sécurité sociale
<b>MCO</b>	Médecine, chirurgie, obstétrique
<b>MIG</b>	Mission d'intérêt général
<b>MIGAC</b>	Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation
<b>MSAP</b>	Mise sous accord préalable
<b>NGAP</b>	Nomenclature générale des actes professionnels
<b>ODMCO</b>	Objectif de dépenses de Médecine, Chirurgie et Obstétrique
<b>ONDAM</b>	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
<b>OQN</b>	Objectif quantifié national
<b>Technique PI</b>	Technique peu invasive
<b>PMSI</b>	Programme de médicalisation des systèmes d'information
<b>PSPH</b>	Etablissement de santé privé participant au service public hospitalier
<b>Forfait SE</b>	Forfait sécurité-environnement
<b>SILC</b>	Statistics on Income and Living Conditions
<b>SNATIH</b>	Système national d'information sur l'hospitalisation
<b>SROS</b>	Schéma régional d'organisation des soins
<b>SSA</b>	Service de santé des armées
<b>SSR</b>	Soins de suite et de rééducation
<b>T2A</b>	Tarification à l'activité
<b>TIM</b>	Technicien d'information médicale
<b>USLD</b>	Unité de soins longue durée

## BIBLIOGRAPHIE

### **Rapports et études**

#### **DREES**

- Comptes nationaux de la santé, 2009 à 2011
- Le panorama des établissements de santé, 2009 à 2012
- « La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires », Dossier Solidarité et Santé n°21, 2011
- Yilmaz E, Raynaud D, « Les patients en situation de précarité accueillis en court séjours restent-ils plus longtemps à l'hôpital ? », Le panorama des établissements de santé, 2010
- Maric M, Grégoire E, Leporcher L, « La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins », Document de travail, série Études et recherche, n° 81, novembre 2008
- Mouquet MC, Oberlin P, « Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030 », Dossiers Solidarité et Santé, n° 4-2008
- Comité d'évaluation de la tarification à l'activité, sous la présidence d'Alain Coulomb, Document de travail, Série Etude et Recherche, n°76 – février 2008
- Delattre E, Dormont B, « La régulation de la médecine ambulatoire en France : quel effet sur le comportement des médecins libéraux ? », Solidarité et Santé, n°1 2005
- Missègue, Peirera C, « Les déterminants de l'évolution des dépenses de santé », Solidarité et Santé, n°1 2005

#### **ATIH**

- « Pertinence des soins – Ciblage d'activités – Activité hospitalière MCO 2010 », décembre 2012
- « Vieillissement de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010 – Focus sur la prise en charge des 80 ans et plus », Service Financement des établissements de santé, Pôle suivi de l'ONDAM hospitalier
- Analyse des transmissions Lamda – Historique des transmissions 2009-2011, Service Financement des établissements de santé – Pôle Suivi de l'ONDAM hospitalier
- « Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie »
- « L'analyse de l'activité hospitalière 2011», Service Financement des établissements de santé – Pôle Suivi de l'ONDAM hospitalier
- « Evolution du codage des diagnostics entre la version 10 et la version 11 des GHM », mai 2010

#### **IGAS**

- « L'hôpital », Rapport annuel 2012
- « Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux », Pierre-Louis Bras, Jean-Luc Vieilleribiére, Pierre Lesteven, Mars 2012
- « Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé », Anne Bruant-Bisson, Paul Castel, Maurice-Pierre Panel, Mars 2012
- « Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017 », IGAS-IGF, juin 2012
- « Rapport sur le suivi des dépenses hospitalières de l'assurance maladie », IGAS-INSEE, mai 2008

## DGOS

- Rapports de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, 2011 à 2012
- « Guide méthodologique de production des informations relative à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie », Bulletin officiel n°2012/6 bis
- « Guide méthodologique – Analyse des taux de recours – Pilotage de l'activité des établissements de santé », Septembre 2011
- « Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières », Rapport final, 11 août 2011

## IRDES

- « Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A », Zyenep Or, Julia Bonastre, Florence Journeau, Clément Nestrigue, Document de travail n°56, Avril 2013
- « Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire ? », Zyenep Or, Unto Häkkinen, Document de travail n°53, Décembre 2012
- « Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) – Enseignement de la théorie économique et des expériences étrangères », Zyenep Or, Thomas Renaud, Document de travail n°23, Mars 2009
- « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer », Zyenep Or, Laure Com-Ruelle, Document de travail n°19, Décembre 2008

## HCAAM

- « Assurance maladie et perte d'autonomie », Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées, Rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011
- « Vieillissement, longévité et assurance maladie », Note adoptée le 22 avril 2010
- « Régime des affections de longue durée », avril 2005

## CNAMTS

- Rapports charges et produits, 2010 à 2013
- « Analyse des causes de recours à l'hôpital », Document de travail, CNAMTS

## Autres

- « Evolution des prises en charge en cancérologie : impacts capacitaires », UNICANCER, juin 2013
- « Le recours aux séjours hospitaliers MCO (hors séances) par la population du régime agricole âgée de 65 ans et plus en 2011 », Document de travail, MSA
- « Evaluation de la T2A », Fédération Hospitalière de France, Comité d'évaluation de la T2A sous la présidence du Professeur Fagon, 2013
- « Améliorer la pertinence des stratégies médicales », René Mornex, Académie Nationale de Médecine, Rapport, 8 avril 2013
- « Espérance de santé en France », EHLEIS, Rapport nationaux, Numéro 6, Avril 2013
- ©La situation du cancer en France en 2012. Collection état des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, décembre 2012
- Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé, Jacky Le Menn et Alain Milon, Sénat, 25 juillet 2012
- « Les comptes de la sécurité sociale, Résultats 2011 – Prévisions 2012 », Rapport de juillet 2012

- « Socle de connaissances, Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire », HAS – ANAP, avril 2012
- « Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux », IGF, Avril 2012
- « Les espérances de santé en France : une tendance récente moins favorable que dans le passé », A Sieurin, E Cambois, JM Robine, INED, Document de travail n°170, Janvier 2011
- Rapport d'activité de la FNEHAD 2010-2011
- « La note de veille », Centre d'analyse stratégique, n°181, juin 2010
- « Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050 », V Albouy, E Bretin, N Carnot, Muriel Deprez, Cahiers de la DGTPE, n° 2009/11 juillet 2009
- « Le recours à l'hôpital en Europe », Synthèse, HAS, mars 2009
- “Health Care Quality Indicators Project”, Conceptual Framework Paper, Edward Kelley and Jeremy Hurst, OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 23, 9 mars 2006
- « Impact of ageing populations on public spending », rapport de l'Ageing working group au Comité de Politique Economique, février 2006
- Rapports 2010 et 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité, Ministère de la Santé et des Sports

## Articles

- Lukacs B, et al., « Management of Lower Urinary Tract Symptoms Related to Benign Prostatic Hyperplasia in Real-life Practice in France: A Comprehensive Population Study », Eur Urol (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2013.02.026>
- Information presse, Inserm, 17 avril 2013 : <http://presse-inserm.fr/esperance-de-vie-en-bonne-sante-dernieres-tendances/7858/>
- Dormont B, Huber H, « Vieillissement de la population et croissance des dépenses de santé », Rapport pour l'Institut Montparnasse, 2012
- Christensen K et al., “Ageing populations : the challenges ahead”, Lancet 2009, 374, octobre 2009
- Holstein J et al., « Lien précarité-durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour », Revue d'épidémiologie et de santé publique, n°57, 205-211, 2009
- Dormont B, « Les dépenses de santé : une augmentation salutaire ? », collection du CEPREMAP, éditions ENS rue d'Ulm, 2009
- Bahrami S, Holstein J, Chatellier G, Le Roux YE, Dormont B, « Lien entre durée de séjour et réadmissions en chirurgie et en obstétrique : étude de deux procédures à partir des données du PMSI », Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 56, 79–85, 2008
- Castiel D et al., « Hôpitaux publics, T2A et handicap social », Gestions hospitalières, n° 457, juin-juillet 2006
- Polton D, Sermet C, « Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? » BEH n° 5-6/2006, 7 février 2006
- Mathy C, Bensadon M, « Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires », Journal d'économie médicale, vol. 20, n° 5 : 263-278, 2002
- Cutler D, McClellan M, « Is technological change in medicine worth it ? », Health Affairs, 20 (5), p. 11-29, 2001
- E. Berndt et al., The Medical Treatment of Depression, 1991-1996 : Productive Inefficiency, expected outcome variations, and price indexes, NBER Working Paper, n° 7816, 2000
- Cutler D, McClellan M, « The determinants of technological change in heart attack treatment », NBER Working Paper, n° 5751, 1996
- Gelijns A, Rosenberg N, « The dynamics of technological change in medicine », Health Affairs, summer, p. 29-46, 1994

