

#24



INFO EN SANTÉ

NOVEMBRE 2014

SYSTÈME D'INFORMATION ■ STRATÉGIE ■ QUALITÉ

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE ■ WWW.FHF.FR

SOMMAIRE

- 1 **ÉDITORIAL**
- 2 **CHIFFRES CLÉS :
FILES ACTIVES
EN HOSPITALISATION**
Stéphane Finkel (FHF)
- 4 **CHIFFRES CLÉS :
PARTS DE MARCHÉ EN MCO
(HOSPITALISATION)
DE 2002 À 2013**
Stéphane Finkel (FHF)
- 6 **ÉVOLUTIONS D'ACTIVITÉS :
CHIFFRES CLÉS
DE 2008 À 2013**
Stéphane Finkel (FHF)
- 11 **COMPARAISONS
INTERSECTORIELLES DES
ÉTENDUES D'ACTIVITÉ EN MCO**
Stéphane Finkel (FHF)
- 18 **APPRÉCIATION
DE LA PROXIMITÉ
DES PROFILS D'ACTIVITÉ**
Stéphane Finkel (FHF)
- 22 **LES PATIENTÈLES
PUBLIQUES ET PRIVÉES SONT
DIFFICILEMENT COMPARABLES**
Sandra Gomez (FHF)
- 24 **COMMENT MESURER
LES EFFETS DE LA MISE EN
PLACE DE TEMPS MÉDICAL
PARTAGÉ ENTRE DEUX
ÉTABLISSEMENTS ?**
Léo Cazin, Helen Micheaux
et Frédéric Kletz (École
nationale supérieure
des mines de Paris)

ÉDITORIAL

DES DONNÉES OBJECTIVES POUR RENFORCER LES COOPÉRATIONS

Mettre fin aux idées reçues et se doter d'outils de coopération en utilisant au mieux les données disponibles. Tels sont les deux fils conducteurs de ce numéro d'*Info en santé* qui paraît à l'occasion de l'édition 2014 du séminaire de l'échelle nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC).

Les articles ci-après font, à nouveau, la démonstration selon laquelle les périmètres d'activités des secteurs public et privé commercial ne se recouvrent pas.

Ce numéro donne également à lire et à observer que les séjours, bien que classés dans les mêmes racines, contiennent souvent des affections et des actes différents entraînant des durées de séjours distinctes.

Doit-on de plus rappeler que le mode d'entrée par les urgences possède un impact supplémentaire sur les durées et les coûts des séjours et que ce mode d'entrée est beaucoup plus fréquent dans le secteur public ?

Les données disponibles renseignent aussi sur la complexité de séjours souvent plus importante dans le secteur public et sur un recrutement sur un périmètre géographique plus étendu. Enfin, la palette d'activités couvertes pour une spécialité donnée est nettement plus large.

Par exemple, pour la campagne 2014, les tarifs ont arbitrairement été unifiés pour tous les GHM d'ambulatoire (« en J ») et les GHM de niveau 1 issus d'une même racine de chirurgie. Ceci a été fait au mépris des résultats de la classification, ce qui nous amène à avancer que les pouvoirs publics seraient bien inspirés de revoir leur position sur la base de données objectives.

C'est l'utilisation pertinente des données existantes qui permettra d'objectiver les bénéfices des coopérations indispensables à l'avenir de l'hôpital public et des futurs groupements hospitaliers de territoire. ■

Gérard Vincent, *délégué général, FHF*

Bernard Garrigues, *médecin des hôpitaux, conseiller médical à la FHF*

Yves Gaubert, *responsable du pôle Finances-BDHF*

1 ■ CHIFFRES CLÉS : FILES ACTIVES EN HOSPITALISATION - Stéphane Finkel (FHF)

1* Files actives en MCO (hospitalisation) en 2013

Sources : PMSI Atih / FHF-BDHF

	File active captive		File active partagée		File active totale
	nombre	taux	nombre	taux	
CHR	1 956 870	76 %	615 170	24 %	2 572 040
CH	3 665 032	83 %	730 552	17 %	4 395 584
HIA	49 871	67 %	24 821	33 %	74 692
Espic	545 469	73 %	206 136	27 %	751 605
CLCC	58 248	46 %	67 500	54 %	125 748
Ensemble public/parapublic *	6 682 131	90 %	736 603	10 %	7 418 734
Privé lucratif	4 445 450	86 %	736 603	14 %	5 182 053

Commentaire : La file active totale en hospitalisation dans le champ MCO (Médecine-chirurgie-obstétrique) s'élève à 11 864 184 individus uniques en 2013, ce qui représente l'essentiel de la file active en hospitalisation tous champs qui se monte, elle, à 12 306 999 individus. Seuls 6,2 % des individus fréquentent à la fois le secteur non lucratif et le secteur lucratif, les autres individus étant captifs d'un des deux secteurs (56,3 % du secteur non lucratif et 37,5 % du secteur lucratif).

! À noter : le chaînage imparfait des individus conduit à une probable surestimation des valeurs ci-dessus.

* Il est normal que les chiffres de l'ensemble du secteur ne correspondent pas au total des valeurs individuelles.

2* Files actives en SSR en 2013

Sources : PMSI Atih / FHF-BDHF

	File active captive		File active partagée		File active totale
	nombre	taux	nombre	taux	
CHR	74 812	90 %	8 763	10 %	83 575
CH	292 478	93 %	21 550	7 %	314 028
HIA	1 581	91 %	151	9 %	1 732
Espic	244 064	92 %	20 372	8 %	264 436
Ensemble public/parapublic *	626 224	96 %	23 458	4 %	649 682
Privé	327 895	93 %	23 458	7 %	351 353

Commentaire : La file active totale dans le champ SSR (Soins de suite et de réadaptation) s'élève à 1 001 035 individus uniques en 2013. Seuls 2,3 % des individus fréquentent à la fois le secteur non lucratif et le secteur lucratif, les autres individus étant captifs d'un des deux secteurs (62,6 % du secteur non lucratif et 32,8 % du secteur lucratif).

! À noter : le chaînage imparfait des individus conduit à une probable surestimation des valeurs ci-dessus.

* Il est normal que les chiffres de l'ensemble du secteur ne correspondent pas au total des valeurs individuelles.

3* Files actives en Psychiatrie (hospitalisation) en 2013

Sources : RIM-P Atih / FHF-BDHF

	File active captive		File active partagée		File active totale
	nombre	taux	nombre	taux	
CHR	31 379	80 %	8 055	20 %	39 434
CH	72 915	86 %	11 919	14 %	84 834
HIA	1 224	75 %	412	25 %	1 636
CHS	179 448	90 %	20 692	10 %	200 140
CHS privé	11 975	87 %	1 742	13 %	13 717
Espic	22 184	80 %	5 498	20 %	27 682
Ensemble public/parapublic *	330 786	94 %	22 900	6 %	353 686
Privé	79 056	78 %	22 900	22 %	101 956

Commentaire : La file active totale en hospitalisation dans le champ Psychiatrie s'élève à 432 742 individus uniques en 2013. Seuls 5,3 % des individus fréquentent à la fois le secteur non lucratif et le secteur lucratif, les autres individus étant captifs d'un des deux secteurs (76,4 % du secteur non lucratif et 18,3 % du secteur lucratif).

! À noter : le chaînage imparfait des individus conduit à une probable surestimation des valeurs ci-dessus.

* Il est normal que les chiffres de l'ensemble du secteur ne correspondent pas au total des valeurs individuelles.

4* Files actives en HAD en 2013

Sources : PMSI Atih / FHF-BDHF

	File active captive		File active partagée		File active totale
	nombre	taux	nombre	taux	
CHR	14 546	99 %	163	1 %	14 709
CH	21 152	99 %	177	1 %	21 329
Espic	27 316	99 %	236	1 %	27 552
CLCC	1 395	98 %	22	2 %	1 417
Ensemble public/parapublic *	64 557	100 %	294	0 %	64 851
Privé	40 809	99 %	294	1 %	41 103

Commentaire : La file active totale en hospitalisation dans le champ de l'HAD (Hospitalisation à domicile) s'élève à 105 954 individus uniques en 2013. Seul 0,3 % des individus fréquente à la fois le secteur non lucratif et le secteur lucratif, les autres individus étant captifs d'un des deux secteurs (60,9 % du secteur non lucratif et -38,5 % du secteur lucratif).

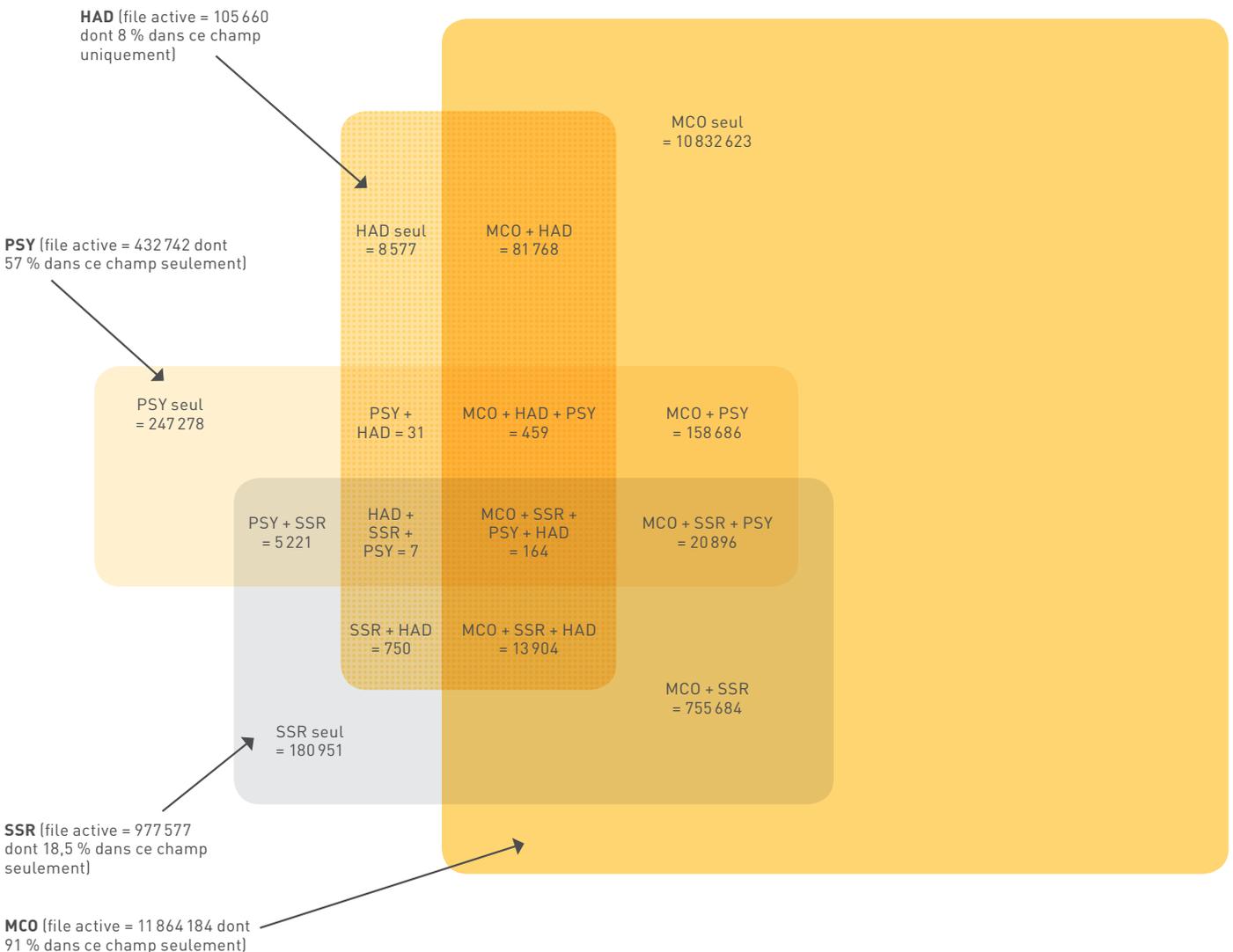
! À noter : le chaînage imparfait des individus conduit à une probable surestimation des valeurs ci-dessus.

* Il est normal que les chiffres de l'ensemble du secteur ne correspondent pas au total des valeurs individuelles.

5* Répartition de la file active en hospitalisation MCO/SSR/PSY/HAD en France en 2013

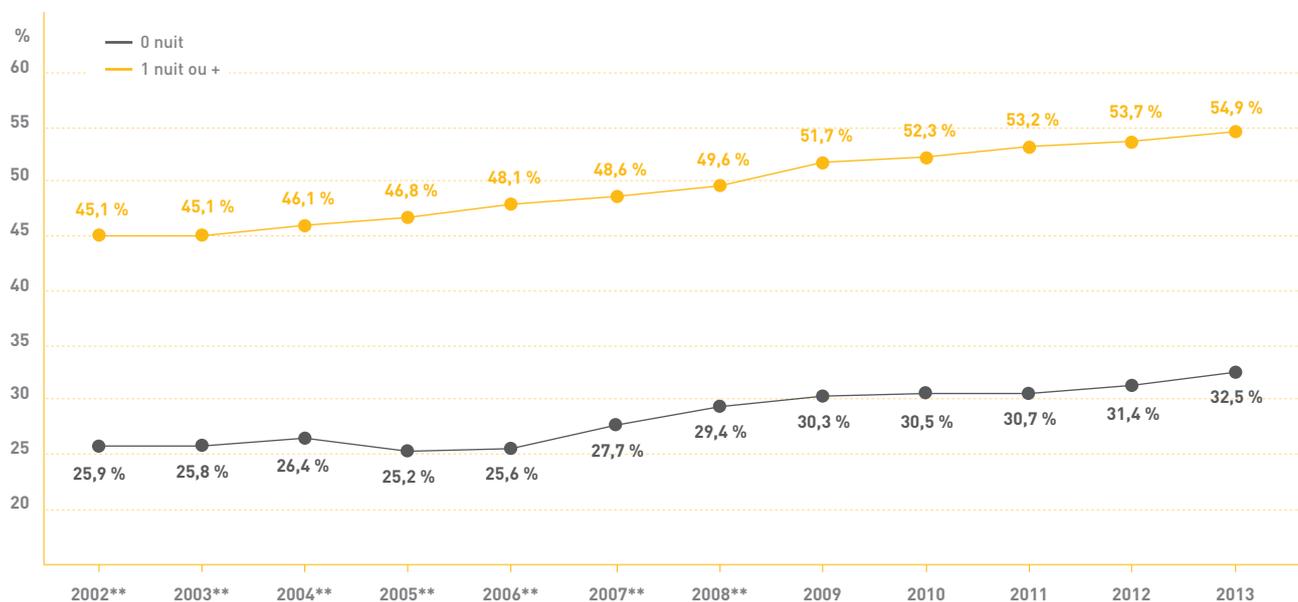
File active totale = 12 306 999 individus uniques

Sources : PMSI RIM-P Atih / FHF-BDHF



2 ■ CHIFFRES CLÉS : PARTS DE MARCHÉ EN MCO (HOSPITALISATION) DE 2002 À 2013 Stéphane Finkel (FHF)

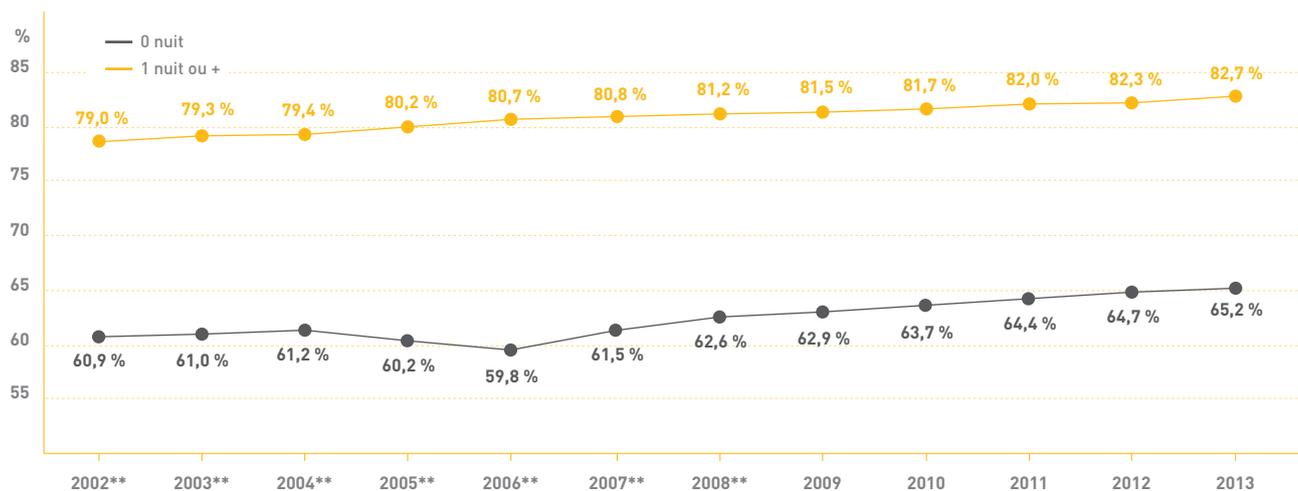
6* Évolution des parts de marché en chirurgie du secteur public et parapublic de 2002 à 2013 - Sources : PMSI Atih/DHOS - BDHF-FHF



Commentaire : En 2013, et ce comme chaque année depuis 2002, le secteur public et parapublic a progressé en chirurgie. Il détient désormais près de 55 % de l'hospitalisation complète et 32,5 % de la chirurgie ambulatoire.

** L'activité des HIA et du CH de Mayotte ont été estimées pour les années 2002-2008.

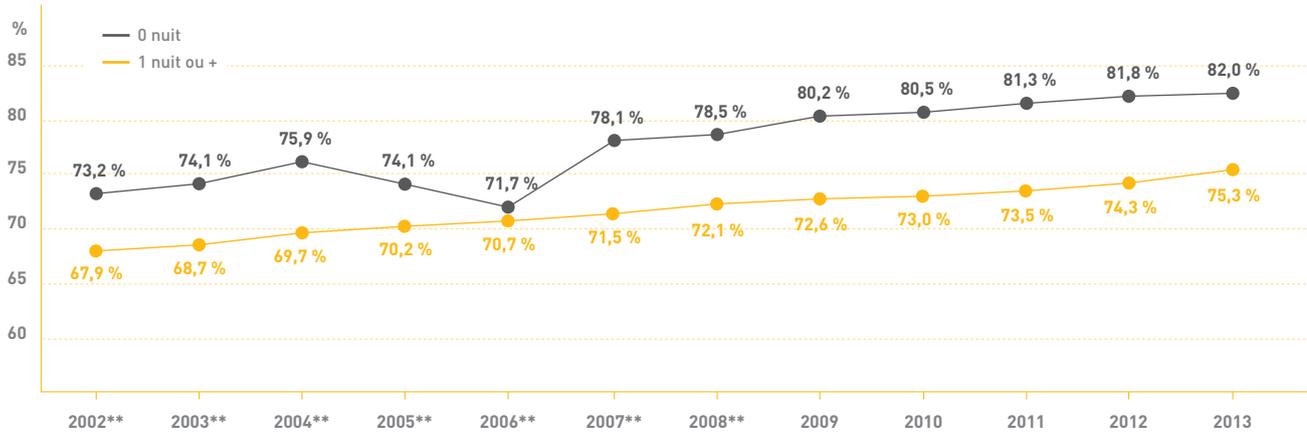
7* Évolution des parts de marché en médecine du secteur public et parapublic de 2002 à 2013 - Sources : PMSI Atih/DHOS - BDHF-FHF



Commentaire : La médecine, secteur d'activité délaissé par le privé lucratif, est « détenue » à 82,7 % par le secteur public et parapublic en ce qui concerne l'hospitalisation complète et à 65,2 % pour l'ambulatoire. Il est frappant de constater qu'en matière d'hospitalisation — et alors qu'on s'attend à chaque fois à ce que le secteur public atteigne un plafond — on voit, chaque année, le secteur privé lucratif disparaître un peu plus du champ de la médecine.

** L'activité des HIA et du CH de Mayotte ont été estimées pour les années 2002-2008.

8* Évolution des parts de marché en obstétrique du secteur public et parapublic de 2002 à 2013 - Sources : PMSI Atih/DHOS - BDHF-FHF



Commentaire : À l'instar de la médecine, l'obstétrique s'oriente de plus en plus vers une activité opérée uniquement par le secteur public ou le parapublic. En effet, celui-ci détient désormais plus de trois séjours sur quatre en hospitalisation complète et 82 % des venues ambulatoires. Ces chiffres ne cessent d'ailleurs de progresser chaque année.

** L'activité des HIA et du CH de Mayotte ont été estimées pour les années 2002-2008.

Injection de toxine botulique en ambulatoire

Cette activité, réalisée à plus de 80 % dans le secteur public, recensée par le GHM 01K04J « Injections de toxine botulique, en ambulatoire », a connu une véritable explosion ces dernières années pour atteindre, en 2013, plus de 68 000 séjours en hospitalisation ambulatoire.

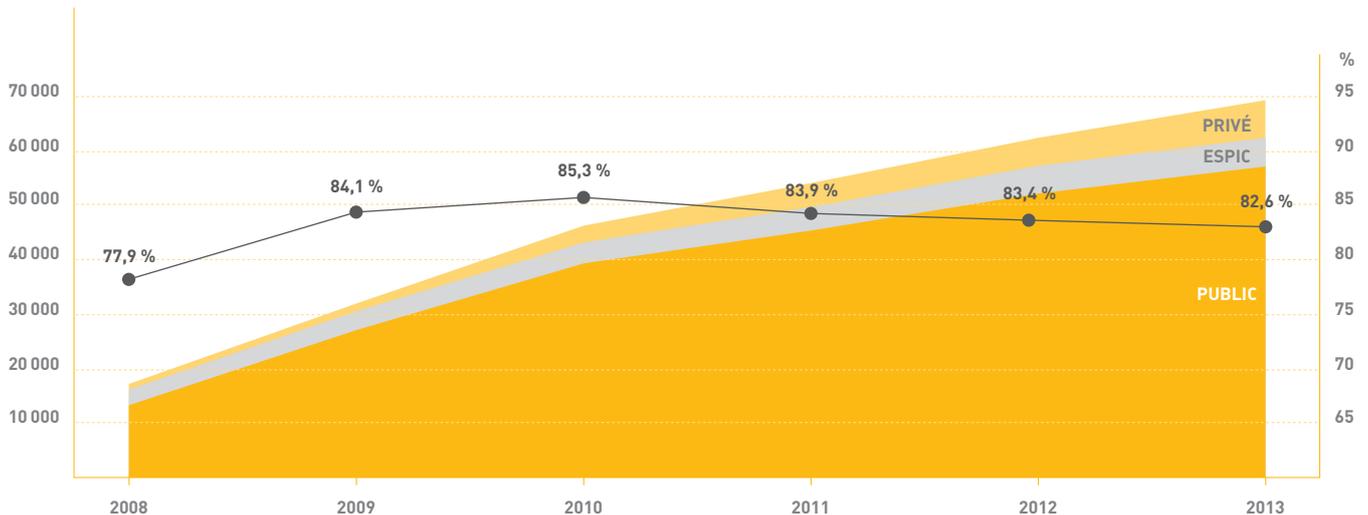
Entre 2008 et 2013, le volume a été multiplié par quatre mais le taux de progression semble plus stable sur la dernière période atteignant +11 % sur 2012-2013. L'activité ne concerne, bien entendu, que les injections à but thérapeutique. **9***

Toxicomanies et alcoolismes

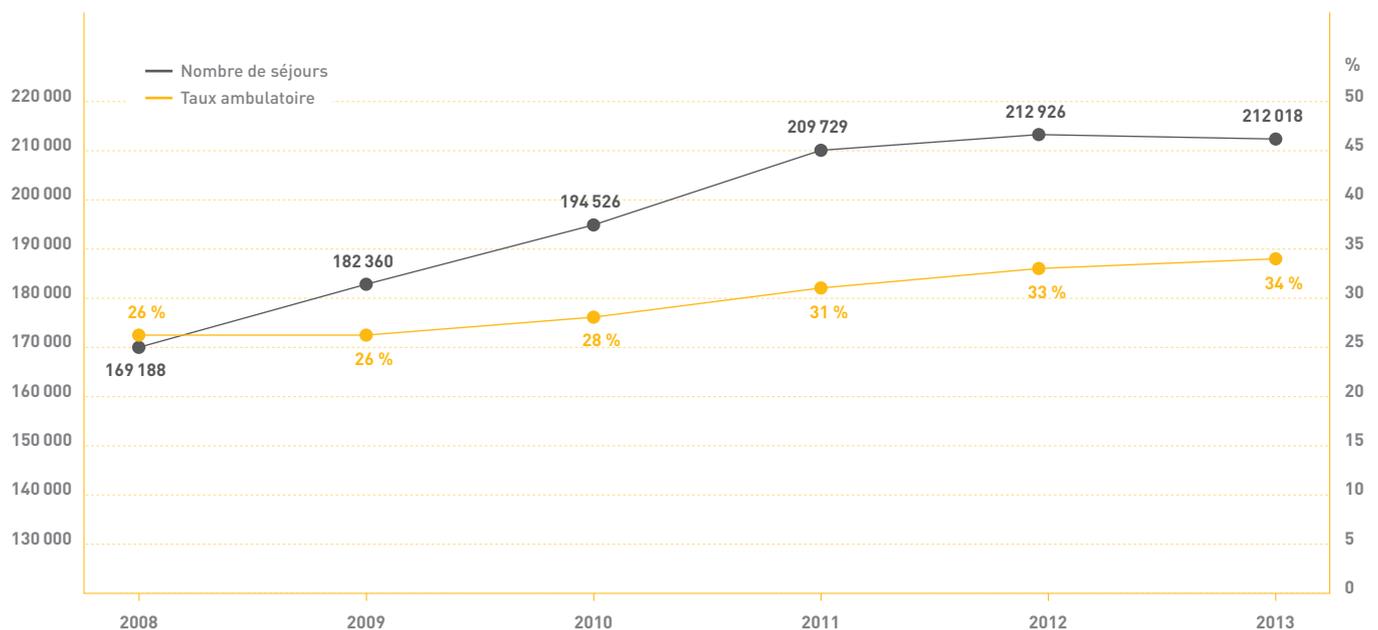
On s'intéresse ici au groupe d'activités « Toxicomanies et alcoolisme » qui rassemble les racines de GHM 20Z02 à 20Z05 concernant les toxicomanies non éthyliques (aiguës ou avec dépendance), les éthyliques (aigus ou avec dépendance) et les troubles mentaux organiques induits par l'utilisation de substances. **10***

Cette activité a globalement augmenté de +25,3 % sur cinq ans (l'essentiel de la progression se situant sur les trois premières années de la période). Dans le même temps,

9* Évolution du nombre de séjours « Injections de toxine botulique en ambulatoire » (axe de gauche) et de la part de marché du public (axe de droite). Années 2008 à 2013, France (y compris DOM) - Sources : PMSI Atih / FHF-BDHF



10* Évolution du nombre de séjours et du taux ambulatoire des prises en charge pour toxicomanies et éthyliques en MCO. Années 2008 à 2013, France (y compris DOM) - Sources : PMSI Atih / FHF-BDHF



le taux de prise en charge en ambulatoire a également progressé, passant de 26 % en 2008 à 34 % en 2013.

Cette activité concerne, en 2013, à 91,3 % le secteur public et à seulement 5,3 % le secteur lucratif (le reste représentant l'activité des Espic).

On parle ici essentiellement des problèmes liés à l'alcool puisque les prises en charge concernant les drogues non éthyliques ne représentent que 5 % des situations, mais le taux de progression associé est néanmoins plus élevé (+48 % sur cinq ans).

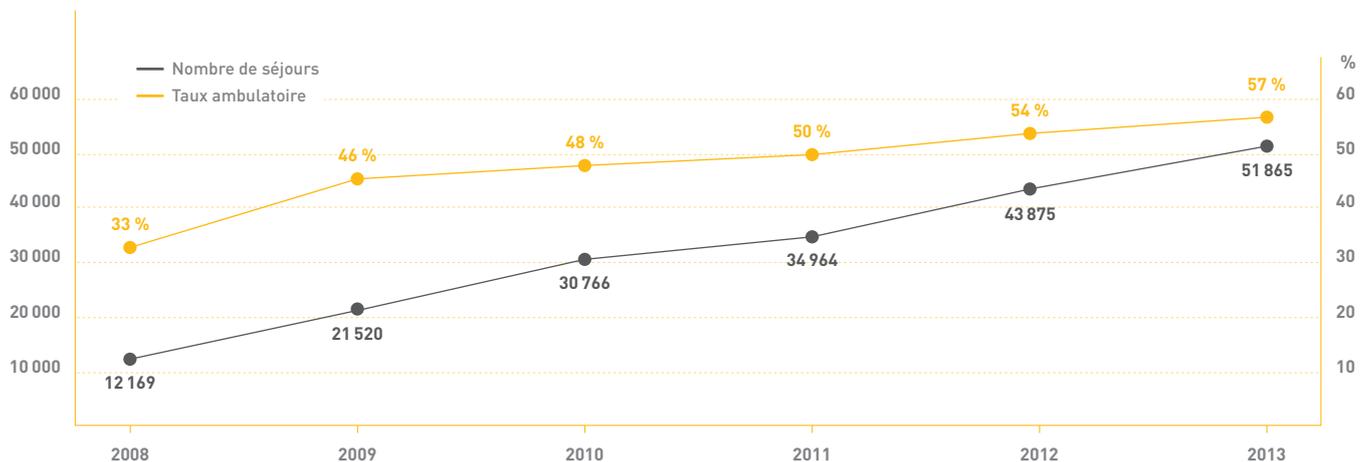
Sur les cinq dernières années, le volume de séjours a été multiplié par plus de quatre pendant que le taux d'ambulatoire passait de 33 % à 57 %. On relève d'ailleurs que le taux d'ambulatoire du secteur public est de 68 % en 2013 tandis que celui du privé est de 37 %. **12***

Sur cette période, le secteur public a vu sa part de marché passer de 45 % à 62 %, profitant notamment du volume ambulatoire qu'il a multiplié par 12 sur la période (1 691 séjours en 2008 et 21 649 en 2013).

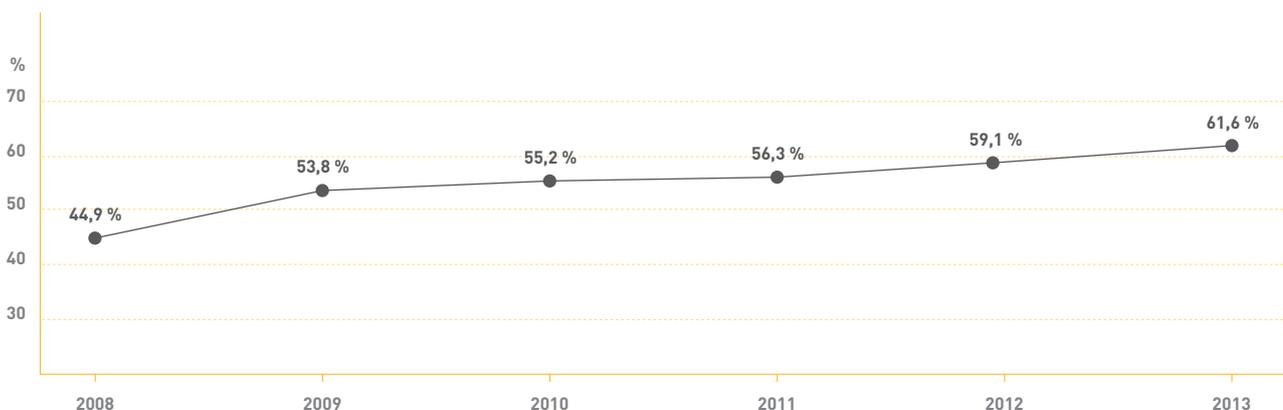
Douleurs chroniques

La prise en charge de la douleur étant devenue une priorité de santé publique, il n'est pas étonnant de voir les volumes de séjours de la racine 01M21 « Douleurs chroniques rebelles » progresser rapidement. **11***

11* Évolution du nombre de séjours et du taux d'ambulatoire des prises en charge pour douleurs chroniques rebelles en MCO Années 2008 à 2013, France (y compris DOM) - Sources : PMSI Atih / FHF-BDHF



12* Évolution de la part de marché du secteur public dans la prise en charge pour douleurs chroniques rebelles en MCO Années 2008 à 2013, France (y compris DOM) - Sources : PMSI Atih / FHF-BDHF



La chirurgie de la cataracte

La chirurgie de la cataracte est une intervention dont le succès ne se dément pas avec, chaque année, des volumes records. En 2013, on recense 734 813 séjours dans ce segment d'activité soit une progression de +24 % en cinq ans.

Il s'agit de l'activité phare des cliniques privées — le GHM 02C05J « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire » étant celui qui possède le chiffre d'affaires le plus élevé pour le secteur privé. Cette activité représente 6,4 % du chiffre d'affaires des cliniques. À titre de comparaison, cette intervention représente moins de 0,9 % du chiffre d'affaires des établissements publics, soit un rapport de 1 à 7 entre les deux secteurs. Néanmoins, bien que le secteur privé soit très majoritaire sur cette intervention, le secteur non lucratif est en progression constante. Sa part passe en effet de 20,8 % en 2008 à 25 % en 2013 avec des taux d'ambulatoire équivalents à ceux du privé. **13***

On peut d'ailleurs constater que le taux d'ambulatoire, dopé par les incitatifs, est en hausse constante et atteint 88 % en 2013.

Par ailleurs, les interventions réalisées sous anesthésie locale par topiques, qui sont probablement incluses dans ces données, posent question quant à la place à leur conférer dans l'évolution des modalités de prise en charge.

La chirurgie des varices

Une autre place forte du secteur lucratif concerne les ligatures de veines et éveinages. Cette activité, quand elle est réalisée en hospitalisation, est globalement en baisse au niveau national puisqu'on passe de 127 075 séjours

en 2008 à 116 632 séjours en 2013 (- 8,2 %). Cela est très probablement lié au transfert d'une part de l'activité vers les cabinets de ville puisque certaines indications et conditions le permettent. **14***

Dans le même temps, sous la forte pression de l'Assurance Maladie, le taux d'ambulatoire hospitalier a très fortement progressé, passant de 38 % à 81 %, pendant que la part de marché du secteur public reste modeste mais augmente néanmoins de +3 % sur la période pour atteindre 20,2 % en 2013.

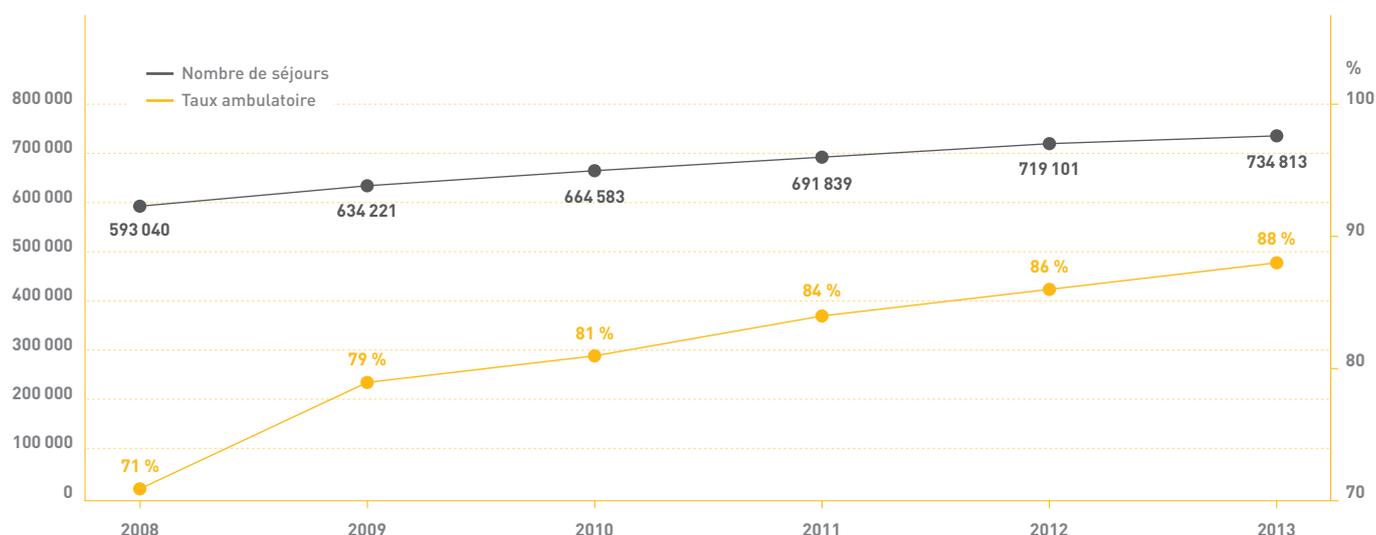
Les cholécystectomies

En 2013, on recense 111 384 séjours pour ablation de la vésicule biliaire. Cela constitue une hausse de +12 % sur la période 2008-2013. Que ce soit dans le secteur public ou dans le secteur privé, cette intervention — qui était encore très rarement réalisée en ambulatoire en 2008 (0,8 %) — est en cours de mutation puisqu'en 2013 le taux de séjours retournés au domicile le jour même de l'intervention est de 12 %. Il est même de 16 % sur les interventions en dehors des affections aiguës. **15***

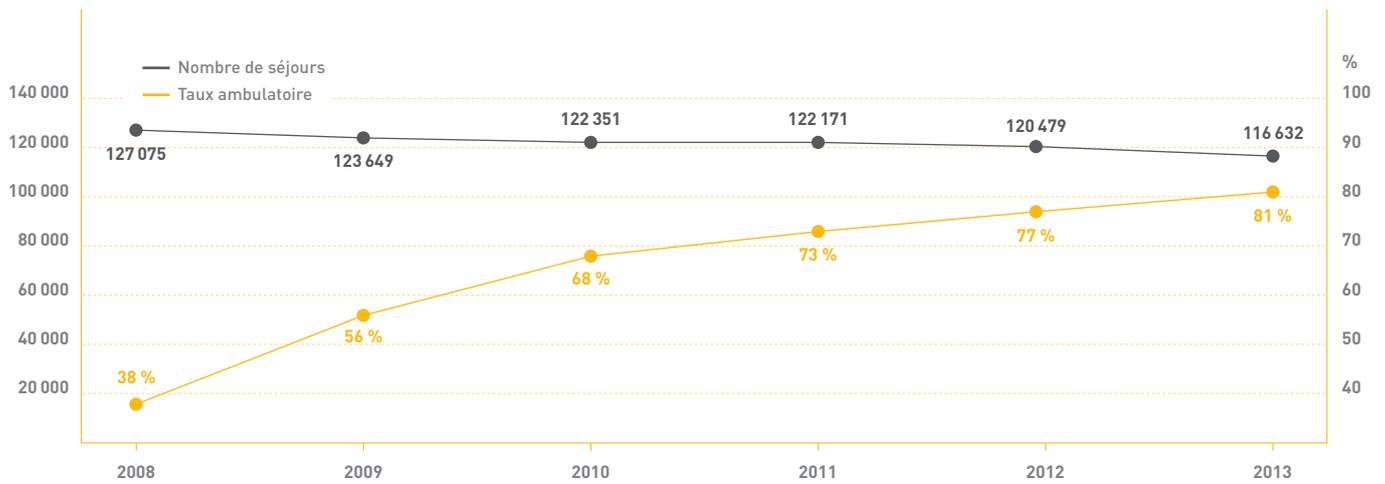
Cette évolution de pratique est probablement à mettre en regard de la pression constante émanant des pouvoirs publics pour que ces mutations aient lieu. La pression ne risque pas de retomber dans les années à venir.

Sur la même période, comme pour la plupart des activités hospitalières, le secteur public a grignoté régulièrement des parts de marché, réalisant en 2013 plus de 45 % des séjours. Sachant que le secteur privé non lucratif a également quelque peu progressé, on constate une érosion du secteur lucratif qui passe de 49,6 % à 47,1 % de parts de marché sur cette période. **16***

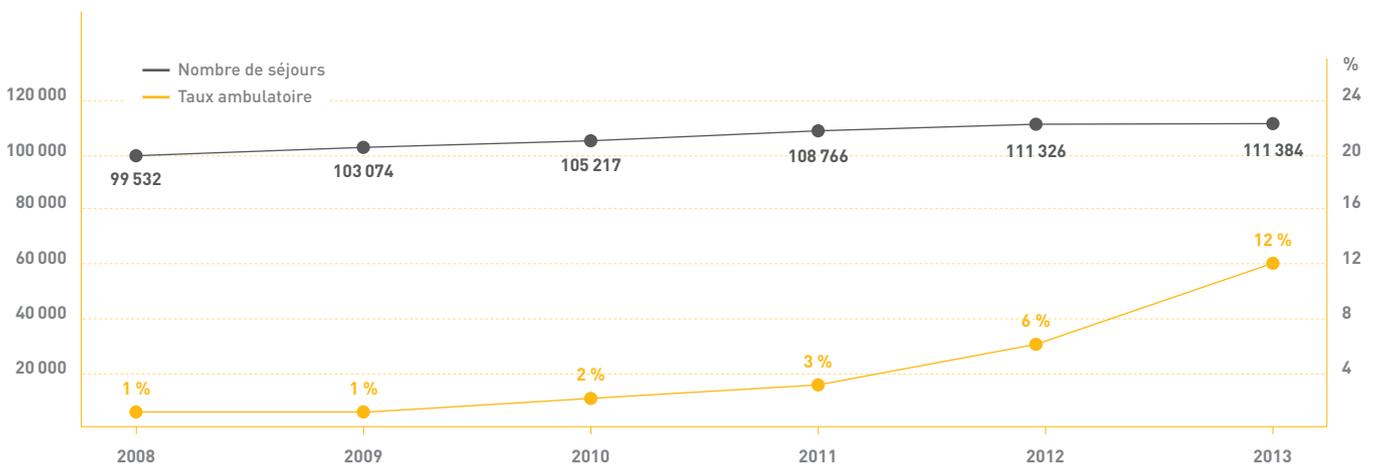
13* Évolution du nombre de séjours et du taux d'ambulatoire des interventions de la cataracte Années 2008 à 2013, France (y compris DOM) - Sources : PMSI Atih / FHF-BDHF



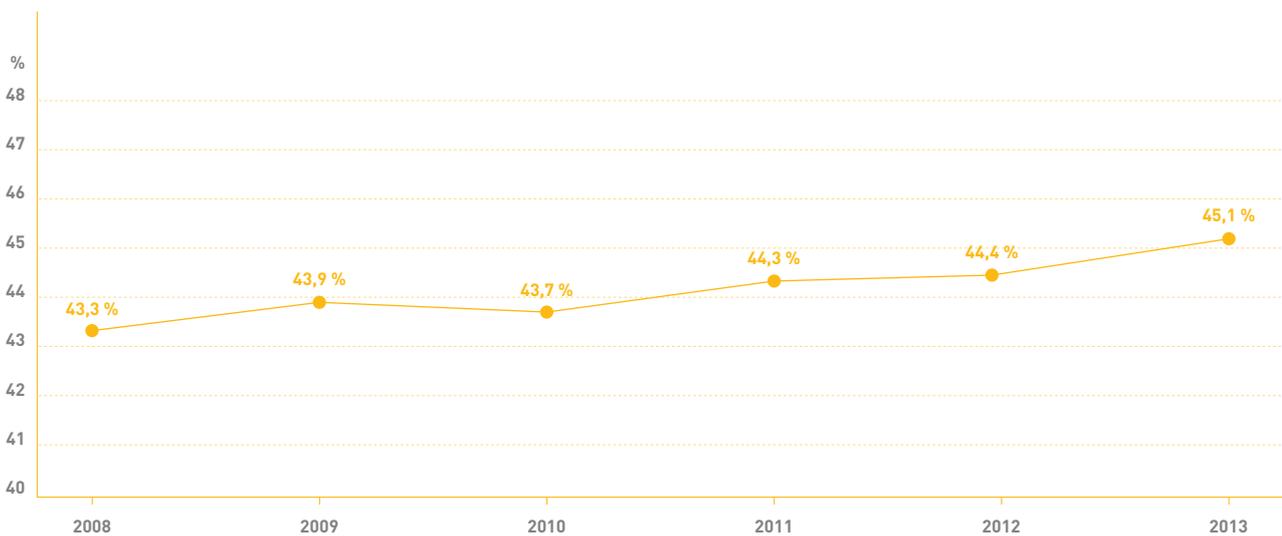
14* Évolution du nombre de séjours et du taux d'ambulatoire des interventions pour ligatures de veines et éveinages
 Années 2008 à 2013, France (y compris DOM) - Sources : PMSI Atih / FHF-BDHF



15* Évolution du nombre de séjours et du taux d'ambulatoire des cholécystectomies. Années 2008 à 2013, France (y compris DOM)
 Sources : PMSI Atih / FHF-BDHF



16* Évolution de la part de marché du secteur public sur les cholécystectomies. Années 2008 à 2013, France (y compris DOM)
 Sources : PMSI Atih / FHF-BDHF



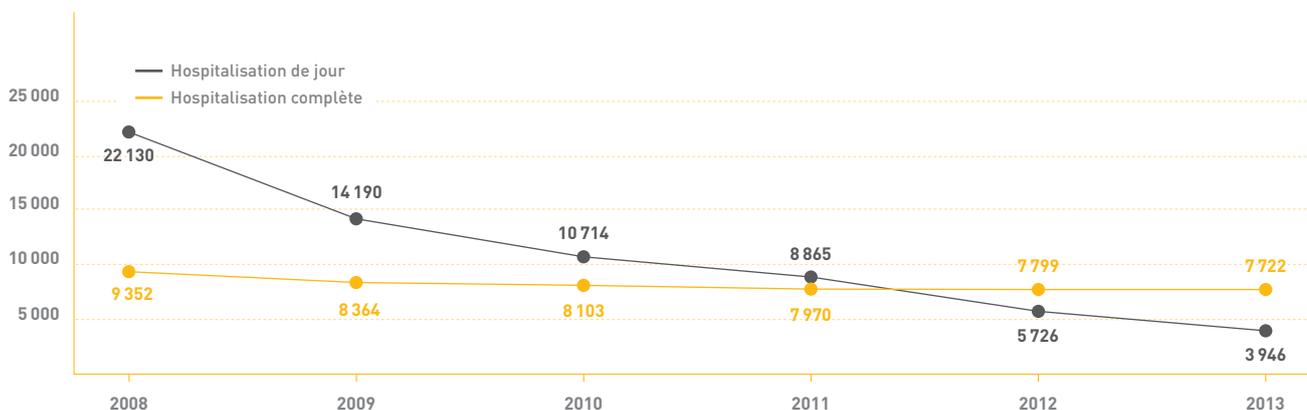
Les prises en charges médicales liées au VIH

Les prises en charge médicales du VIH en hospitalisation sont en baisse constante depuis de nombreuses années. Ceci est évidemment essentiellement lié aux progrès des thérapies médicamenteuses qui ont amélioré la vie des malades au point de transformer des hospitalisations longues et des protocoles compassionnels en thérapies efficaces pour contenir l'infection. Cela est aussi probablement une conséquence de la politique de prévention et également une conséquence de la forte pression de l'Assurance Maladie pour faire diminuer les venues des malades atteints du virus en hospitalisation de jour, ou tout du moins de requalifier ces venues en consultations externes. Ainsi, le nombre de venues ambulatoires en hospitalisation en 2013 est inférieur à 4 000 alors qu'on en comptait 22 000 en 2008 et plus de 100 000 en 2006. **17***

Il est probablement inutile de préciser que la prise en charge du VIH est totalement dévolue au service public qui en détient 96 % (et même 99 % si on compte la prise en charge réalisée par les Espic).

On peut d'ailleurs signaler ici un point méthodologique intéressant : si l'on ne s'attache qu'au taux d'ambulatoire brut, comme le font la plupart des analystes peu rigoureux sur les thématiques chirurgicales, on pourrait conclure à une dégradation de la situation puisque le taux passe de 70 % à 34 % sur la période. On a vu que les raisons sont très différentes (requalification des venues, etc.). Cela fait apparaître un des biais possibles dans la comparaison de deux taux d'ambulatoire souvent incomparables (dans cet exemple, parce que l'assiette et la façon de compter ont été modifiées ; dans l'exemple de la chirurgie ambulatoire, parce que les établissements ne sont souvent pas positionnés sur les mêmes activités ou que les patients ne sont pas les mêmes). ■

17* Évolution du nombre de séjours des prises en charges médicales du VIH en hospitalisation Années 2008 à 2013, France (y compris DOM) - Sources : PMSI Atih / FHF-BDHF



4 ■ COMPARAISONS INTERSECTORIELLES DES ÉTENDUES D'ACTIVITÉ EN MCO

Stéphane Finkel (FHF)

Certains acteurs de l'hospitalisation privée osent quelques affirmations hardies. Par exemple, ils essaient de faire croire que leur secteur prend en charge les mêmes patients que le secteur public. Ils affirment également que le secteur privé propose la même gamme d'activités que celle offerte par le secteur public et que les seules différences sont d'ordre réglementaire. Ils veulent laisser penser qu'ils pourraient ainsi rapidement se substituer au secteur public. Or qu'en est-il vraiment ?

On le verra par ailleurs, les caractéristiques médicales et sociodémographiques des patients pris en charge sur une activité comparable sont parfois très différentes, tout comme c'est le cas pour la sévérité. On ne s'intéressera pas ici à ces dimensions puisqu'on s'attachera à la seule question de la concentration d'activité.

Dans un premier temps, on étudiera la concentration d'activité de l'ensemble de chaque type d'entités juridiques. Chaque secteur couvre-t-il le champ MCO

de façon équivalente ? Ou certains secteurs se concentrent-ils sur des activités plus importantes — ou de moindre importance — que les autres ?

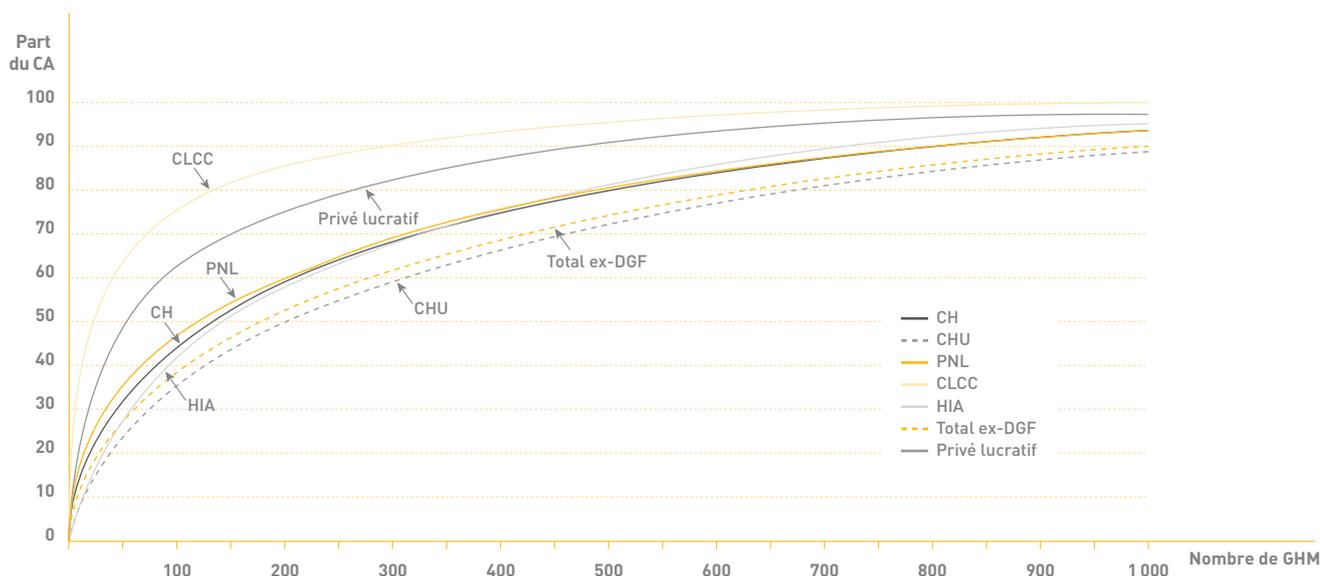
Dans un second temps, on s'intéressera à la couverture individuelle du champ MCO par les établissements français afin de comparer la couverture moyenne réalisée par une clinique à celle réalisée par un CH ou un CHU. Une clinique développe-t-elle autant d'activités qu'un CH ou qu'un CHU ?

Concentration par catégorie d'établissement (globalité de la catégorie)

Le graphique 18* montre les grandes différences de concentration d'activités par type d'établissement. Les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ont une activité, par définition, ultra-concentrée sur une poignée de groupes : 21 GHM suffisent à faire 50 % du chiffre d'affaires (CA) global du regroupement des CLCC tandis que, pour atteindre 80 % du CA, il faut 145 GHM.

18* Nombre de GHM (en abscisse) pour obtenir x % (en ordonnée) du CA : Année 2013, Total MCO

Sources : base PMSI 2013, Atih - FHF/BDHF



Le secteur privé lucratif possède, lui aussi, une gamme d'activités assez restreinte puisque les 52 GHM pour lesquels les CA sont les plus importants totalisent 50 % du CA global du secteur. À l'inverse, on trouve les CHU : pour obtenir 50 % de leur CA, ils doivent conserver au moins 204 GHM. Les CH, les HIA et les établissements privés non lucratif (hors CLCC) ont un comportement comparable (entre 128 et 144 GHM sont nécessaires pour atteindre 50 % du CA).

Les valeurs clés sont résumées dans le tableau 19*.

19* Ensemble du MCO - Sources : PMSI Atih - FHF/BDHF

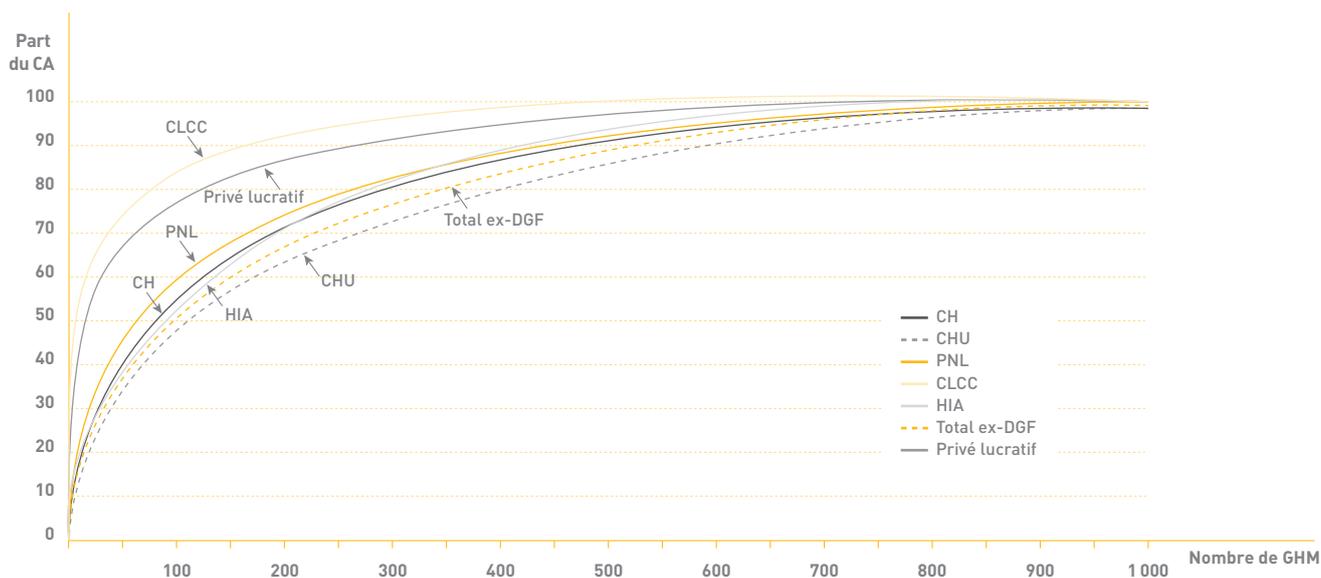
nbre de GHM*	CH	CHU	PNL	CLCC	HIA	Total ex-DGF	Privé lucratif
50 %	129	204	128	21	144	179	52
80 %	505	679	486	145	476	632	264
90 %	825	1042	802	279	738	984	493

* Il s'agit du nombre minimum de GHM pour atteindre x % du CA de l'ensemble des établissements.

Zoom sur la médecine

20* Nombre de GHM (en abscisse) pour obtenir x % (en ordonnée) du CA : Année 2013, Médecine

Sources : base PMSI 2013, Atih - FHF/BDHF



La médecine, activité où le secteur public est nettement dominant, fournit à peu près les mêmes constats : les CLCC se distinguent par l'extrême concentration de leur activité, le privé lucratif également. À l'inverse, les CHU se distinguent par une activité très large. **20* et 21***

L'activité de médecine du privé lucratif, déjà très faible, se concentre sur très peu de GHM, 11 seulement sont nécessaires pour décrire 50 % de l'activité contre 114 pour les CHU. Cela montre à quel point les affirmations laissant croire que les structures d'activités du public et du privé sont comparables relèvent de la propagande.

Zoom sur la chirurgie

Le focus sur la chirurgie fournit globalement le même constat. L'activité des CLCC est ultra-concentrée. Celle du privé lucratif aussi (43 GHM pour décrire 50 % de l'activité chirurgicale). La concentration d'activité chirurgicale des HIA est située à mi-chemin entre le privé lucratif et les CH (la concentration observée pour le secteur PNL étant

similaire à celle des CH). Enfin, les CHU constituent la catégorie où l'activité est la plus large (95 GHM pour décrire 50 % de l'activité, soit plus du double du nombre nécessaire au privé). **22* et 23***

Ces différences sont à modérer du fait que les établissements privés n'ont pas d'autorisation pour l'intégralité des spécialités chirurgicales (neurochirurgie, transplantations par exemple). Cela permet néanmoins de mettre en exergue les étendues d'activité incomparables impliquant des contraintes organisationnelles et des structures de coûts probablement extrêmement différentes.

21* Médecine - Sources : PMSI Atih - FHF/BDHF

nbre de GHM*	CH	CHU	PNL	CLCC	HIA	Total ex-DGF	Privé lucratif
50 %	80	114	63	8	90	96	11
80 %	295	391	268	80	285	350	137
90 %	467	592	445	166	428	540	265

* Il s'agit du nombre minimum de GHM pour atteindre x % du CA de l'ensemble des établissements.

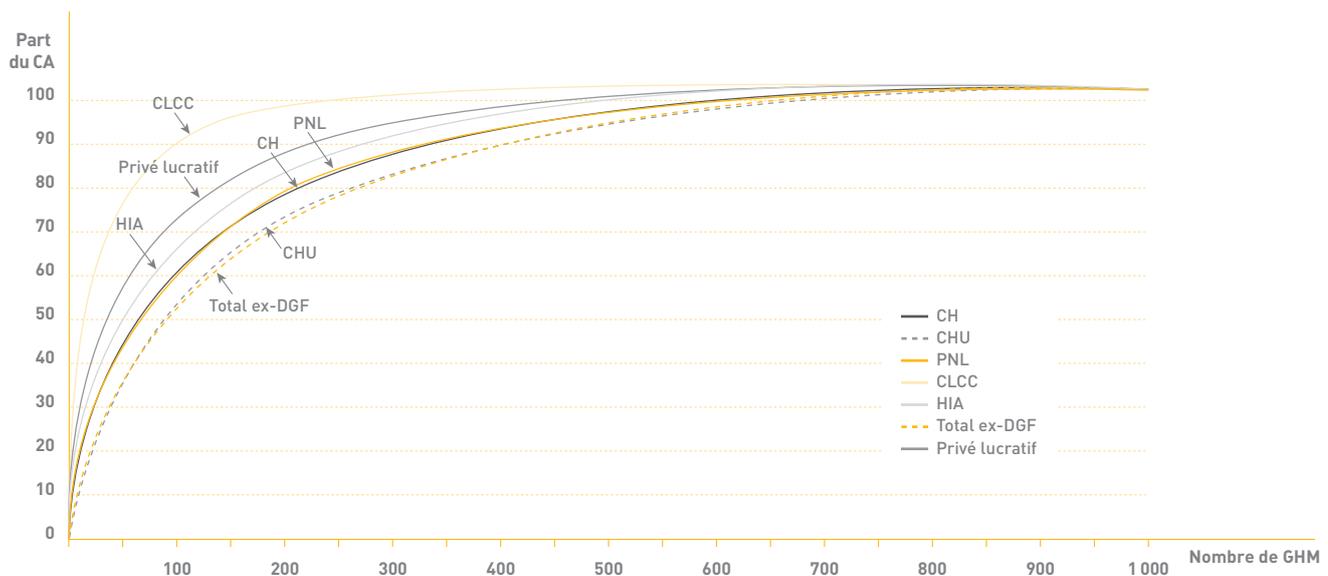
22* Chirurgie - Sources : PMSI Atih - FHF/BDHF

nbre de GHM*	CH	CHU	PNL	CLCC	HIA	Total ex-DGF	Privé lucratif
50 %	68	95	74	17	55	98	43
80 %	240	285	227	66	189	293	153
90 %	386	439	358	115	305	448	255

* Il s'agit du nombre minimum de GHM pour atteindre x % du CA de l'ensemble des établissements.

23* Nombre de GHM (en abscisse) pour obtenir x % (en ordonnée) du CA : Année 2013, Chirurgie

Sources : base PMSI 2013, Atih - FHF/BDHF



Zoom sur l'obstétrique

En obstétrique, le même phénomène apparaît. Le privé est concentré sur bien moins de GHM (8 pour décrire 90 % de l'activité) que les autres catégories et notamment que les CH (12 GHM pour 90 % de l'activité) et les CHU (17 GHM pour 90 % de l'activité). **24***

Le tableau **25*** montre le palmarès des dix racines de GHM qui produisent le plus de CA par catégorie d'établissement (le pourcentage exprime la part du chiffre d'affaires que cette racine de GHM produit pour la catégorie concernée).

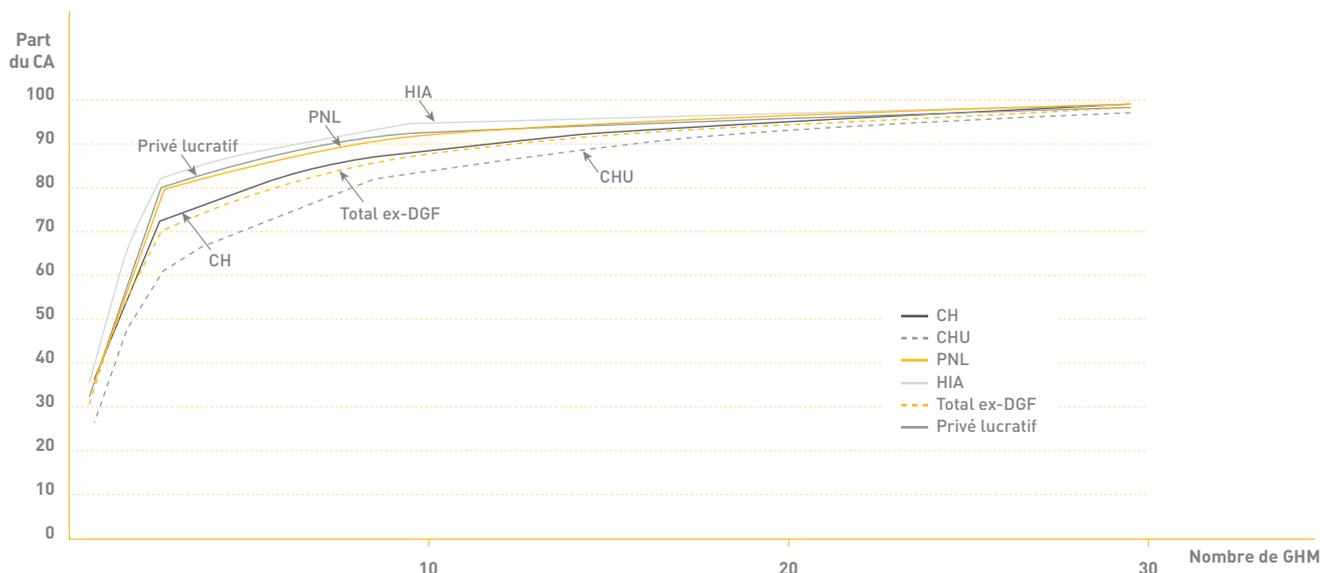
25* Obstétrique - Sources : PMSI Atih - FHF/BDHF

nbre de GHM*	CH	CHU	PNL	CLCC	HIA	Total ex-DGF	Privé lucratif
50 %	2	3	2	-	2	2	2
80 %	6	9	4	-	3	7	4
90 %	12	17	9	-	7	13	8

* Il s'agit du nombre minimum de GHM pour atteindre x % du CA de l'ensemble des établissements.

24* Nombre de GHM (en abscisse) pour obtenir x % (en ordonnée) du CA : Année 2013, Obstétrique

Sources : base PMSI 2013, Atih - FHF/BDHF



Le palmarès des racines de GHM

Chaque type d'établissement possède un palmarès des racines de GHM lui rapportant le plus de volume de CA. Lorsque l'on compare ces palmarès, on constate d'importantes différences entre les types d'entités juridiques.

26* Top 10 des racines de GHM rapportant le plus par type d'entité juridique - Sources : PMSI Atih - FHF/BDHF

rang	CH	CHR	PNL	CLCC	HIA	Privé
1	3,1 % du CA 05M09 - Insuff. cardiaques et états de choc circulatoire	1,8 % du CA 01C04 - Craniotomies en dehors de tout trauma., âge > 17 ans	3,7 % du CA 23Z02 - Soins Palliatifs, avec ou sans acte	17,3 % du CA 28Z07 - Chimio. pour tumeur, en séances	2,7 % du CA 02C05 - Interv. sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	6,3 % du CA 02C05 - Interv. sur le cristallin avec ou sans vitrectomie
2	2,7 % du CA 14Z14 - Accouch. uniques par voie basse chez une multipare	1,8 % du CA 28Z07 - Chimio. pour tumeur, en séances	2,3 % du CA 15M05 - nv-nés de 3,3 kg et âge gesta. de 40 SA et assimilés	9,2 % du CA 17M06 - Chimio. pour autre tumeur	2,4 % du CA 06C04 - Interv. majeures sur l'intestin grêle et le côlon	3,9 % du CA 06K04 - Endoscopie digestive diag. et anesthésie, en ambu.
3	2,6 % du CA 15M05 - nv-nés de 3,3 kg et âge gesta. de 40 SA et assimilés	1,6 % du CA 05C03 - Chirurgie de remplacement valvulaire avec CEC, sans cathé. cardiaque, ni coro.	2,2 % du CA 14Z13 - Accouch. uniques par voie basse chez une primipare	4,8 % du CA 23Z02 - Soins Palliatifs, avec ou sans acte	2,1 % du CA 05M09 - Insuff. cardiaques et états de choc circulatoire	3,1 % du CA 28Z07 - Chimio. pour tumeur, en séances
4	2,3 % du CA 14Z13 - Accouch. uniques par voie basse chez une primipare	1,5 % du CA 01M30 - Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	2,1 % du CA 14Z14 - Accouch. uniques par voie basse chez une multipare	4,3 % du CA 09C05 - Mastect. subtotaux pour tumeur maligne	2 % du CA 04M05 - Pneumonies et pleurésies banales, âge > 17 ans	3 % du CA 08C24 - Prothèses de genou
5	2,2 % du CA 04M05 - Pneumonies et pleurésies banales, âge > 17 ans	1,4 % du CA 06C04 - Interv. majeures sur l'intestin grêle et le côlon	2 % du CA 28Z07 - Chimio. pour tumeur, en séances	3,4 % du CA 09C04 - Mastect. totales pour tumeur maligne	1,9 % du CA 28Z07 - Chimio. pour tumeur, en séances	3 % du CA 08C48 - Prothèses de hanche pour des affections autres que des trauma. récents
6	2,2 % du CA 01M30 - Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	1,4 % du CA 15M05 - nv-nés de 3,3 kg et âge gesta. de 40 SA et assimilés	1,9 % du CA 06C04 - Interv. majeures sur l'intestin grêle et le côlon	2,6 % du CA 13C14 - Exentérations pelviennes, hystérect. élargies ou vulvect. pour tumeurs malignes	1,7 % du CA 08C49 - Interv. sur la hanche et le fémur pour trauma. récents, âge > 17 ans	2,3 % du CA 06K02 - Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours < 2 jours
7	2 % du CA 23Z02 - Soins Palliatifs, avec ou sans acte	1,3 % du CA 14Z14 - Accouch. uniques par voie basse chez une multipare	1,8 % du CA 02C05 - Interv. sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	2 % du CA 27Z03 - Autogreffes de cellules-souches hématopoïétiques	1,5 % du CA 23Z02 - Soins Palliatifs, avec ou sans acte	2 % du CA 05K06 - Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde
8	1,7 % du CA 28Z07 - Chimio. pour tumeur, en séances	1,3 % du CA 05M09 - Insuff. cardiaques et états de choc circulatoire	1,8 % du CA 05M09 - Insuff. cardiaques et états de choc circulatoire	1,8 % du CA 03C25 - Interv. majeures sur la tête et le cou	1,4 % du CA 04M13 - Œdème pulmonaire et détresse respiratoire	2 % du CA 15M05 - nv-nés de 3,3 kg et âge gesta. de 40 SA et assimilés
9	1,6 % du CA 06C04 - Interv. majeures sur l'intestin grêle et le côlon	1,2 % du CA 14Z13 - Accouch. uniques par voie basse chez une primipare	1,7 % du CA 06K04 - Endoscopie digestive diag. et anesthésie, en ambu.	1,7 % du CA 27Z02 - Allogreffes de cellules-souches hématop.	1,4 % du CA 01M30 - Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	1,9 % du CA 06C04 - Interv. majeures sur l'intestin grêle et le côlon
10	1,6 % du CA 08C49 - Interv. sur la hanche et le fémur pour trauma. récents, âge > 17 ans	1,2 % du CA 23Z02 - Soins Palliatifs, avec ou sans acte	1,6 % du CA 08C48 - Prothèses de hanche pour des affections autres que des trauma. récents	1,7 % du CA 17K06 - Autres curiethérapies et irradiations internes	1,3 % du CA 22C02 - Brûlures non étendues avec greffe cutanée	1,7 % du CA 14Z14 - Accouch. uniques par voie basse chez une multipare

Ainsi, deux des trois premières racines de GHM pour les CHU (les craniotomies non traumatiques, en numéro 1 et la chirurgie de remplacement valvulaire sous CEC en numéro 3) ne sont pas dans le top 10 des autres catégories. Le numéro 4 des racines de GHM pour les CHU (AVC) ne se retrouve que dans le top 10 des CH (6^e) et des HIA (9^e). Il faut aller jusqu'au 182^e rang pour en trouver trace dans le palmarès du privé lucratif.

De la même façon, la racine qui apparaît en numéro 1 dans les CH (insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire) n'est pas dans le top 10 du privé lucratif (38^e place).

À l'inverse, les deux racines les plus importantes du privé lucratif (cataractes, endoscopies digestives diagnostiques) ne sont pas présentes dans le top 10 des CH (17^e et 32^e) ni dans celui des CHU (28^e et 133^e).

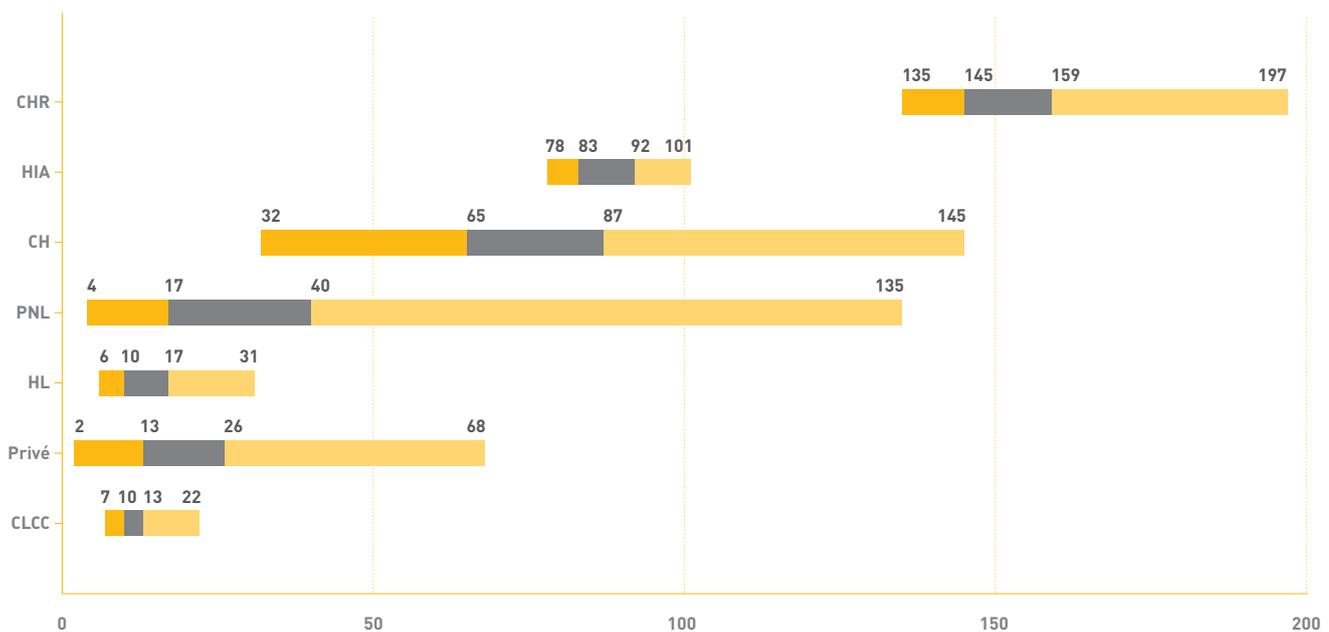
Cela montre, une fois de plus, qu'au-delà de la concentration d'activité très différente d'un type d'établissement à l'autre (et notamment entre le secteur public qui possède une large gamme d'activités et le secteur privé lucratif qui développe une gamme nettement plus restreinte d'activité), la nature même d'activité est très différente. Pour résumer, on peut dire que le secteur

privé lucratif est nettement orienté vers la chirurgie programmée très protocolisée (la cataracte en est l'illustration), ainsi que sur quelques gestes techniques facilement répétables (endoscopies, endoprothèses, coronarographie) alors que le secteur public est nettement plus orienté vers les prises en charge médicales et les prises en charge lourdes. Il possède d'ailleurs de nombreuses activités quasi monopolistiques : certaines pour des raisons réglementaires, d'autres parce que le secteur privé a fait le choix de ne pas les investir.

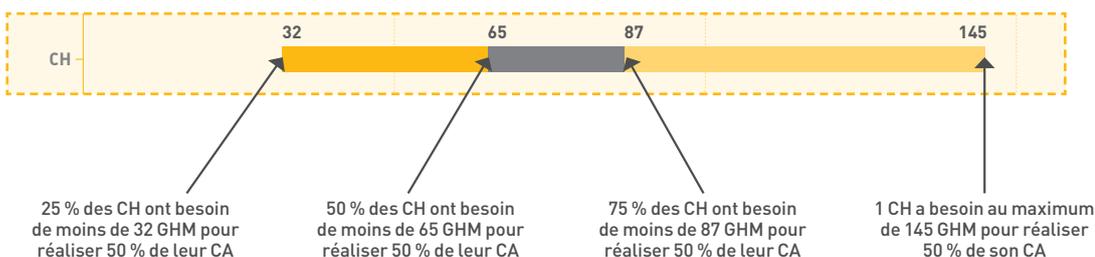
Concentration par établissement (analyse regroupée par catégorie)

Alors que, dans le paragraphe précédent, on comparait la concentration d'activité par catégorie d'établissements pris dans leur ensemble (une entité = le regroupement de tous les établissements de la catégorie), il est utile de faire ce travail par établissements pris individuellement. En effet, il se peut qu'une catégorie d'établissements ayant une activité étendue ne soit constituée que d'établissements ayant des activités réduites (on le verra, par exemple, pour les établissements privés non lucratifs).

27* Nombre de groupes GHM nécessaires pour 50 % du CA - Sources : PMSI 2013 - Atih/DGOS



Lecture



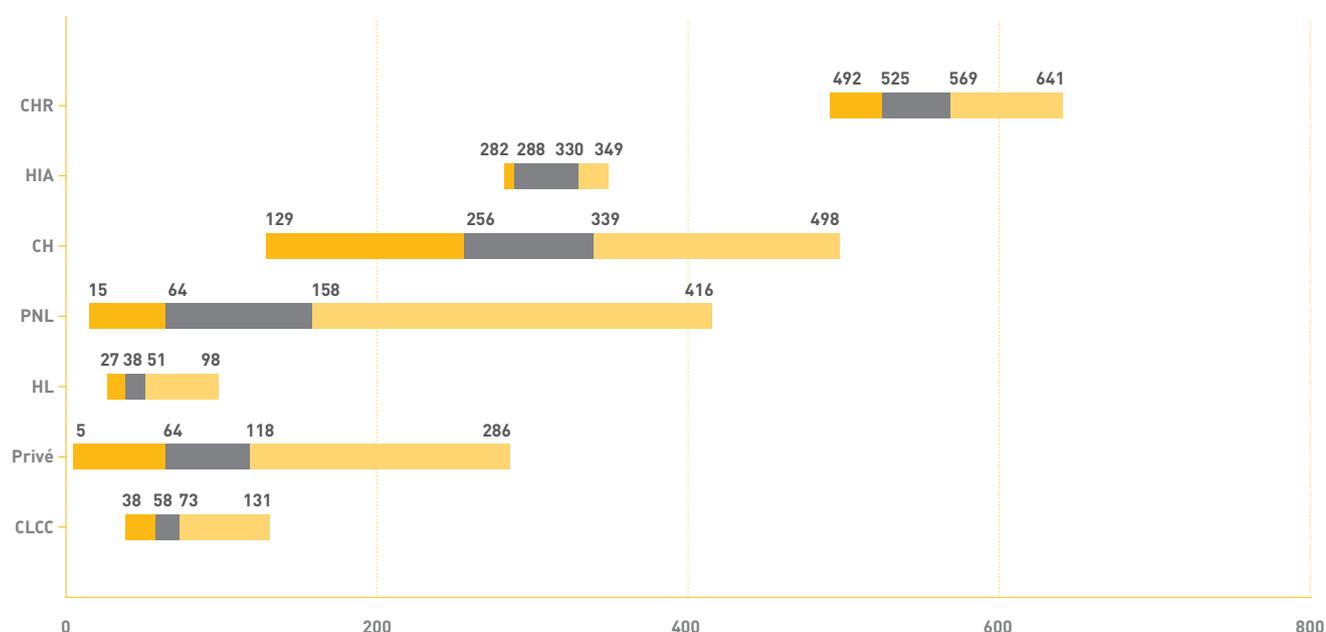
Sur l'indicateur « nombre de GHM nécessaires pour expliquer 50 % du chiffre d'affaires », on constate, par exemple, que la moitié des cliniques lucratives n'a besoin que de 13 GHM alors qu'il faut au moins 65 GHM pour la moitié des CH et au moins 145 GHM pour la moitié des CHU. On constate aussi que la clinique commerciale qui a le *case-mix* le plus étendu en France (selon cet indicateur) a besoin de 68 GHM pour expliquer 50 % de son CA, tandis que le CHU qui a le *case-mix* le moins étendu (cet indicateur ne figure pas sur le graphique) a besoin de 100 GHM pour atteindre 50 % de son CA. Cette valeur maximum pour le secteur privé de 68 GHM pour 50 % de son CA est dépassée par la moitié des CH. On met facilement en évidence ici que la concentration d'activités n'a rien à voir dans une clinique commerciale et dans un établissement public.

Un autre constat important concerne les établissements privés non lucratifs (mentionnés par le sigle « PNL »

sur les graphiques). Alors que la base d'activité prise dans son ensemble donnait à penser que l'étendue d'activité était proche de celle des CH, on voit que, pris individuellement, les établissements de ces deux catégories sont assez éloignés. Autrement dit, la base de séjours des PNL est à peu près étendue de la même façon que celle des CH. En revanche, chaque établissement Espic possède une étendue d'activité généralement plus faible contrairement à celle des CH qui ont généralement une étendue d'activité assez élevée. Les établissements privés non lucratifs ont tendance à être complémentaires pour couvrir une activité relativement étendue, ce qui n'est pas le cas des autres catégories qui ont plutôt tendance à être composées d'établissements redondants en termes d'activités.

Les constats sont similaires concernant l'indicateur « Nombre de GHM nécessaires pour expliquer 80 % du chiffre d'affaires ».

28* Nombre de groupes GHM nécessaires pour 80 % du CA - Sources : PMSI 2013 - Atih/DGOS



Les activités typiques

Lorsqu'on regarde — pour les établissements publics et les établissements privés — la liste des activités les plus importantes en termes de CA, on distingue trois cas :

- les activités dont l'importance est comparable qui représentent une part importante globalement dans les deux secteurs : on trouve notamment les accouchements, la chimiothérapie ou la chirurgie majeure digestive ;
- les activités très importantes en termes de CA dans le secteur privé et qui sont plutôt secondaires dans le public : la chirurgie de la cataracte représente 6,4 % du CA du privé lucratif contre moins de 1 % du secteur ex-DG. On peut aussi citer les endoscopies digestives qui représentent une part sept fois plus importante dans le secteur commercial, tout comme les arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires. 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 qui sont délaissées par le secteur privé lucratif : la prise en charge des AVC représente une part 13 fois plus importante dans le secteur ex-DGF que dans le privé lucratif, la prise en charge des infections respiratoires est proportionnellement six fois plus fréquente dans le secteur ex-DG, tout comme la prise en charge des embolies pulmonaires et des détresses respiratoires (cinq fois plus fréquents). La médecine lourde représente une partie importante de cette catégorie. On y trouve notamment les traumatismes de toute nature. On mentionnera bien sûr également ici les activités exclusivement CHU comme les transplantations, la prise en charge du VIH, des brûlés, etc.

Conclusion

En termes d'étendue et de diversité d'activités, on peut faire les constats 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'activités en général, et de façon redondante avec les autres cliniques (il n'y a pas complémentarité pour couvrir toute l'étendue du champ MCO et les cliniques commerciales ont de nombreux pans d'activité non couverts, généralement par choix, parfois pour des raisons réglementaires) ;
- les CHU couvrent tous des activités extrêmement variées, que ce soit à titre individuel comme à titre 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 sont — à titre individuel — complémentaires entre eux : ils ont en général une étendue d'activité assez faible (mais plus grande que les établissements lucratifs) ; en revanche, à titre collectif, les indicateurs de concentration d'activités sont les mêmes pour eux 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'activités, contrairement au secteur privé lucratif ;
- bien qu'une partie de leur activité soit commune, le secteur privé commercial et le secteur public couvrent des champs assez différents. Ils sont parfois complémentaires comme, par exemple, dans le cas des actes facilement protocolisables (cataractes, endoscopies, etc.) pris en charge de façon majoritaire dans le privé. À l'inverse, il résulte parfois d'un choix du privé de ne pas investir certains champs non facilement rentabilisables (AVC, infections respiratoires, médecine en général).

On constate assez aisément et de manière indiscutable que les différents secteurs ne reposent absolument pas sur des modèles similaires d'offre. Les déclarations visant à faire croire le contraire et indiquant que les secteurs sont interchangeables en termes de structuration des profils pris en charge ne trompent probablement pas beaucoup de professionnels. ■

5 ■ APPRÉCIATION DE LA PROXIMITÉ DES PROFILS D'ACTIVITÉ - Stéphane Finkel (FHF)

On souhaite parfois comparer les profils d'activités de deux établissements ou de deux types d'entités juridiques (les CHU et les cliniques par exemple).

On désire savoir si les deux entités comparées ont des profils d'activités similaires ou pas, si leurs indicateurs de concentration d'activités sont proches ou non et si les activités principales sont les mêmes dans les deux entités.

On souhaite savoir si chacune des deux entités couvre l'activité de l'autre ou non.

Pour cela, on développe une méthode de comparaison des *case-mix* afin d'obtenir des indicateurs permettant de répondre à ces questions.

Quelques éléments de méthodologie au travers d'un exemple

Pour chacun des secteurs comparés, on retient les GHM (groupes homogènes de malades) — classés dans l'ordre décroissant de chiffre d'affaires (CA) — qui expliquent x % du revenu total.

Exemple : On souhaite comparer les profils d'activités des CH et du secteur privé lucratif. On choisit par exemple le top 20 % de chaque secteur.

Voici les GHM qui sont les plus importants en termes de volume financier pour les CH :

29* Catégorie CH - Sources : PMSI - Atih - FHF/BDHF

Rang	GHM	% du CA de la catégorie d'établ.	% CA cumulé
1	14Z14A-Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative	2,5 %	2,5 %
2	23Z02Z-Soins Palliatifs, avec ou sans acte	2,0 %	4,5 %
3	14Z13A-Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative	2,0 %	6,5 %
4	15M05A-Nv-nés de 3 300 g et âge gest. de 40 SA et assimilés (groupe Nv-nés 1), sans prblm signif.	1,8 %	8,3 %
5	28Z07Z-Chimiothérapie pour tumeur, en séances	1,7 %	10,0 %
6	14C08A-Césariennes pour grossesse unique, sans complication significative	1,2 %	11,2 %
7	05M093-Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3	1,2 %	12,4 %
8	05M092-Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 2	1,1 %	13,5 %
9	04M053-Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	0,9 %	14,5 %
10	02C05J-Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambul.	0,9 %	15,3 %
11	01M303-Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 3	0,9 %	16,2 %
12	23M20Z-Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	0,8 %	17,0 %
13	04M052-Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	0,8 %	17,8 %
14	15M05B-Nv-nés de 3 300 g et âge gest. de 40 SA et assimilés (groupe Nv-nés 1), avec autre prblm signif.	0,7 %	18,5 %
15	06C043-Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 3	0,6 %	19,1 %
16	06K04J-Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambul.	0,6 %	19,8 %
17	04M203-Bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 3	0,6 %	20,3 %

Voici les GHM qui sont les plus importants en termes de volume financier pour les cliniques commerciales :

30* Catégorie Privé lucratif - Sources : PMSI - Atih - FHF/BDHF

Rang	GHM	% du CA de la catégorie d'établ.	% CA cumulé
1	02C05J-Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambul.	5,6 %	5,6 %
2	06K04J-Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambul.	3,9 %	9,4 %
3	28Z07Z-Chimiothérapie pour tumeur, en séances	3,1 %	12,5 %
4	06K02Z-Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	2,3 %	14,8 %
5	08C481-Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, niveau 1	1,7 %	16,5 %
6	08C241-Prothèses de genou, niveau 1	1,7 %	18,2 %
7	14Z14A-Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative	1,6 %	19,8 %
8	03K02J-Affections bouche et dents + certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambul.	1,5 %	21,3 %

On conserve les GHM qui apparaissent dans les deux listes (qui ont donc en commun la caractéristique d'être dans le top x % des deux secteurs comparés).

Seulement quatre GHM sont communs dans ces deux listes constituant l'activité couverte de façon importante par les deux entités.

On calcule alors la part de CA que cette liste induit pour chaque secteur (qui se situe entre 0 % et x %). Si cette part est élevée, cela indique que les activités fortes du secteur étudié sont également couramment réalisées par l'autre ; à l'inverse, une part faible indique que de nombreuses activités sont spécifiques à un secteur et non couvertes par l'autre.

Ces quatre GHM en commun font 5,7 % du CA des CH et 14,1 % de celui du privé (sur un maximum possible de 20 % dans cet exemple).

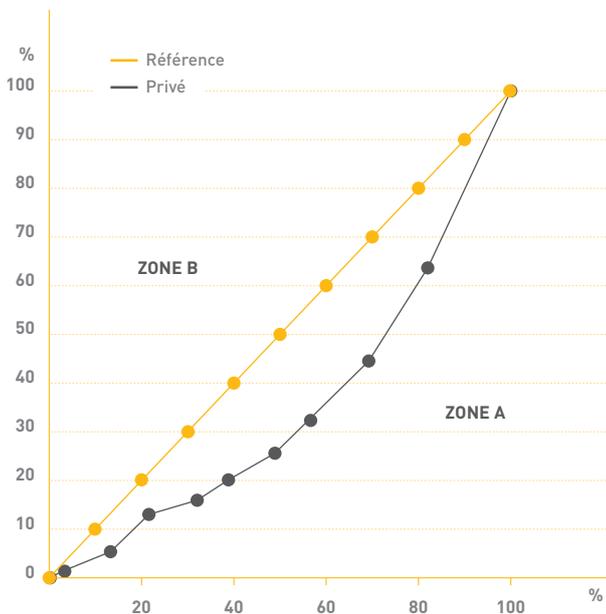
Les parts ne sont pas équivalentes et s'éloignent assez fortement dans un cas du maximum (20 %).

On en déduit d'une part que les profils sont très différents et, d'autre part, que les activités fortes des CH sont souvent spécifiques et non couvertes par les cliniques tandis que les activités fortes des cliniques sont plutôt bien couvertes par les CH.

Représentation graphique

Si on fait varier « x », le couple qui permet d'apprécier la proximité du *case-mix* varie également. La représentation graphique du couple de points ainsi obtenu permet de repérer visuellement la proximité des *case-mix*.

Dans l'exemple, on prend le *case-mix* des CH en référence et on lui compare le *case-mix* du secteur privé lucratif.



Signification des axes

Abscisse : part du CA des GHM les plus importants pour la structure de référence qui sont communs avec la structure comparée ;

Ordonnée : part du CA des GHM les plus importants pour la structure comparée qui sont communs avec la structure de référence ;

Exemple : on prend 50 % des GHM les plus importants (en termes de CA cumulé) des CH (référence) et 50 % des GHM les plus importants des cliniques commerciales. Le point généré sur le schéma aura pour coordonnées (19,9 % ; 38,8 %) indiquant que seuls 19,9 % (sur 50 %) du CA des CH correspondent à des GHM également présents dans la liste du top 50 du privé et, à l'inverse, que 38,8 % (sur 50 %) du CA des cliniques correspondent à des GHM également dans la liste du top 50 des CH. L'interprétation peut être la suivante : la plupart des GHM importants des CH ne sont pas réalisés par le privé tandis qu'à l'inverse, les GHM importants des cliniques sont couramment réalisés par les CH.

La droite ($x = y$) qui traverse le graphique en diagonale représente la référence du *case-mix* des CH (si l'entité comparée a un profil d'activité proche de celui des CH alors sa courbe sera très proche de cette droite).

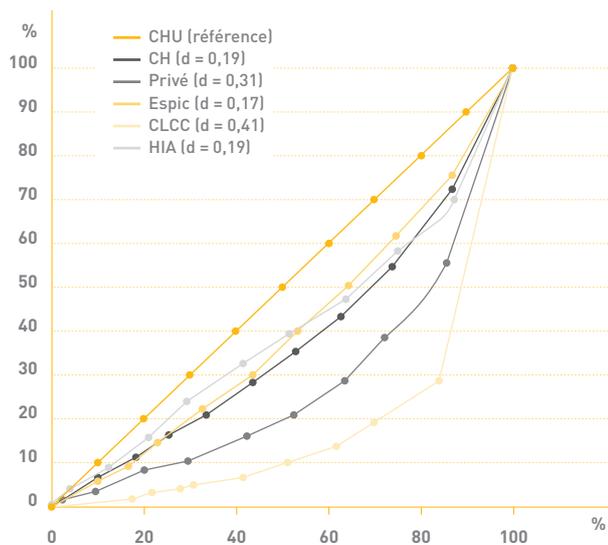
Si la courbe s'éloigne vers le haut (zone B) cela signifie que l'activité principale de la référence (ici, les CH) est assise sur une palette moindre de GHM que le *case-mix* de l'entité comparée. À l'inverse, si la courbe s'éloigne vers le bas (zone A), cela signifie que la référence réalise son activité sur un *case-mix* plus large que l'entité comparée.

Dans l'exemple, on constate que la courbe du privé lucratif s'éloigne nettement vers le bas. Les CH ont donc une activité nettement plus large (ou, dit autrement, les cliniques réalisent l'essentiel de leur activité sur nettement moins de GHM).

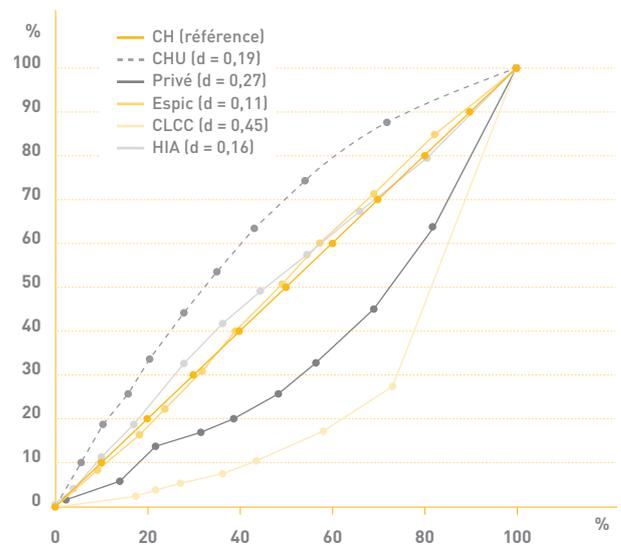
Afin d'avoir un indicateur synthétique, il suffit de calculer la distance moyenne de la courbe à la droite de référence dans le plan cartésien (on fait la moyenne de la distance des points calculés qui est une bonne approximation). Postulat : la distance peut varier de 0 (*case-mix* parfaitement égaux) à 0,71 (*case-mix* parfaitement disjoints).

Dans l'exemple, la distance est de 0,27. On appréciera cette valeur avec celles obtenues dans la suite de l'exposé.

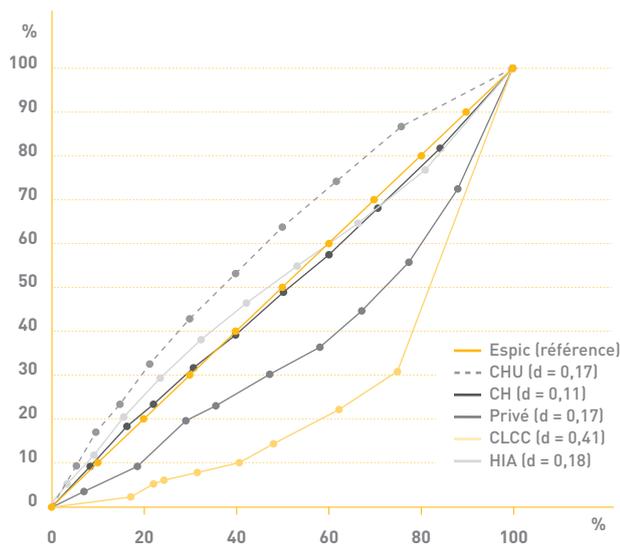
31* Courbes de proximités de case-mix en 2013 : Référence CHU
Sources : PMSI - Atih - FHF/BDHF



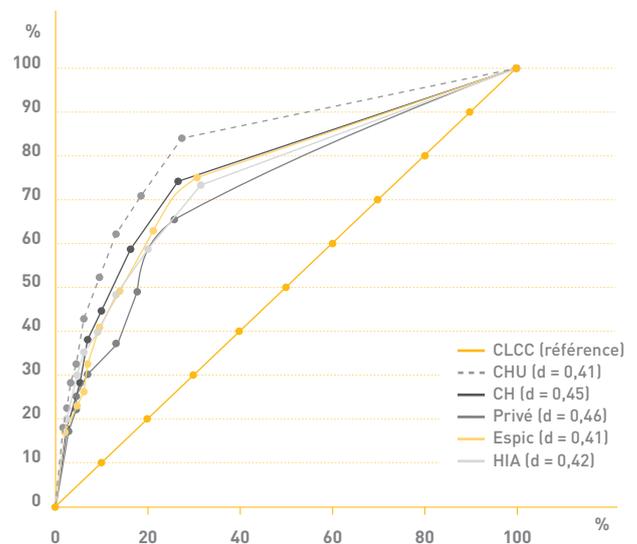
32* Courbes de proximités de case-mix en 2013 : Référence CH
Sources : PMSI - Atih - FHF/BDHF



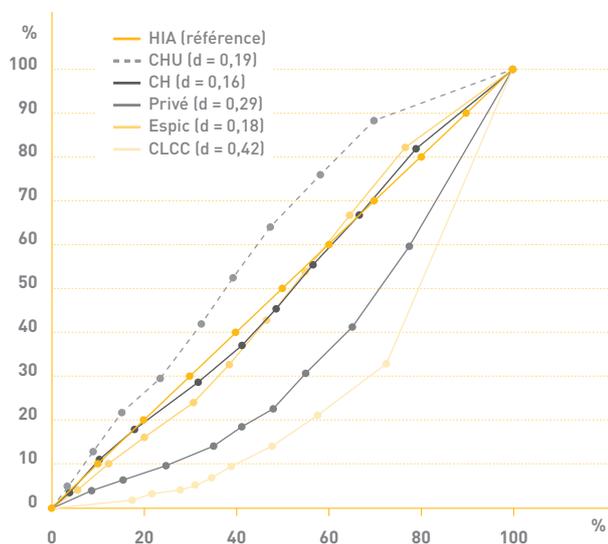
33* Courbes de proximités de case-mix en 2013 : Référence Espic
Sources : PMSI - Atih - FHF/BDHF



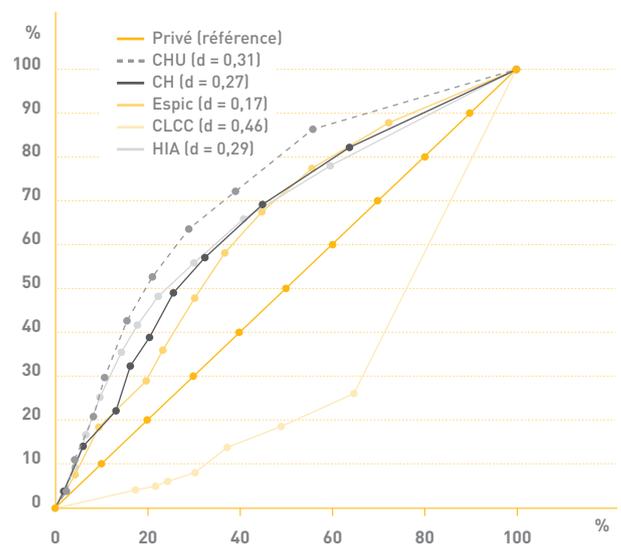
34* Courbes de proximités de case-mix en 2013 : Référence CLCC
Sources : PMSI - Atih - FHF/BDHF



35* Courbes de proximités de case-mix en 2013 : Référence HIA
Sources : PMSI - Atih - FHF/BDHF



36* Courbes de proximités de case-mix en 2013 : Référence Privé
Sources : PMSI - Atih - FHF/BDHF



Résultats

Il s'agit ici de comparer le profil des *case-mix* des différents types d'entités juridiques entre eux.

CHU

On constate d'une part que la courbe de référence reste au-dessus de toutes les autres, ce qui n'est pas surprenant puisque cela indique que l'activité ayant un impact significatif sur le CA des CHU possède une palette nettement plus large que celle des autres catégories. La courbe la plus éloignée par le bas est logiquement celle des centres de luttres contre le cancer (CLCC) compte tenu évidemment de la forte concentration de l'activité de ces établissements.

On commentera en revanche les quatre autres courbes. On trouve, d'une part, le secteur privé très éloigné de la référence CHU, puis les trois courbes des CH, HIA et Espic beaucoup moins éloignées de la référence CHU et assez proches les unes des autres. Cela exprime le fait que la gamme d'activités du secteur privé est de loin la plus étroite. Ce qui est important pour le privé est réalisé par les CHU et ce qui est important pour les CHU n'est pas réalisé par le privé. **31***

CH

Trois courbes s'éloignent nettement de la référence CH. D'une part, au-dessus on trouve les CHU et, d'autre part, par en-dessous, les CLCC (courbe logiquement très éloignée) et le privé. Le privé est davantage éloigné par le bas que ne le sont les CHU par le haut, ce qui est confirmé par les indicateurs de distance. Cela signifie donc que les CH ont un profil d'activité plus proche de celui des CHU que de celui du privé lucratif — qui semble donc une catégorie isolée parmi les catégories multidisciplinaires. La courbe du privé lucratif se trouve toujours en dessous des autres, ce qui exprime le fait que les autres réalisent davantage l'activité effectuée par le privé que l'inverse. **32***

Espic

Cette représentation confirme ce qu'on a vu plus haut. On peut rajouter que le profil d'activité des Espic semble plus proche du profil d'activité des catégories non lucratives que du profil des cliniques commerciales. **33***



Schématiquement, le secteur non lucratif réalise tout ce que fait le secteur lucratif alors que le contraire n'est pas vrai.



CLCC

Les CLCC sont une catégorie très à part. Toutes les courbes lui passent au-dessus ce qui est parfaitement logique : les autres catégories ont tendance à faire de la cancérologie — le cœur de métier du CLCC — tandis que ces derniers ne couvrent pas les activités importantes des autres catégories. **34***

HIA

Les hôpitaux militaires ont des profils d'activité assez peu éloignés de ceux des CH, des Espic et même des CHU. Les grandes différences se situent probablement sur les activités d'obstétrique et de pédiatrie. **35***

Privé lucratif

Pas de surprise par rapport à ce qu'on a déjà vu plus haut : chaque catégorie (à l'exception des CLCC) possède un socle d'activités nettement plus large que celui du privé. **36***



Discussion

Les résultats obtenus avec cette méthode sont assez simples à comprendre. L'ordre des courbes possède une signification ainsi que la distance par rapport à la courbe de référence (distance « point par point » et non distance euclidienne).

Cette méthode permet une fois encore de montrer que les activités du secteur lucratif et celles des secteurs non lucratifs ne sont pas similaires et ne se recouvrent pas. Schématiquement, le secteur non lucratif réalise tout ce que fait le secteur lucratif alors que le contraire n'est pas vrai.

Cette méthode peut aussi servir à apprécier la proximité des *case-mix* de deux établissements. ■

6 ■ LES PATIENTÈLES PUBLIQUES ET PRIVÉES SONT DIFFICILEMENT COMPARABLES

Sandra Gomez (FHF)

L'analyse du contenu de quelques racines de groupes homogènes de malades (GHM) montre combien l'activité diffère entre le secteur public et le secteur privé.

Une des explications est, bien sûr, relative aux autorisations d'activité des établissements privés. En effet, un faible nombre d'entre eux possède une activité de médecine. Néanmoins, lorsque les GHM sont représentés dans les deux secteurs, on observe des différences de nature à montrer qu'il est hasardeux de vouloir appliquer la soi-disant « meilleure performance des établissements privés en termes de durée de séjour et de coûts » aux établissements publics. Il ne faut pas oublier que chaque racine de GHM regroupe, en général, de nombreux diagnostics et actes puisque les 12 000 codes diagnostics de la CIM-10 et les 7 765 actes CCAM sont regroupés dans 663 racines de GHM. Il en résulte qu'au sein de chacune des racines, les diagnostics comme les actes qui sont pratiqués par chacun des secteurs peuvent être différents.

Une importante différence entre les deux secteurs réside dans le nombre de séjours pour lesquels les patients entrent en urgence à l'hôpital. Il en résulte une prépondérance d'affections traumatiques ou de maladies urgentes à traiter dans le secteur public et une prépondérance de pathologies chroniques ou sans caractère urgent dans le secteur privé.

Le taux d'ambulatoire plus important dans le secteur privé s'explique en général par une part de séjours où les actes effectués le sont dans un cadre hors urgence et pour des affections chroniques. Il en découle que le taux d'ambulatoire applicable au secteur privé ne peut être le même que celui du secteur public en raison de ces différences de recrutement liées à l'urgence.

L'âge, les actes concernés, les comorbidités ou les zones géographiques sont aussi des critères qui différencient le secteur public du secteur privé. Des exemples vont illustrer ces différences de patientèle et l'impact de ces différents critères sur le contenu réel des racines concernées. L'analyse différenciera l'activité chirurgicale de l'activité médicale.

Concernant l'activité chirurgicale

Si l'on regarde des racines chirurgicales effectuées dans le privé comme dans le public, on note, par exemple, pour les réparations de fissures labiales et palatines (racine 03C02) que 7 % des séjours du secteur public concernent des patients âgés de plus de 15 ans (contre 23 % dans le secteur privé). Le taux d'ambulatoire est de 11 % dans le privé contre 3 % dans le public alors que la majorité des séjours de cette racine est réalisée dans le secteur ex-DGF. Ceci est dû à une proportion non négligeable de séjours classés dans les niveaux de sévérité. L'essentiel de cette activité concerne, pour le secteur public, le traitement des fentes labiales et palatines des enfants (contre 16 % de séjours dans le secteur privé s'intéressant aux anomalies dentofaciales, stomatites ou maladies des lèvres et de la muqueuse buccale).

De la même façon, pour la racine 12C03 des interventions sur le pénis dont les séjours se répartissent à parts égales entre le secteur public et le secteur privé, les actes diffèrent grandement avec, dans le privé, des posthectomies pour phimosis et des exérèses de lésions de la peau du pénis, du gland et/ou du sillon balanopréputial pour des condylomes anogénitaux. Dans le secteur public, des uréthrostomies pour malformations congénitales des organes génitaux représentent la majorité des prises en charge. Il en résulte que les actes pratiqués dans le privé s'effectuent facilement en ambulatoire comme en témoigne un taux d'ambulatoire important à 67 % contre 24 % dans le public. 58 % des patients traités dans le secteur public ont moins de cinq ans contre 33 % dans le privé.

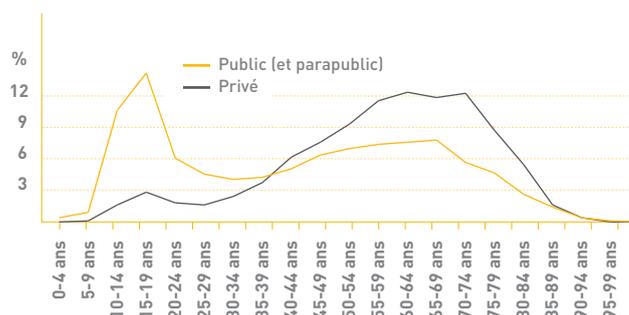
De la même façon, l'analyse des temps de trajet montre que 36,1 % des patients habitent à plus de 30 minutes de l'hôpital contre seulement 13,7 % dans le secteur privé.

37* Éloignement du domicile des patients - Sources : PMSI - Atih - WayServer pour les temps de trajet. FHF/BDHF

Éloignement du domicile des patients	Public	Privé
0 à 15 min	40,5 %	64,5 %
15 à 30 min	23,4 %	21,8 %
30 à 45 min	11,4 %	7,3 %
45 à 60 min	8,6 %	2,3 %
60 à 75 min	5,1 %	1,4 %
75 à 90 min	3,8 %	0,9 %
90 à 999 min	7,2 %	1,8 %
Taux d'inconnu (non compté dans les %)	3,7 %	2,8 %

Un dernier exemple concerne la racine 08C51 des interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scolioses où le secteur public occupe une part prépondérante (68 %). Dans cette racine, il n'existe pas d'activité ambulatoire. En revanche, les entrées par les urgences vont différencier les séjours des deux secteurs : le secteur public ayant les lésions traumatiques à prendre en charge et le secteur privé, les dorsopathies et spondylopathies (cyphoses, scolioses, lordoses). Il s'agit, dans ce cas, d'une activité essentiellement programmée et protocolisée.

38* Profils d'âges des patients ayant eu des interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scolioses en 2013 - Sources : PMSI - Atih - FHF/BDHF



Cette traumatologie se repère aussi sur la structure d'âge dans cette racine. Dans le public, 40 % des séjours concernent des patients de moins de 35 ans contre seulement 10 % dans le privé. Et ce alors que le secteur public possède un profil correspondant davantage aux pathologies de l'adulte et de la personne âgée (79 % des patients ont entre 40 et 80 ans contre 51 % dans le public).

La durée des séjours est très longue dans cette racine et plus élevée dans le secteur public que privé (12,3 jours contre 8,5) avec notamment beaucoup de séjours très longs (un patient sur deux séjourne au moins dix nuits à l'hôpital contre un sur quatre dans le privé). Les patients hospitalisés dans le public résident en moyenne plus loin de leur lieu d'hospitalisation que les patients hospitalisés dans le privé (40 % sont à plus de 45 minutes contre 32 % dans le privé).

Concernant l'activité médicale

Pour les racines médicales, la situation est quelque peu différente car les établissements privés ont une activité de médecine faible par rapport au secteur public. Néanmoins, certains séjours concernant des spécialités chirurgicales comportent un nombre de séjours important dans le secteur privé permettant une analyse des différences de pratiques entre les deux secteurs.

Prenons, par exemple, la racine 03M04 concernant les otites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans, où la part du secteur public est prépondérante avec 81 % des séjours. 40 % des séjours du privé concernent les maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires contre seulement 21 % dans le public où l'essentiel concerne des affections aiguës des voies respiratoires supérieures. Dans 20 % des cas, on retrouve des avulsions dentaires dans les séjours côté privé contre 6 % des cas côté public. 37 % des patients dans le secteur public ont moins de 35 ans contre 26 % dans le privé. La majorité des séjours du public rentre via les urgences (58,3 % des venues dans le public contre 21,7 % dans le privé). De plus, dans cette activité, on note que les établissements publics couvrent une palette nettement plus large en ORL et en stomatologie que les cliniques. En effet, un hôpital médian qui prend en charge les affections concernées par cette racine couvre un *case-mix* intra-spécialité deux fois plus large qu'une clinique.

Pour les maladies osseuses et les arthropathies spécifiques classées dans la racine 08M10 où, là encore, le secteur public réalise une majorité des séjours, des différences importantes sont à constater en termes de patientèle. Les patients pris en charge dans le public — et le parapublic — le sont pour des affections rhumatismales comme des arthropathies inflammatoires et des ostéoporoses alors que, dans le privé, les affections concernent principalement des gonarthroses et les coxarthroses. En raison des pathologies traitées, les durées moyennes de séjour (DMS) sont de 3,6 jours dans le privé contre 5,8 jours dans le public. Dans cette racine, les séjours sont plus complexes dans le secteur public que dans le secteur privé puisqu'ils comportent plus du double de comorbidités de niveau 2 ou supérieur (1,23 contre 0,57). Par ailleurs, la couverture des GHM de rhumatologie des hôpitaux est nettement plus large que celle des cliniques

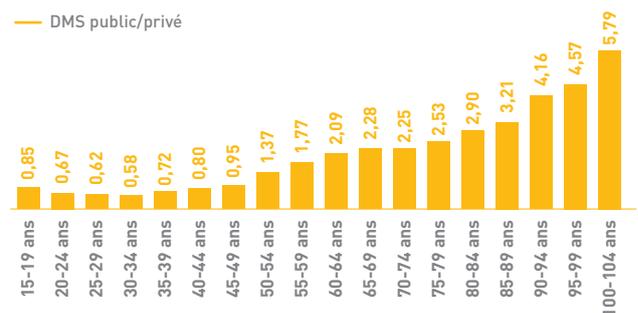
puisqu'un établissement public sur deux couvre au moins 60 % des GHM de la spécialité alors qu'une clinique sur deux couvre à peine 25 % de cette palette.

Pour la racine 03M11 concernant les affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, la part du secteur public reste prépondérante (60 %). Les affections concernent les caries et les dents incluses ou enclavées dans 51 % des cas pour le secteur privé et dans moitié moins de cas pour le secteur public. Les lésions traumatiques de la tête représentent 23 % des affections traitées dans le secteur public, signant à nouveau le fort impact des entrées en urgence pour ce secteur (34 % dans le public contre 3 % dans le privé). Les séjours pris en charge dans le public sont plus complexes avec 3,6 fois plus de comorbidités associées (CMA) non exclues (0,61/séjour dans le public, 0,17/séjour dans le privé) que pour les établissements privés. Ceci explique le très fort taux d'ambulatoire du privé (83 % contre 47 %).

39* Impact de l'âge sur la DMS dans la racine 03M11

(Total public / privé, au moins 10 séjours dans la tranche d'âge)

Sources : base PMSI 2013 / FHF - BDHF



Dans cette racine, il n'y a pas de différence significative en matière de profils d'âge entre le public et le privé. Néanmoins, on note le fort impact de l'âge sur la durée de séjour.

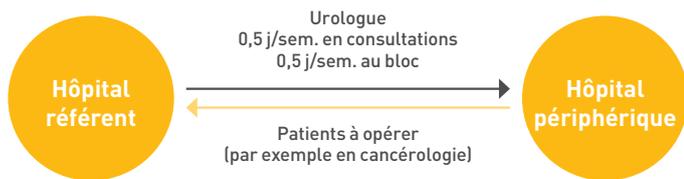
Il se dégage de l'analyse de ces quelques racines, qu'il **serait inopportun de comparer, sans précaution particulière, l'activité des secteurs public et privé.** Certes, les séjours sont bien classés dans la même racine mais non seulement **les affections et souvent les actes différents**, ce qui engendre des durées de séjours différentes, mais **les modes d'entrée par les urgences de l'hôpital ont un impact** supplémentaire sur les durées et les coûts des séjours. Par ailleurs, **la complexité des séjours est souvent plus grande dans le secteur public, le recrutement sur une zone géographique plus étendue** aussi, tout comme **la palette d'activités couvertes pour une spécialité donnée est plus large dans le public.**

Autant de facteurs qui viennent, par exemple, expliquer les taux plus importants d'ambulatoire dans le privé (activité programmée, faible taux de comorbidités, proximité géographique) mais aussi, la forte probabilité que le secteur public ne puisse pas être en mesure de rattraper le secteur privé sur cette activité ambulatoire, la patientèle différant totalement entre les deux secteurs. ■

7 ■ COMMENT MESURER LES EFFETS DE LA MISE EN PLACE DE TEMPS MÉDICAL PARTAGÉ ENTRE DEUX ÉTABLISSEMENTS ? - Léo Cazin, Helen Micheaux, Frédéric Kletz (École nationale supérieure des mines de Paris)

Dans le cadre d'une Communauté hospitalière de territoire (CHT), du temps médical partagé a été mis en place dès 2010 : l'hôpital référent de la CHT met à disposition d'un hôpital périphérique un chirurgien urologue à raison d'une journée par semaine, partagée entre une demi-journée de consultations et une demi-journée d'interventions chirurgicales sur place. Cette stratégie a été élaborée dans une logique de partenariat « gagnant-gagnant » entre les deux établissements. En effet, l'hôpital périphérique — qui ne dispose pas de service de chirurgie urologique — peut, à présent, attirer quelques patients dans cette spécialité. L'hôpital référent espère, quant à lui, récupérer quelques patients qui ne peuvent être opérés sur place (par exemple, en cancérologie). Ces patients avaient, auparavant, souvent tendance à s'orienter vers les cliniques privées de la région.

40* Fonctionnement du partenariat entre les deux établissements de la CHT



Toutefois, depuis la mise en place de ce schéma stratégique, les deux hôpitaux ne disposent pas d'indicateurs chiffrés qui leur permettraient de savoir si ce partenariat porte ses fruits et s'il profite bien aux deux établissements, comme cela avait été escompté.

Ce type de questionnement est récurrent et est présent dans bon nombre d'établissements hospitaliers engagés dans une CHT et désireux de suivre l'impact des actions menées dans ce cadre. Nombre de ces établissements se plaignent de ne pas trouver dans les outils existants la réponse à ces interrogations. Pourtant, des acteurs du monde hospitalier (FHF, Anap, etc.) ont cherché à développer des bases de données de plus en plus riches pour aider justement les centres hospitaliers dans ces démarches. Comment expliquer un tel paradoxe ? C'est le sujet qui a interrogé deux élèves-ingénieurs de 3^e année de Mines ParisTech pendant toute l'année 2013-2014. La FHF avait en effet constitué un outil très élaboré, maintes fois enrichi depuis sa création il y a de nombreuses années, la Banque de données hospitalières de France (BDHF) et cherchait à comprendre les raisons d'une utilisation en deçà des attentes.

L'étude réalisée a eu donc pour objectif de réfléchir à la mise en place d'outils apportant des éléments de réponse aux interrogations stratégiques d'évaluation des performances des centres hospitaliers engagés dans des coopérations.

Éléments de méthodologie

Étant donné qu'il n'est pas possible de mener un chaînage des consultations réalisées à l'hôpital périphérique avec les opérations effectuées dans l'hôpital référent, l'étude a été conduite en prenant appui sur les parts de marché des deux établissements en chirurgie urologique, sur le bassin de recrutement de l'hôpital périphérique*. Ces données sont disponibles dans la BDHF, dans le module « Parts de marché », mais également dans le module « Coopération territoire » qui permet de sélectionner un territoire librement défini. La spécialité étudiée correspond au groupe de planification « Chirurgie urologique »**.

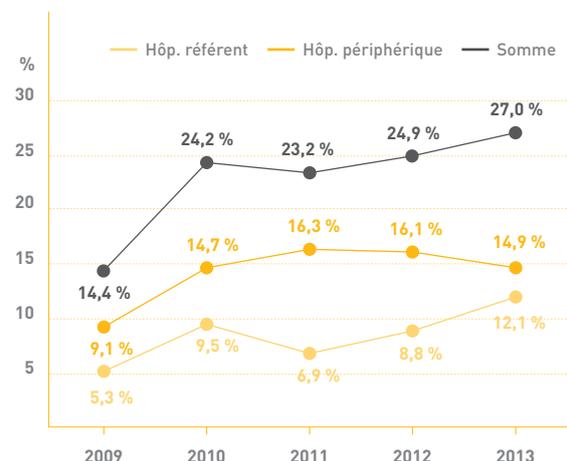
Quelques résultats

41* Quelques chiffres présentant l'activité de chirurgie urologique avant la mise en place du partenariat (le 1^{er} octobre 2010), et trois ans après - Sources : Bases PMSI 2009-2013 - Atih - FHF - BDHF

Activité chirurgie urologique réalisée au profit de patients résidant sur le bassin de recrutement de l'hôpital périphérique		2009	2013
Hôp. référent	Nombre de séjours	22	56
	Parts de marché sur le bassin	5,3 %	12,1 %
	Chiffre d'affaires réalisé sur le bassin	88 091 €	210 547 €
	Chiffre d'affaires moyen par séjour	4 004 €	3 760 €
Hôp. périph.	Nombre de séjours	38	69
	Parts de marché sur le bassin	9,1 %	14,9 %
	Chiffre d'affaires réalisé sur le bassin	110 571 €	191 401 €
	Chiffre d'affaires moyen par séjour	2 910 €	2 774 €

42* Évolution des parts de marchés des deux hôpitaux en chirurgie urologique, dans le bassin de recrutement de l'hôpital périphérique

Sources : bases PMSI 2009-2013 - Atih - FHF - BDHF



On assiste à une progression des deux hôpitaux publics, aussi bien en termes de parts de marché qu'en termes de recettes T2A. Par ailleurs, il est intéressant de noter que cette évolution se fait parallèlement à un recul de la part de certaines cliniques privées du secteur. Une réorientation des flux de patients vers les établissements publics aurait donc bien été amorcée, ce qui était l'un des principaux objectifs recherchés. De plus, le schéma stratégique semble profiter aussi bien à l'hôpital périphérique qu'à l'hôpital référent, qui voient tous deux leurs parts de marché et leurs recettes T2A augmenter sur la période étudiée. La prudence reste néanmoins de mise concernant l'interprétation de ces données car de nombreux autres facteurs, comme le départ à la retraite d'un praticien dans une clinique concurrente, pourraient également expliquer l'évolution observée. Le chef du service de chirurgie urologique de l'hôpital référent considère toutefois que la mise en place du partenariat stratégique était le seul événement de nature à justifier la progression constatée.

Conclusion

On peut tirer deux principaux enseignements de cette étude :

- Des études approfondies, puisant dans les bases de données existantes telles la BDHF, peuvent effectivement permettre d'évaluer l'impact de différentes actions menées dans le cadre de coopérations inter-hospitalières. Ces bases s'avèrent des outils précieux pour explorer l'efficacité de démarches stratégiques. Le problème nous semble davantage se poser au niveau organisationnel : si les bases de données sont peu utilisées ou si les actions de coopération restent peu évaluées, n'est-ce pas avant tout lié à une difficulté à organiser la mise en place de telles évaluations (réunir et coordonner les différents acteurs concernés, définir des objectifs clairs et partagés, se doter des indicateurs pertinents, etc.) ?
- Des coopérations peuvent apporter une amélioration des performances pour les deux parties engagées. Le cas étudié ici montre que des actions de coopération ne sont pas forcément déséquilibrées et peuvent donner lieu à une stratégie « gagnant-gagnant ». On voit ainsi que ces innovations organisationnelles, vis-à-vis desquelles les établissements sont souvent hésitants et mal préparés, peuvent être une source de gains et d'efficacité. Leçon à méditer, à l'heure où les projets de réforme visant à encourager les coopérations s'intensifient. ■

*Défini dans le module « Parts de marché » de la BDHF.

**Des ajustements ont été effectués pour s'assurer que le périmètre de la spécialité était bien constant sur la période analysée, à savoir les années 2009-2013.



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