

# INFO en SANTÉ

lettre n° 18  
Décembre 2010

## système d'information, stratégie, qualité



### ÉDITORIAL

GÉRARD VINCENT, BERNARD GARRIGUES..... P. 1

### PARTS DE MARCHÉ

Volumes globaux, parts associées ..... P. 2  
Parts de marché par activité ..... P. 3  
Cartographie départementale ..... P. 6  
de la part de marché publique et  
parapublique en 2009

### ANALYSE DE L'ACTIVITÉ 2009

Zoom chirurgie ambulatoire ..... P. 8  
Zoom accouchements/césariennes ..... P. 12  
Volumes et destination ..... P. 13  
des fuites en 2009  
Flux de patients en 2009 - ..... P. 15  
Soldes migratoires  
Temps trajets domicile-établissement .. P. 17  
de prise en charge

Zoom sur les hôpitaux militaires..... P. 31

STÉPHANE FINKEL  
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Analyse de l'activité de cancérologie .... P. 24  
en France en 2009  
Analyse de l'activité de soins de suite .. P. 28  
et de réadaptation en France en 2009  
DR FABIANNE SÉGURET - CHU DE MONTPELLIER

SPÉCIAL

## Analyse de l'activité 2009 : Croissance d'activité, financement et pertinence

Ce numéro spécial d'Info en santé regroupe plusieurs analyses multi-axiales de l'activité des établissements de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et de soins de suite et de réadaptation (SSR) en France en 2009. Ces analyses ont toutes été réalisées grâce à la Banque de données hospitalière de France (BDHF) qui est en charge de recueillir et d'exploiter les bases de données disponibles sur l'hôpital (activité, finances, RH, etc.).

### Le secteur public accroît son activité et sa part de marché dans presque toutes les spécialités.

Dans les pages qui suivent, la part belle est faite aux parts de marché. On constatera une fois de plus que le secteur public continue d'accroître sa progression dans à peu près tous les domaines, y compris sur les activités où il est très majoritaire et y compris sur les niches du privé. Par exemple, et de façon symbolique, on peut souligner qu'en chirurgie en hospitalisation complète, le secteur public est passé majoritaire en 2008 et continue de gagner des parts de marché de façon continue (52,1 % en 2009).

### Les pratiques ne sont pas homogènes d'un département à l'autre, tous les actes sont-ils pertinents ?

Les analyses géographiques sont également mises à l'honneur dans ce numéro. Elles révèlent par exemple des taux de recours extrêmement contrastés sur certains actes. Ainsi, par exemple, pour la libération du canal carpien, ceux-ci vont d'un facteur 1 à 5 selon que l'on soit résident de l'Aube ou des Hauts-de-Seine. Cela interroge sur l'homogénéité des pratiques et sur l'influence du maillage géographique notamment privé.

### Le maillage de l'offre semble globalement satisfaisant mais ponctuellement médiocre.

Ce numéro présente également, pour la première fois, des analyses de temps de trajets domicile-lieu d'hospitalisation. Ces analyses sont très complexes à mettre en œuvre du fait des ressources logicielles et machines nécessaires, mais elles permettent des observations assez intéressantes. Elles démontrent ainsi qu'il existe des situations assez contrastées en terme de maillage

géographique et que les résidents de quelques zones semblent très isolés et éloignés des structures de prise en charge, y compris pour des soins courants, les grandes métropoles attirant toujours un maximum d'activité (cf. analyse des flux). Ces constats suscitent un vaste champ de questions qui devront être approfondies.

### Les données des hôpitaux militaires et l'algorithme d'extraction de la cancérologie enfin disponibles

On se réjouit néanmoins dans ces lignes, d'une part de pouvoir ouvrir le champ de travaux aux hôpitaux militaires qui ont rejoint la base nationale PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) depuis l'exercice 2009 et qui complètent ainsi une partie de l'information qui était manquante jusqu'alors, d'autre part de l'exploitation enfin possible des données de cancérologie à partir d'un algorithme de sélection des séjours réalisé par un groupe de travail de l'Institut du Cancer (Inca).

### Malgré des résultats constamment en progrès les finances des hôpitaux sont mises en permanence sous pression.

La lecture de tous ces résultats contraste avec la situation paradoxalement très délicate que les politiques publiques induisent sur les finances hospitalières. La tarification à l'activité (T2A) juste dans ses principes, ne permet pas de retrouver le financement attendu du fait d'autres facteurs liés notamment au taux de progression de l'Ondam, au processus de convergence et à la construction tarifaire.

GÉRARD VINCENT

BERNARD GARRIGUES

## INFO en SANTÉ

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION Jean Leonetti

RÉDACTEUR EN CHEF Gérard Vincent

RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT Bernard Garrigues

COMITÉ DE RÉDACTION

Stéphane Finkel, Yves Gaubert, Frédéric Kletz,  
Cédric Lussiez, Patrick Médée, Michel Naiditch,  
Jean Ruiz

SECRÉTAIRES DE RÉDACTION

Noémie Brazier, Isabelle Hollinger

MAQUETTE, FABRICATION édition Héral, Boops

IMPRIMEUR Oudin

CORRESPONDANCE Bernard Garrigues bgarrigues@ch-aix.fr

Fédération  
hospitalière  
de France

1 bis rue Cabanis  
75014 Paris

Tél. : 01 44 06 84 44

Fax : 01 44 06 84 45

E-mail : fhf@fhf.fr

Site : www.fhf.fr

www.hopital.fr



## Volumes globaux, parts associées

Volumes d'activité France 2002-2009 (hors DOM-TOM et hors HIA)

Statut	Activité*	durée	Année								
			2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	HIA 2009
public ou parapublic	Chirurgie	0 nuit	392 988	415 384	446 647	487 376	533 493	563 380	627 628	699 082	6 364
		1 nuit ou +	1 787 731	1 768 914	1 786 254	1 798 305	1 823 104	1 822 093	1 824 670	1 857 692	23 713
	Médecine	0 nuit	2 763 677	2 908 573	3 150 106	3 400 318	3 558 458	3 418 292	3 510 761	3 586 354	26 328
		1 nuit ou +	4 578 445	4 581 946	4 629 461	4 723 096	4 801 324	4 809 681	4 921 303	4 963 822	48 454
	Obstétrique	0 nuit	223 517	227 283	244 979	253 020	261 110	249 830	244 729	246 299	43
		1 nuit ou +	649 831	654 656	663 857	673 841	697 190	694 328	704 930	710 337	1 002
privé lucratif	Chirurgie	0 nuit	1 056 440	1 125 662	1 176 576	1 355 650	1 475 891	1 414 913	1 448 368	1 567 238	
		1 nuit ou +	2 105 453	2 080 997	2 018 753	1 971 532	1 903 027	1 864 807	1 794 670	1 705 665	
	Médecine	0 nuit	1 736 237	1 821 840	1 961 477	2 221 233	2 360 046	2 110 275	2 069 054	2 105 252	
		1 nuit ou +	1 190 784	1 168 055	1 173 867	1 157 605	1 128 339	1 118 049	1 115 369	1 116 379	
	Obstétrique	0 nuit	80 241	77 851	76 143	86 832	100 675	68 845	62 083	59 861	
		1 nuit ou +	299 014	289 856	280 693	277 353	280 046	268 064	262 406	260 374	

\* au sens de la classification Aso de l'ATIH

\* la médecine de moins de 24 h contient les séances (sauf la radiothérapie, la dialyse et l'oxygénothérapie hyperbare)

sources : PMSI ATIH-DHOS

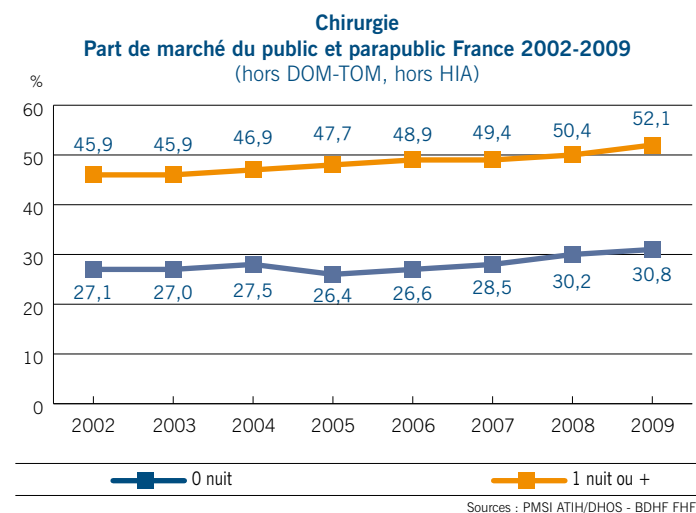
Parts de marché du public et parapublic France 2002-2009 (hors DOM-TOM et hors HIA)

Statut	Activité*	durée	Année								
			2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2009 y. c. HIA
Public ou parapublic	Chirurgie	0 nuit	27,1 %	27,0 %	27,5 %	26,4 %	26,6 %	28,5 %	30,2 %	30,8 %	31,0 %
		1 nuit ou +	45,9 %	45,9 %	46,9 %	47,7 %	48,9 %	49,4 %	50,4 %	52,1 %	52,4 %
	Médecine	0 nuit	61,4 %	61,5 %	61,6 %	60,5 %	60,1 %	61,8 %	62,9 %	63,0 %	63,2 %
		1 nuit ou +	79,4 %	79,7 %	79,8 %	80,3 %	81,0 %	81,1 %	81,5 %	81,6 %	81,8 %
	Obstétrique	0 nuit	73,6 %	74,5 %	76,3 %	74,5 %	72,2 %	78,4 %	79,8 %	80,4 %	80,5 %
		1 nuit ou +	68,5 %	69,3 %	70,3 %	70,8 %	71,3 %	72,1 %	72,9 %	73,2 %	73,2 %

\* au sens de la classification Aso de l'ATIH

\* la médecine de moins de 24 h contient les séances (sauf la radiothérapie, la dialyse et l'oxygénothérapie hyperbare)

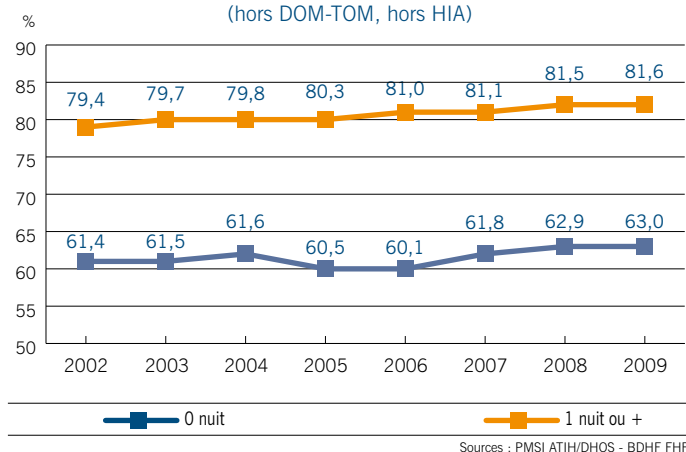
sources : PMSI ATIH-DHOS



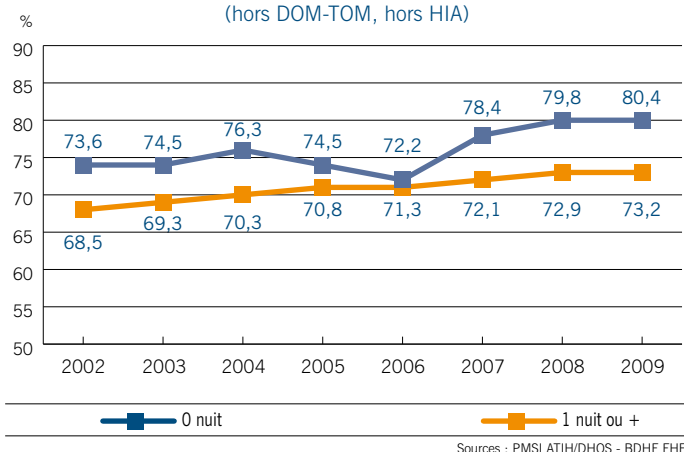
La part de marché de chirurgie en hospitalisation complète du secteur public et parapublic ne cesse d'augmenter depuis au moins 2002. En 2008, ce secteur est devenu majoritaire et la tendance ne semble pas s'essouffler en 2009 avec un gain de 1,7 % de part de marché amenant le secteur non lucratif à réaliser 52,1 % des séjours.

En ce qui concerne le secteur ambulatoire, le secteur public possède un retard de développement. Néanmoins, une tendance à la hausse démarre en 2006-2007. Le point bas est atteint en 2005 où cette activité n'était réalisée qu'à 26,4 % par le secteur public, mais depuis, ce secteur grignote en moyenne 1 point par an pour atteindre en 2009 une part de 30,8 %.

**Médecine**  
Part de marché du public et parapublic France 2002-2009  
(hors DOM-TOM, hors HIA)



**Obstétrique**  
Part de marché du public et parapublic France 2002-2009  
(hors DOM-TOM, hors HIA)



Malgré l'écrasante domination du secteur public et parapublic en médecine, celui-ci continue d'accroître son avance chaque année et représente, en 2009, 81,6 % de la prise en charge en hospitalisation complète et 63 % en hospitalisation de jour (y compris la chimiothérapie en séances notamment). On notera par ailleurs (voir plus loin dans le dossier) que la médecine prise en charge dans le secteur lucratif concerne essentiellement de la médecine instrumentale (endoscopies, cathétérismes).

À l'instar de la médecine, la domination du secteur public et parapublic en obstétrique se double d'un renforcement continu de sa part de marché année après année, aussi bien en hospitalisation de jour (suivi de grossesses à risque, affections diverses anté- ou post-partum ou abortum, IVG) qu'en hospitalisation complète (accouchements notamment).

## Part de marché par activité

Parts de marché 2009 par groupes Aso MCO\* (hors DOM, hors HIA)

	Hospitalisation complète		Ambulatoire	
	Part public + parapublic	Évolution 2007-2009	Part public + parapublic	Évolution 2007-2009
Médecine	81,6 %	↗ +0,6 %	63,0 %	↗ +1,1 %
Chirurgie	52,1 %	↗ +2,2 %	30,8 %	↗ +2,1 %
Obstétrique	73,2 %	↗ +1,0 %	80,4 %	↗ +2,7 %

\* hors dialyse, radiothérapie et oxygénothérapie hyperbare

Sources : PMSI - ATI/DHOS - BDHF/FHF

- x % Activité où le secteur commercial est dominant
- y % Activité où le secteur public et parapublic est dominant
- ↘ Activité où le secteur commercial progresse entre 2007 et 2009
- ↗ Activité où le secteur public progresse entre 2007 et 2009

On l'a déjà vu, le secteur public est majoritaire dans toutes les activités sauf en chirurgie ambulatoire. On constate également que ce secteur continue de renforcer cette domination en gagnant des parts de marché dans tous les domaines, y compris dans les domaines où il était déjà très dominant (médecine en HC par exemple).

Parts de marché 2009 par groupes de planification (regroupements ATI/DHOS) MCO\* (hors DOM, hors HIA)

	Hospitalisation complète		Ambulatoire	
	Part public + parapublic	Évolution 2007-2009	Part public + parapublic	Évolution 2007-2009
C01-Transplantation d'organes (hors greffes de moelle & cornée)	100,0 %	+0,0 %	non significatif	
C02-Chirurgie du rachis, neuro-chirurgie	52,8 %	↘ -0,7 %	non significatif	
C03-Neurostimulateurs	67,2 %	↘ -0,9 %	78,1 %	↗ +1,5 %
C04-Chir. cardio-thoracique (hors transplant. d'organe), pontages aorto-coronariens	72,4 %	↗ +1,0 %	non significatif	
C05-Chir. pulmonaire et thoracique	72,2 %	↘ -0,2 %	82,2 %	↗ +0,3 %
C06-Chir. digestive majeure : oesophage, estomac, colon, rectum	53,9 %	↗ +0,6 %	non significatif	
C07-Chir. viscérale autre : rate, grêle, hernies, occlusions	51,9 %	↗ +1,6 %	44,3 %	↗ +1,5 %
C08-Chir. hépato-biliaire et pancréatique	54,0 %	↗ +1,3 %	65,5 %	↗ +14,7 %
C09-Chir. majeure de l'app. locomoteur, Chir. du bassin, hanche, fémur, épaule	49,4 %	↗ +1,0 %	non significatif	
C10-Arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires	26,3 %	↗ +0,5 %	21,2 %	↗ +1,3 %
C11-Chirurgie traumatique, fractures, entorses, luxations, arthrites, tractions	85,5 %	↘ -0,1 %	53,4 %	↗ +5,0 %



# PARTS DE MARCHÉ

	Hospitalisation complète		Ambulatoire	
	Part public + parapublic	Évolution 2007-2009	Part public + parapublic	Évolution 2007-2009
C12-Chirurgies autres de l'appareil locomoteur	54,7 %	↗ +0,5 %	30,1 %	↗ +1,5 %
C13-Traumatismes multiples graves	97,5 %	↘ -0,3 %	98,2 %	↘ -2,0 %
C14-Commotions cérébrales, traumatismes crâniens	98,0 %	↘ -0,1 %	97,5 %	↘ -0,6 %
C15-Stimulateurs, défibrillateurs cardiaques	54,7 %	↗ +1,6 %	38,4 %	↘ -0,9 %
C16-Chirurgie vasculaire	39,0 %	↗ +4,6 %	34,5 %	↗ +1,7 %
C17-Chirurgie ORL, stomatologie	46,1 %	↗ +1,8 %	24,1 %	↗ +2,2 %
C18-Chirurgies de la bouche et des dents	31,2 %	↗ +7,9 %	17,8 %	↗ +0,8 %
C19-Chirurgie ophtalmologique et greffe de cornée	35,9 %	↗ +2,3 %	20,4 %	↗ +4,4 %
C20-Chirurgie gynécologique	50,0 %	↗ +1,8 %	47,6 %	↗ +1,6 %
C21-Chirurgie du sein	50,8 %	↗ +2,0 %	40,1 %	↗ +5,2 %
C22-Chirurgie urologique	46,0 %	↗ +0,1 %	31,0 %	↗ +3,6 %
C23-Chirurgie de l'appareil génital masculin	40,1 %	↗ +1,5 %	30,7 %	↗ +1,8 %
C24-Chir. pour affection des org. hématop., lymphomes, leucémies, tumeurs SID	58,8 %	↗ +2,2 %	38,2 %	↘ -0,4 %
C25-Chirurgie de la thyroïde, parathyroïde, du tractus thyroïdienne, endocrino.	56,7 %	↗ +2,8 %	non significatif	
C26-Parages de plaie, Greffes de peau, des tissus S/C	68,6 %	↗ +0,8 %	24,4 %	↗ +4,1 %
C27-Brûlures	97,6 %	↗ +0,0 %	89,1 %	↗ +3,5 %
C28-Chirurgie inter spécialités	67,0 %	↗ +2,7 %	37,7 %	↗ +1,6 %
C29-Chirurgie esthétique et de confort	12,1 %	↘ -0,4 %	12,0 %	↘ -0,6 %
M01-Hépatogastro-entérologie	73,9 %	↗ +0,5 %	86,4 %	↘ -1,4 %
M02-Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	37,9 %	↗ +2,9 %	16,6 %	↗ +3,0 %
M03-Traumatologie	90,0 %	↗ +0,0 %	84,9 %	↗ +5,9 %
M04-Rhumatologie	84,7 %	↗ +1,7 %	84,7 %	↘ -1,0 %
M05-Neurologie médicale	94,3 %	↗ +0,5 %	86,7 %	↗ +7,6 %
M06-Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	55,7 %	↗ +0,8 %	40,0 %	↗ +5,5 %
M07-Cardiologie	84,4 %	↘ -0,1 %	76,0 %	↗ +1,7 %
M08-Médecine vasculaire	73,4 %	↗ +1,2 %	70,7 %	↗ +8,5 %
M09-Pneumologie	89,3 %	↗ +0,2 %	93,0 %	↗ +0,4 %
M10-Endoscopies bronchiques, avec ou sans anesthésie	non significatif		40,9 %	↗ +2,3 %
M11-ORL et stomato médical	85,9 %	↗ +1,8 %	55,9 %	↗ +1,9 %
M12-Endoscopies ORL, avec ou sans anesthésie	non significatif		30,5 %	↗ +4,9 %
M13-Ophtalmologie	94,2 %	↘ -0,2 %	68,6 %	↗ +15,6 %
M14-Gynécologie, sénologie, hors obstétrique	75,8 %	↗ +1,0 %	66,2 %	↘ -4,1 %
M15-Nouveau-nés, prématurés, affections de la période périnatale (< 121jours)	73,1 %	↗ +0,9 %	82,5 %	↘ -0,5 %
M16-Uro-Néphrologie médicale (hors séances)	77,1 %	↘ -0,6 %	73,8 %	↘ -2,2 %
M17-Appareil génital masculin	71,0 %	↗ +0,5 %	72,2 %	↘ -0,0 %
M18-Endoscopies génito-urinaires, avec ou sans anesthésie	56,2 %	↗ +0,7 %	37,4 %	↗ +9,0 %
M19-Greffe de moelle, auto et allogreffes de cellules souches	100,0 %	+0,0 %	100,0 %	+0,0 %
M20-Maladies immunitaires, du sang, des organes hématopoïétiques, tumeurs SID	85,1 %	↗ +1,3 %	75,9 %	↗ +9,3 %
M21-Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	92,0 %	↗ +0,3 %	non significatif	
M22-Fièvre, infection, septicémie	92,8 %	↗ +0,6 %	98,5 %	↘ -0,9 %
M23-V.I.H.	98,8 %	↘ -0,1 %	99,9 %	↘ -0,1 %
M24-Diabète, maladies métaboliques, endocrinologie (hors complications)	90,9 %	↘ -0,0 %	95,0 %	↗ +0,9 %
M25-Affections de la peau	89,7 %	↘ -1,4 %	71,6 %	↗ +0,4 %
M26-Psychiatrie	96,4 %	↗ +0,4 %	98,6 %	↘ -0,0 %
M27-Toxicologie, alcool	94,8 %	↘ -0,2 %	98,6 %	↘ -3,1 %
M28-Effets nocifs	96,3 %	↗ +1,7 %	89,3 %	↗ +6,4 %
M29-Douleur et soins palliatifs	78,1 %	↘ -0,6 %	94,2 %	↘ -2,0 %
M30-Séances	non significatif		64,1 %	↗ +4,4 %
M31-Médecine inter spécialités	69,6 %	↗ +5,6 %	79,6 %	↗ +1,2 %
M32-Suivi therap.d affections connues	73,7 %	↘ -3,4 %	87,0 %	↗ +0,9 %
M33-Rééducation - Convalescence	90,2 %	↗ +5,7 %	99,9 %	↘ -0,0 %
M34-Autres symptômes ou motifs médicaux	86,4 %	↗ +2,4 %	74,1 %	↗ +12,4 %
O01-Accouchements par voie basse	72,7 %	↗ +0,9 %	non significatif	
O02-Césariennes	69,9 %	↗ +1,0 %	non significatif	
O04-Obstétrique autre	77,2 %	↗ +1,4 %	72,8 %	↗ +3,5 %

\* hors dialyse, radiothérapie et oxygénothérapie hyperbare

Sources : PMSI - ATI - BDHF/FHF

Parts de marché 2009 par domaines d'activité (regroupements ATIH) MCO\* (hors DOM, hors HIA)

	Hospitalisation complète		Ambulatoire	
	Part public + parapublic	Évolution 2007-2009	Part public + parapublic	Évolution 2007-2009
D01-Digestif	61,9 %	↗ +1,2 %	27,3 %	↗ +1,1 %
D02-Orthopédie traumatologie	53,1 %	↗ +0,8 %	32,2 %	↗ +0,8 %
D03-Traumatismes multiples ou complexes graves	97,8 %	↘ -0,3 %	98,2 %	↘ -2,0 %
D04-Rhumatologie	83,0 %	↗ +1,7 %	84,7 %	↘ -1,0 %
D05-Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interv.)	86,5 %	↘ -0,1 %	87,8 %	↗ +6,7 %
D06-Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	54,9 %	↗ +0,8 %	40,0 %	↗ +5,5 %
D07-Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interv.)	80,5 %	↘ -0,0 %	75,7 %	↗ +1,6 %
D08-Vasculaire périphérique	45,0 %	↗ +4,8 %	39,0 %	↗ +0,6 %
D09-Pneumologie	88,0 %	↗ +0,2 %	78,8 %	↗ +2,2 %
D10-ORL, stomatologie	52,9 %	↗ +5,4 %	26,1 %	↗ +1,0 %
D11-Ophthalmologie	39,0 %	↗ +3,6 %	22,8 %	↗ +3,9 %
D12-Gynécologie - sein	51,6 %	↗ +1,7 %	51,5 %	↘ -0,0 %
D13-Obstétrique	72,2 %	↗ +1,0 %	77,7 %	↗ +2,7 %
D14-Nouveau-nés	72,2 %	↗ +0,9 %	82,5 %	↘ -0,5 %
D15-Uro-néphrologie et génital masculin	59,7 %	↗ +0,5 %	48,4 %	↗ +2,0 %
D16-Hématologie	83,0 %	↗ +1,3 %	75,8 %	↗ +9,3 %
D17-Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	91,7 %	↗ +0,3 %	non significatif	
D18-Maladies infectieuses (dont VIH)	92,8 %	↗ +0,5 %	99,0 %	↘ -0,9 %
D19-Endocrinologie	82,4 %	↗ +0,8 %	94,9 %	↗ +0,8 %
D20-Tissu cutané et tissu sous-cutané	78,6 %	↘ -0,3 %	47,1 %	↗ +2,6 %
D21-Brûlures	97,6 %	↗ +0,0 %	89,1 %	↗ +3,5 %
D22-Psychiatrie	96,0 %	↗ +0,4 %	98,6 %	↘ -0,0 %
D23-Toxicologie, Intoxications, alcool	94,7 %	↗ +0,8 %	93,7 %	↗ +1,9 %
D24-Douleurs chroniques, soins palliatifs	78,7 %	↘ -0,6 %	94,2 %	↘ -2,0 %
D25-Transplantations d'organes	100,0 %	+0,0 %	non significatif	
D26-Activités interspécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	65,4 %	↘ -0,4 %	66,8 %	↘ -1,8 %
D27-Séances	non significatif		64,1 %	↗ +4,4 %
D28-Autres symptômes ou motifs médicaux	84,0 %	↗ +2,4 %	74,1 %	↗ +12,4 %

\* hors dialyse, radiothérapie et oxygénothérapie hyperbare

Sources : PMSI - ATIH - BDHF/FHF

En hospitalisation complète, le secteur public (et parapublic) est majoritaire sur 53 des 63 regroupements existants (\*pour voir le détail des regroupements : <http://www.atih.sante.fr/?id=000250002EFF> ). Les dix regroupements où le secteur commercial est majoritaire concernent dans 9 cas de la chirurgie et le dernier cas concerne les endoscopies digestives. Par ailleurs, le secteur public progresse dans toutes ces activités (où le privé commercial est majoritaire), sauf sur l'activité « C29-Chirurgie esthétique et de confort » où le secteur lucratif produit 88 % des séjours déclarés via le PMSI.

La médecine en hospitalisation complète, hormis quelques rares exceptions, est un quasi-monopole du secteur public, où fréquentes sont les spécialités médicales où plus de 80 % voire 90 % des séjours réalisés le sont dans le public.

Sur l'ambulatoire, la situation est assez contrastée. Le secteur public domine 36 des 57 regroupements, néanmoins ici aussi la distinction est également très nette entre la chirurgie et la médecine. Dans les groupes de chirurgie, le secteur privé domine 16 des 23 regroupements, mais perd du terrain sur 13 d'entre eux. Sur la médecine, le privé conserve l'avantage sur 5 spécialités, qui concernent toutes l'endoscopie ou le cathétérisme, mais à chaque fois en perdant du terrain face au secteur public. Les autres spécialités, non instrumentales, sont toutes majoritairement réalisées dans le public.

Les regroupements « Domaines d'activité » (\*pour voir le détail : <http://www.atih.sante.fr/?id=000250002EFF>) sont organisés selon une logique plus proche des CMD (pas de distinction d'emblée de la médecine et de la chirurgie). En hospitalisation complète, seuls les groupes « ophtalmologie » et « vasculaire périphérique » sont dominés par le secteur commercial qui d'ailleurs les domine également en ambulatoire. Il s'agit bien entendu de 2 spécialités essentiellement chirurgicales écrasées chacune par un acte très précis (intervention sur la cataracte d'une part et sur les varices d'autre part) qui font les choux gras de beaucoup de cliniques, mais où néanmoins elles perdent des parts de marché. Toutes les autres spécialités sont majoritairement publiques et, hormis quelques exceptions, ont tendance à le devenir de plus en plus.

En ambulatoire, la situation est un peu plus contrastée, néanmoins on constate que dans toutes les spécialités où le secteur lucratif est majoritaire, le secteur public progresse. Ceci est vrai dans 8 cas sur 8 en ambulatoire, et on l'a vu dans 2 cas sur 2 en hospitalisation complète.

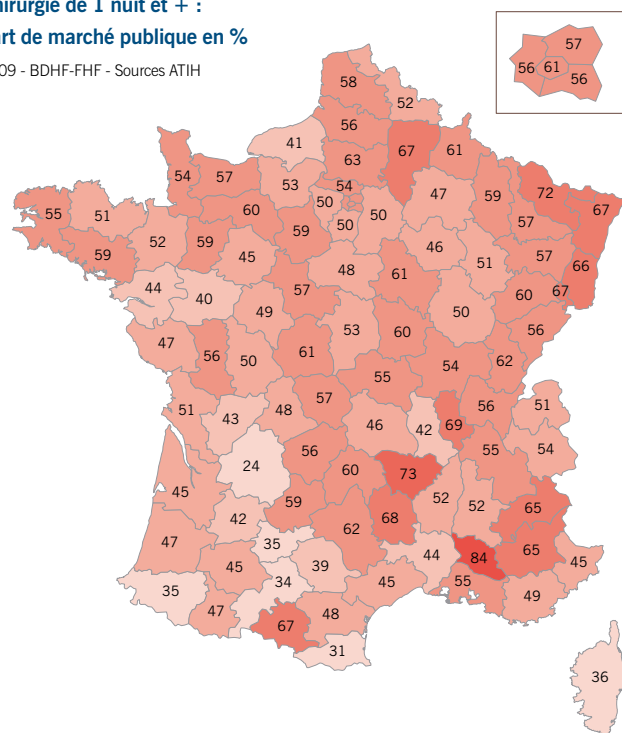




# Cartographie départementale de la part de marché publique et parapublique en 2009 (y compris HIA)

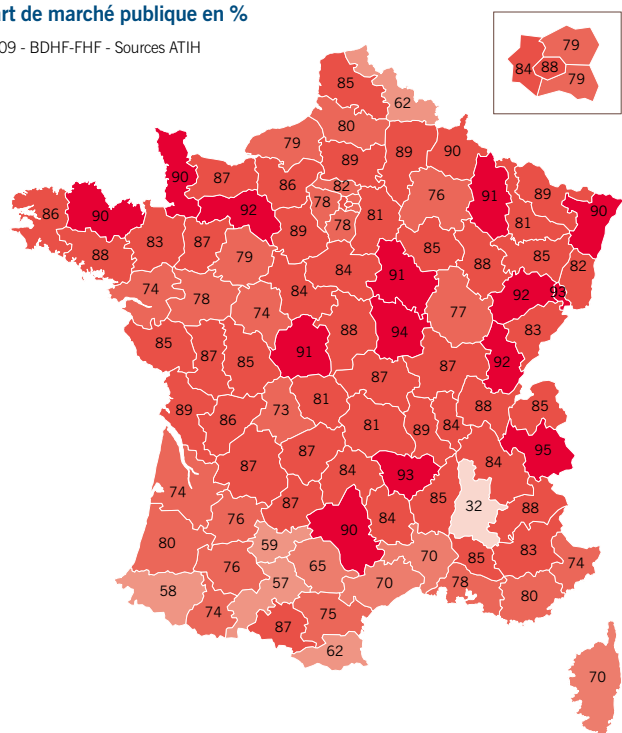
## Chirurgie de 1 nuit et + : part de marché publique en %

2009 - BDHF-FHF - Sources ATIH



## Médecine de 1 nuit et + : part de marché publique en %

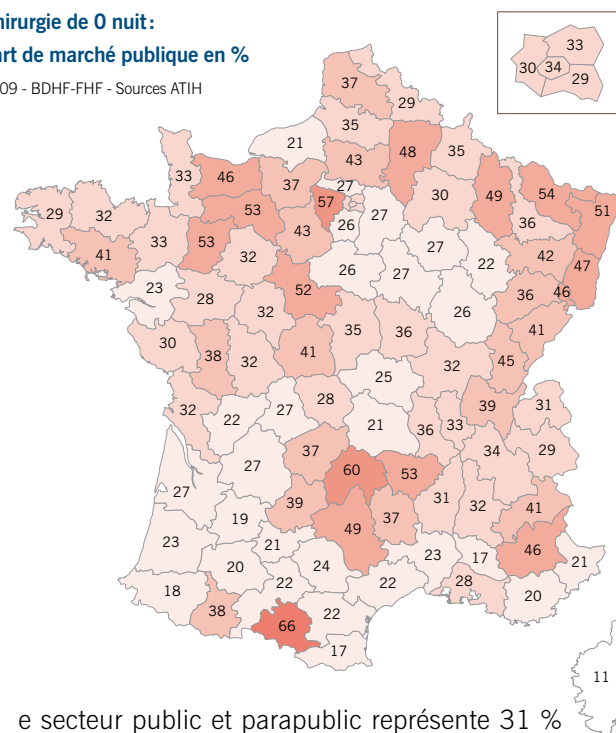
2009 - BDHF-FHF - Sources ATIH



On l'a vu, le secteur public et parapublic est devenu majoritaire sur la chirurgie en hospitalisation complète depuis 2008 et représente plus de 52 % en 2009. Le phénomène de gain du public est général. Le secteur lucratif continue d'être légèrement majoritaire dans le sud alors que certaines zones (l'est par exemple) sont très nettement dominées par le secteur public.

## Chirurgie de 0 nuit : part de marché publique en %

2009 - BDHF-FHF - Sources ATIH

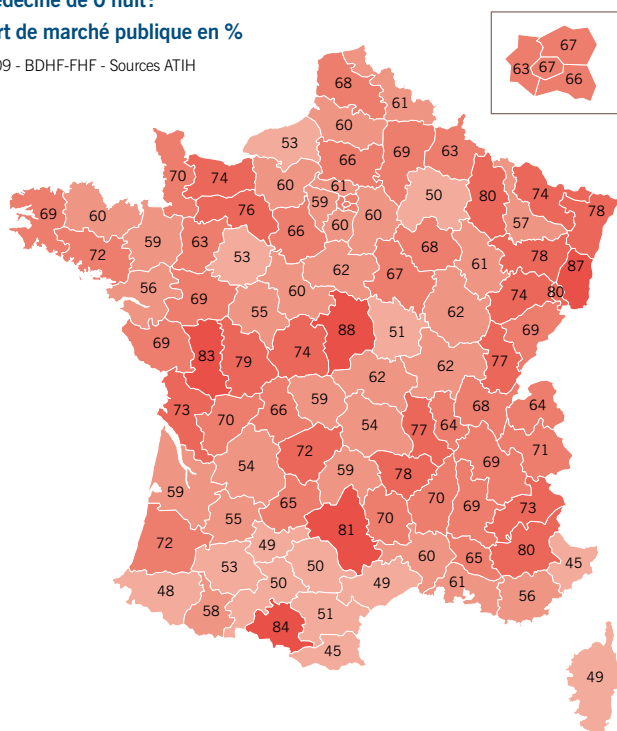


Le secteur public et parapublic représente 31 % des prises en charge en chirurgie ambulatoire. On constate néanmoins certaines zones où le secteur public est vraiment très minoritaire (Corse 11 % et de nombreux départements du sud où le taux est proche des 20 %) et inversement on trouve des zones où le secteur public fait quasiment jeu égal avec le secteur lucratif (est de la France ou une partie de la Normandie par exemple).

La médecine en hospitalisation complète est dominée de façon écrasante par le secteur public et parapublic (82 % au niveau national). On trouve même des départements où plus de 90 % des résidents ayant eu une hospitalisation de plus de 24 heures en médecine en 2009 ont été pris en charge dans le public (94 % dans la Nièvre). Par ailleurs, on ne trouve aucun département où le privé est majoritaire (sa part la plus élevée est de 43 % dans la Haute-Garonne).

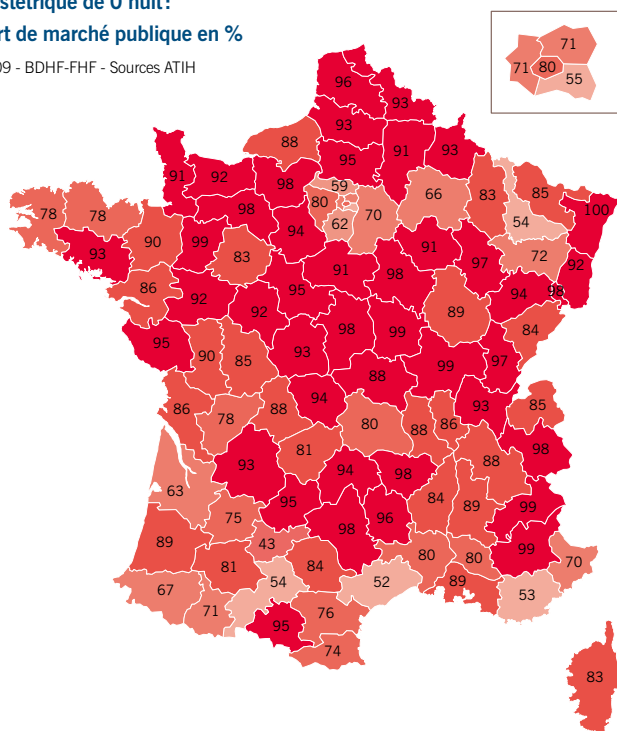
**Médecine de 0 nuit :**  
**part de marché public en %**

2009 - BDHF-FHF - Sources ATIH



**Obstétrique de 0 nuit :**  
**part de marché public en %**

2009 - BDHF-FHF - Sources ATIH

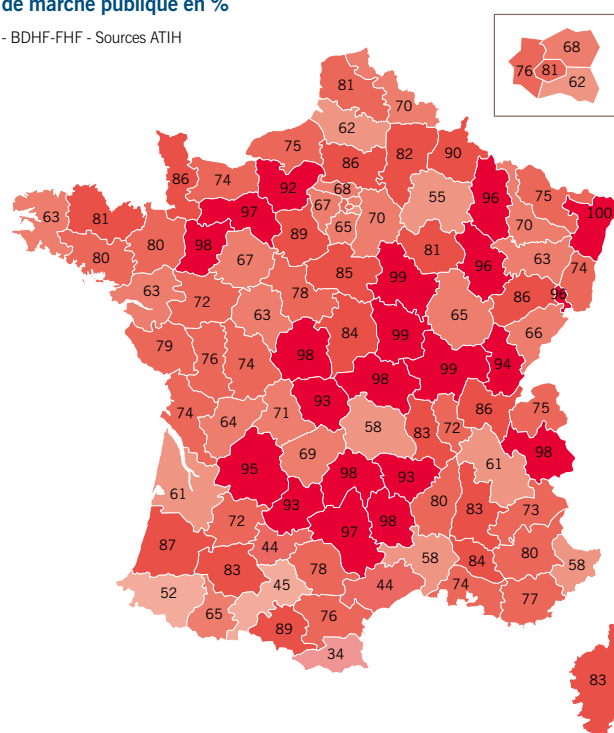


L'obstétrique en hospitalisation de jour concerne essentiellement la prise en charge des suivis des grossesses à risque des affections diverses de l'ante- ou du post-partum ou abortum et des interruptions de grossesse. Cette activité est également très majoritairement réalisée par le secteur public (80 %) et le secteur privé ne maintient des chiffres significatifs qu'autour de quelques métropoles (banlieue parisienne – et non pas Paris –, Montpellier, Toulouse, Nancy).

La médecine en hospitalisation de jour (y compris les séances de chimiothérapie ou de transfusion) est également dominée par le secteur public (63 % de parts de marché en 2009 au niveau national). Les différences inter-départementales sont néanmoins assez nettes puisqu'on trouve quelques départements où le privé est légèrement majoritaire (55 % dans les Alpes Maritimes ou les Pyrénées Orientales), et d'autres où le public domine de façon écrasante (87 % dans le Haut-Rhin).

**Obstétrique de 1 nuit et + :**  
**part de marché public en %**

2009 - BDHF-FHF - Sources ATIH

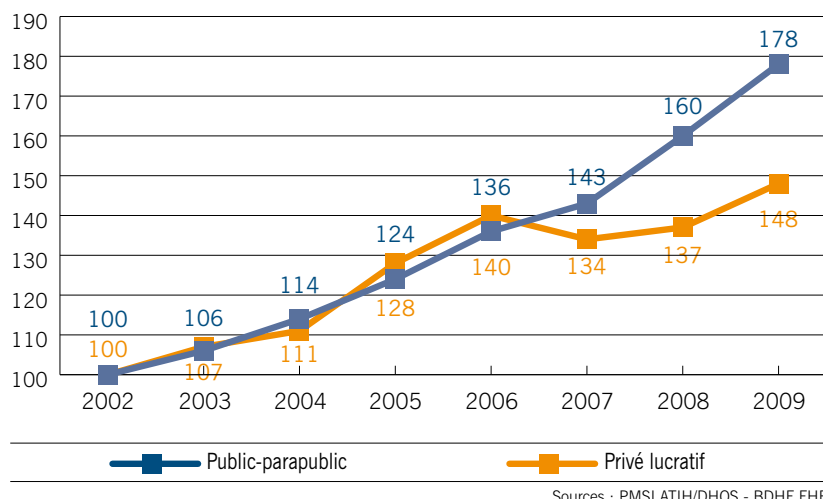


L'obstétrique en hospitalisation complète (essentiellement les accouchements) est dominée par le secteur public (73 % au niveau national en 2009) mais cette activité révèle également de fortes disparités inter-départementales puisqu'on trouve un secteur privé réussissant à faire jeu égal avec le public dans quelques départements et à l'inverse des départements où le public est en situation de monopole (atteignant même 99,7 % des prises en charges des habitants du Bas-Rhin).



## Zoom chirurgie ambulatoire

Évolution (Base 100) de la chirurgie ambulatoire en France 2002-2009  
(hors DOM-TOM, hors HIA) (Année 2002 = base 100)



La chirurgie ambulatoire, point fort du secteur lucratif qui détient environ 69 % des séjours (73 % en 2006), est en forte augmentation depuis 2002 en France puisque hormis en 2007 qui fut une année exceptionnelle (circulaire frontière, mise en place des contrôles UCR), le taux de progression va de +5 % à +14 % selon les années. En 2009, on a enregistré 9 % de séjours de ce type de plus qu'en 2008 pour atteindre environ 2,27 millions de séjours (on parle ici de la chirurgie ambulatoire hospitalisée ; la chirurgie réalisée en externe n'est pas comptabilisée). On constate que l'évolution est plus importante dans le secteur public et parapublic et qu'une véritable distinction des tendances s'est produite entre 2006 et 2007. Il semblerait d'une part que la circulaire frontière et le déploiement des contrôles ont eu un impact plus important dans le secteur lucratif et d'autre part que le secteur public travaille à rattraper son retard de développement sur ces activités.

Dans le secteur public et parapublic, cette progression est bien une création d'activité puisque pendant le même temps les prises en charges en hospitalisation complète ont continué d'augmenter, certes de façon modeste (+4 % en 7 ans). À l'inverse, l'augmentation du secteur privé, bien que plus modeste, est à mettre en parallèle avec une forte érosion de son activité en hospitalisation complète (-19 % en 7 ans). Le volume de l'activité de chirurgie dans le secteur privé lucratif est de ce fait maintenu entre 2002 et 2009 grâce à l'ambulatoire, pendant que celle du public et parapublic augmentait de +17 %.



# Libération du canal carpien

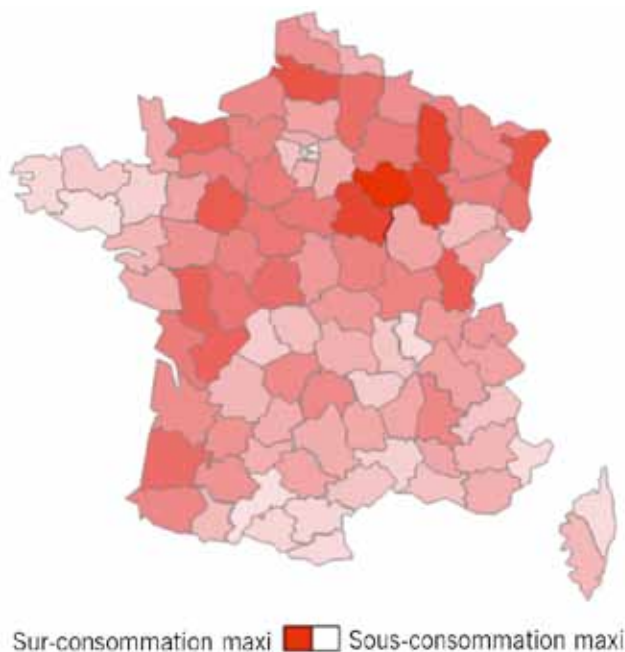
## Libération du nerf médian au canal carpien

	2006	2007	2008	2009
Total séjours	14 499	13 422	14 511	14 592
Part du public-parapublic	26,2 %	26,7 %	28,7 %	28,6 %
Part du privé	73,8 %	73,3 %	71,3 %	71,4 %
Taux d'ambulatoire global	86,1 %	86,9 %	88,5 %	89,5 %
Taux d'ambulatoire public	79,4 %	81,6 %	84,2 %	85,1 %
Taux d'ambulatoire privé	88,5 %	88,8 %	90,2 %	91,3 %

\* hors HIA

## Sur ou sous-consommation en 2009 (par rapport à la moyenne nationale)

Sources : PMSI  
NB : données standardisées sur l'âge

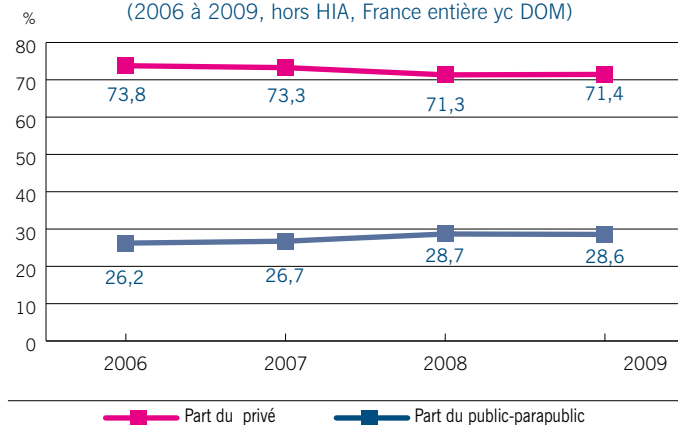


Les différences très importantes des taux de réalisation de cet acte selon le département de résidence interrogent quant à l'hétérogénéité des pratiques. On trouve par exemple l'Aube (10) dont les habitants subissent 110 % plus souvent une intervention pour libération du canal carpien que la moyenne nationale (après standardisation par l'âge). Trois départements voisins à l'Aube se distinguent également avec des taux très élevés pour cette intervention. Ainsi, un habitant de l'Aude subit 5 fois plus souvent cette intervention qu'un habitant des Hauts-de-Seine (à âge standardisé).

## Libération du nerf médian au canal carpien

### Évolution de la part de marché public/privé

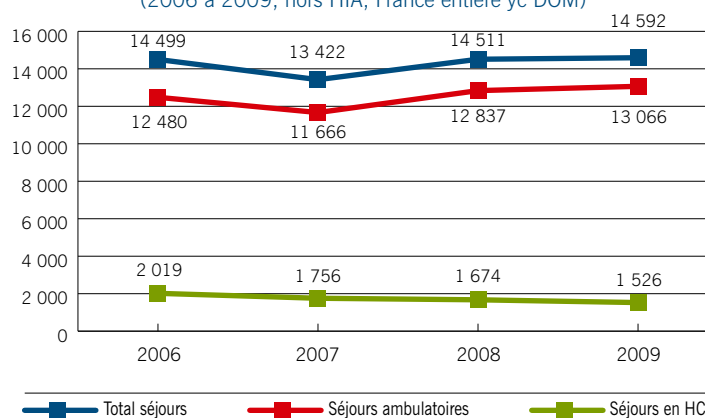
(2006 à 2009, hors HIA, France entière yc DOM)



## Libération du nerf médian au canal carpien

### Évolution du volume de séjours en de la répartition ambulatoire/HC

(2006 à 2009, hors HIA, France entière yc DOM)





## ANALYSE DE L'ACTIVITÉ 2009

### Intervention de la cataracte

#### Interventions de la cataracte

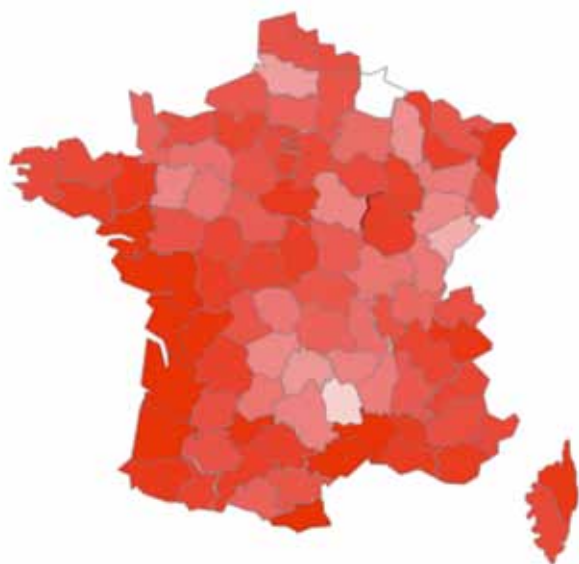
	2006	2007	2008	2009
Total séjours	560 372	575 628	596 300	633 113
Part du public-parapublic	20,3 %	20,5 %	21,6 %	23,3 %
Part du privé	79,7 %	79,5 %	78,4 %	76,7 %
Taux d'ambulatoire global	59,0 %	63,3 %	70,4 %	78,6 %
Taux d'ambulatoire public	45,3 %	52,8 %	65,7 %	76,2 %
Taux d'ambulatoire privé	62,5 %	66,0 %	71,7 %	79,3 %

\* hors HIA

#### Sur ou sous-consommation en 2009 (par rapport à la moyenne nationale)

Sources : PMSI

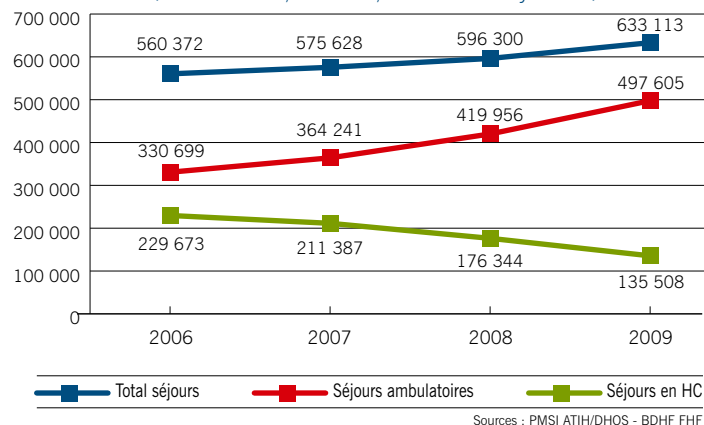
NB : données standardisées sur l'âge



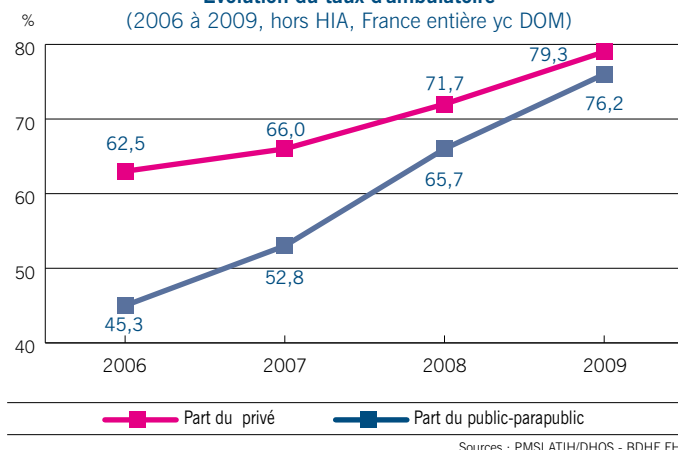
Sur-consommation maxi Sous-consommation maxi

Cet acte est très fréquent, puisqu'il concerne plus de 633 000 séjours en 2009. Il est également en nette progression (+ 4 % de séjours supplémentaires par an sur les 3 dernières années). Enfin, son mode de prise en charge a fortement évolué ces dernières années sous la forte pression de l'assurance-maladie, puisque le taux d'ambulatoire est passé de 59 % en 2006 à 79 % en 2009. On constate par ailleurs que le secteur public a quasiment rattrapé le privé sur ce critère du taux de prise en charge en ambulatoire, ce qui n'est pas le cas en termes de parts de marché puisque le secteur lucratif conserve 76,7 % des séjours. Néanmoins, bien que très minoritaire, le public gagne 1 point de part de marché par an. Enfin, on observe sur la carte, que les résidents des départements des littoraux atlantiques et méditerranéens subissent en moyenne plus souvent cette intervention que les habitants du reste du territoire.

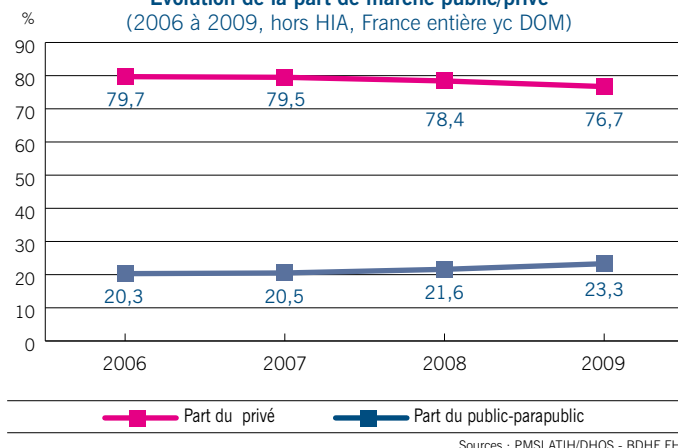
#### Interventions de la cataracte Évolution du volume de séjours en de la répartition ambulatoire/HC (2006 à 2009, hors HIA, France entière yc DOM)



#### Interventions de la cataracte Évolution du taux d'ambulatoire (2006 à 2009, hors HIA, France entière yc DOM)



#### Interventions de la cataracte Évolution de la part de marché public/privé (2006 à 2009, hors HIA, France entière yc DOM)



# Arthroscopies du genou

## Arthroscopie du genou

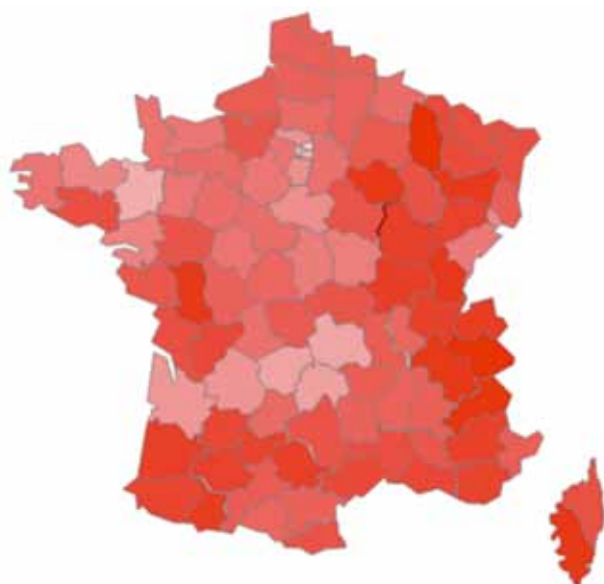
	2006	2007	2008	2009
Total séjours	176 064	177 550	178 301	179 525
Part du public-parapublic	23,90 %	23,95 %	24,07 %	24,64 %
Part du privé	76,10 %	76,05 %	75,93 %	75,36 %
Taux d'ambulatoire global	40,80 %	44,52 %	50,84 %	58,13 %
Taux d'ambulatoire public	34,39 %	38,13 %	45,40 %	52,15 %
Taux d'ambulatoire privé	42,81 %	46,54 %	52,57 %	60,08 %

\* hors HIA

## Sur ou sous-consommation en 2009 (par rapport à la moyenne nationale)

Sources : PMSI

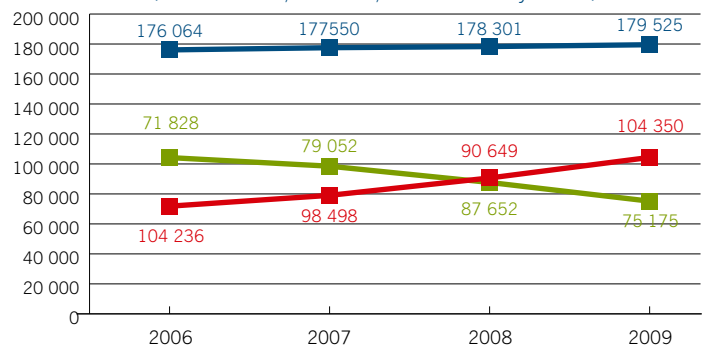
NB : données standardisées sur l'âge



Sur-consommation maxi ■ ■ Sous-consommation maxi

Tout comme dans le cas de la cataracte, le taux d'ambulatoire de ces prises en charge a très fortement augmenté passant de 41 % à 58 % en 3 ans. Cet acte est réalisé 3 fois sur 4 par le secteur privé lucratif. On trouve des différences interdépartementales très importantes et même surprenantes puisqu'un habitant de la Meuse subit cet acte près de 3 fois plus souvent qu'un résident de Paris, ville pourtant ultra-médicalisée.

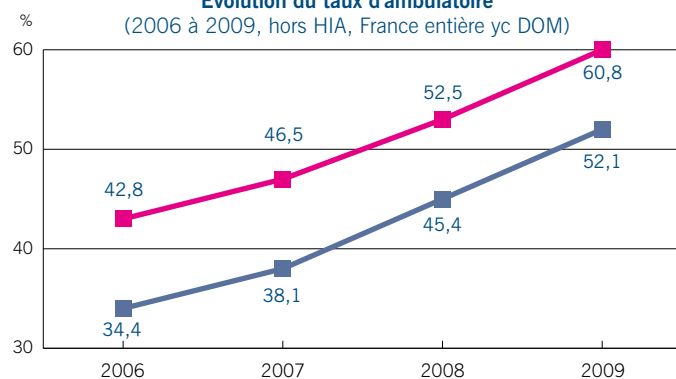
## Arthroscopie du genou Évolution du volume de séjours en de la répartition ambulatoire/HC (2006 à 2009, hors HIA, France entière yc DOM)



■ Total séjours ■ Séjours ambulatoires ■ Séjours en HC

Sources : PMSI ATIH/DHOS - BDHF FHF

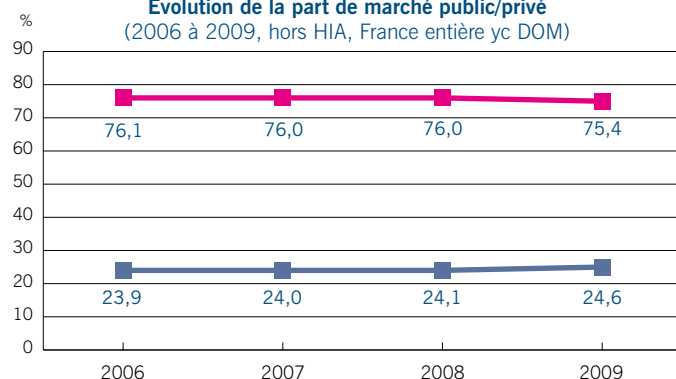
## Arthroscopie du genou Évolution du taux d'ambulatoire (2006 à 2009, hors HIA, France entière yc DOM)



■ Part du privé ■ Part du public-parapublic

Sources : PMSI ATIH/DHOS - BDHF FHF

## Arthroscopie du genou Évolution de la part de marché public/privé (2006 à 2009, hors HIA, France entière yc DOM)



■ Part du privé ■ Part du public-parapublic

Sources : PMSI ATIH/DHOS - BDHF FHF



## ANALYSE DE L'ACTIVITÉ 2009

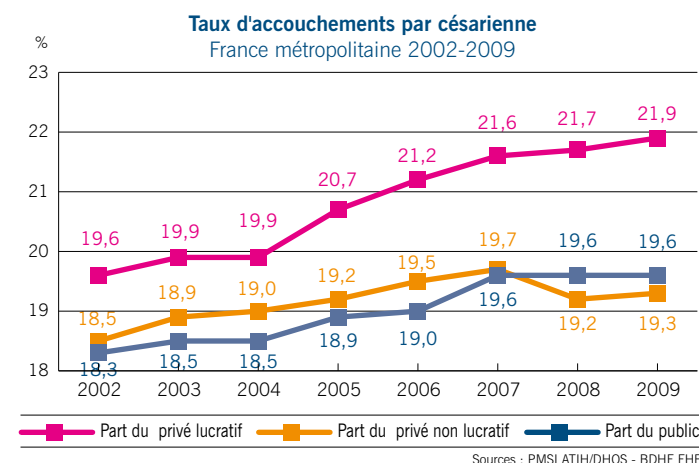
### Zoom accouchements/césariennes

En 2009, pour la France métropolitaine, le PMSI recense en 779 322 accouchements. Ce chiffre est en progression par rapport à l'année précédente mais reste légèrement inférieur au record atteint en 2006. Par contre, la part de marché du secteur public ne cesse de progresser puisqu'en 7 ans elle est passée de 66,9 % à 72,2 %.

#### Taux de césariennes de 2002 à 2009

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Public	18,3 %	18,5 %	18,5 %	18,9 %	19,0 %	19,6 %	19,6 %	19,6 %
Privé non lucratif	18,5 %	18,9 %	19,0 %	19,2 %	19,5 %	19,7 %	19,2 %	19,3 %
Privé lucratif	19,6 %	19,9 %	19,9 %	20,7 %	21,2 %	21,6 %	21,7 %	21,9 %
<b>Tous établissements</b>	<b>18,8 %</b>	<b>18,9 %</b>	<b>19,0 %</b>	<b>19,4 %</b>	<b>19,7 %</b>	<b>20,2 %</b>	<b>20,2 %</b>	<b>20,2 %</b>

Sources : PMSI - ATIH-DHOS - Retraitements FHF/BDHF

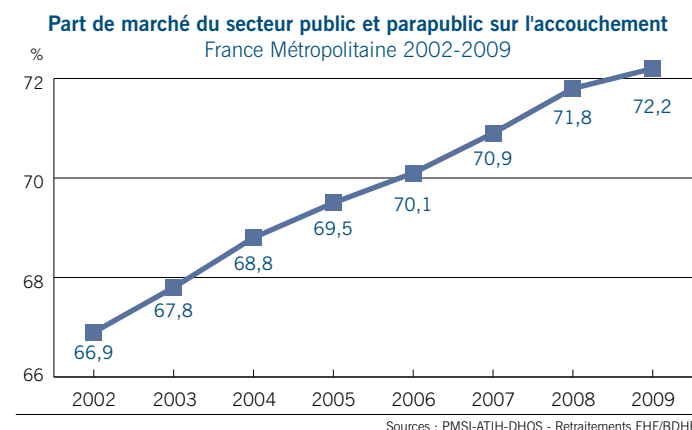


Le taux de césarienne, qui progressait chaque année de 2002 à 2007, s'est depuis stabilisé à 20,2 %, et ce uniquement à cause de la stabilisation de ce taux dans le public et parapublic, car le secteur commercial continue paradoxalement de voir son chiffre augmenter (21,9 % de césariennes en 2009) alors que l'on sait, par construction, que c'est dans le secteur public que sont majoritairement suivies les grossesses à risque conduisant plus souvent à des accouchements par césarienne.

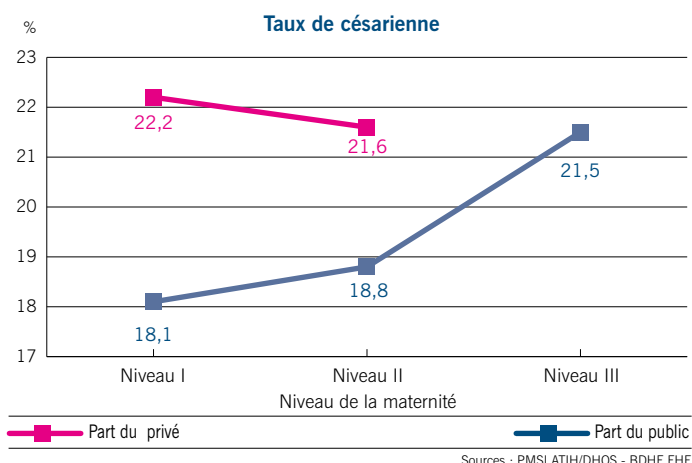
#### Accouchements en France métropolitaine et part du public 2002-2009

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Public & parapublic	494 712	504 163	513 887	525 736	546 963	546 083	557 307	562 784
Privé lucratif	244 242	239 161	232 866	230 521	233 038	223 734	218 815	216 538
<b>Total</b>	<b>738 954</b>	<b>743 324</b>	<b>746 753</b>	<b>756 257</b>	<b>780 001</b>	<b>769 817</b>	<b>776 122</b>	<b>779 322</b>
Part du public	66,9 %	67,8 %	68,8 %	69,5 %	70,1 %	70,9 %	71,8 %	72,2 %

Sources : PMSI - ATIH-DHOS - Retraitements FHF/BDHF



La progression de la part de marché du public dans l'accouchement est spectaculairement régulière. Chaque année le secteur public gagne entre 0,5 % et 1 % de part. Cette tendance devrait probablement s'essouffler dans les prochaines années puisque forcément il y a une limite mathématique. D'ailleurs, en 2009 le public n'a gagné que 0,4 % de part ce qui, bien qu'il soit trop tôt pour le dire, annonce peut être qu'un pic pourrait être bientôt atteint?



On constate, comme les années précédentes (ce type de graphique a déjà été publié), que le niveau de la maternité est en adéquation avec le taux de césariennes dans le secteur public, par contre, les chiffres sont inversés contre toute logique médicale dans le secteur privé, avec notamment un chiffre record de 22,2 % de césariennes dans les maternités privées de niveau I, ce qui est plus élevé que dans les maternités de niveau III (toutes publiques). Les records de césariennes sont tous détenus par des maternités privées, avec par exemple des taux à plus de 35 % pour deux cliniques parisiennes de niveau I. À l'inverse on croise des situations atypiques, avec par exemple le CH d'Auxerre qui possède un taux inférieur à 10 %, alors qu'il s'agit d'une grosse maternité (2 257 accouchements) de niveau II.

# Volumes et destinations des fuites en 2009

Hormis pour l'obstétrique ambulatoire, la part de marché du public est plus élevée lorsque l'on se cantonne aux fuites extra-départementales que lorsque l'on s'intéresse à tous les séjours. Un déplacement hors des frontières du département est généralement synonyme de recherche de structure plus adaptée à ses besoins (recours ou référence) que celle(s) existante(s) au plan local. Cette structure est plus souvent publique. Par exemple, pour la chirurgie en hospitalisation complète, le taux de fuite global moyen est de 24 %. La part de marché du public sur ces 24 % de séjours franchissant la frontière de leur département de résidence est de 57 %, à comparer avec la part de marché globale du public de 52 %.

## Chirurgie d'une nuit ou +

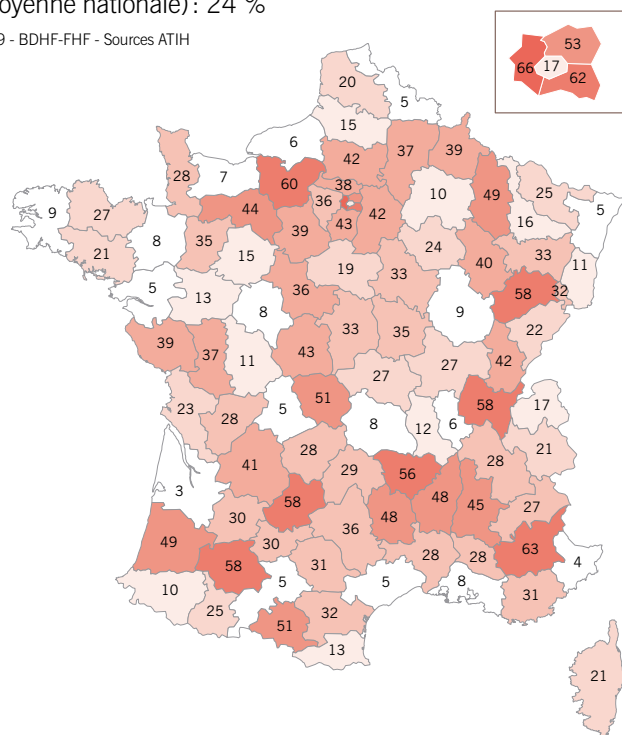
### Part des fuites à destination du public (en %)

PdM du public globale en 2009 : 52 %

PdM du public pour les séjours ayant lieu en dehors du département : 57 %

de séjours hors département de résidence (moyenne nationale) : 24 %

2009 - BDHF-FHF - Sources ATIH



## Chirurgie ambulatoire

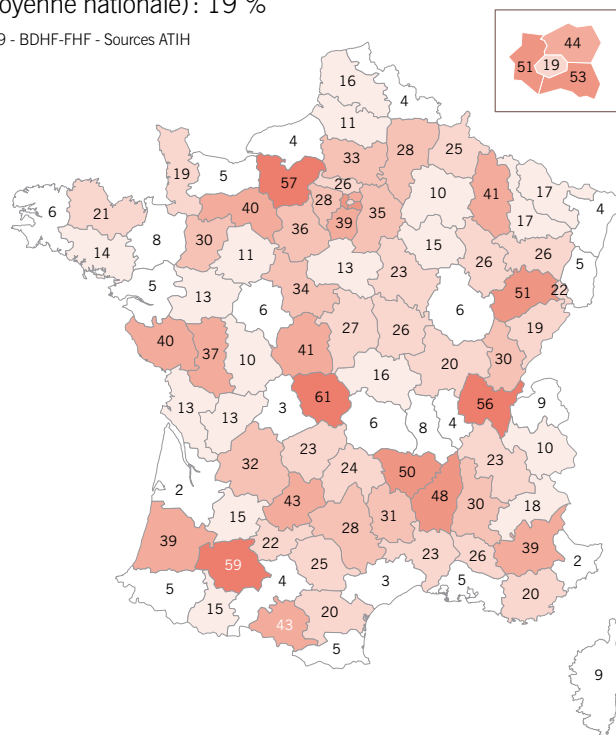
### Part des fuites à destination du public (en %)

PdM du public globale en 2009 : 31 %

PdM du public pour les séjours ayant lieu en dehors du département : 34 %

de séjours hors département de résidence (moyenne nationale) : 19 %

2009 - BDHF-FHF - Sources ATIH







## ANALYSE DE L'ACTIVITÉ 2009

### Médecine d'une nuit ou +

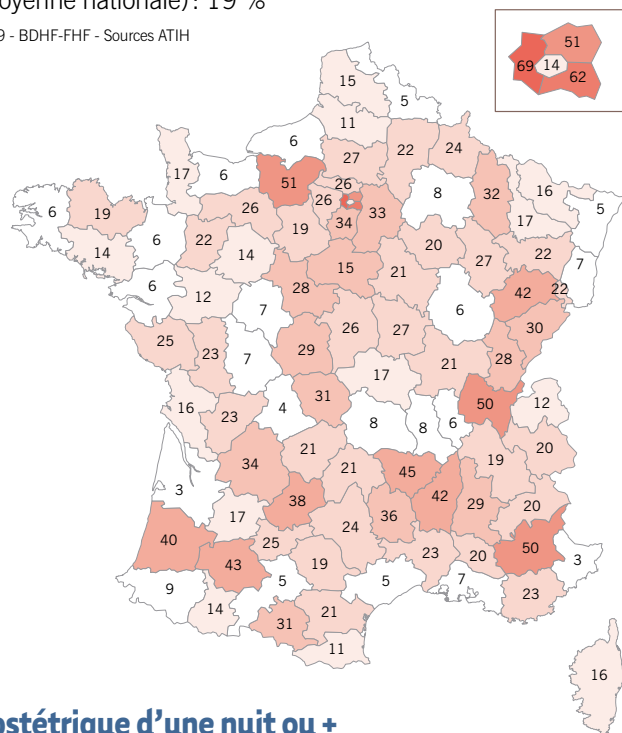
#### Part des fuites à destination du public (en %)

PdM du public globale en 2009 : 82 %

PdM du public pour les séjours ayant lieu en dehors du département : 83 %

de séjours hors département de résidence (moyenne nationale) : 19 %

2009 - BDHF-FHF - Sources ATIH



### Obstétrique d'une nuit ou +

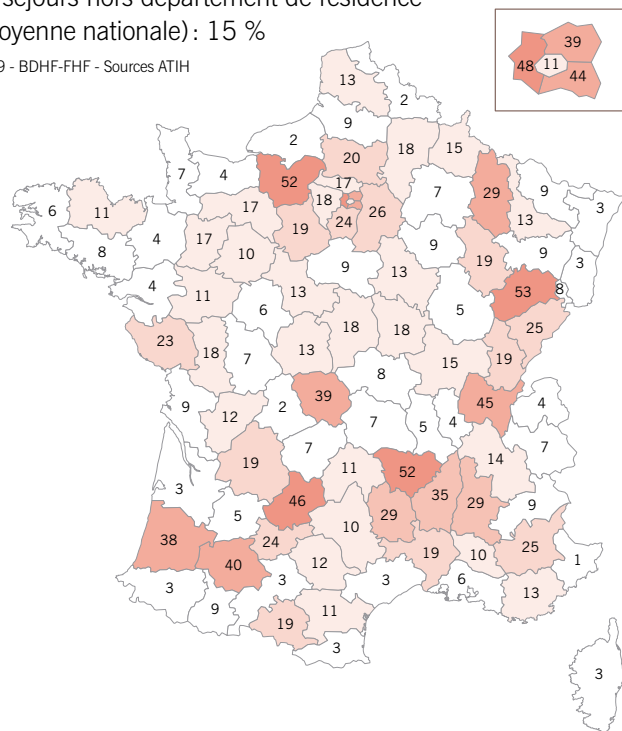
#### Part des fuites à destination du public (en %)

PdM du public globale en 2009 : 73 %

PdM du public pour les séjours ayant lieu en dehors du département : 76 %

de séjours hors département de résidence (moyenne nationale) : 15 %

2009 - BDHF-FHF - Sources ATIH



### Médecine ambulatoire

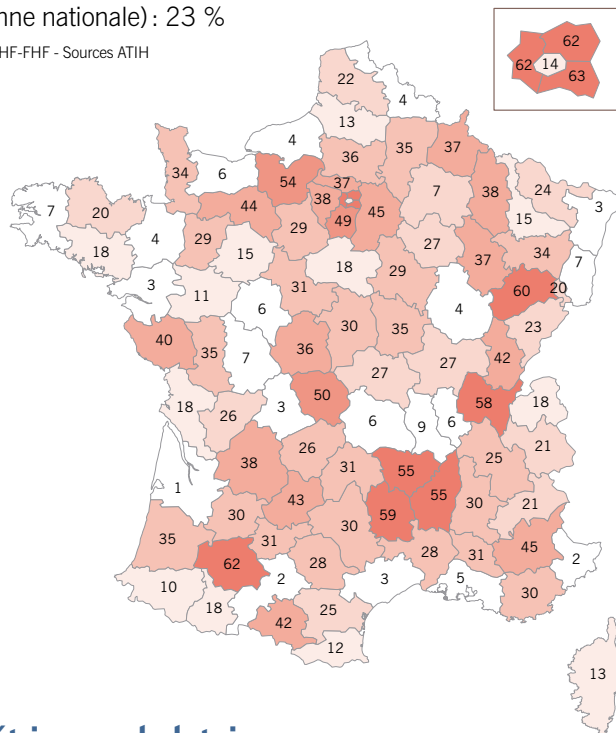
#### Part des fuites à destination du public (en %)

PdM du public globale en 2009 : 63 %

PdM du public pour les séjours ayant lieu en dehors du département : 74 %

% de séjours hors département de résidence (moyenne nationale) : 23 %

2009 - BDHF-FHF - Sources ATIH



### Obstétrique ambulatoire

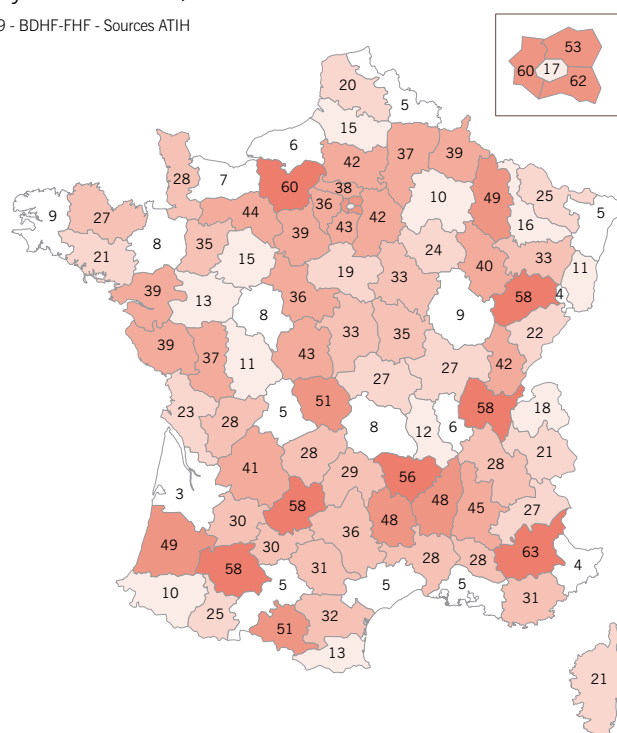
#### Part des fuites à destination du public (en %)

PdM du public globale en 2009 : 81 %

PdM du public pour les séjours ayant lieu en dehors du département : 78 %

de séjours hors département de résidence (moyenne nationale) : 15 %

2009 - BDHF-FHF - Sources ATIH



# Flux de patients en 2009 – Soldes migratoires

Les départements qui perdent des patients apparaissent en rouge et ceux qui en attirent apparaissent en vert.

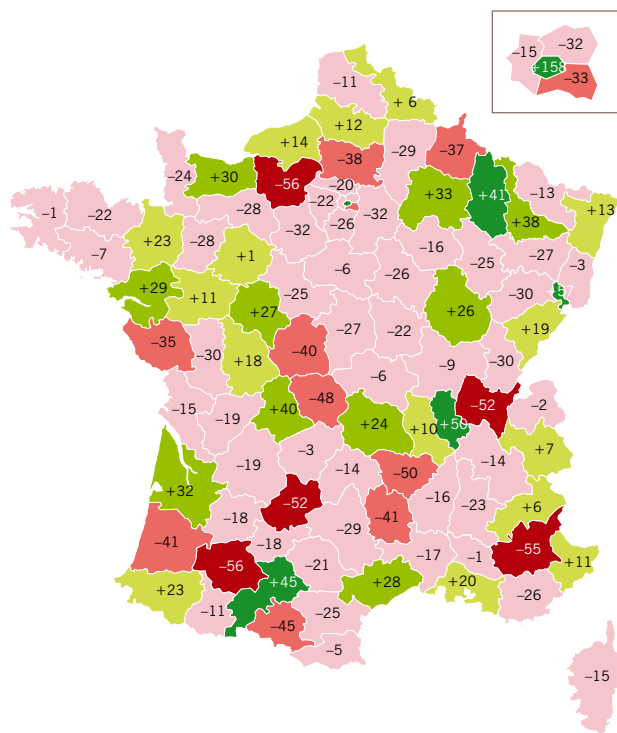
On constate que certains départements sièges de villes importantes, qu'on attendrait très attractifs, ne le sont qu'assez peu, ou plutôt que cette attractivité ne représente qu'une faible part de leur activité, par exemple les Bouches du Rhône, n'accroissent leur activité que de 10 % à 20 % environ – hors obstétrique – pendant que la Haute-Garonne arrive à accroître la sienne de 25 % à 50 % par

rapport à la demande locale. Ce dernier chiffre, de 50 %, concerne la chirurgie en hospitalisation complète, où ce département réalise environ 66 000 séjours en 2009 au profit de ses résidents, auxquels s'ajoutent 36 000 séjours au profit de résidents d'autres départements pendant que seulement 3 000 séjours sont « perdus » au profit d'autres départements. De la même façon les départements du Nord abritant le CHU de Lille ou du Bas-Rhin abritant le CHU de Strasbourg possèdent des soldes migratoires assez décevants.

## Chirurgie d'une nuit et +

Gain ou perte d'activité globale en lien avec les flux (en %)

2009 - BDHF-FHF - Sources ATIH

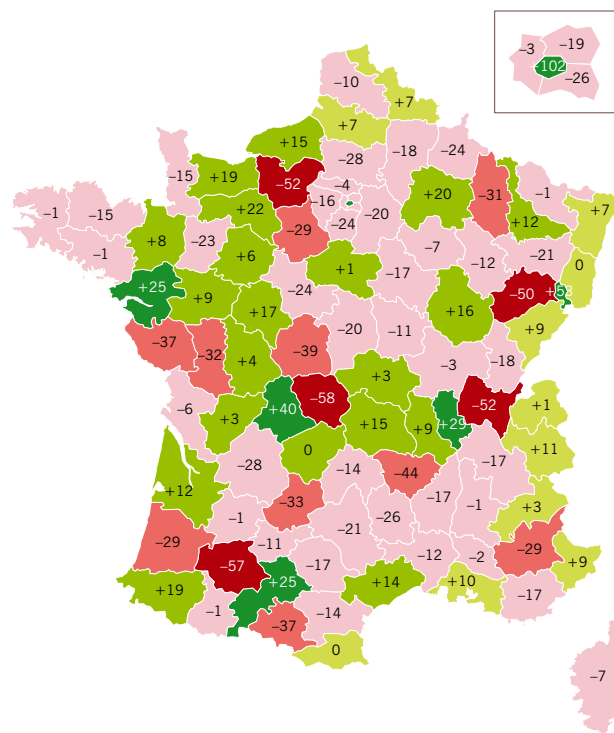


Les départements qui tirent de l'attractivité une part substantielle de leur activité en chirurgie sont les suivants : Paris (+158 %), Territoire de Belfort (+57 %), Rhône (+50 %), Haute-Garonne (+48 %), alors qu'à l'inverse on trouve de nombreux départements où l'activité est inférieure à la moitié de la demande locale (70, 32, 27, 04, 01, 46, 43).

## Chirurgie ambulatoire

Gain ou perte d'activité globale en lien avec les flux (en %)

2009 - BDHF-FHF - Sources ATIH



La hiérarchie des départements gagnants/perdants est similaire en ambulatoire bien que les chiffres soient en général un peu moins élevés. Paris continue de réaliser une activité supérieure au double de la demande de ses résidents (+102 %) alors que le département de la Creuse perd -58 % de son potentiel local.

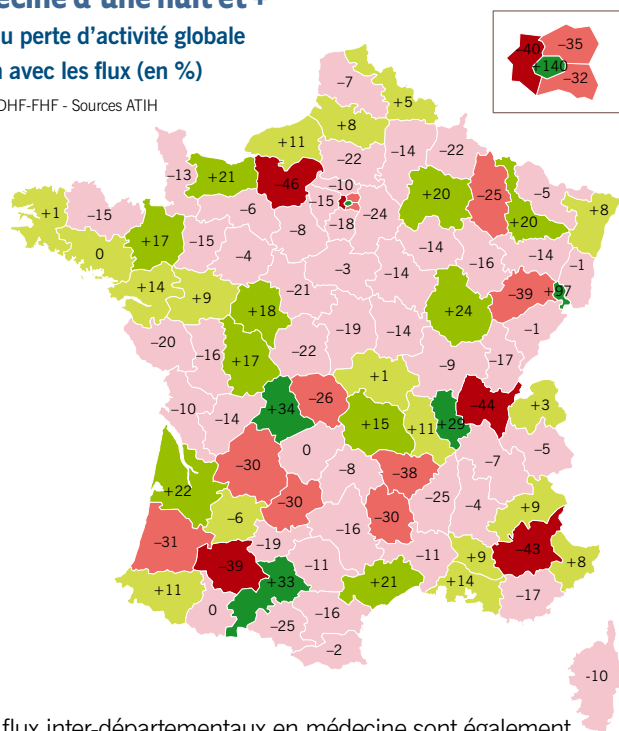


## ANALYSE DE L'ACTIVITÉ 2009

### Médecine d'une nuit et +

Gain ou perte d'activité globale en lien avec les flux (en %)

2009 - BDHF-FHF - Sources ATIH

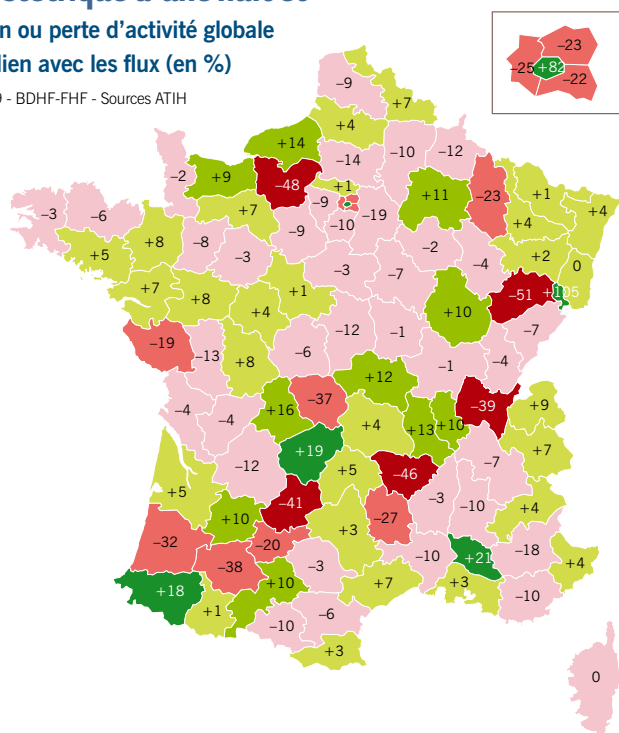


Les flux inter-départementaux en médecine sont également parfois très importants au bénéfice notamment de 2 départements, Paris (+140 %) et le territoire de Belfort (+97 %).

### Obstétrique d'une nuit et +

Gain ou perte d'activité globale en lien avec les flux (en %)

2009 - BDHF-FHF - Sources ATIH

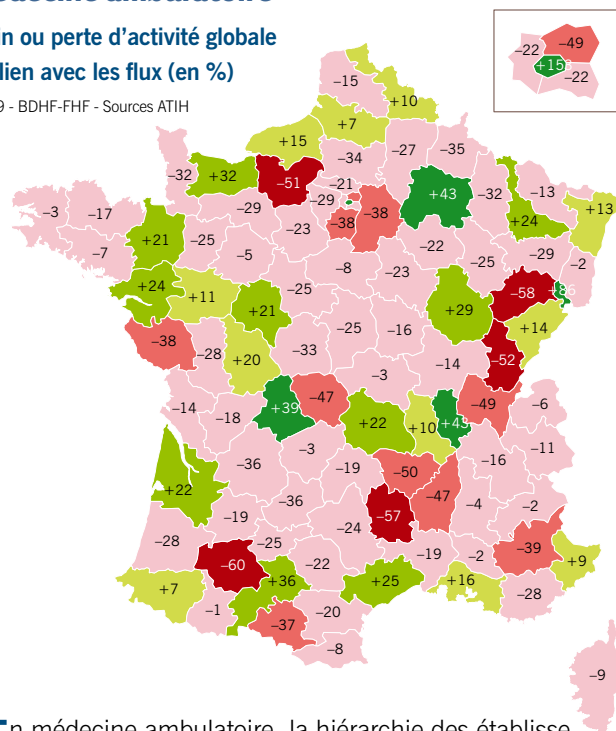


Les flux en obstétrique sont moindres, néanmoins, les deux départements très bénéficiaires des flux en général, Paris (+105 %) et le Territoire de Belfort (+82 %) continuent de se démarquer. À l'inverse, plus d'une hospitalisation sur deux d'une résidente du département 70 (Haute-Saône) a lieu dans un département autre.

### Médecine ambulatoire

Gain ou perte d'activité globale en lien avec les flux (en %)

2009 - BDHF-FHF - Sources ATIH

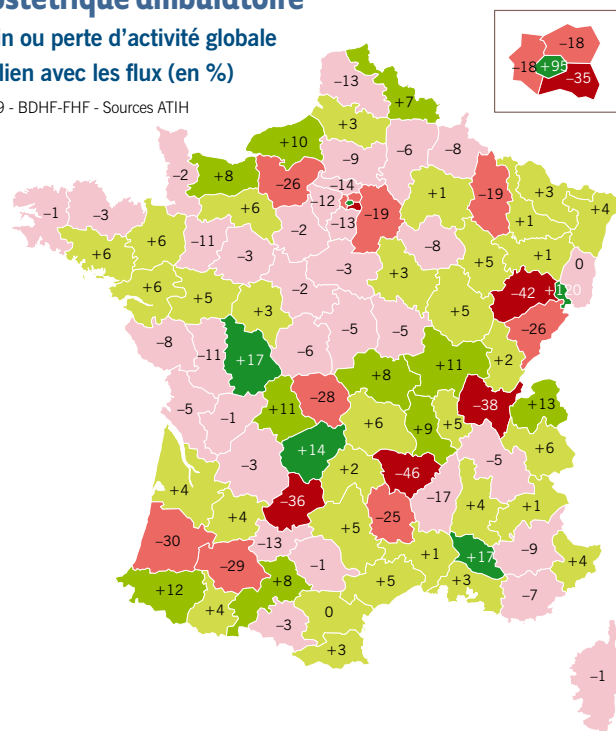


En médecine ambulatoire, la hiérarchie des établissements bénéficiaires des flux n'est pas modifiée, par contre dans les départements très pénalisés apparaît le Gers qui « perd » 60 % de son potentiel local. Cela veut dire que si la « demande » locale est de 100 hospitalisations, les établissements de ce département n'en réalisent que 40 et les résidents s'exportent donc dans au moins 60 % des cas (légèrement plus puisqu'il faut aussi considérer l'attractivité).

### Obstétrique ambulatoire

Gain ou perte d'activité globale en lien avec les flux (en %)

2009 - BDHF-FHF - Sources ATIH



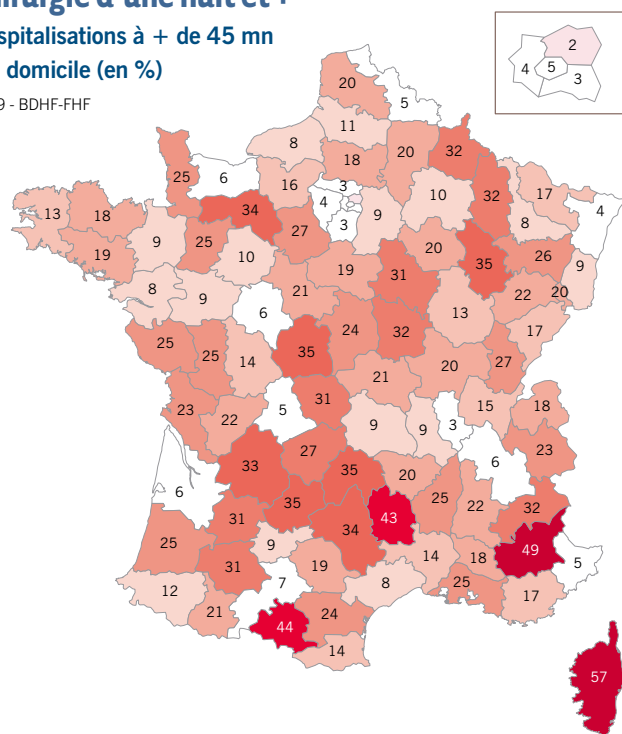
La hiérarchie des flux concernant les flux en obstétrique ambulatoire reste semblable à celle des autres activités, néanmoins, hormis quelques départements très spécifiques, les flux sont un peu plus faibles.

# Temps trajets domicile-établissement de prise en charge

Sur les cartes suivantes figurent, par département, les taux d'hospitalisation à + de 45 minutes du domicile. L'importance du taux résulte à la fois d'une offre plus ou moins abondante à proximité du domicile, mais également du comportement des patients (un taux élevé indique une offre absente ou faible ou bien une offre de proximité existante mais peu fréquentée par les patients).

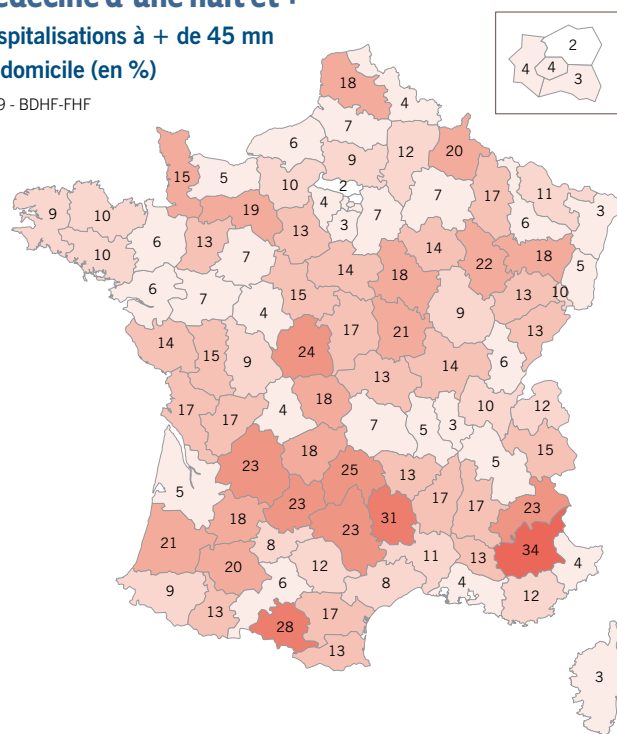
## Chirurgie d'une nuit et + Hospitalisations à + de 45 mn du domicile (en %)

2009 - BDHF-FHF



## Médecine d'une nuit et + Hospitalisations à + de 45 mn du domicile (en %)

2009 - BDHF-FHF



hormis la Corse qui doit être appréciée à part du fait du nombre significatif de résidents corses hospitalisés sur le continent, on trouve pour la chirurgie en hospitalisation complète, des départements où la part des patients hospitalisés à plus de 45 minutes de leur domicile est importante. Ainsi, alors que la moyenne nationale se situe à 13,4 %, c'est par exemple le cas pour près de la moitié des résidents des Alpes de Haute-Provence (04), pour 45 % des résidents de l'Ariège ou 43 % des résidents de la Lozère. À l'inverse, dans les zones très urbanisées où l'offre est importante d'un point de vue aussi bien quantitatif que qualitatif, les taux tombent à moins de quelques pour cent (2 % ou 3 % pour les départements de la petite couronne Parisienne, 3 % pour les résidents du 69, etc...). Bien qu'il n'y ait pas de solution miracle à ce problème beaucoup plus complexe que l'analyse du simple éloignement géographique à l'offre, il existe bel et bien une vraie inégalité entre les différentes zones géographiques françaises.

Les taux de patients hospitalisés loin de leur domicile sont plus faibles en médecine qu'en chirurgie (8,6 % en moyenne nationale en 2009). Néanmoins, ce n'est pas surprenant, ce sont toujours les mêmes départements qui offrent le plus grand éloignement. Ainsi, par exemple, 31 % des hospitalisations des résidents de la Lozère se sont déroulées à plus de 45 minutes de leur domicile.



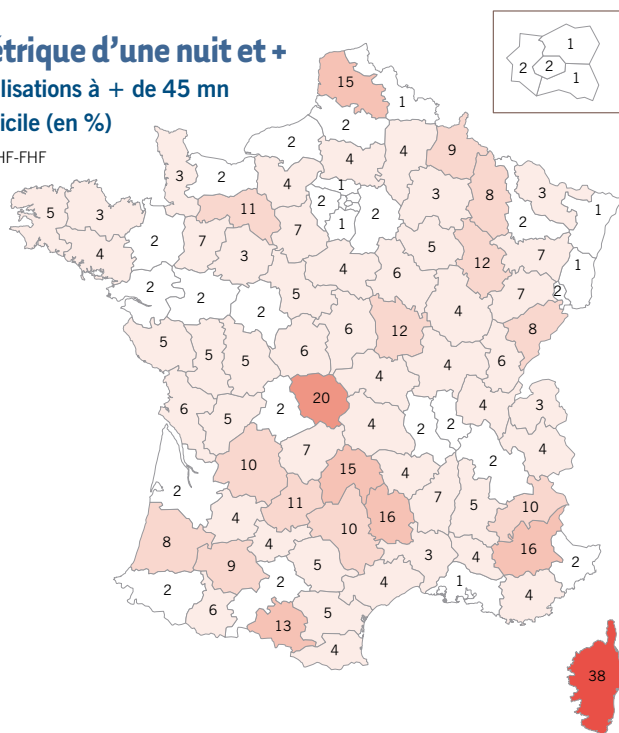


## ANALYSE DE L'ACTIVITÉ 2009

### Obstétrique d'une nuit et +

Hospitalisations à + de 45 mn  
du domicile (en %)

2009 - BDHF-FHF



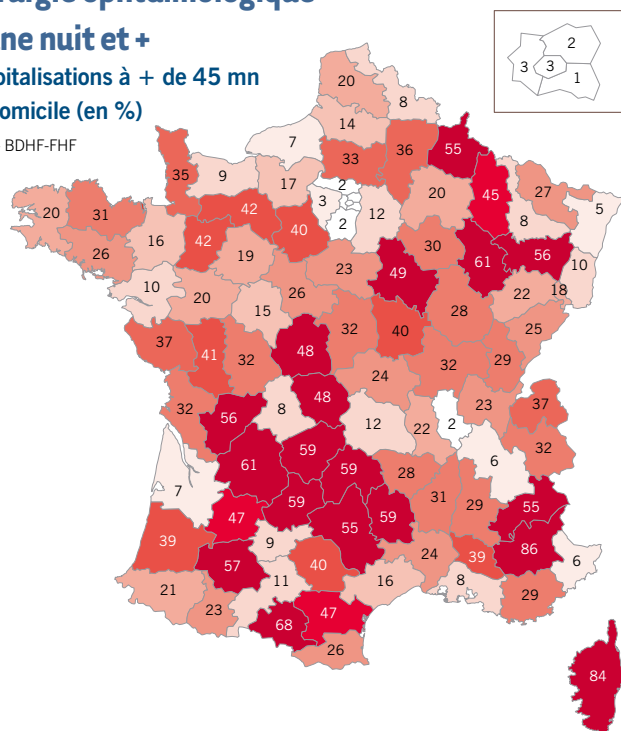
L'éloignement aux plateaux techniques d'obstétrique est souvent un sujet sensible auprès des populations et cette thématique est souvent l'objet d'enjeux politiques locaux très forts (voir la gestion du cas de la maternité de Valréas ces dernières années). L'analyse des chiffres indique que l'éloignement moyen est plus faible en obstétrique (5,2 % d'hospitalisations à plus de 45 minutes du domicile en moyenne nationale) que sur les autres activités. Néanmoins, certaines résidentes de certains départements semblent moins bien logées que d'autres (20 % des habitantes de la Creuse sont hospitalisées – souvent pour accoucher – à plus de 45 minutes de chez elles, ce qui n'est le cas que pour 1 % des habitantes du département du Nord).

### Chirurgie ophtalmologique

d'une nuit et +

Hospitalisations à + de 45 mn  
du domicile (en %)

2009 - BDHF-FHF

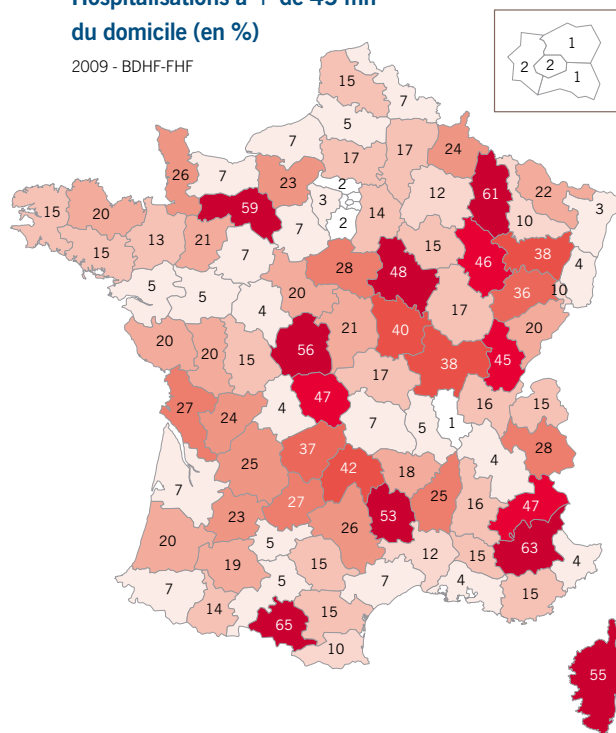


### Chirurgie vasculaire

d'une nuit et +

Hospitalisations à + de 45 mn  
du domicile (en %)

2009 - BDHF-FHF



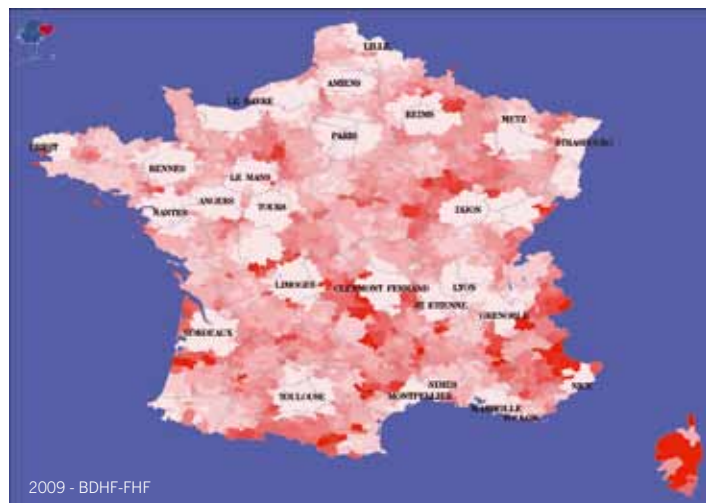
La chirurgie vasculaire en hospitalisation complète semble être un bon exemple d'inégalités importantes entre les départements. On voit sur la carte que le pourcentage de patients éloignés de plus de 45 minutes de la structure qui les a pris en charge est très disparate. Alors que la moyenne nationale se situe à 14 %, on trouve de nombreux départements où plus de la moitié de la population fait un déplacement supérieur à 45 minutes (Ariège 65 %, Orne 59 %, Indre 56 %, etc.) et de nombreux départements où au contraire ce taux est très faible (en Ile-de-France avec des taux inférieurs à 2 %, le Rhône 1 %, les Alpes Maritimes 4 %, etc.).

La chirurgie ophtalmologique, spécialité par excellence du secteur lucratif, révèle également de fortes inégalités quant à l'éloignement des patients aux structures d'offre. Tout comme pour la chirurgie vasculaire, il semble que le maillage territorial soit très inégal (21,1 % des hospitalisations se réalisent à plus de 45 minutes du domicile en moyenne nationale 2009). Ainsi 86 % des habitants des Alpes de Haute-Provence se déplacent à plus de 45 minutes de chez eux pour ce type d'intervention, ce qui n'est le cas que de 2 % à peine des habitants de la petite couronne Parisienne (et on peut même imaginer que ce chiffre de 2 % est incompressible du fait des cas particuliers).



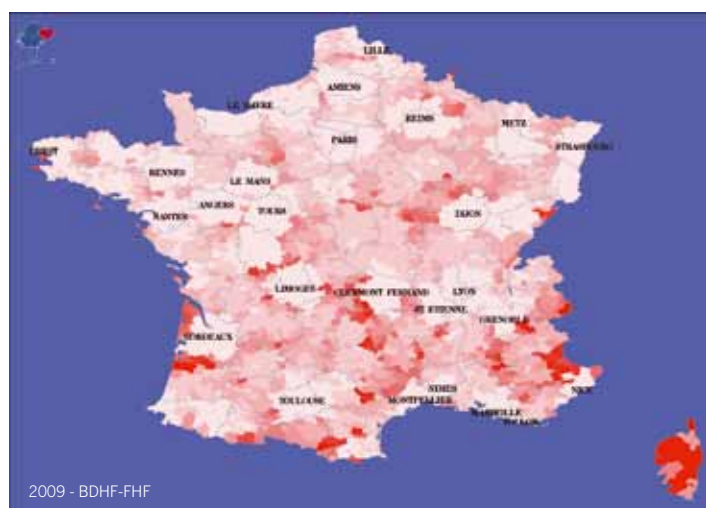
Les cartes suivantes fournissent des représentations graphiques des « déserts médicaux ». Plus la teinte est foncée et plus est grande le taux de trajets supérieurs à 45 minutes entre le domicile et le lieu de prise en charge (blanc = 0 %, rouge foncé = 100 %).

## Chirurgie d'une nuit et +



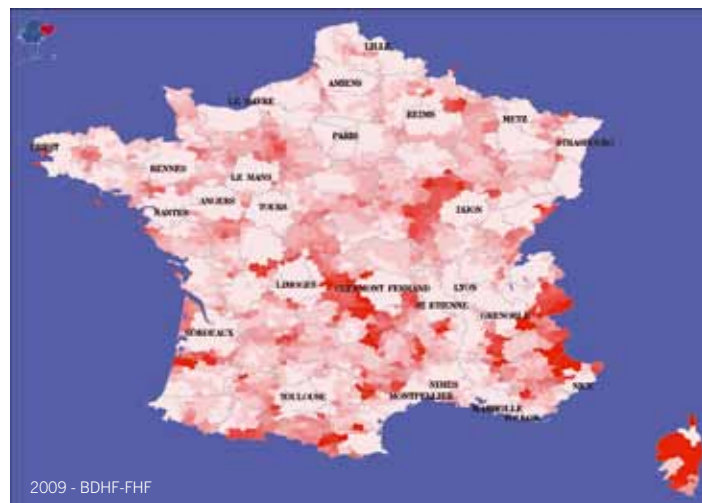
**P**as de réelle surprise sur cette carte, on observe de rares zones très foncées (indiquant des lieux où la majorité voire l'intégralité des résidents est prise en charge à plus de 45 minutes de leur domicile). L'arrière-pays niçois semble être particulièrement touché ainsi que quelques zones dans le centre de la France.

## Médecine d'une nuit et +



**O**n constate sur cette carte que la partie nord (au-dessus d'une ligne Bordeaux-Lyon) est quasiment exempte de zones géographiques où beaucoup de résidents sont hospitalisés à plus de 45 minutes de chez eux en médecine. Par contre sous cette même ligne les zones semblent assez nombreuses (entre Bordeaux et le Pays Basque, au sud de Clermont-Ferrand, entre Nice et Grenoble, en Corse).

## Chirurgie ambulatoire



**L**es mêmes zones se distinguent sur la chirurgie ambulatoire que sur la chirurgie complète sachant également que l'accès à la chirurgie ambulatoire est souvent plus compliqué lorsque l'on est éloigné de la structure (un accompagnant est alors obligatoire).

## Médecine ambulatoire



**C**urieusement, on constate que les prises en charge en médecine ambulatoire (comprenant également par exemple les chimiothérapies) concernent plus souvent des patients très éloignés que la médecine en hospitalisation complète. Ainsi 10,2 % des venues en médecine ambulatoire concernent des patients qui résident à plus de 45 minutes (8,6 % seulement pour la médecine en HC). Ce constat est flagrant également en comparant les 2 cartes puisque cette dernière est nettement plus foncée et donc contient beaucoup plus de zones où une part importante des résidents est prise en charge de façon éloignée.



## ANALYSE DE L'ACTIVITÉ 2009

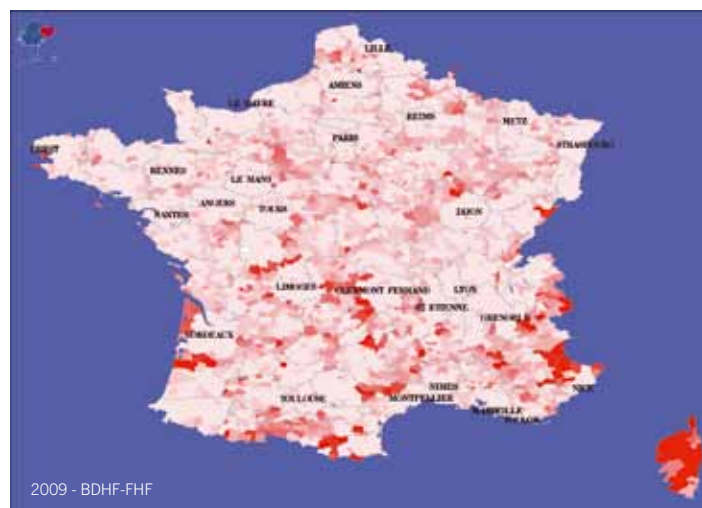
### Obstétrique d'une nuit et +



Les mêmes zones que dans les autres activités se dégagent en obstétrique, néanmoins rares sont celles qui peuvent prêter à débat, le maillage pour la prise en charge de l'obstétrique semble assez fin.

### AVC (séjours en HC)

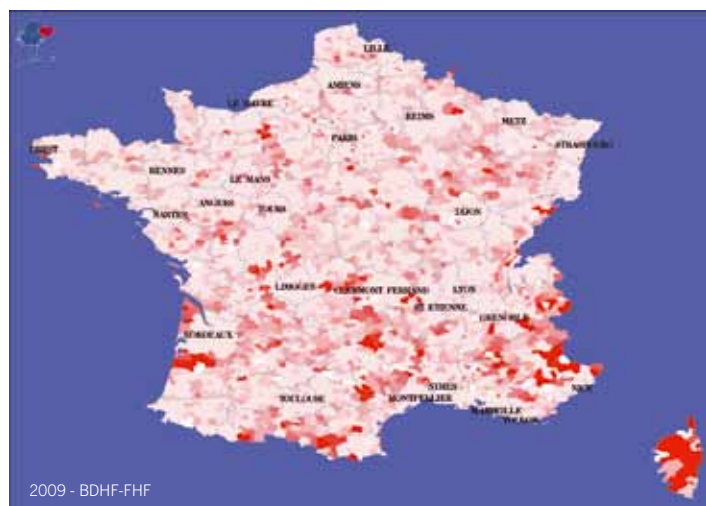
142 865 séjours en 2009, dont 8.1 % à plus de 45 minutes du domicile.



À l'instar des coronaropathies, l'engagement du pronostic vital ou l'importance des séquelles suite à un AVC sont directement liés à l'éloignement de la structure de prise en charge. Ici aussi, on constate de nombreux « points rouges » (toujours l'arrière-pays niçois par exemple) où les hospitalisations pour AVC sont toujours éloignées du domicile, avec l'aspect péjoratif que cela entraîne.

### Coronaropathies (séjours en HC)

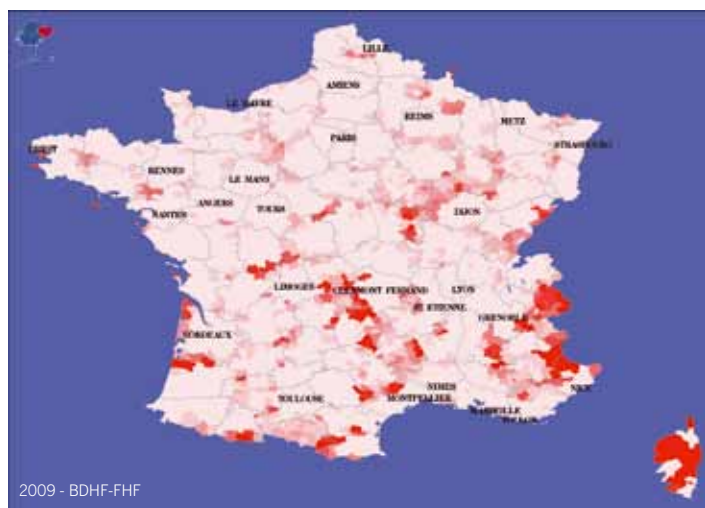
75 088 séjours en 2009, dont 8.6 % à plus de 45 minutes du domicile.



La plupart des pathologies concernées font partie de celles où le pronostic vital est menacé et où les chances de survie sont étroitement liées à l'éloignement de la structure de prise en charge. Même si ce n'est pas une surprise, on constate de nombreux « points rouges » sur la carte où les résidents sont hospitalisés loin de chez eux et subissent probablement une perte de chance par rapport aux habitants résidents dans des zones très denses où la prise en charge est très rapide.

## Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie (séjours en hdj)

1 230 313 séjours en 2009, dont 3.7 % à plus de 45 minutes du domicile.



Le maillage de la prise en charge des endoscopies digestives semble excellent pour des actes très rarement réalisés en urgence. Cet acte est extrêmement fréquent et est une spécialité très développée dans le secteur commercial. Rares sont les zones où les résidents se trouvent éloignés des structures, et par ailleurs, au niveau national, seuls 3,4 % des patients ayant subi cet examen résidaient à plus de 45 minutes de chez eux.

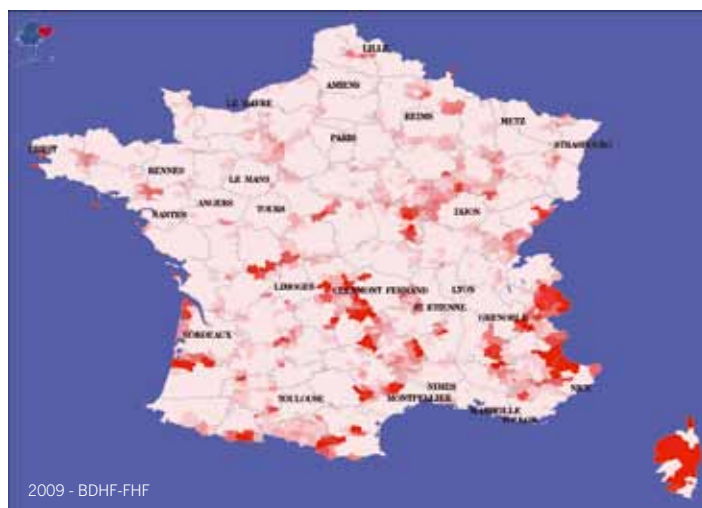
## Chirurgie pour cancer du sein (séjours en HC)

63 543 séjours en 2009, dont 15.8 % à plus de 45 minutes du domicile.



## Diabète (séjours en HC)

92 295 séjours en 2009, dont 7.1 % à plus de 45 minutes du domicile.



Le maillage de la prise en charge du diabète semble particulièrement hétérogène alors qu'il s'agit d'une affection extrêmement fréquente où le suivi est essentiel pour prévenir les complications. On constate que de nombreuses zones géographiques se trouvent éloignées des établissements de prise en charge, ce qui implique probablement, si les patients ne sont pas inclus dans des filières en réseaux, une inégalité vis-à-vis des possibilités de suivi et donc de survenues de complications.

Ici aussi, on constate, pour la prise en charge d'une affection assez fréquente et érigée en priorité nationale, que le maillage est extrêmement hétérogène. Hormis dans les grandes métropoles, les patientes sont très souvent tenues de s'éloigner de façon importante de leur domicile pour être opérées. Avec l'avènement des autorisations liées à cette activité, on peut même penser que la situation va s'aggraver du point de vue de l'éloignement (même s'il est probable qu'elle s'améliore en contrepartie du point de vue de la sécurité du patient et de la qualité de la prise en charge médicale, ce qui est bien l'essentiel).



## Éloignement des patients selon la structure d'accueil et l'activité

En analysant l'éloignement de la structure de prise en charge, on fait les constats suivants :

- Les patients sont généralement plus éloignés en chirurgie en hospitalisation complète qu'en chirurgie ambulatoire, par contre, ceci n'est pas vrai en médecine, où les patients ont tendance à résider légèrement plus loin en hospitalisation de jour qu'en hospitalisation complète. Les chiffres sont équivalents en obstétrique entre les prises en charges en HC (généralement des accouchements) et celles en hdj (avortements, affections de l'ante et du post-partum ou abortum).
- C'est la chirurgie en hospitalisation complète qui concentre le plus de patients résidant loin (9 % résident à plus d'une heure de route, ce chiffre atteignant 17 % dans les CHU et presque 27 % dans les CLCC). En chirurgie ambulatoire ces chiffres sont bien entendu nettement moindres puisqu'en moyenne on y trouve deux fois moins de patients éloignés de plus d'une heure de leur domicile (4,7 %).

Il est même plutôt surprenant d'avoir autant de patients éloignés en chirurgie ambulatoire puisqu'un des critères d'inclusion d'un patient concerne le temps de trajet qui doit être inférieur à 1 heure.

- Les comparaisons entre les secteurs publics et lucratifs permettent de constater que les patients très éloignés de leur domicile (plus d'une heure) sont toujours moins nombreux dans le secteur commercial que dans le secteur public et parapublic (4,2 % en chirurgie ambulatoire dans le privé contre 6,0 % dans le public ; 7,5 % en chirurgie HC privée contre 10,4 % en public ; 3,0 % en médecine ambulatoire privée contre 8,3 % dans le public ; 5,5 % en médecine HC privée contre 6,5 % dans le public, les écarts existent même en obstétrique mais sont moins significatifs). Cela s'explique par la nature des CHU et CLCC qui de par la spécificité d'une partie de leurs activités attirent des patients très éloignés ce qui tire les chiffres globaux du public/parapublic vers le haut.

Chirurgie en hospitalisation complète				
	Temps de trajet (domicile-établissement) du patient			
	0 à 29 mn	30 à 44 mn	45 à 59 mn	60 mn et +
CHU	64,5 %	10,5 %	8,0 %	17,0 %
CH	85,6 %	8,0 %	2,2 %	4,1 %
Parapublic hors CLCC	77,9 %	6,7 %	3,0 %	12,4 %
CLCC	49,4 %	13,3 %	10,6 %	26,7 %
HIA	81,1 %	5,0 %	3,2 %	10,7 %
Ensemble public/parapublic	76,2 %	8,9 %	4,6 %	10,4 %
Privé commercial	77,6 %	10,2 %	4,8 %	7,5 %
Ensemble public + privé	76,8 %	9,5 %	4,7 %	9,0 %

Sources : PMSI 2009 - FHF-BDHF - Loxane Wayserver (calculs des temps de trajet)

Chirurgie de 0 nuit				
	Temps de trajet (domicile-établissement) du patient			
	0 à 29 mn	30 à 44 mn	45 à 59 mn	60 mn et +
CHU	75,0 %	9,6 %	5,9 %	9,6 %
CH	88,0 %	7,4 %	2,0 %	2,6 %
parapublic hors CLCC	83,0 %	5,5 %	1,7 %	9,7 %
CLCC	60,0 %	14,4 %	9,3 %	16,3 %
HIA	89,3 %	4,3 %	1,9 %	4,5 %
Ensemble public/parapublic	83,0 %	7,8 %	3,2 %	6,0 %
Privé commercial	83,8 %	8,8 %	3,3 %	4,2 %
Ensemble public + privé	83,6 %	8,5 %	3,2 %	4,7 %

Sources : PMSI 2009 - FHF-BDHF - Loxane Wayserver (calculs des temps de trajet)



Médecine en hospitalisation complète				
	Temps de trajet (domicile-établissement) du patient			
	0 à 29 mn	30 à 44 mn	45 à 59 mn	60 mn et +
CHU	74,7 %	8,5 %	5,6 %	11,3 %
CH	88,4 %	7,1 %	1,7 %	2,8 %
Parapublic hors CLCC	82,9 %	4,5 %	1,7 %	10,9 %
CLCC	50,1 %	13,2 %	10,0 %	26,7 %
HIA	84,5 %	4,2 %	2,4 %	9,0 %
Ensemble public/parapublic	83,0 %	7,4 %	3,1 %	6,5 %
Privé commercial	81,9 %	8,8 %	3,8 %	5,5 %
Ensemble public + privé	82,8 %	7,7 %	3,2 %	6,3 %

Sources : PMSI 2009 - FHF-BDHF - Loxane Wayserver (calculs des temps de trajet)

Médecine de 0 nuit				
	Temps de trajet (domicile-établissement) du patient			
	0 à 29 mn	30 à 44 mn	45 à 59 mn	60 mn et +
CHU	69,9 %	10,4 %	7,0 %	12,7 %
CH	87,4 %	8,2 %	2,2 %	2,2 %
Parapublic hors CLCC	84,9 %	5,6 %	2,0 %	7,5 %
CLCC	57,3 %	14,2 %	9,5 %	19,0 %
HIA	84,8 %	5,0 %	2,7 %	7,6 %
Ensemble public/parapublic	77,6 %	9,3 %	4,8 %	8,3 %
Privé commercial	86,1 %	7,9 %	2,9 %	3,0 %
Ensemble public + privé	80,7 %	8,8 %	4,1 %	6,4 %

Sources : PMSI 2009 - FHF-BDHF - Loxane Wayserver (calculs des temps de trajet)

Obstétrique en hospitalisation complète				
	Temps de trajet (domicile-établissement) du patient			
	0 à 29 mn	30 à 44 mn	45 à 59 mn	60 mn et +
CHU	89,5 %	5,3 %	2,1 %	3,2 %
CH	91,4 %	5,8 %	1,2 %	1,6 %
Parapublic hors CLCC	90,2 %	3,1 %	0,7 %	6,0 %
CLCC				
HIA	97,3 %	0,4 %	0,0 %	2,3 %
Ensemble public/parapublic	90,8 %	5,4 %	1,4 %	2,4 %
Privé commercial	91,5 %	5,5 %	1,4 %	1,6 %
Ensemble public + privé	91,0 %	5,4 %	1,4 %	2,2 %

Sources : PMSI 2009 - FHF-BDHF - Loxane Wayserver (calculs des temps de trajet)

Obstétrique de 0 nuit				
	Temps de trajet (domicile-établissement) du patient			
	0 à 29 mn	30 à 44 mn	45 à 59 mn	60 mn et +
CHU	90,5 %	4,8 %	1,9 %	2,8 %
CH	90,3 %	6,2 %	1,4 %	2,1 %
Parapublic hors CLCC	92,5 %	3,0 %	0,8 %	3,7 %
CLCC				
HIA	85,7 %	0,0 %	0,0 %	14,3 %
Ensemble public/parapublic	90,5 %	5,6 %	1,5 %	2,4 %
Privé commercial	92,3 %	4,4 %	1,2 %	2,1 %
Ensemble public + privé	90,8 %	5,3 %	1,4 %	2,4 %

Sources : PMSI 2009 - FHF-BDHF - Loxane Wayserver (calculs des temps de trajet)





# Analyse de l'activité de cancérologie en France en 2009

## Éléments de méthode

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

Pour l'activité 2009, les séjours de la base nationale PMSI MCO (BDHF-FHF, source ATIH) sont affectés à l'activité de cancérologie par une version provisoire « V11 » de l'algorithme de sélection développé par l'INCa en V10 de la classification des GHM. Il est donc essentiel de noter que les résultats présentés ici doivent être confirmés par l'utilisation de la version V11 définitive. Le type d'établissement se fonde sur le fichier des finess (source ATIH).

Le type d'activité (chirurgie /médecine) repose sur le troisième caractère du GHM.

Les niveaux de sévérité sont identifiés par le cinquième caractère du GHM en regroupant comme suit : 1-A, 2-B, 3-C, 4-D, T, Z. Le mode d'hospitalisation est défini (hors séances identifiées sur la CMD «28 ») par la durée de séjour : Hospitalisation  $\geq 1$  nuit, 0 nuit.

L'activité de cancérologie est ici décrite selon comme suit :

- Activité totale par type d'établissement et mode d'hospitalisation

Puis pour chaque facteur de variation les « caractéristiques » de chaque type d'établissement, et la « part de marché » par type d'établissement :

- Répartition des types d'activité (chirurgie /médecine) selon le type d'établissement, Part de chaque type d'établissement selon le type d'activité (chirurgie /médecine)
- Niveau de sévérité (Hospitalisation  $\geq 1$  nuit) selon le type d'établissement, Part de chaque type d'établissement selon le niveau de sévérité (Hospitalisation  $\geq 1$  nuit)
- Répartition des classes d'âge (tous séjours/séances) selon le type d'établissement, Part de chaque type d'établissement dans chaque classe d'âge (tous séjours/séances)

Figure 1 : Part de chaque type d'établissement selon le mode d'hospitalisation (hors radiothérapie pour les séances n= 2 047 834)  
Base Nationale PMSI BDHF-FHF (source ATIH)

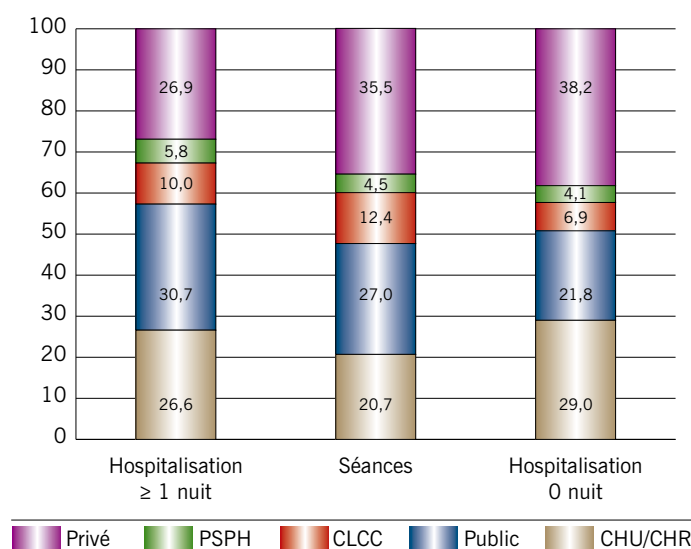
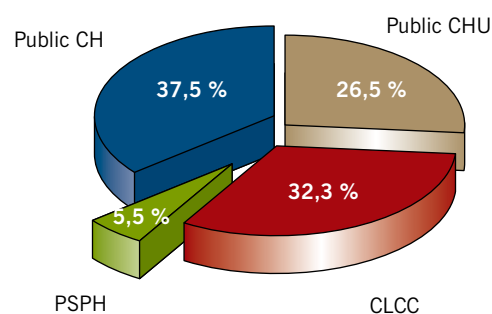


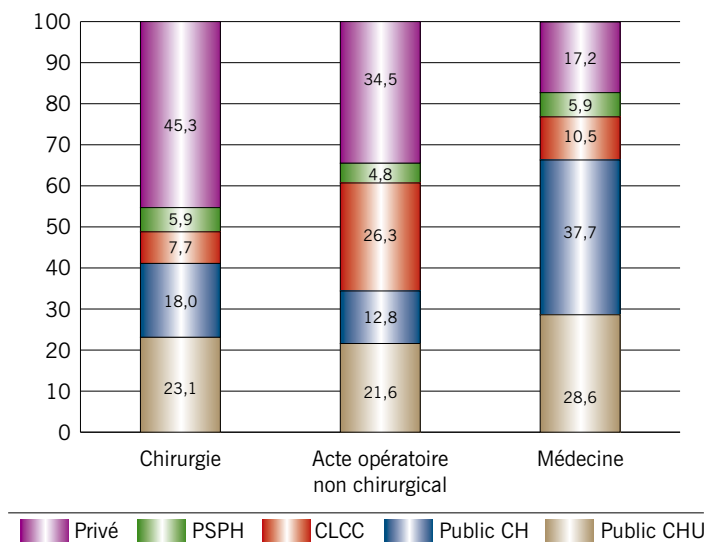
Figure 2 : Part de chaque type d'établissement (hors secteur privé lucratif) dans l'activité de séances (n=3 057 799 avec radiothérapie)  
Base Nationale PMSI BDHF-FHF (source ATIH)



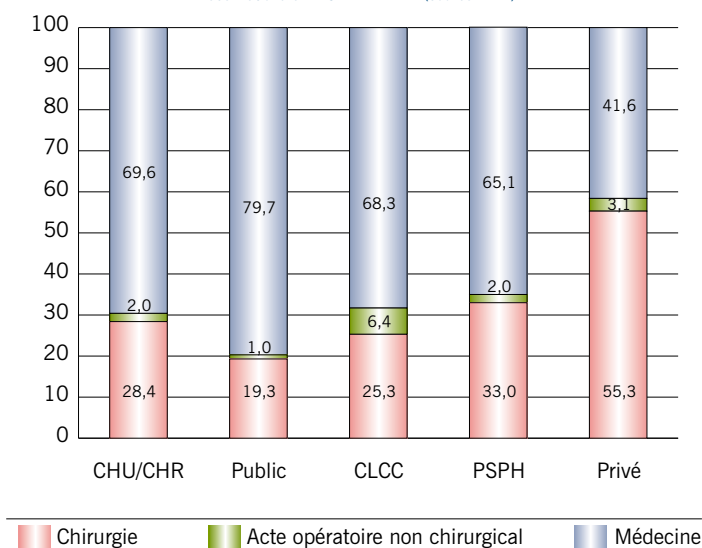
Sur les 5 520 652 séjours/séance sélectionnés dans l'activité nationale de cancérologie (n = 3 743 292 hors séances de radiothérapie), les établissements publics CH et CHR effectuent 57 % des séjours en hospitalisation d'une nuit et plus, 48 % des séances (n = 2 047 834 hors radiothérapie), et 51 % des séjours d'une nuit dont près de 40 % sont réalisés par les établissements privés lucratifs. L'activité de radiothérapie privée ne figurant pas dans les données du PMSI, l'activité de séances représente essentiellement l'activité de chimiothérapie.

Les établissements CHU & CH prennent en charge 62 % des 3 057 799 séances (avec radiothérapie) réalisées hors établissements privés lucratifs. Celles-ci représentent 63 % de l'activité des CHU, 69 % de celle des CH, 65 % dans les PSPH et 86 % dans les CLCC (non présenté).

**Figure 3 : Part de chaque type d'établissement selon le type d'activité (hospitalisation ≥ 1 nuit)**  
Base Nationale PMSI BDHF-FHF (source ATIH)



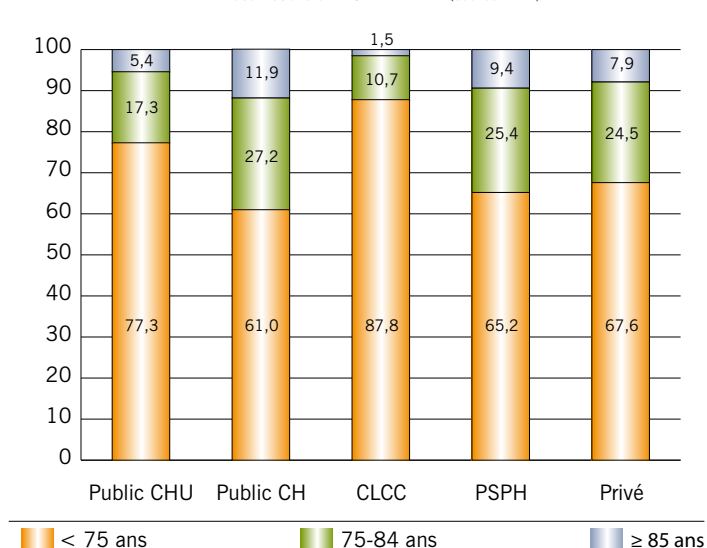
**Figure 4 : Part de chaque type d'activité au sein de chaque type d'établissement (hospitalisation ≥ 1 nuit)**  
Base Nationale PMSI BDHF-FHF (source ATIH)



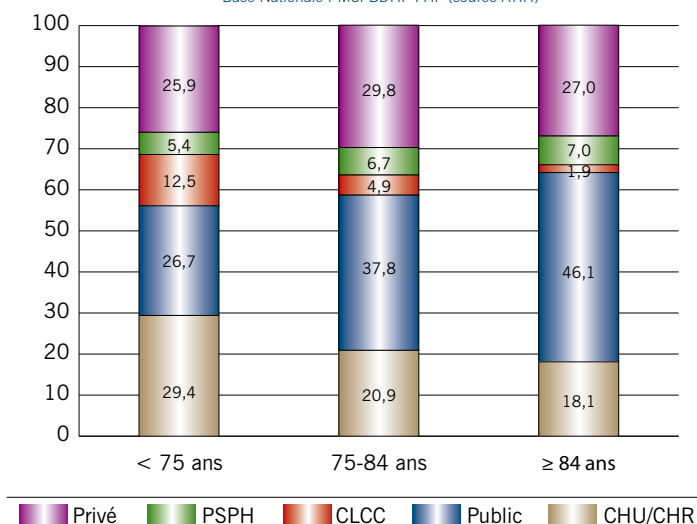
En hospitalisation d'1 nuit ou plus (n = 1 232 780), les établissements privés lucratifs prennent en charge plus de 45 % de l'activité de chirurgie nationale, et celle-ci représente plus de 55 % de leur activité.

Dans les établissements publics la chirurgie ne représente que 20 à 30 % de l'activité, soit 41 % de la chirurgie nationale.

**Figure 5 : Répartition des classes d'âge selon le type d'établissement**  
Base Nationale PMSI BDHF-FHF (source ATIH)



**Figure 6 : Part de chaque type d'établissement dans la prise en charge des patients âgés**  
Base Nationale PMSI BDHF-FHF (source ATIH)



Les établissements publics CH effectuent près de 40 % de l'ensemble de leurs séjours pour des patients de 75 ans et plus. À l'opposé pour les CLCC ces séjours ne constituent que 12 % de l'activité.

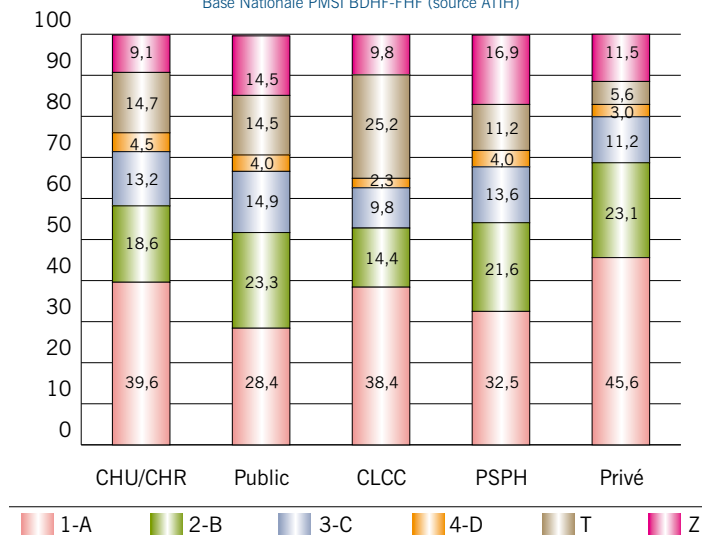
Sur l'ensemble du territoire, les patients de 75 à 84 ans sont pris en charge par les établissements publics (59 %) et par les établissements privés lucratifs (30 %). Après 85 ans, les CH effectuent 46 % des séjours des patients.



## ANALYSE DE L'ACTIVITÉ 2009

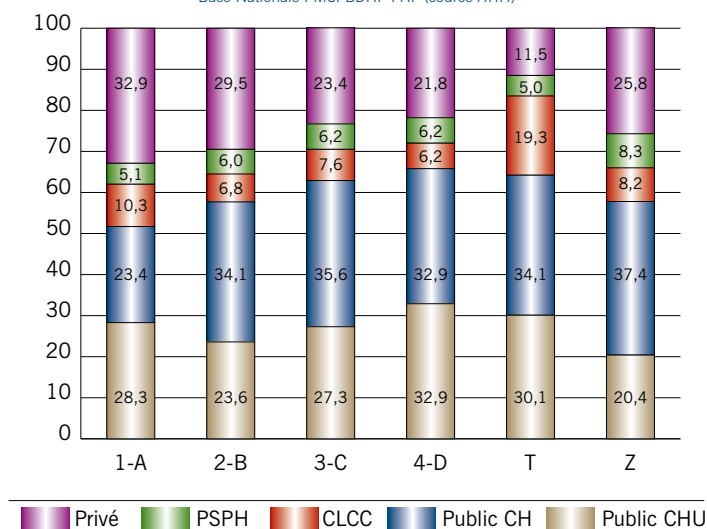
**Figure 7 : Répartition des niveaux de sévérité des séjours selon le type d'établissement (hospitalisation ≥ 1 nuit)**

Base Nationale PMSI BDHF-FHF (source ATIH)



**Figure 8 : Part de chaque type d'établissement dans la prise en charge des séjours de niveaux 3 et 4 (hospitalisation ≥ 1 nuit)**

Base Nationale PMSI BDHF-FHF (source ATIH)



Le taux de séjours de niveau de sévérité 3 et 4 (C et D inclus), est environ de 18 % dans les CHU, les CH et PSPH, et de 12 à 14 % en privé lucratif ou CLCC (hospitalisation ≥ 1 nuit).

Les établissements publics prennent en charge 63 % des séjours en niveau 3 et 66 % des séjours en niveaux 4.

Toutefois, ce résultat dépend des pratiques et de la qualité du codage des CMA et CMAS, encore hétérogènes selon le type d'établissement ce qui gêne probablement l'analyse de cet indicateur.

Le niveau de sévérité ne témoigne dans le PMSI que de la sévérité du malade et non de la maladie. L'information qui permettrait d'évaluer l'état d'avancement du cancer serait son stade, non enregistré dans les données du PMSI, hormis pour ce qui concerne la présence ou l'absence de métastases, et le critère indirect que constitue la notion de soins palliatifs.

# Algorithme INCa

## Sélection des séjours associés à la prise en charge du cancer dans les bases nationales d'activité hospitalières MCO : version provisoire v11 de l'algorithme INCa

Cette version provisoire a été développée à partir du document de l'algorithme INCa de sélection des séjours de cancérologie dans sa version V10, auquel il est préférable de se référer pour de meilleures compréhension et interprétation des résultats

### Objectif

Sélectionner des séjours hospitaliers associés à la prise en charge du cancer, que cette prise en charge soit considérée comme principale en terme de consommation de ressource ou non.

Le terme de prise en charge inclut ici le diagnostic, le traitement et la surveillance du cancer ou de ses complications (immédiates ou à distance) ainsi que les effets secondaires éventuels.

### Préambule

- Des informations importantes pour la description médicale peuvent faire défaut dans les données PMSI concernant la cancérologie, ce qui peut induire des erreurs (en excès ou défaut) dans la sélection.
- L'algorithme développé ne cherche pas à interpréter ou pallier les éventuelles erreurs de codage PMSI
- Cet algorithme a vocation à être mis à jour et réévalué régulièrement en raison de l'évolution des objectifs du PMSI, des classifications et des règles de codage sur lesquelles celui-ci s'appuie.
- La version 0 utilisée doit faire l'objet d'une étude de validation statistique.

### Méthode de sélection

#### Codes utilisés

Pour être intégré, le séjour doit inclure la présence d'un code traceur :

- **en diagnostic** : les codes de tumeur maligne invasive, *in situ* ou à évolution imprévisible (C00-D09 et D37-D48), les codes de chimiothérapie ou radiothérapie, les codes d'examen de contrôle après traitement de tumeur

maligne, les codes d'antécédents personnels de tumeur maligne (s'il est en diagnostic principal ou relié et sous certaines conditions s'il est en DAS), les codes de pathologies dont le libellé inclut les pathologies tumorales (ex : G732), codes d'effets indésirables des traitements anti-tumoraux, codes en liaison avec les greffes de moelle osseuse.

- **en code acte CCAM** : Il s'agit principalement des codes actes suivants : Exérèse/destruction de tumeur ou d'organe (à l'exception des YYYY036, YYYY043, YYYY061 qui ont été exclus), Séance de chimiothérapie, Irradiation (séances, préparation), Curiethérapie (y compris pose de guide), Injection d'agent anticancéreux, Pose de système de repérage de tumeur, IRM pour dosimétrie, Prélèvement de cellules souches, Greffe de cellules souches.

#### Étapes de sélection

L'algorithme est composé d'étapes ordonnées selon la position et le type de code traceur, au cours desquelles il sélectionne ou exclut les séjours en s'appuyant sur des listes de référence :

- Étape 1 : **sélection sur la présence d'un code traceur en diagnostic principal**
- Étape 2 : **sélection sur la présence d'un code traceur sur le diagnostic relié**
- Étape 3 : **sélection sur la présence d'un code traceur en acte**
- Étape 4 : **présélection sur la présence d'un code traceur diagnostic Associé : séjours « potentiels »**
- Étape 5 : **à partir des séjours présélectionnés en étape 4, sélection/exclusion :**
  - Étape 5.1 : **sélection sur la présence d'un code traceur en diagnostic principal « incluant »**

L'association du DP retenu et du code cancer en DAS traduit alors des symptômes ou pathologies qui sont fréquemment des complications des cancers ou de leur thérapeutique,

- Étape 5.2 : **exclusion sur la présence d'un code traceur en diagnostic principal « excluant »**

Sont rejetés les séjours ayant en DP des tumeurs bénignes, malformations, pathologies congénitales ou génétiques...

- Étape 5.3 : **sélection sur la présence d'un code traceur en diagnostic associé « incluant »**

Codes qui traduisent un cancer actif ou un traitement en cours tels que : tumeurs secondaires, radiothérapie ou chimiothérapie, greffe de moelle osseuse, auto ou allogreffe de cellules souches hématopoïétiques...

- Étape 5.4 : **sélection sur la présence d'un GHM « incluant »**

GHM dont le libellé inclut une terminologie associée au cancer, GHM d'irradiation, chimiothérapie, allogreffes et autogreffes, GHM de prise en charge des enfants (âge < 18 ans), GHM traduisant un désordre des fonctions vitales, GHM de troubles de la lignée érythrocytaire, GHM « Autres facteurs influant l'état de santé ».

- Étape 5.5 : **sélection sur la présence d'une association GHM-code traceur en DAS « incluyente » testée dans différents groupes d'appareils (ou organes)<sup>1</sup>.**

A chacun des 21 groupes créés, correspond une liste de référence de codes diagnostiques traceurs d'une part, et une liste de GHM qui associés à l'un des diagnostics de la liste précédente, traduisent la prise en charge du cancer dans le séjour. Dans le cas où l'association GHM-DAS du séjour appartient à une association référencée, le séjour est inclus dans la base cancer.

Pour cette version provisoire V11, les GHM V10 ont été remplacés par leurs homologues V11

Au terme de cette étape, les séjours qui n'ont pas été intégrés à la Base Cancer sont classés comme séjours ne relevant pas de ce type de prise en charge.

<sup>1</sup> On ne peut sélectionner plusieurs fois un séjour, car un GHM ne peut apparaître que dans une liste de groupe d'appareil ou d'organe.



# Analyse de l'activité de soins de suite et de réadaptation en France en 2009

## Éléments de méthode

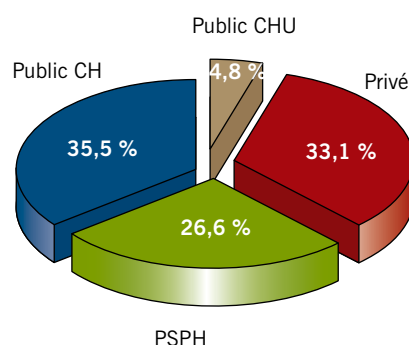
Les séjours RHA de la base nationale PMSI SSR 2009 (BDHF-FHF, source ATIH) sont décrits en termes de journées.

Les facteurs de description (en nombre de journées et pourcentage) sont :

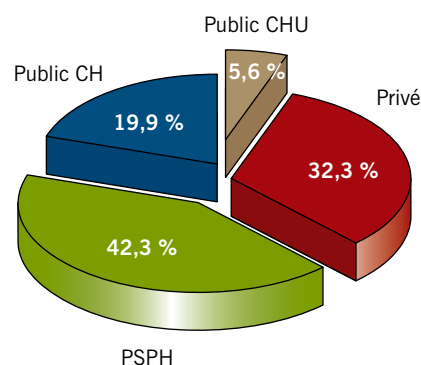
- le type d'hospitalisation : hospitalisation complète ou semaine, et hospitalisation jour ou séances
- l'âge des journées en classe
- le pourcentage de journées réalisé pour des patients de 75 ans et plus, selon la catégorie majeure clinique
- le niveau de dépendance physique et psychologique

Ils sont présentés par type d'établissement (fichier finess ATIH) : établissement public CH, public CHU, PSPH, privé lucratif.

**Figure 1 : Hospitalisation complète/semaine**  
Base nationale PMSI SSR BDHF-FHF (source ATIH, n=34 198 169 journées)



**Figure 2 : Hospitalisation jour/séances,**  
Base nationale PMSI SSR BDHF-FHF (source ATIH, n=34 198 169 journées)



En 2009, la base nationale PMSI SSR comptabilise 34 198 169 journées de soins de suite et de réadaptation, soit une augmentation de 8,8 % comparée à 2008 (n = 31 439 972 journées).

Ces journées sont assurées par les CH et les CHU dans 39 % (n = 13 408 100) des cas, par les établissements privés lucratifs pour 33 % (n = 11 305 293), et les établissements PSPH pour 27,7 % (n = 9 484 776). En hospitalisation complète ou de semaine, les résultats sont similaires.

Ces résultats sont stables comparés à de ceux observés en 2008, où le secteur public réalisait 41 % des journées en hospitalisation complète ou de semaine, et 24 % de celles en hospitalisation de jour ou séances.

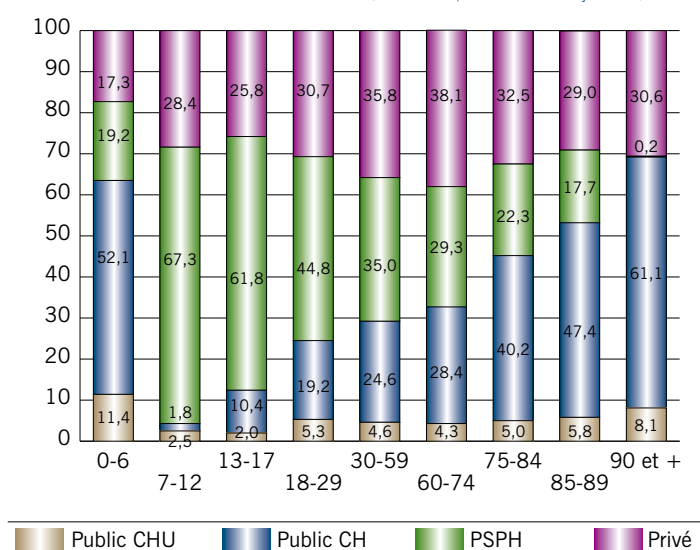
La part des PSPH dans l'hospitalisation de jour (ou séances) est en très légère diminution à 42 % comparée aux 44 % observés en 2008.



Le secteur public (CH & CHU) réalise entre 45 % et 70 % des journées des patients de plus de 74 ans, et 63.5 % de ceux de moins de 6 ans, alors que les établissements PSPH et privés lucratifs effectuent entre 68 % et 95 % des journées de 7 à 74 ans. Les établissements publics assurent 53 % (CH) à 55 % (CHU) de leurs journées pour des patients de plus de 74 ans. Hormis dans la catégorie majeure clinique de réadaptation, la part des sujets âgés (> 74 ans) est plus élevée dans les établissements publics (CHU et CH).

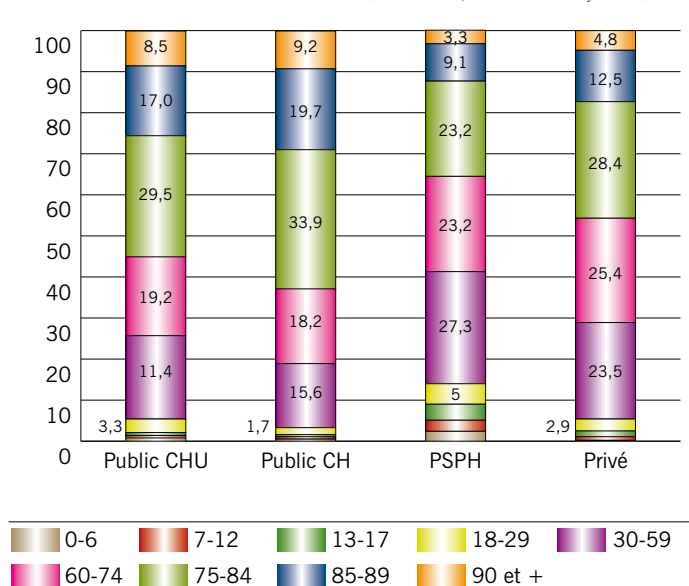
**Figure 3 : Part des différents secteurs dans la prise en charge des soins de suite et de réadaptation selon l'âge**

Base nationale PMSI SSR BDHF-FHF (source ATIH, n = 34 198 169 journées)



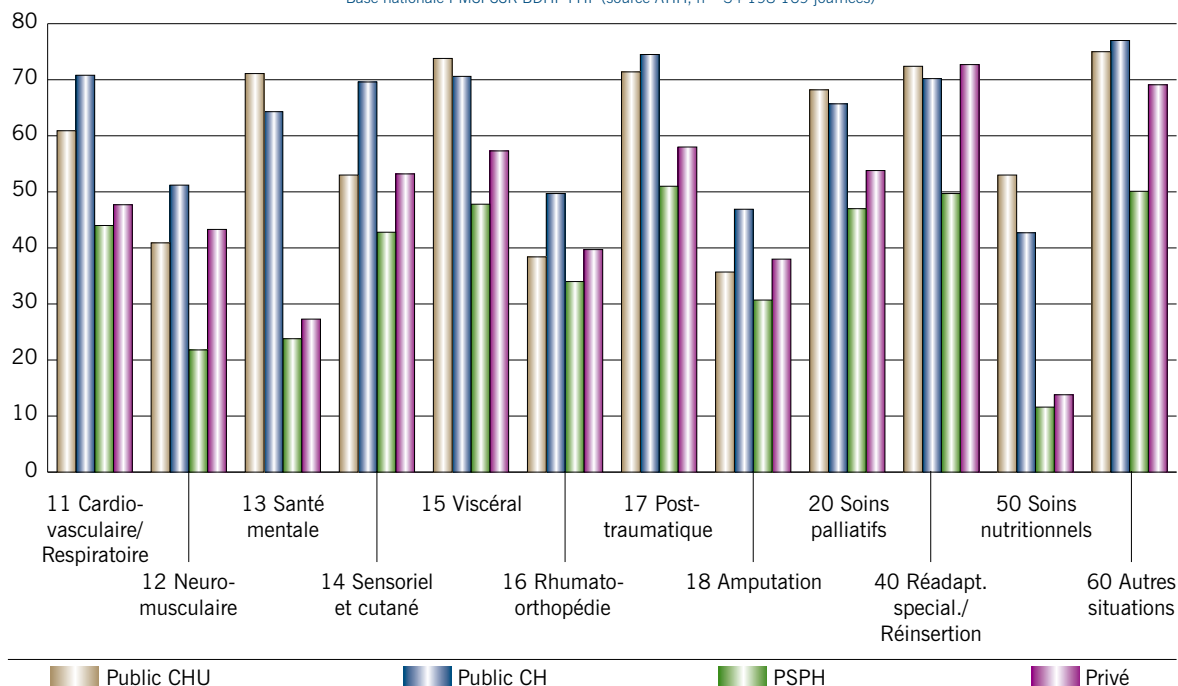
**Figure 4 : Répartition de l'âge (en classe) selon le type d'établissement**

Base Nationale PMSI SSR BDHF-FHF (source ATIH, n = 34 198 169 journées)



**Figure 5 : Part des journées de patients de plus de 74 ans selon les différents secteurs et la CMC**

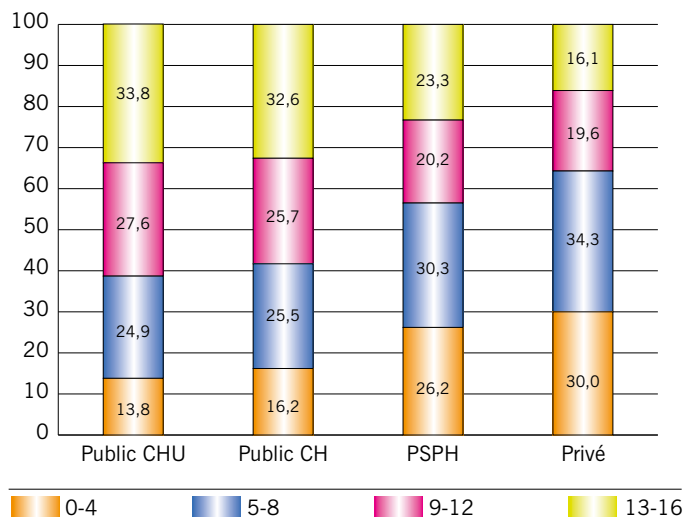
Base nationale PMSI SSR BDHF-FHF (source ATIH, n = 34 198 169 journées)





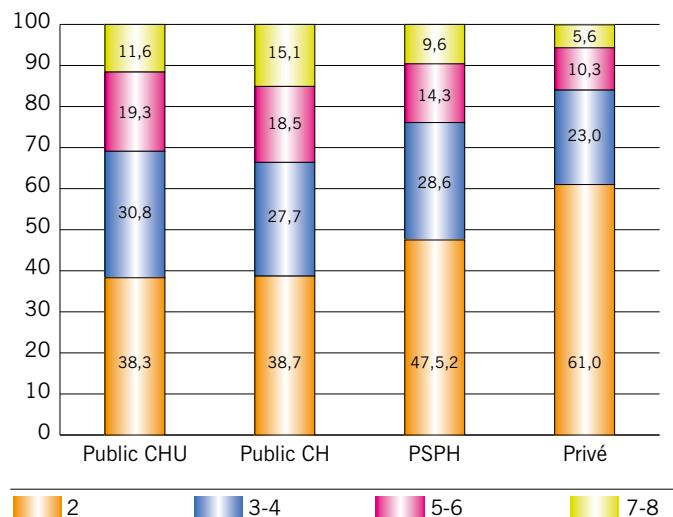
**Figure 6 : Niveau de dépendance physique  
selon les des différents secteurs**

Base Nationale PMSI SSR BDHF-FHF (source ATIH , n =34 198 169 journées)



**Figure 7 : Niveau de dépendance psychologique  
selon les des différents secteurs**

Base Nationale PMSI SSR BDHF-FHF (source ATIH , n =34 198 169 journées)



Le niveau de dépendance physique est supérieur à 12 dans près de 60 % des journées dans les établissements publics (CHU ou CH), alors qu'il n'atteint que 36 % dans le secteur privé lucratif et 44 % en PSPH.

Le niveau de dépendance psychologique est faible à modéré pour la majorité des journées en soins de suite et réadaptation. Néanmoins, en secteur public la dépendance est située entre 5 et 13 pour 30 à 34 % des journées.

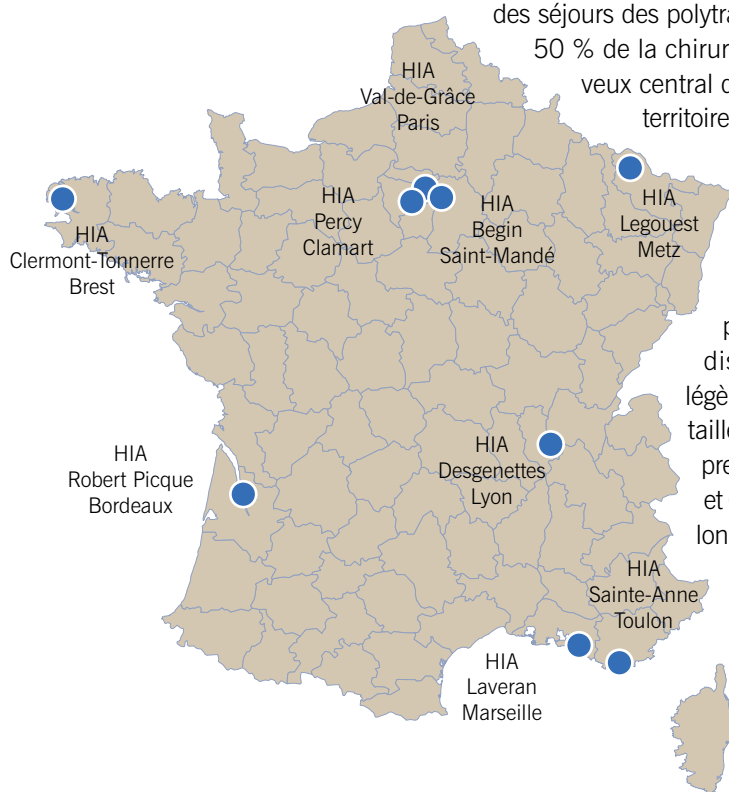
Ces résultats sont cohérents avec ceux décrivant l'âge des journées : les établissements publics traitant des sujets plus âgés, il est logique d'y retrouver un niveau de dépendance plus élevé.

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

## Zoom sur les hôpitaux militaires

**D**epuis l'exercice 2009, les neuf hôpitaux d'instruction des armées contribuent à la base nationale PMSI MCO.

Au niveau national, hors DOM, l'activité des HIA représente environ 0,5 % de l'activité MCO française. Évidemment, au niveau local, et selon les spécialités, cette part peut être nettement plus élevée. Par exemple, l'HIA Sainte-Anne de Toulon réalise 25 % des séjours des polytraumatisés graves ou 50 % de la chirurgie du système nerveux central des résidents de son territoire.



Les neuf établissements représentés dans la base PMSI ont tous une taille assez comparable. Deux se distinguent toutefois légèrement en termes de taille, celle-ci atteignant presque 15 000 séjours et 6 700 séances à Toulon :

- HIA Sainte-Anne Toulon (83) : 14 900 séjours 6 700 séances
- HIA Begin Saint-Mandé (94) : 12 600 séjours 900 séances

Puis cinq établissements sont autour des 10 000 séjours (le Val-de-Grâce réalisant néanmoins une activité très importante de séances avec 4 000 dialyses, 2 000 chimiothérapies, près de 9 000 radiothérapies et 1 300 séances d'oxygénothérapie hyperbare) :

- HIA du Val-de-Gâtce Paris (75) : 10 300 séjours 16 700 séances
- HIA Percy Clamart (92) : 10 100 séjours 1 900 séances
- HIA Desgenettes Lyon (69) : 10 000 séjours 1 300 séances
- HIA Laveran Marseille (13) : 9 800 séjours 300 séances
- HIA Robert Picque Bordeaux (33) : 9 700 séjours 500 séances

Et enfin on trouve deux établissements plus petits :

- HIA Clermont-Tonnerre Brest (29) : 8 500 séjours 700 séances
- HIA Legouest Metz (57) : 7 300 séjours 1 500 séances

Par définition, les hôpitaux militaires sont très peu positionnés sur certaines activités : tout ce qui entoure la grossesse et la naissance est quasiment absent hormis à Bégin (92) qui possède un service de gynéco-obstétrique. On ne trouve pas trace non plus d'une activité significative de chirurgie cardio-thoracique ni de transplantation. À l'inverse, certaines activités semblent être assez développées comme la prise en charge très significative des affections de la peau dans 7 des 9 HIA, la prise en charge des brûlés à Sainte-Anne et à Percy, une activité assez importante en chimiothérapies en hospitalisation complète notamment au Val-de-Grâce, à Sainte-Anne ou à Percy. Enfin de façon plus anecdotique, on trouve une très nette sur-représentation de l'activité de « toxicologie-alcool » à l'hôpital Clermont-Tonnerre à Brest.

Concernant l'origine des patients pris en charge, on constate qu'hormis de rares exceptions, les HIA ont un recrutement essentiellement local. Lorsque l'on compare leur taux d'attractivité extra-départemental à celui des établissements non militaires des mêmes départements, on observe qu'il est généralement plus faible dans les HIA que dans les établissements civils (à part quelques exceptions selon les établissements ou les pathologies).

Par ailleurs, d'un point de vue purement intellectuel, il eut été intéressant de pouvoir distinguer les patients militaires des autres, ce qui n'est pas possible pour d'évidentes raisons de secret à la fois médical mais également de défense, et aussi parce que techniquement, le PMSI ne pourrait pas faire la distinction. Néanmoins, la comparaison pure aux établissements civils, que l'on ne manquera pas de faire à l'avenir, sera biaisée par le fait que les HIA ont une part de patients purement captifs.



# Pour eux, et pour vous

**Le salon : 450 exposants et 14 000 visiteurs**

**Les conférences des professionnels de la santé et de l'autonomie**

**Des débats, des espaces thématiques...**



**17<19 MAI 2011**

**ViParis - Porte de Versailles - Pavillon 1 - France**

**Programme et inscription sur  
[www.gerontexpo-handicapexpo.com](http://www.gerontexpo-handicapexpo.com)**

Une manifestation Une organisation

