



INFO EN SANTÉ

DÉCEMBRE 2011

SYSTÈME D'INFORMATION ■ STRATÉGIE ■ QUALITÉ

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE WWW.FHF.FR

SOMMAIRE

1

ÉDITORIAL : POUR L'ARRÊT DE LA CONVERGENCE

Gérard Vincent,
Bernard Garrigues

3

LA CONVERGENCE TARIFAIRE : UNE APPROCHE IDÉOLOGIQUE DES POUVOIRS PUBLICS

Yves Gaubert,
Stéphane Finkel

5

PARTS DE MARCHÉ EN 2010 ET CONCENTRATION D'ACTIVITÉ

Stéphane Finkel

11

LA PART DE MARCHÉ PUBLIC/PRIVÉ VARIE-T-ELLE SELON L'ÂGE DU PATIENT ?

Stéphane Finkel

14

LES CÉSARIENNES EN 2010

Stéphane Finkel
Point de vue
du Professeur
Israël Nisand

ÉDITORIAL

POUR L'ARRÊT DE LA CONVERGENCE

La Fédération hospitalière de France (FHF) considère que les conditions techniques nécessaires au développement d'une juste convergence ne sont pas réunies. Des travaux complexes ont d'ores et déjà conduit à neutraliser, malheureusement partiellement, certains coûts en les « sortant » des tarifs. Il a ainsi été démontré que l'hôpital public connaît, à séjour identique, des surcoûts liés à la prise en charge de patients précaires. Ce constat a permis de financer distinctement, par dotation, les établissements particulièrement concernés par ces prises en charges spécifiques.

Néanmoins le système utilisé (assis sur la mesure des patients CMU, CMU C et AME) ne couvre qu'incomplètement les charges induites par les patients précaires. Par exemple, les prises en charge des patients isolés, pourtant facteurs de surcoûts, n'interviennent pas dans le calcul de ces dotations.

Il a également été démontré que la permanence des soins médicale et paramédicale, ainsi que la prise en charge des séjours urgents, à séjour classé dans des GHM identiques, était génératrice de surcoûts de prise en charge, notamment par obligation pour les hôpitaux publics d'assurer des gardes médicales, mais aussi du fait d'autres facteurs, tels que le surcoût des examens et actes réalisés la nuit, les week-ends et jours fériés, ou la possibilité moindre d'optimisation de tels séjours.

À ce jour, seules les permanences médicales ont été sorties des tarifs publics et financées en dotation ; paradoxalement, cette même « enveloppe » est désormais en partie attribuée au secteur privé.

Ces travaux, qui vont dans le bon sens, n'ont donc pourtant pas tout réglé : d'autres surcoûts qui correspondent à des missions de service public ne font pas encore l'objet d'un financement spécifique et conduisent d'ores et déjà les hôpitaux publics à autofinancer l'exercice des missions de service public. Les missions de service public doivent faire l'objet d'un financement spécifique. [suite →](#)



Accepterons-nous
que le modèle
économique
de l'hôpital public
se réforme
en se concentrant
sur des activités
ciblées ?



Cela dit, la FHF souhaite alerter sur une limite plus fondamentale à la construction d'un système équilibré de convergence tarifaire. Car la convergence suppose de pouvoir comparer ce qui est comparable. Le rapport 2010 au Parlement sur la convergence tarifaire résume les difficultés qui rendent aujourd'hui indispensable un moratoire sur la poursuite du dispositif. C'est aussi la faisabilité même de la convergence avec la double régulation du privé (État : GHS ; Convention : honoraires médicaux) qui est remise en cause.

La FHF considère donc aujourd'hui que le processus de convergence tarifaire ne peut pas s'opérer, selon les termes de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2004, « dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs ». Aussi, la poursuite du processus de convergence ne peut que conduire à une convergence des contraintes (des obligations de service public pour le secteur commercial) ou à un ajustement de l'activité des établissements publics afin de correspondre à la structure du coût sous-jacente au tarif appliqué, c'est-à-dire à une diminution de l'offre d'un point de vue qualitatif et quantitatif.

La poursuite de la convergence, partielle ou totale, doit par conséquent être appréciée au regard du but recherché.

Si l'on considère que la convergence est amenée à s'effectuer, pour l'essentiel, par alignement des tarifs du secteur public sur le secteur privé, l'hôpital public n'aura pas d'autre choix que de fonctionner comme l'hôpital privé.

Alors, accepterons-nous que le modèle économique de l'hôpital public se réforme en se concentrant sur des activités ciblées ? Car cela conduirait à une maîtrise parfaite des organisations et aurait pour conséquence la réduction de la gamme d'activités assurées aujourd'hui par l'hôpital public. ■

**Gérard Vincent,
Bernard Garrigues**

1 ■ LA CONVERGENCE TARIFAIRE : UNE APPROCHE IDÉOLOGIQUE DES POUVOIRS PUBLICS

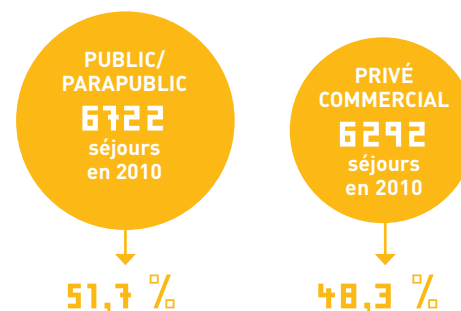
La convergence s'illustre par l'inadéquation des rapprochements tarifaires que les pouvoirs publics réalisent depuis quelques années. Les objets comparés ont des périmètres différents et le travail élémentaire de définition de ces périmètres est toujours en chantier depuis 2006. De surcroît, les mêmes pouvoirs publics engagent, au-delà de ces périmètres, des travaux de convergence sur les groupes homogènes de malades (GHM) censés être les plus proches (en 2011, 180 groupes sur 2300 existants), une convergence dite ciblée sans analyse médicale de cette proximité. Vous trouverez ci-dessous l'illustration d'une approche comptable de ce dossier.

Le cas du GHM 08C431 : interventions non mineures sur la main, niveau 1

Ce GHM ordinaire est sorti d'une analyse de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) et de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) comme étant éligible à la convergence. Les valeurs de séjours et la durée de séjour ont été analysées mais l'impasse semble avoir été faite sur le contenu médical, sinon on aurait pu mesurer que les GHS du secteur public étaient constitués majoritairement de traumatologie et que les GHS du secteur privé concernaient davantage

des prises en charge rhumatologiques. Cela revient donc à faire converger une prise en charge en urgence avec une activité programmée. Cet exemple démontre deux choses : d'une part le critère médical ne pourrait plus être une priorité de gestion de ce système, d'autre part, l'approche économique paraît elle-même être secondaire puisque ce rapprochement ignore le poids économique de la prise en charge en service d'urgences versus en chirurgie programmée.

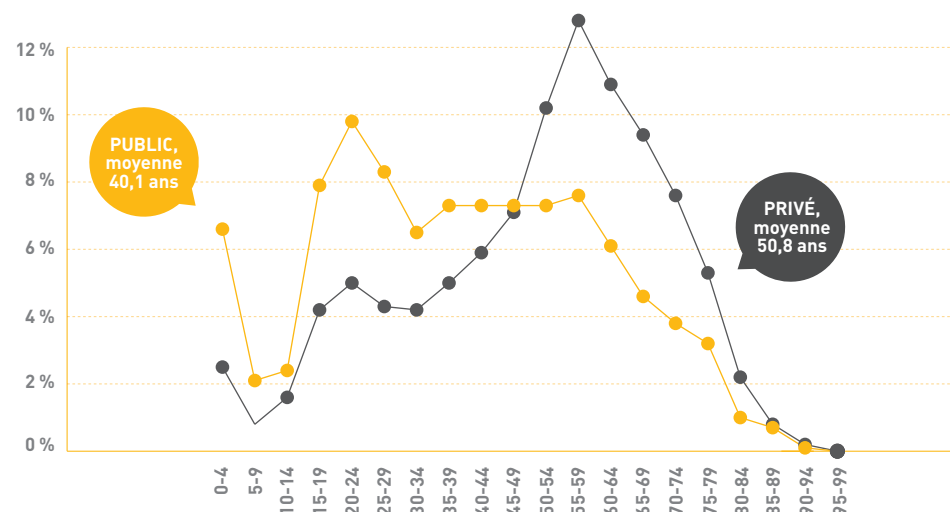
Que montre l'analyse du contenu de ce GHM ?



L'analyse des diagnostics principaux montre immédiatement une différence extrêmement importante entre les patients du public (52 % de traumatologie, c'est-à-dire des fractures et des atteintes traumatiques au niveau des tendons, et 13 % de prises en charge d'arthroses) et les patients du privé (23 % de traumatologie,

1* Âge des patients du GHM 08C431 en 2010 comparaison public/privé.

Sources : PMSI 2010 – Atih/DGOS – Traitements FHF/BDHF



donc moins de la moitié de la fréquence du public, et 36 % de prises en charge d'arthrose, soit le triple de la fréquence du public). Les multiples autres types d'atteintes (35 % pour le public et 41 % pour le privé) sont plus équitablement répartis ou trop rares pour être vraiment comparés.

Grâce à une analyse très simple on montre déjà à quel point les patients ne sont pas les mêmes d'un point de vue médical dans les deux secteurs.

L'analyse des âges est également extrêmement illustrative : 36 % des séjours du public concernent des patients de moins de 30 ans, alors que ce n'est le cas que de 17 % des séjours du privé alors que les tranches d'âge plus concernées par les arthroses (par exemple 60-80 ans) représentent 33 % des séjours du privé contre seulement 18 % des séjours du public. Le graphique 1* de la page 3 montre clairement deux courbes de répartition des âges très différentes.

Les durées de séjours sont très similaires (et pour cause c'est à peu près le seul critère pour valider la convergence qu'a utilisé l'Atih) avec toutefois un peu plus de séjours très longs dans le secteur public.

La proportion des patients arrivés par les urgences illustre l'opposition programmé/non programmé puisque cela concerne 46 % des séjours du public alors que ce n'est que 8 % des cas du privé. Ce constat rejoint parfaitement la dichotomie entre les atteintes traumatiques et les atteintes chroniques. Comment peut-on imaginer que cela induit les mêmes coûts dans les deux types d'organisation ? Comment un décideur honnête et doué de bon sens, à la seule vue de ces différences, pourrait ne pas décider de surseoir à la convergence tarifaire de ce GHM qui est totalement hétérogène en inter-secteur (il est peut-être homogène en intra-secteur, ceci n'est pas analysé ici et cela n'est pas une information primordiale pour le sujet évoqué ici) ?

Ce GHM est un exemple parmi tant d'autres : on peut citer les GHM 03M11, 08C252, 08C311, 08C321, 11C031 et une quinzaine d'autres pour lesquels les constats sont aussi édifiants. Ils démontrent une politique partisane et non mesurée qu'il serait souhaitable d'arrêter rapidement, ou en tous les cas, de ne continuer qu'après avoir réalisé tous les préalables nécessaires et promis par le ministre en son temps. ■

2 ■ PARTS DE MARCHÉ EN 2010 ET CONCENTRATION D'ACTIVITÉ

Pour décrire le paysage de l'hospitalisation en France et élaborer des règles justes et équitables envers les différents acteurs, il est nécessaire d'avoir une vision claire du « qui fait quoi » et du « combien », et d'avoir des idées sur la dynamique de chacun des secteurs.

2* Évolution des parts de marché du secteur public et parapublic en France 2002-2010 (hors DOM-TOM et hors HIA). Sources : PMSI Atih-DHOS/FHF-BDHF

| Statut | Activité* | Durée | Année | | | | | | | | |
|----------------------|-------------|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Public ou parapublic | Chirurgie | 0 nuit | 27,1 % | 27,0 % | 27,5 % | 26,4 % | 26,6 % | 28,5 % | 30,2 % | 30,8 % | 31,1 % |
| | | 1 nuit ou + | 45,9 % | 45,9 % | 46,9 % | 47,7 % | 48,9 % | 49,4 % | 50,4 % | 52,1 % | 52,7 % |
| | Médecine** | 0 nuit | 61,4 % | 61,5 % | 61,6 % | 60,5 % | 60,1 % | 61,8 % | 62,9 % | 63,0 % | 63,8 % |
| | | 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 % | 80,7 % |
| | | 1 nuit ou + | 68,5 % | 69,3 % | 70,3 % | 70,8 % | 71,3 % | 72,1 % | 72,9 % | 73,2 % | 73,5 % |

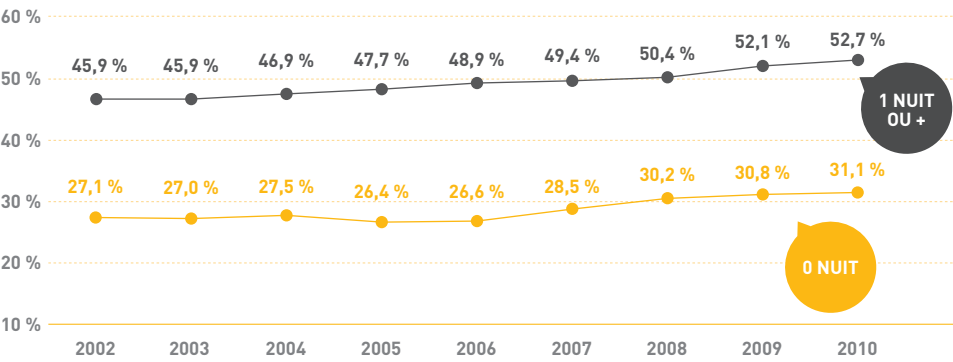
* au sens de la classification Aso de l'Atih
** la médecine de moins de 24 h contient les séances (sauf la radiothérapie, la dialyse et l'oxygénothérapie hyperbare)

Chirurgie

Comme chaque année depuis au moins 2002 (mais peut-être que ce phénomène est plus ancien, on ne le mesure pas ici), le secteur public a accru sa part de marché en chirurgie atteignant 52,7 % en hospitalisation complète (où le secteur public est majoritaire depuis maintenant 3 ans) et 31,1 % en chirurgie ambulatoire qui reste encore assez nettement le domaine de prédilection du secteur commercial malgré un développement continu du public qui garde encore probablement un gros potentiel. D'ailleurs, si l'on regarde les quatre spécialités ambulatoires les plus importantes en volume, qui sont

toutes des places fortes du privé (ophtalmologie, appareil locomoteur, bouche et dents, ORL), le secteur public gagne du terrain partout. En hospitalisation complète, pour trouver une chirurgie où la tendance semble plutôt favorable au privé, il faut aller chercher la 9^e spécialité en termes de volume (les spécialités sont classées en groupe planification de l'Atih), la chirurgie hépato-biliaire et pancréatique, qui ne représente que 3,8 % des séjours chirurgicaux, pour laquelle le secteur privé passe de 45,6 % en 2009 à 45,7 % en 2010 (dans 87 % des cas du privé il s'agit de cholécystectomies).

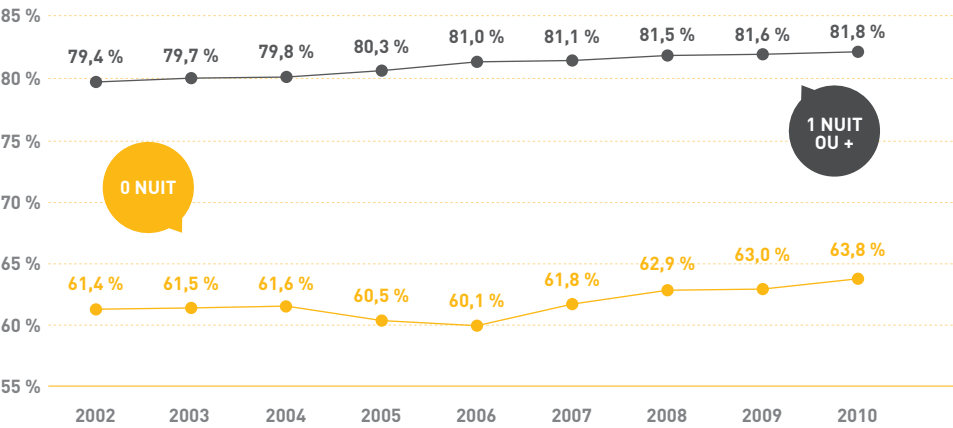
3* Chirurgie : Parts de marché du public et parapublic France 2002-2010 (hors DOM-TOM et hors HIA). Sources : PMSI Atih/DHOS - FHF-BDHF



Médecine

La domination du secteur public en médecine en hospitalisation complète continue d’augmenter en 2010 comme chaque année et son activité représente désormais 4,5 fois l’activité du secteur commercial. Certaines spécialités sont quasiment abandonnées par le privé : la neurologie, l’ophtalmologie médicale (malgré une large domination du côté chirurgical), les maladies infectieuses, le VIH, la toxicologie où l’alcoolologie, sont toutes des spécialités ou moins d’une prise en charge sur dix a lieu dans le privé (et parfois beaucoup moins). Les trois spécialités où le secteur privé tire son épingle du jeu (plus de 30 % de l’activité) sont toutes à base d’actes : endoscopies digestives en HC, endoscopies génito-urinaires en HC, cathétérismes vasculaires. Le public gagne cependant du terrain sur ces trois spécialités.

4* Médecine : Parts de marché du public et parapublic France 2002-2010 (hors DOM-TOM et hors HIA). Sources : PMSI Atih/DHOS - FHF-BDHF



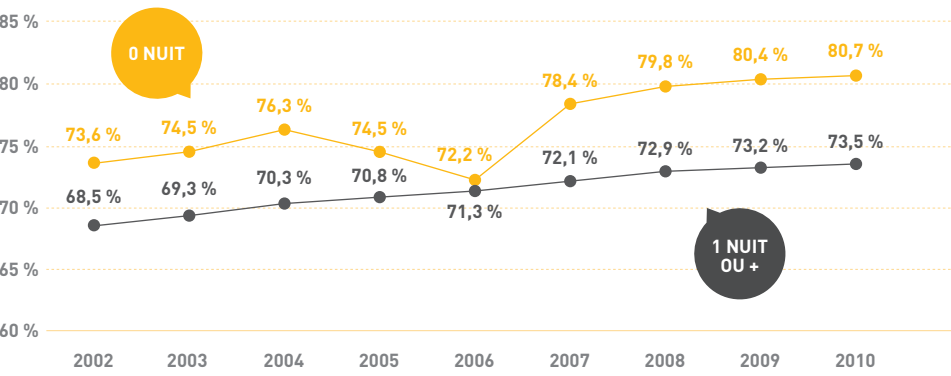
Obstétrique

La situation en obstétrique est similaire à celle de la médecine en inversant les prises en charge en hospitalisation complète et l’ambulatoire. L’hospitalisation complète (à 80 % des accouchements) est aux trois quarts publique et la progression est régulière. En hospitalisation de jour, pour la majorité des cas des interruptions volontaires de grossesse (IVG), mais également

En médecine ambulatoire, la domination du secteur public se renforce également à des niveaux un peu moindres (63,8 % en moyenne). On trouve néanmoins ici des spécialités où le privé est majoritaire : endoscopies digestives (79 %), endoscopies ORL (64 %), endoscopies bronchiques (57 %), cathétérismes vasculaires (54 %), endoscopies génito-urinaires (52 %), alors qu’il est quasiment absent sur d’autres comme notamment la neurologie, la diabétologie, les maladies respiratoires, l’infectieux, la toxico-alcoolologie. On voit ici aussi l’opposition de position entre les spécialités instrumentales très rémunératrices pour les praticiens et les autres spécialités.

des surveillances de grossesses à risque, des affections de l’ante-partum, du post-partum ou abortum, le secteur public est également très majoritaire (80,7 % en 2010) et en continue progression. Le « creux » observé en 2005-2006 est un phénomène lié à la mise en place de la circulaire-frontière dont les effets s’avèrent avoir été décalés dans les deux secteurs.

5* Obstétrique : Parts de marché du public et parapublic France 2002-2010 (hors DOM-TOM et hors HIA). Sources : PMSI Atih-DHOS/FHF-BDHF



Concentration/étendue d’activité

L’étude de la concentration d’activité permet de mettre en exergue la très grande différence de contraintes pesant sur les différents secteurs et types d’établissements.

6* Nombre de GHS nécessaires pour expliquer le chiffre d’affaires année 2010. Sources : PMSI Atih-DHOS/FHF-BDHF - Tarifs du 01/03/2010

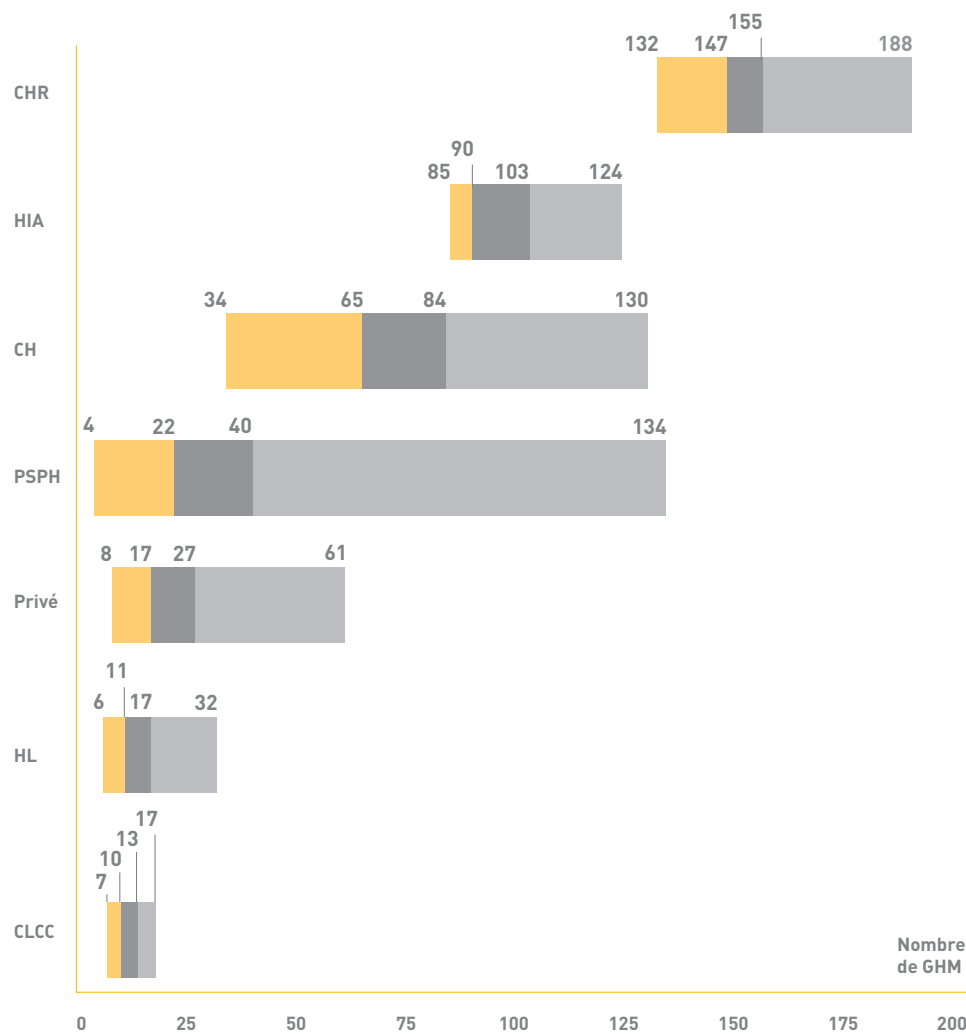
| % du CA | CH | CHU | Privé non lucratif | CLCC | HIA | Privé lucratif |
|---------|-----|------|--------------------|------|-----|----------------|
| 50 | 122 | 196 | 118 | 16 | 156 | 50 |
| 80 | 474 | 648 | 454 | 101 | 481 | 241 |
| 90 | 781 | 1003 | 756 | 220 | 734 | 461 |

! Exemple de lecture : il suffit de 461 GHS pour reconstituer 90 % du CA des cliniques commerciales

Comme attendu, ce sont les CHU qui couvrent la plus large palette d’activités. Pour réaliser 90 % de leur chiffre d’affaires il leur faut 1003 groupements homogènes de séjour (GHS) différents en 2010. À l’autre bout on trouve les centres de lutte contre le cancer (CLCC), ce qui n’est pas surprenant, puisque par définition ce secteur se cantonne à un créneau particulier (220 GHS pour 90 % du CA). Parmi les types d’établissements pouvant couvrir l’intégralité de l’offre de soins (ou quasiment), le secteur privé est celui qui est le moins diversifié : 461 GHS seulement sont nécessaires à ce secteur pour 90 % du CA. Cet indicateur se situe à 734 pour les HIA, 756 pour le secteur privé non lucratif, 781 pour le groupe des CH et, on l’a vu, plus de 1000 pour le groupe de CHU. Cette étude intersectorielle, cache bien entendu d’autres phénomènes puisqu’ici on a regroupé des établissements potentiellement complémentaires mais qui, peut-être, sont tous individuellement

ultra-spécialisés ou non. Avant d’explorer l’étendue d’activité individuelle, on note à quel point certaines prises en charge peuvent avoir un poids très divers selon le type d’entité juridique. Ainsi, l’intervention de la cataracte en ambulatoire, intervention phare pour le secteur privé (6,4 % du CA), n’est qu’au 26° rang des CHU. L’endoscopie digestive diagnostique ambulatoire, prise en charge qui se situe en 2° place en importance de CA pour le privé, n’est qu’au 172° rang dans les CHU. À l’inverse, la craniotomie en dehors de tout traumatisme, intervention très coûteuse, est la prise en charge n° 2 dans les CHU (1,7 % du chiffre d’affaires en moyenne) alors qu’elle est n° 176 dans le secteur lucratif.

Ces simples indicateurs montrent à quel point les types d’établissements ne sont pas du tout comparables, selon qu’ils sont CHU, CH, privés lucratifs ou non lucratifs. Ils ne sont pas positionnés sur les mêmes gammes d’activité, n’ont pas du tout non plus la même taille de couverture.



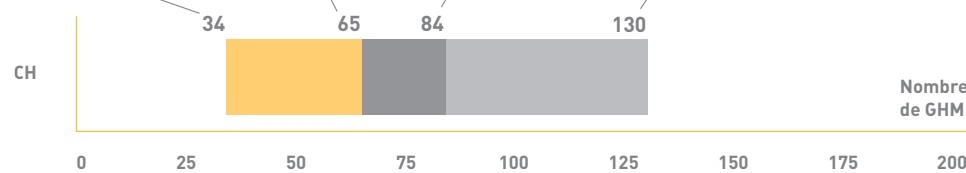
Exemple de lecture

25 % des CH ont besoin de moins de 34 GHM pour réaliser 50 % de leur CA

50 % des CH ont besoin de moins de 65 GHM pour réaliser 50 % de leur CA

75 % des CH ont besoin de moins de 84 GHM pour réaliser 50 % de leur CA

1 CH a besoin au maximum de 130 GHM pour réaliser 50 % de son CA



Pour aller plus loin, et démontrer que cela se retrouve au niveau des établissements pris individuellement (et non pas en groupe), on recalcule tous ces indicateurs pour chaque hôpital et chaque clinique.

Le graphique 7* ci-dessus est très parlant. Sur chaque ligne, le premier chiffre indique le 1^{er} quartile de l'indicateur « nombre de GHM nécessaires pour 50 % du CA ». Par exemple, on lit qu'un quart des CHU a besoin de moins de 132 GHM

pour réaliser la moitié de leur CA. La seconde valeur représente la médiane, puis le 3^e quartile et enfin le maximum (un des CHU nécessite 188 GHM pour expliquer 50 % de son CA). On voit très nettement que les établissements n'ont pas du tout la même étendue d'activité selon la catégorie d'établissement. Par exemple, la moitié des cliniques lucratives n'a besoin que de 17 GHM alors qu'il en faut au moins 65 pour la moitié des CH et au moins 147 pour la moitié des CHU. On constate aussi

que la clinique qui a le case mix le plus étendu (selon cet indicateur) a besoin de 61 GHM pour expliquer 50 % de son CA. Or, le CHU qui a le case mix le moins étendu (cet indicateur ne figure pas sur le graphique) a besoin de 100 GHM pour 50 % de son CA. Cette valeur maximum pour les cliniques de 61 GHM pour 50 % de son CA est dépassée par 53 % des CH. Il est évident ici que la concentration d'activité n'a rien à voir entre une clinique et un établissement public (les ex-hôpitaux locaux ont été individualisés ici).

Un autre constat important concerne les PSPH. Alors que la base d'activité prise dans son ensemble faisait penser que l'étendue d'activité était proche de celle des CH, on voit que pris individuellement, les établissements de ces deux catégories sont très éloignés. Autrement dit la base globale de séjours des PSPH est étendue à peu près de la même façon que celle des CH, mais par contre chaque établissement PSPH possède une étendue d'activité généralement assez faible contrairement à celle des CH qui ont généralement chacun une étendue d'activité assez élevée.

Ces constats sont reproduits à l'identique où que l'on mette le curseur (50 % du CA, 80 % du CA...) et quel que soit le choix des briques élémentaires représentant l'activité (GHM, GA, groupes planifications...).

On constate à tous les niveaux d'analyse que les secteurs lucratifs et publics sont organisés très différemment et possèdent une offre très différente en termes de gamme et d'étendue. On a vraiment le sentiment qu'ils ne sont que très partiellement en concurrence, que chacun possède ses spécificités et qu'ils ne se rencontrent que sur quelques activités. Lorsque l'on regarde la liste des groupes d'activités (GA) développés par l'Atih, les plus importants (en termes de CA) dans les établissements publics et les établissements privés, on constate 3 cas :

■ **Les activités dont l'importance est comparable, et donc sur laquelle les deux secteurs sont en réelle concurrence** (ils représentent une part importante globalement dans les deux secteurs) : l'activité d'accouchement, les activités de prise en charge des nouveaux-nés,

les chirurgies majeures orthopédiques, la chirurgie digestive majeure ou encore l'activité de séances de chimiothérapie.

■ **Les activités très importantes (en termes de CA) dans le secteur privé et plutôt secondaires dans le public :**

la chirurgie de la cataracte, les endoscopies digestives, les arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires (n° 7 en CA pour le privé et n° 94 pour le public)... En général on trouve beaucoup d'actes techniques « simples » dans cette catégorie.

■ **Les activités très importantes (en termes de CA) dans le secteur public et délaissées par le secteur privé lucratif :** la prise en charge des infections respiratoires (n° 3 dans le public, n° 51 dans le privé), la prise en charge des AVC (n° 4 dans le public, n° 85 dans le privé), la prise en charge des cardiopathies et valvulopathies, les embolies pulmonaires ou détresses respiratoires... Ici on trouve essentiellement de la médecine lourde ou dont la prise en charge est difficilement protocolisable.

On peut retenir les résultats suivants :

■ Une clinique commerciale, à titre individuel, a quasiment toujours une étendue d'activité nettement plus faible qu'un établissement public.

■ Les cliniques commerciales, à titre individuel, couvrent peu d'activité en général, et de façon redondante avec les autres cliniques (il n'y a pas complémentarité pour couvrir toute l'étendue des champs MCO et les cliniques commerciales ont de nombreux pans d'activité non couverts).

■ Les CHU couvrent tous des activités extrêmement variées, que ce soit à titre individuel ou collectif.

■ Les CH ont également des activités variées (dans une moindre mesure par rapport aux CHU), mais avec des situations assez diverses.

■ Les établissements privés non lucratifs (à titre individuel) ont en général une étendue d'activité assez faible (mais plus grande que les lucratifs). Par contre à titre collectif, les indicateurs de concentration d'activité sont les mêmes que pour les CH (beaucoup d'établissements privés non lucratifs sont spécialisés, mais à eux tous ils sont complémentaires et couvrent un grand champ d'activité, contrairement au privé lucratif).

■ Bien qu'ayant une partie de leur activité commune, les champs couverts par le secteur privé commercial et le secteur public sont assez différents. Ils sont parfois complémentaires comme dans le cas des actes facilement protocolisables (cataractes, endoscopies...) pris en charge de façon majoritaire dans le privé. À l'inverse, ils résultent parfois d'un choix du privé de ne pas investir certains champs (AVC, infections respiratoires, médecine en général).

L'étendue de l'activité est très différente entre le secteur commercial et le secteur public. La nature de l'activité est également très différente, certaines activités très importantes restant même monopolistiques d'un des deux secteurs. **Les parts de marché sont extrêmement variées et, si l'on**

caricature, à l'avantage du privé lucratif pour tous les actes simples et à l'avantage du public pour tout le reste (actes complexes, médecine non instrumentale, obstétrique). Le secteur public est par contre toujours nettement plus dynamique en termes d'évolution d'activité puisqu'il gagne des parts de marché sur tous les secteurs de façon continue depuis de nombreuses années.

Même si les pouvoirs publics continuent de penser que ces deux secteurs doivent être comparés, alignés et standardisés à tout prix, alors qu'ils ne remplissent pas du tout la même fonction ni les mêmes missions, on le voit sans arrêt et à l'occasion de chaque étude, la réalité du paysage démontre une fois de plus à quel point cette pensée, illustrée par la convergence tarifaire, est aberrante et dogmatique. ■

3 ■ LA PART DE MARCHÉ PUBLIC/PRIVÉ VARIE-T-ELLE SELON L'ÂGE DU PATIENT ?

Les parts de marché public/privé ont déjà été décortiquées selon de nombreux axes. L'étude suivante nous permet d'analyser la part de marché selon les tranches d'âges afin de confirmer ou non que le secteur public se positionne sur les tranches extrêmes.

On a constaté que la part de marché du public était très élevée en médecine et en obstétrique, majoritaire depuis quelques années en chirurgie en hospitalisation complète et très minoritaire en chirurgie ambulatoire. On a également constaté que sur toutes ces disciplines, la part publique progressait partout et de façon quasi constante depuis plusieurs années. On sait également que le secteur privé lucratif se positionne préférentiellement, et de façon logique, sur la production d'actes programmés dont l'organisation de la prise en charge peut être facilement maîtrisée (exemple : cataractes, varices, endoscopies), ce qui facilite ses profits et minimise le risque financier. On a également le sentiment, mais cela reste à démontrer, que le secteur commercial est davantage spécialisé dans les prises en charge de l'adulte (par opposition à l'enfant et à la personne âgée), et ce, que ce soit par son positionnement préférentiel sur certaines spécialités (positionnement privilégié sur des spécialités « adultes ») mais également à l'intérieur des spécialités qu'il couvre en évitant plutôt les prises en charge des personnes âgées notamment, en raison de leur état souvent polypathologique, faisant courir un risque financier accru dans le système de financement en T2A.

Lors de l'étude des parts de marché par âge dans la suite, on distinguera la part de marché brute et la part de marché corrigée.

■ **La part de marché brute** est simplement la part d'hospitalisations de patients d'un certain âge pris en charge par un type d'établissements, quelle que soit la pathologie. Par exemple, la part de marché du public sur les patients de 72 ans est le nombre d'hospitalisations de patients de 72 ans pris en charge dans le public sur le total d'hospitalisations

de patients de 72 ans pris en charge tous secteurs confondus. Ce concept peut évidemment se décliner par spécialité médicale ou tout découpage que l'on souhaite.

■ **La part de marché corrigée** permet de tenir compte du positionnement d'activité de la catégorie d'établissement et finalement ne représenter que le positionnement sur les différentes tranches d'âge à l'intérieur des spécialités couvertes. Par exemple le secteur privé lucratif n'est que très peu positionné sur la prise en charge des AVC. En admettant que les patients concernés sont généralement très âgés, il est logique que le privé prenne moins de patients âgés que le public (puisque'il ne prend que peu en charge cette pathologie). La correction vise à annuler ce décalage pour ne considérer que le décalage éventuel à l'intérieur de chaque type de prise en charge.

Nous avons représenté sur le graphique 8* en page 12 l'évolution de la part de marché du public, du privé lucratif et du privé non lucratif, selon l'âge du patient. Les traits gras continus figurent les parts de marché brutes, les traits fins discontinus figurent les parts de marché corrigées.

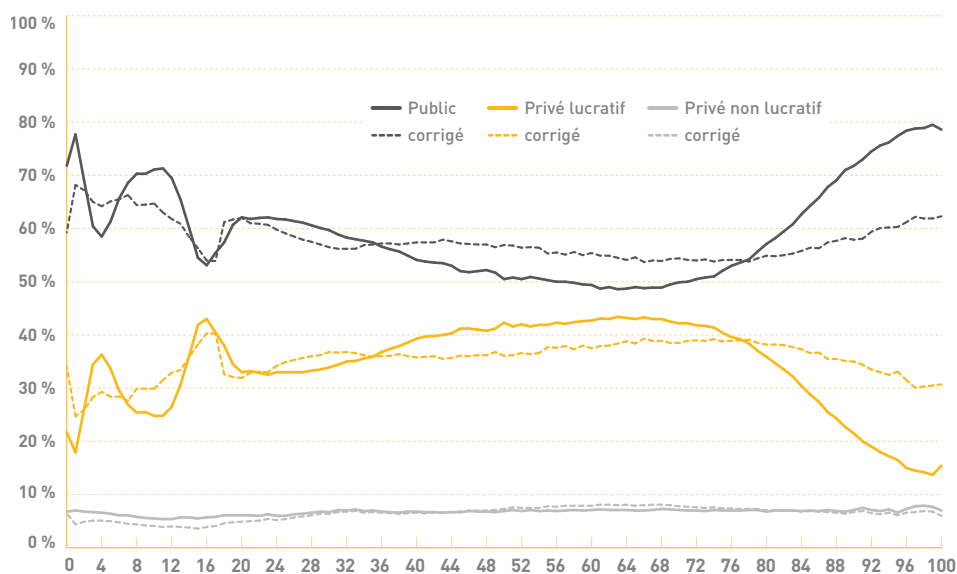
Ces courbes permettent plusieurs constats, notamment :

■ Le secteur public est très nettement porté sur les pathologies fréquentes chez les personnes âgées (la différence entre la courbe brute et la courbe corrigée permet de le mettre en exergue).

■ Même lorsque l'on corrige la nature d'activité, on constate que les effets perdurent (de façon moins forte), ce qui veut dire qu'à pathologies ou prises en charges égales, le secteur public prend en charge davantage les patients âgés (si ce n'était pas le cas, la courbe discontinue devrait être plate, or on voit qu'elle remonte à partir de 75 ans).

■ Les observations sont identiques pour la prise en charge des nourrissons et des jeunes enfants (avec un pic aux alentours de 4/5 ans – effet des actes en ORL effectués nettement plus souvent dans le privé).

■ À partir de 15-16 ans, le secteur privé obtient une part de marché autour de 40-45 % qu'il conserve jusqu'au seuil



Exemple de lecture : les patients de 90 ans se trouvent à 72 % dans le secteur public, à 21 % dans le secteur privé commercial et à 7 % dans le secteur privé non lucratif. Si toutefois on corrige de la nature d'activité couverte par chacun des secteurs, on constate que la part du public pour les patients de cet âge est de 58 % (si le public avait le même profil d'activité que celui du case mix global national), la part du privé lucratif est quant à elle corrigée à 35 %. On peut conclure que le secteur public est très nettement dominant dans la prise en charge des personnes âgées de 90 ans, non seulement parce qu'il est davantage positionné sur les créneaux concernés, mais également à l'intérieur même de ces différents créneaux, il est davantage positionné sur la prise en charge de ces patients âgés.

de 70/75 ans qui constitue une rupture importante, le creux observé à 20 ans et qui se comble lentement jusqu'à 40 ans est lié à la grossesse préférentiellement prise en charge par le public.

Que constate-t-on lorsque l'on découpe plus finement l'activité, notamment par discipline et par type de prise en charge (ambulatoire ou hospitalisation complète) ?

■ En ce qui concerne l'ambulatoire, les grandes différences observées entre les parts brutes et corrigées démontrent que le secteur public et le secteur lucratif ne sont pas réellement en concurrence frontale puisqu'assez rarement sur les mêmes secteurs d'activité. Pour ce type de prise en charge, le public se distingue également sur les tranches d'âges extrêmes alors que le privé est dominant sur les âges 35-80 ans (mais également sur la tranche spécifique 15-18 ans).

■ En médecine, hospitalisation complète, on le sait déjà, le public est dominant de façon écrasante. Le secteur lucratif se défend le mieux autour de 65 ans (en atteignant le pic

de 22 % de part de marché) et par contre est pratiquement absent du paysage pour les enfants (moins de 10 % en-dessous de 18 ans voire même en-dessous de 5 % de 1 à 10 ans et moins de 1 hospitalisation sur 100 a lieu dans le secteur commercial pour les enfants de 1 an en médecine en hospitalisation complète) mais également sur les âges très avancés de la vie puisqu'à partir de 95 ans le secteur lucratif ne représente même plus 1 hospitalisation sur 10.

■ En chirurgie, hospitalisation complète, le public est désormais dominant (il a dépassé les 50 % pour la première fois en 2008 et représente 52,7 % en 2010). On constate néanmoins que le privé conserve un léger avantage entre 30 et 80 ans, mais que par contre, sa part de marché (dont le pic est à 51 % autour de 70 ans) s'effondre jusqu'à moins de 30 % pour les patients très âgés (à partir de 90 ans). De façon similaire, on constate que la chirurgie pédiatrique du très jeune enfant est une spécialité du service public, le secteur privé n'étant significativement présent qu'aux âges où les pathologies ORL prédominent (amygdales, végétations, drains

transtympaniques notamment), c'est-à-dire autour de 4-5 ans. On constate par ailleurs que si l'on corrige les parts de marché selon les activités couvertes, il n'y a plus de différences pour les patients âgés : le privé n'a pas de comportement différent de celui du public quant à la prise en charge des personnes âgées en chirurgie en hospitalisation complète, les seules différences observées sont dues à un positionnement différent sur des chirurgies concernant moins souvent des personnes très âgées. Par contre les différences perdurent pour la partie pédiatrique.

■ En chirurgie ambulatoire, le privé est ultra-dominant pratiquement quel que soit l'âge, avec un pic chez les grands adolescents (15-18 ans) où il réalise pas loin de 80 % des séjours, alors que tout en restant majoritaire, il passe sous les 60 % dans la tranche 6-11 ans et à partir de 93 ans, mais ces derniers cas sont plutôt rares puisque ne représentant qu'un séjour sur 400 en chirurgie ambulatoire.

L'obstétrique est également concernée par le phénomène de différences de part de marché selon l'âge de la mère. Ainsi le public, globalement détenteur de 67 % de parts de marché (6,8 % pour le parapublic), atteint plus de 80 % de part pour les très jeunes mères (19 ans

et moins), un creux autour des mères de 32 ans (63 %) et repasse au-dessus de 70 % pour les mères les plus âgées (à partir de 43 ans).

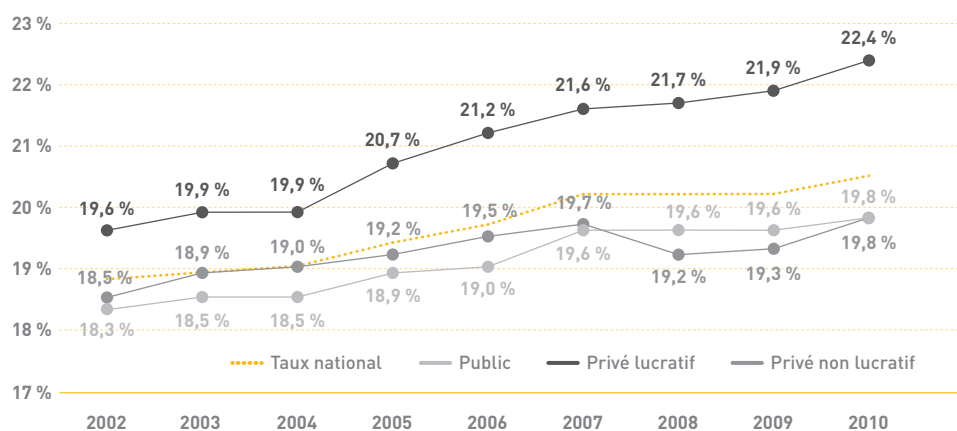
L'obstétrique ambulatoire concerne essentiellement les IVG (80 % de part de marché pour le public), les pathologies de l'ante-partum (spécialité du public qui détient 81 % de cette prise en charge) et les avortements instrumentaux qui sont plutôt une spécialité du privé lucratif qui détient 41 % de cette prise en charge contre seulement 20 % en moyenne des autres prises en charge. On constate que la part de marché du public décroît régulièrement avec l'âge. Elle démarre aux alentours de 90 % pour les patientes de quinze ans et décroît jusqu'à atteindre environ 65 % pour les patientes de 45 ans et +.

La conclusion de cette étude confirme les idées reçues, à savoir qu'en règle générale les tranches d'âges les plus extrêmes sont prises en charge par le service public, que ce soit parce que le service public est davantage positionné sur des créneaux d'activité concernant préférentiellement ces catégories de patients, mais également, à créneaux identiques, le secteur public est davantage positionné sur les tranches extrêmes (à quelques bémols près). ■

4 ■ LES CÉSARIENNES EN 2010

Dans un contexte où l'activité d'accouchement n'est pas en crise (encore +1,6 % en 2010), la pratique de la césarienne continue également d'augmenter¹ (taux national 2010² : 20,5 % contre 18,8 % en 2002) alors qu'il n'est pas certain que cela puisse s'expliquer par des raisons médicales.

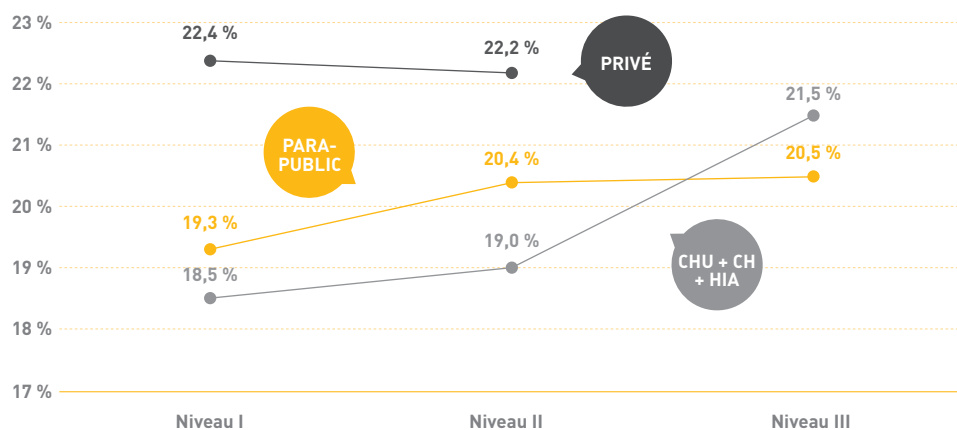
9* Taux d'accouchements par césarienne : France Métropolitaine 2002-2010. Sources : PMSI - Atih-DHOS - Retraitements FHF/BDHF



On constate sur le graphique 9* ci-dessus, que l'augmentation du taux de césariennes touche le secteur public, mais surtout le secteur privé puisque l'écart entre les deux secteurs s'accroît aussi en passant de 1,3 % en 2002 à 2,6 %

en 2010. Ce constat est d'autant plus paradoxal que l'on sait que les grossesses à plus haut risque sont théoriquement suivies par les maternités de niveau III et que ces maternités sont exclusivement publiques.

10* Taux d'accouchements par césarienne en fonction du niveau et du statut juridique de la maternité : France 2010. Sources : PMSI - Atih-DHOS - Retraitements FHF/BDHF



Le graphique 10* ci-dessus, montre que le taux de césariennes augmente avec le niveau de la maternité dans le secteur ex-DGF (plus la maternité est censée suivre les grossesses à risque et plus le taux de césariennes

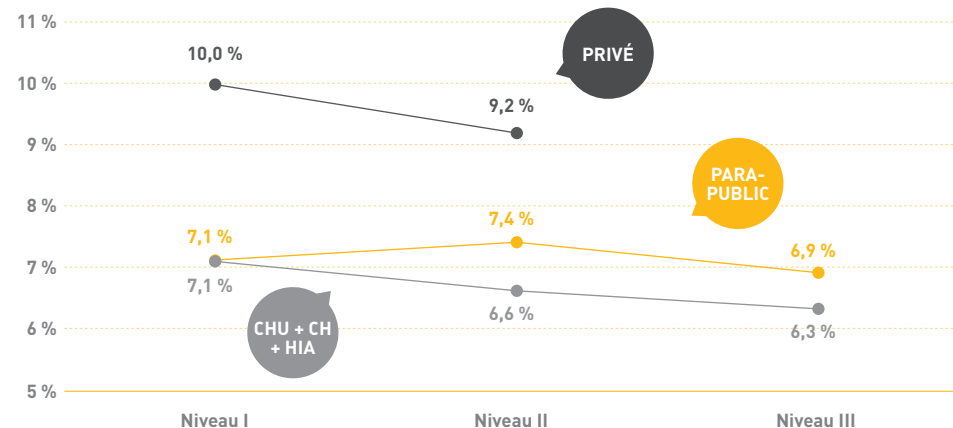
est élevé atteignant en moyenne 21,5 % dans les maternités publiques de niveau III). On constate également que les maternités du secteur privé ont un taux de césariennes plus élevé que les maternités publiques et même

1. À l'instar de la plupart des pays européens d'après un point d'information de la CNAM daté du 29/09/2011.
2. Il s'agit d'un taux relativement moins élevé que dans d'autres pays européens. La Suisse et le Portugal dépassent les 30 % en 2008 d'après l'OCDE, la Finlande à l'inverse reste à un taux de 3 % inférieur à celui de la France.

plus élevé que les maternités publiques de niveau III. Ainsi les maternités privées de niveau I (elles accueillent les futures mères ne présentant aucun risque apparent de complication et ne disposent pas de service de pédiatrie) ont un taux de césariennes supérieur aux maternités publiques de niveau III (elles accueillent les grossesses

pathologiques – menace d'accouchement prématuré avant 32 semaines d'aménorrhées, malformation fœtale, etc. – et elles disposent d'une unité individualisée de soins intensifs ou d'un service de réanimation pédiatrique ou néonatale). Comment cela peut-il objectivement s'expliquer ?

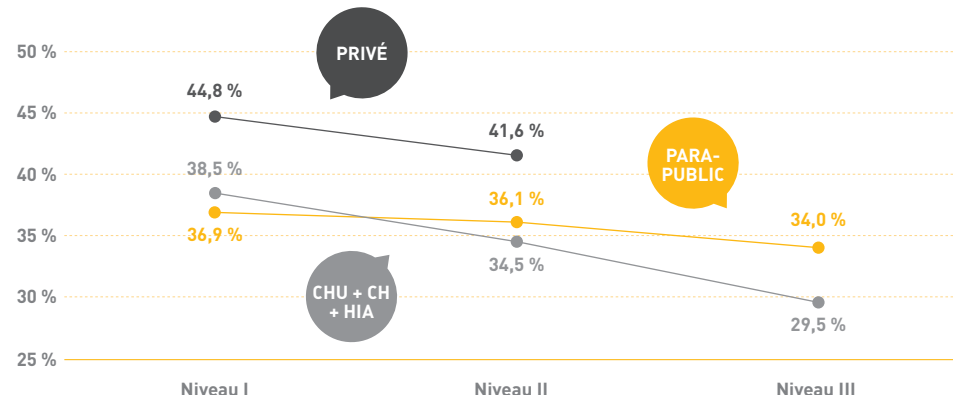
11* Importance des césariennes programmées dans l'accouchement en fonction du niveau et du statut juridique de la maternité : France 2010. Sources : PMSI - Atih-DHOS - Retraitements FHF/BDHF



Le graphique 11* ci-dessus indique la part des césariennes programmées dans la prise en charge de l'accouchement selon le niveau de la maternité. On constate que globalement dans le secteur ex-DGF ce taux se situe autour de 6,5 % - 7 % alors qu'il tourne

plutôt autour de 10 % dans le privé (et davantage dans les maternités accueillant des accouchements à bas risque que dans celles accueillant des accouchements à risque modéré). Tout ceci paraît assez paradoxal.

12* Taux de programmation des césariennes en fonction du niveau et du statut juridique de la maternité : France 2010. Sources : PMSI - Atih-DHOS - Retraitements FHF/BDHF



Le graphique 12* ci-dessus montre le taux de programmation, par opposition aux césariennes en cours de travail ou aux césariennes d'urgence. On analyse ici uniquement les césariennes (à l'exclusion des accouchements par voie basse). Non seulement le secteur privé réalise davantage de césariennes alors

que les accouchements présentent théoriquement moins de risques, mais ces césariennes sont plus souvent programmées, ce qui montre qu'il existe, dans le secteur privé, certainement un recours à la césarienne très nettement supérieur à ce qui est médicalement nécessaire.

Ci-dessous (tableau **13***) les 10 établissements ayant le plus fort taux de recours à la césarienne en 2010 ainsi que les 10 ayant le plus faible taux (en bas du tableau). Hormis le fait que l'on constate que les taux extrêmes élevés sont généralement des cliniques privées (9 sur 10) accueillant des grossesses à bas risque (8 sur 9) et que les établissements avec de faibles taux sont des hôpitaux publics (9 sur 10), parfois de niveau II, on confirme

13* Établissements ayant les taux de césariennes les plus extrêmes en France en 2010.
Sources : PMSI 2010 – Atih/DGOS – traitements FHF/BDHF

| | | Total accouch. | Dont césar. | Taux de césar. | Tx de césar. programmées parmi les césar. |
|---|-------|----------------|-------------|----------------|---|
| Clin. Sainte-Thérèse l'Enfant Jésus Paris (Niv 1) | Privé | 1580 | 616 | 39,0 % | 65,4 % |
| Clin. de La Muette Paris (Niv 1) | Privé | 1568 | 606 | 38,6 % | 49,2 % |
| Clin. Sainte-Isabelle Neuilly-sur-Seine (Niv 1) | Privé | 813 | 304 | 37,4 % | 57,6 % |
| Clin. Sokorri (Niv 1) | Privé | 275 | 99 | 36,0 % | 61,6 % |
| CH de l'Aigle (Niv 1) | CH | 541 | 181 | 33,5 % | 43,6 % |
| Clin. Saint-Germain Brive (Niv 1) | Privé | 797 | 265 | 33,2 % | 38,9 % |
| Clin. Wallerstein Ares (Niv 1) | Privé | 347 | 110 | 31,7 % | 37,3 % |
| Hop. privé Mère Enfant Natecia (Niv 1) | Privé | 3957 | 1245 | 31,5 % | 42,7 % |
| Polyclin. chir. de L'Artois Béthune (Niv 2) | Privé | 1007 | 313 | 31,1 % | 48,2 % |
| Polyclin. 3 Frontières Saint-Louis (Niv 1) | Privé | 499 | 151 | 30,3 % | 43,7 % |
| Ex OQN | | 225743 | 50350 | 22,3 % | 43,3 % |
| Moyenne nationale | | 830529 | 170326 | 20,5 % | 36,2 % |
| Ex DGF | | 604786 | 119976 | 19,8 % | 33,2 % |
| CH de Givors (Niv 1) | CH | 790 | 96 | 12,2 % | 38,5 % |
| CH Redon (Niv 1) | CH | 669 | 78 | 11,7 % | 47,4 % |
| CH Lavaur (Niv 1) | CH | 622 | 72 | 11,6 % | 47,2 % |
| CH d'Hazebrouck (Niv 1) | CH | 1027 | 118 | 11,5 % | 40,7 % |
| Polyclin. Portes du Jura Montbéliard (Niv 1) | Privé | 768 | 88 | 11,5 % | 55,7 % |
| CH de Chatellerault (Niv 1) | CH | 1233 | 131 | 10,6 % | 31,3 % |
| CH Lons (Niv 2) | CH | 1194 | 117 | 9,8 % | 23,9 % |
| CH Auxerre (Niv 2) | CH | 2132 | 206 | 9,7 % | 35,9 % |
| Ctre hospit. Nord Deux-Sèvres (Niv 1) | CH | 978 | 89 | 9,1 % | 24,7 % |
| CH de Doullens (Niv 1) | CH | 364 | 29 | 8,0 % | 24,1 % |

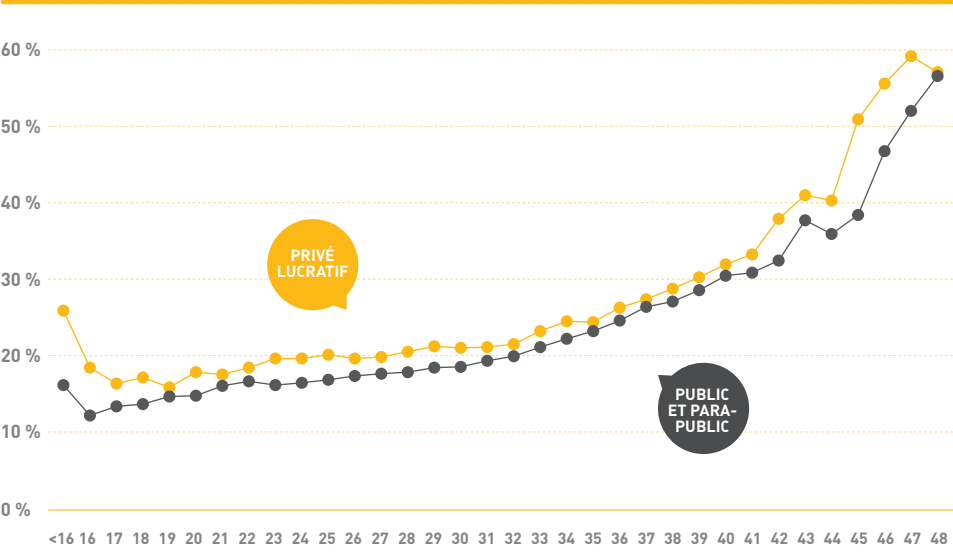
On constate que les pratiques sont très différentes selon les établissements et selon leur statut juridique et qu'une future mère ne possède pas du tout la même probabilité d'accoucher par voie naturelle selon la porte qu'elle pousse pour mettre son bébé au monde. Il reste à vérifier que les profils des patientes que l'on compare au travers des établissements qui les ont prises en charge sont comparables.

Tout d'abord, on sait que l'âge de la mère influence le mode d'accouchement. Or, si ce seul critère expliquait

également que les taux élevés de césariennes s'expliquent probablement par un nombre trop élevé de césariennes programmées (césariennes de confort en excès ?). Par exemple si l'on prend la clinique avec 39 % de césariennes, on constate que 65 % d'entre elles sont programmées alors qu'en moyenne nationale la répartition des césariennes est inversée (1/3 de programmées et 2/3 de non programmées).

la différence public-privé, cela voudrait dire que le taux de césariennes à âge standardisé devrait être le même. Ce n'est pas du tout le cas comme le montre le graphique **14*** page 17 où l'on constate que le taux de césarienne est toujours plus élevé dans le privé, quel que soit l'âge de la mère. Par ailleurs, la part de marché n'est influencée par l'âge que pour les jeunes mères (elle est stable entre 27 et 47 ans : le public possède toujours entre 70 % et 72 % des accouchements, par contre elle augmente régulièrement

14* Taux d'accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère :
France Métropolitaine 2010. Sources : PMSI - Atih-DHOS - Retraitements FHF/BDHF



en-dessous de 27 ans à chaque année de moins pour finir à plus de 90 % pour le public pour les mères adolescentes). Tout ceci démontre que l'âge des mères ne peut pas être évoqué pour justifier un taux plus élevé dans le secteur commercial.

Si l'âge des mères ne peut pas être évoqué pour justifier ces taux élevés, l'état de santé le peut-il ? Normalement non puisque l'on sait déjà qu'une pré-sélection est faite par le niveau de la maternité et que les niveaux sont plus élevés dans le public. Néanmoins on peut tenter quand même de comparer les diagnostics trouvés sur les dossiers des mères fréquentant les maternités à haut taux de césariennes à ceux trouvés sur les dossiers des maternités à taux faible.

Pour cet objectif, on a séparé deux populations :

- Groupe A : les parturientes fréquentant les maternités où le taux de césariennes est inférieur à 16 % : 70 maternités (59 publiques, 3 parapubliques et 8 privées), 82227 accouchements en 2010, dont 14,1 % par césarienne. Les parturientes ont en moyenne 29,1 ans et l'âge gestationnel moyen est de 39,1 semaines.
- Groupe Z : les parturientes fréquentant les maternités où le taux de césariennes est supérieur à 25,4 % : 59 maternités (17 publiques, 3 parapubliques et 39 privées), 79889 accouchements en 2010, dont 28 % par césarienne. Les parturientes ont en moyenne 30,1 ans et l'âge gestationnel moyen est de 38,9 semaines.

Pour chaque paragraphe de la CIM-10 (code sur 3 digits) on compte la fréquence de présence du diagnostic dans la population générale des accouchements par voie basse, on la compare à la fréquence sur la population générale des accouchements par césarienne. Lorsque la différence est hautement significative, n'est pas tautologique (par exemple le paragraphe O82 décrit un accouchement par césarienne, il ne présente aucun intérêt dans la comparaison), n'est pas discutable d'un point de vue du codage et possède un sens médical, alors on retient ce paragraphe pour tester la différence de la prévalence entre le groupe A (maternités à taux faible de césariennes) et le groupe Z (maternités à taux élevé de césariennes).

Voici quelques résultats frappants :

- La fréquence d'apparition du diagnostic Z35* « Surveillance d'une grossesse à haut risque » est intéressante puisqu'on constate, en toute logique, qu'il est présent sur 11,7 % des césariennes de la base nationale et 6,6 % des accouchements par voie naturelle. Or, si l'on transpose ces chiffres sur la fréquence de césariennes des maternités du groupe Z, on devrait s'attendre à trouver 8,1 % des séjours avec ce diagnostic alors qu'il n'y en a que 4 % (soit nettement moins qu'attendu et même nettement moins que dans la base nationale globale). Dans les maternités du groupe A le chiffre est plus faible également, mais cela semble nettement plus logique.

■ Le paragraphe O99 recense les maladies classées ailleurs (que dans le chapitre obstétrique) dans la CIM10 et compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité. Ce diagnostic est nettement plus fréquent dans le cas de césariennes (ce qui paraît également assez logique) avec un taux d'apparition de 16,3 % contre 9,6 % dans le cas des voies basses. Il devrait théoriquement apparaître sur 11,5 % des séjours des maternités à fort taux de césariennes, or il n'est présent que dans 8,8 % des cas ce qui est plus faible que dans la population globale des accouchements (11 %). La population des maternités ayant un fort taux de césariennes est moins touchée par les maladies décrites par ce code que la population globale, ce qui est assez paradoxal.

■ Le paragraphe O60 décrit le travail et l'accouchement prématuré (4,84 % des accouchements possèdent ce code dans la base nationale). Il est bien sûr plus fréquent chez les femmes ayant bénéficié d'une césarienne (9 % contre 3,8 % chez les femmes ayant accouché par voie basse). Or, on constate que dans les maternités du groupe de celles réalisant beaucoup de césariennes, ce diagnostic est plus rare (4,28 %) que dans la base nationale alors qu'on s'attendrait bien entendu à le retrouver plus souvent s'il s'agissait d'une justification à un accroissement du taux de césariennes.

■ Le paragraphe O26 recouvre toutes les affections maternelles liées à la grossesse (prise excessive ou trop

faible de poids, rétention de stérilet, herpes gestationis, hypotension, affections hépatiques, etc.). Il est retrouvé logiquement de façon plus fréquente chez les femmes ayant eu une césarienne (5,17 % vs 4,23 %) mais de façon surprenante il ne se retrouve que très rarement sur les dossiers des mères ayant fréquenté les maternités ayant un fort recours à la césarienne (2,07 % alors qu'on en attendait au moins le double). Ici aussi le résultat est paradoxal.

■ Le paragraphe O66 « Obésité » concerne 2,27 % des accouchements. Sur la base nationale, il est deux fois plus fréquent dans les dossiers de césariennes que dans ceux des accouchements par voie basse. Or, si l'on ne regarde que les dossiers des maternités à haut recours à la césarienne, on en trouve 1,19 %, soit deux fois moins qu'attendu. Les mères fréquentant ces maternités semblent être donc nettement moins affectées par cette morbidité que les autres, ce qui va à l'encontre, ici aussi, avec l'idée d'un taux de césariennes plus élevé pour des raisons médicales.

Tous ces éléments mis bout à bout avec ceux évoqués précédemment incitent réellement à penser qu'une **politique volontariste³ pourrait faire redescendre le taux de césariennes de façon significative. Faire baisser ce taux d'1 % au niveau national⁴ représente une économie directe et immédiate de l'ordre de 8 millions d'euros chaque année.** ■

3. Dans son point d'information du 29/09/2011 sur la pertinence des actes, la CNAM cite le développement de référentiels de bonne pratique, l'information et la formation des professionnels. La CNAM évoque également, discrètement, la possibilité de mise sous accord préalable pour des établissements ou professionnels ciblés.

4. Pour que le taux de césariennes baisse d'1 % (le ramener de 20,5 % à 19,5 % soit 8 300 césariennes de moins), il suffirait que tous les établissements au dessus de 19,5 % ramènent leur taux à la moitié de la différence (par exemple celui qui est à 25,5 % devrait baisser à 22,5 %).

POURQUOI LES CÉSARIENNES AUGMENTENT EN FRANCE ?

Point de vue du Professeur Israël Nisand

Chef du pôle de Gynécologie Obstétrique du CHU de Strasbourg

Les césariennes augmentent de manière régulière pour de nombreuses raisons médicales et non médicales, justifiées ou illégitimes, et cette tendance pourrait bien se prolonger dans les années à venir.

La première raison est épidémiologique : l'âge moyen des femmes qui accouchent augmente chaque année et chacun sait que cela modifie la prévalence des pathologies maternelles et fœtales. Ce phénomène est accompagné d'une augmentation notable du nombre d'enfants issus des procréations médicalement assistées qui, en 30 ans, est passé de 0 % à 4 % des naissances si on prend en compte les inséminations artificielles et leur cortège de grossesses gémeillaires.

Les capacités diagnostiques de l'obstétrique moderne et la prudence qui les accompagne ont fait monter les taux de césariennes lorsqu'une anomalie fœtale est détectée, qu'il s'agisse d'un retard de croissance intra utérin ou d'une malformation fœtale. **Ces indications fœtales représentent une part non négligeable des césariennes programmées mais aussi des césariennes en urgence.** En cas de suspicion d'asphyxie fœtale pendant le travail, il n'est plus considéré comme légitime, et les parents ne nous le pardonnent pas, de jouer aux probabilités sur leur enfant. Les valeurs prédictives de handicap des tracés cardiotocographiques sont certes faibles, mais les parents n'admettent pas la prise de risque, et on les comprend.

Cette mécanique est renforcée par la chute spectaculaire des complications de la césarienne dont la mortalité, chez les femmes en bonne santé, a été estimée récemment à 1 décès pour 78 000 femmes, c'est-à-dire quasiment identique à la mortalité de l'accouchement chez une femme sans pathologie. Une partie de la morbidité de la césarienne concerne les grossesses ultérieures, mais comme nombre de femmes n'auront pas d'autre projet d'enfant, du fait de leur âge par exemple, ce contre-argument n'en est plus un.

Mais il faut également rendre compte des différences constantes entre la pratique publique et la pratique privée. La première explication vient de la demande des femmes et des couples qui, s'imaginant que la césarienne est moins traumatisante pour la mère et pour

l'enfant, la demandent en l'absence même d'indication médicale. **Ces césariennes dites « de convenance personnelle » sont globalement refusées dans le public et souvent acceptées dans le privé.** Certaines cliniques au taux supérieur à 40 % font même de ce « libéralisme » sur les indications une incitation clientéliste et expliquent d'ailleurs que les médecins qui ont prévu de faire une césarienne à leur patiente viennent plus volontiers vers leurs établissements. En quelque sorte, des cliniques spécialisées dans la césarienne.

Mais il faut dire à la décharge du secteur privé qu'il est plus volontiers soumis à la pression médico-légale d'une patientèle exigeante, informée et plus facilement pusillanime. Il n'y a qu'à comparer, pour qui veut s'en convaincre, la sinistralité du privé par rapport au public mais également les niveaux d'indemnisation plus élevés en cas de complication fautive en privé, pour s'en persuader. Les médecins qui exercent dans le secteur lucratif le savent et se protègent. Au moindre doute, et sans attendre, une césarienne est pratiquée, car jamais on ne reproche une césarienne de trop à un médecin. En revanche, l'inverse, ou même une césarienne trop tardive parce qu'on a voulu l'éviter, condamnera certainement le médecin.

Enfin, certaines maternités de faible activité voient leurs personnels se clairsemer durant la nuit mais plus encore, la pratique privée, où chacun assume lui-même le suivi des patientes est incompatible avec l'amplitude horaire des accouchements laissés à leur libre court. **Si bien que le déclenchement de l'accouchement et les césariennes ont des pics de fréquence en fonction des horaires qui dépendent plus des commodités des personnes que de véritables indications médicales.**

Sans vouloir être exhaustif sur les causes de l'augmentation des césariennes, phénomène effectivement coûteux pour la collectivité, on peut cependant essayer de trouver ensemble des procédures non coercitives qui pourraient, à terme, limiter cette évolution. **Et il y a des solutions notamment au travers du fonctionnement des réseaux périnataux et de la transparence des pratiques qu'ils sont censés promouvoir.**



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

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

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