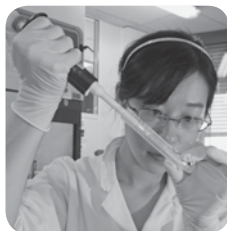


20



INFO EN SANTÉ

MAI 2012

SYSTÈME D'INFORMATION ■ STRATÉGIE ■ QUALITÉ

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE WWW.FHF.FR

SOMMAIRE

1

ÉDITORIAL : LES CONTRAINTES ÉCONOMIQUES NE PEUVENT PAS JUSTIFIER L'INIQUITÉ

Gérard Vincent,
Bernard Garrigues

3

EFFETS LIÉS À LA V11D ET AUX TARIFS 2012

Stéphane Finkel, FHF

11

ÉLÉMENTS DE CAMPAGNE TARIFAIRE 2012

Michèle Deschamps,
Gaëlle Le Bayon,
Yves Gaubert, FHF

12

LE FINANCEMENT DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE DANS LES CHU

Bruno Donius,
CHRU de Lille

16

FILIÈRES MCO-SSR : UN OUTIL D'ANALYSE DES FILIÈRES D'AVAL ISSU DE LA BDHF

Stéphane Finkel, FHF

18

LA DISJONCTION DE LA CORONAROGRAPHIE DIAGNOSTIQUE ET DE L'ANGIOPLASTIE : UNE PRATIQUE HÉTÉROGÈNE

Stéphane Finkel, Bernard
Garrigues, Yves Gaubert

Point de vue

du Pr Didier Carrié

ÉDITORIAL

LES CONTRAINTES ÉCONOMIQUES NE PEUVENT PAS JUSTIFIER L'INIQUITÉ

L'année 2012 voit l'arrivée d'une nouvelle version de la classification dite « V11d », que nous avons souhaitée.

L'objectif principal de cette version est l'amélioration des Catégories majeures de diagnostics (CMD) 14 (obstétrique) et 15 (néonatalogie) qui, contrairement aux autres CMD, n'avaient pas bénéficié de la version 11 de la classification.

D'un point de vue strictement descriptif, il s'agit d'une amélioration importante, permettant de décrire les différentes activités à travers leur « case-mix » spécifique à chaque niveau de maternité.

Malheureusement, il nous faut constater, une fois de plus, qu'à partir de cette amélioration descriptive, l'élaboration tarifaire n'est pas parallèle et n'est pas à la hauteur de nos (faux!) espoirs.

Dans le même ordre d'idée, la convergence ciblée nous réserve cette année d'autres surprises.

Pour la campagne 2011, l'idée était de faire converger des Groupes homogènes de malades (GHM) qui se sont révélés être de contenu médical très différent en public et en privé, ceci au mépris des règles de construction des GHM.

Face à nos critiques, d'ailleurs restées sans réponse (mais pouvait-il y en avoir ?), pour la campagne 2012, l'idée a été de diminuer les tarifs de GHM médicaux publics (dont certains effectifs sont d'ailleurs nuls dans le secteur privé), au motif que leurs tarifs seraient supérieurs aux coûts constatés dans l'ENCC rétrospective. Il est intéressant de constater que nombre d'entre eux étaient jusqu'alors considérés comme des priorités de santé publique (neurologie, cancérologie). Dès lors, il sera par exemple difficile d'améliorer la prise en charge dans les unités neurovasculaires. [suite →](#)





La convergence ciblée nous réserve cette année d'autres surprises.



En outre, tout ceci a pour effet d'aboutir à l'augmentation des tarifs de la chirurgie programmée du secteur privé !

Bel exemple de rigueur méthodologique et absence de prise en compte des nécessités de santé publique !

Par ailleurs, le traitement de la partie non tarifaire appelle deux remarques :

- la première est le constat que la France est le pays au monde où la part de tarification à l'activité, sur le court séjour, est la plus importante (90 % en moyenne pour les CH), mais de plus où elle peut même approcher 100 % en fonction du blocage des MIGAC ;

- la seconde est que les MIGAC font l'objet d'un gel à hauteur de 415 millions d'euros et qu'il nous faut considérer que l'augmentation de l'activité conduirait donc à la suppression, par exemple, de l'éducation thérapeutique. De surcroît, ce blocage et cette suppression des MIGAC, réalisée donc quasi exclusivement sur le secteur public, permettront de pallier tout dérapage financier même si le secteur privé en est à l'origine.

On peut comprendre les contraintes économiques, on ne peut comprendre l'iniquité de traitement. ■

Gérard Vincent,
Bernard Garrigues

1 ■ EFFETS LIÉS À LA V11D ET AUX TARIFS 2012

Introduction

Comme chaque année en mars, les établissements sanitaires découvrent les nouveaux tarifs affectés à leurs prestations, c'est notamment le cas des établissements Médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) avec les tarifs des Groupes homogènes de séjour (GHS). En mars 2012, ces nouveaux tarifs s'accompagnent d'une nouvelle version — souhaitée — de la classification : la v11d succède à la v11c avec des différences annoncées assez marginales si l'on regarde l'activité globalement. Néanmoins, une évolution majeure a été apportée à l'activité d'obstétrique et de néonatalogie (respectivement CMD 14 et CMD 15) dont les Groupes homogènes de malades (GHM) ont été totalement refondus. On se reportera aux différentes présentations de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour obtenir le détail de cette refonte mais on retiendra qu'elle a été promue, notamment, pour mieux décrire médicalement l'activité lourde (sous-entendue essentiellement réalisée par les maternités de niveaux les plus élevés, soit dans l'ordre croissant, de niveau IIa, IIb et bien sûr III). Cela s'est traduit, comme souvent, par une multiplication très importante du nombre de GHM, la CMD 14 passe de 23 à 57 GHM et la CMD 15 de 19 à 42 GHM faisant atteindre presque 2500 GHM à la nouvelle classification (soit plus de 5 fois plus que la première version -v0- des GHM qui date de 1986). Il est intéressant d'évaluer l'impact de cette refonte sur le financement des maternités selon leur niveau.

Par ailleurs, au-delà de l'évolution de la classification, chaque publication tarifaire apporte son lot de curiosités (alors indépendantes de la classification). On s'intéresse par exemple aux manœuvres et originalités liées à la convergence tarifaire, mais aussi à d'autres liées à la suppression de certaines bornes basses dans les échelles tarifaires.

ENCART MÉTHODOLOGIQUE

Tous les calculs sont réalisés à partir de la base de données nationale public-privé 2010 du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) fournie par l'ATIH. Chaque séjour est classé à la fois avec la version 11c de la classification et la version 11d. Chaque séjour est tarifé selon les tarifs publiés au *Journal officiel* (JO) le 2 mars 2011¹ (v11c) et ceux publiés au JO le 29 février 2012² (v11d) en tenant compte des suppléments (éventuellement négatifs) liés aux dépassements des bornes de durée (par le haut ou le bas). Aucun autre modificateur tarifaire (suppléments de réanimation, surveillance continue, soins intensifs et autres) n'est pris en compte.

Résultats globaux

L'application des tarifs 2012 sur la base 2010 classée en v11d par rapport aux tarifs 2011 en v11c est défavorable au secteur ex-DGF puisque celui-ci « perd » 60 M€³, soit -0,2 %, pendant que le secteur ex-OQN « gagne » 103 M€, soit une hausse de +1,6 % de ses revenus à activité constante. Cela représente une différence de près de 160 M€ entre les deux secteurs.

En y regardant de plus près, on constate que c'est **une partie du financement de la médecine publique (-76 M€³) qui est prise pour accroître le financement de la chirurgie privée (+94 M€)** : ceci semblant paradoxal quand on connaît la différence de variance expliquée des coûts (en quelque sorte le pouvoir explicatif de la classification) qui existe entre les GHM de médecine et de chirurgie ; les prises en charge chirurgicales, en particulier celles programmées du privé, sont bien plus faciles à optimiser. Ces effets sont essentiellement liés aux tarifs, la classification est, semble-t-il, globalement assez neutre sur la différenciation public-privé (on reviendra par la suite sur certains effets particuliers).

1. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=BE2A15C3C570EC2FFE3EB22ABF1416A8.tpdjo15v_3?cidTexte=JORFTEXT000023651050&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id

2. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025413804&dateTexte=&categorieLien=id>

3. Ce constat est à moduler grâce à la « récupération » de 18 M€ pour le secteur ex-DGF par le fait qu'environ 74 000 séances de dialyses passent d'un GHS en v11c à une prestation dialyse D11 en v11d.

1* Effets combinés du passage à la v11d et des nouveaux tarifs sur le chiffre d'affaires - comparaison public/privé

Sources : Base PMSI 2010 en v11c et regroupage v11d Atih - FHF - BDHF

*en millions d'euros

		0 nuit			1 nuit et +			Total		
		v11c / tarifs 2011*	v11d / tarifs 2012*	Évol.	v11c / tarifs 2011*	v11d / tarifs 2012*	Évol.	v11c / tarifs 2011*	v11d / tarifs 2012*	Évol.
Chirurgie	Ex DGF	807,5	847,0	+4,9 %	8064,6	8024,3	-0,5 %	8872,1	8871,3	-0,0 %
	Ex OQN	963,1	999,8	+3,8 %	3043,8	3101,4	+1,9 %	4006,9	4101,2	+2,4 %
Médecine	Ex DGF	2845,9	2855,8	+0,3 %	13187,3	13101,7	-0,6 %	16033,2	15957,5	-0,5 %
	Ex OQN	757,4	771,2	+1,8 %	1309,4	1297,8	-0,9 %	2066,8	2069,0	+0,1 %
Obstétrique	Ex DGF	47,9	48,1	+0,6 %	1739,4	1756,1	+1,0 %	1787,2	1804,2	+1,0 %
	Ex OQN	7,5	7,0	-6,8 %	368,9	376,2	+2,0 %	376,3	383,1	+1,8 %
TOTAL	Ex DGF	3701,3	3750,9	+1,3 %	22991,2	22882,0	-0,5 %	26692,5	26633,0	-0,2 %
	Ex OQN	1727,9	1777,9	+2,9 %	4722,1	4775,4	+1,1 %	6450,0	6553,4	+1,6 %

! À noter : en v11d les suppléments ANT sont inclus

Enfin, on ne constate pas de grandes différences globales entre les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les autres établissements publics (hormis sur l'obstétrique, on y reviendra) ni entre les publics et les établissements privés non lucratifs (hormis en médecine où les PNL sont moins malmenés par les effets liés aux nouveaux tarifs).

Les nouveaux GHM

La v11d introduit 143 nouveaux GHM, et en fait disparaître 40. L'essentiel des nouveautés et suppressions ont lieu dans les CMD 14 (47 GHM nouveaux et 15 GHM supprimés) et CMD 15 (42 GHM nouveaux et 19 GHM supprimés). On trouve également 40 nouveaux GHM concernant le nouveau-né et la petite enfance en dehors de la CMD 15. Les 13 autres créations concernent des prises en charge ambulatoires ou de très courte durée.

Les nouveaux GHM relatifs aux nouveau-nés et la petite enfance concernent, en 2010, 12438 séjours du secteur ex-DGF et 235 séjours du secteur privé lucratif (ce secteur ne représente donc que 1,9 % de ces prises en charge). Voici la liste de ces GHM :

- Autres affections neurologiques concernant majoritairement la petite enfance, niveau 1 à 4 ;
- Troubles de la régulation thermique du nouveau-né et du nourrisson, niveau 1 à 4 ;

- Autres affections respiratoires concernant majoritairement la petite enfance, niveau 1 à 4 ;
- Autres affections digestives concernant majoritairement la petite enfance, niveau 1 à 4 ;
- Ictères du nouveau-né, niveau 1 à 4 ;
- Autres affections de la CMD 10 concernant majoritairement la petite enfance, niveau 1 à 4 ;
- Problèmes alimentaires du nouveau-né et du nourrisson, niveau 1 à 4 ;
- Autres affections uronéphrologiques concernant majoritairement la petite enfance, niveau 1 à 4 ;
- Autres affections hématologiques concernant majoritairement la petite enfance, niveau 1 à 4 ;
- Autres maladies infectieuses concernant majoritairement la petite enfance, niveau 1 à 4.

Les 12438 séjours du secteur public (et parapublic) génèrent un chiffre d'affaires de 23,97 M€ en baisse de -0,6 % par rapport à celui généré par leurs anciens GHM avec des situations très diverses qui vont d'un gain de +8,9 % pour les séjours arrivant dans le GHM « Ictères du nouveau-né » à -8,4 % pour les séjours dans le GHM « Autres affections neurologiques concernant majoritairement la petite enfance ». Bien qu'anecdotique, on constate une fois de plus que les séjours du privé concernés génèrent un chiffre d'affaires en hausse de +4,5 % avec ces nouveaux GHM, ce qui est,

là encore, tout à fait paradoxal puisque la très large majorité des cas, et notamment les plus lourds, est prise en charge dans le secteur public.

Dans le secteur ex-DGF, 39 666 séjours sont concernés par les nouveaux GHM ambulatoires ou de très courte durée, alors qu'on compte 76 155 séjours concernés dans le privé lucratif. Les GHM sont les suivants :

- Pose d'un stimulateur médullaire, en ambulatoire ;
- Ostéotomies de la face, en ambulatoire ;
- Interventions sur les amygdales, en ambulatoire ;
- Interventions sur les végétations adénoïdes, en ambulatoire ;
- Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils, en ambulatoire ;
- Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, en ambulatoire ;
- Interventions maxillofaciales, en ambulatoire ;
- Prostatectomies transurétrales, en ambulatoire ;
- Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, en ambulatoire ;
- Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures, en ambulatoire ;
- Réactions allergiques non classées ailleurs, âge inférieur à 18 ans, très courte durée ;
- Réactions allergiques non classées ailleurs, âge supérieur à 17 ans, très courte durée ;
- Brûlures non étendues avec greffe cutanée, en ambulatoire ;
- Convalescences et autres motifs sociaux, très courte durée.

Le secteur public « perd » -3,7 % de son financement sur les séjours en question avec des situations extrêmement diverses puisque l'on trouve des cas où les séjours ont une rémunération moyenne plus que doublée (amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils, en ambulatoire ; interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, en ambulatoire) et d'autres dont la rémunération est divisée par 2 (convalescences et autres motifs

sociaux, très courte durée dont les séjours « perdent » en moyenne -54,2 %).

Le secteur privé est très pénalisé par ces nouveautés (-14,9 %, soit -4,4 M€), notamment du fait de la scission des actes isolés amygdales/végétations où la perte totale est de -5,2 M€ (-7,8 M€ pour les végétations ; +2,6 M€ pour les amygdales). Le secteur public est lui aussi nettement perdant sur ces 2 actes, mais ceux-ci sont de moindre importance dans son case-mix. Les autres GHM interviennent de façon anecdotique et sont plutôt favorables pour le privé.

Zoom sur certaines activités

On a vu que le secteur ex-DGF, globalement, « perd » 60 M€ entre les 2 échelles avec la nouvelle version de la classification (environ 50 M€ en réalité puisque certains GHS sont transférés sur des prestations dialyse). **Voici les spécialités les plus malmenées :**

- Les soins palliatifs : -10 M€ (-1,7 %). Les tarifs de GHS concernés ont été revus à la baisse d'environ -2 % (sauf celui de très courte durée qui a été maintenu). On note que dans le même temps les tarifs du privé ont été revus à la hausse et qu'il s'agit d'une activité ciblée par la convergence.
- Infections reins et voies urinaires, lithiases : -6 M€ (-2,3 %). Cette « perte » est uniquement liée à la convergence tarifaire. Néanmoins, le choix des GHM « convergents » peut laisser circonspect. En effet, pour cette activité il s'agit des suivants :
- 11M023, Lithiases urinaires, niveau 3 ;
- 11M034, Infections des reins et des voies urinaires, âge < 18 ans, niveau 4 ;
- 11M03T, Infections des reins et des voies urinaires, âge < 18 ans, très courte durée ;
- 11M044, Infections des reins et des voies urinaires, âge > 17 ans, niveau 4 ;

On a du mal à comprendre la logique : pourquoi seulement le niveau 4 pour les infections adultes, pourquoi seulement le niveau 3 pour les lithiases urinaires et pas le niveau 2 ou 4 ? Quelle est la logique pouvant conduire à ces choix ? Quel est le sens ? On voit bien quand on rentre dans les détails à quel point cette mesure (la convergence) est appliquée de façon totalement automatique et sans réflexion (sans même parler du bien-fondé de la mesure).

■ Certaines interventions pédiatriques intra-thoraciques avec CEC : -6 M€ (-2,3 %). Ici l'effet est double. Non seulement le GHM de base (05C07*) est décoté [jusqu'à -5 % pour le niveau 4], mais de plus pour la prise en charge des plus jeunes, on observe un phénomène supplémentaire : les séjours sont reversés en CMD 15 et subissent une perte tarifaire très importante (-3,2 M€ soit une perte de 12 000 € par séjour !). Bien évidemment cette perte est quasi exclusivement supportée par les CHU qui se voient donc amputés du tiers du tarif pour les interventions intra-thoraciques sous CEC de l'enfant de moins d'un mois !

■ Certains recours aux soins de la CMD 11 (reins, voies urinaires) : -3 M€ soit -13 %. Le GHM 11M29Z « Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 11 » est durement frappé par la convergence. Cela représente 10 000 séjours dans le secteur ex-DGF chaque année.

■ Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques : -4 M€. Ici cette activité subit une baisse importante des tarifs pour les séjours de niveau 3 et 4, soit 90 % des séjours de cette activité (baisse d'environ -5 %, soit une perte de 3 100 € par séjour).

■ En regroupant les activités par groupes de « planification » (catégories maintenues par l'ATIH), on constate que de nombreuses activités très marquées « service public » sont défavorisées : la neurologie médicale -13 M€, l'urologie-néphrologie médicale (hors séances) -12 M€, la douleur et les soins palliatifs -11 M€, la psychiatrie en MCO -10 M€. Globalement ce sont 50 groupes de planification qui sont perdants (17 sont gagnants) ce qui est quasi strictement l'inverse du privé (16 perdants, 49 gagnants, 2 non couverts).

Les activités « perdantes » du public sont très majoritaires (ce qui n'est pas surprenant eu égard à l'évolution globale induite par la nouvelle échelle tarifaire). De l'autre côté on trouve malgré tout des **activités qui bénéficient de cette nouvelle échelle (ou du passage à la v11d) :**

■ Les chimiothérapies en séances : +15 M€ pour les 1,29 million de chimiothérapies tumorales (dont la séance a été revalorisée de +3 %) et +9 M€ pour les 0,31 million de chimiothérapies non tumorales qui voient leurs tarifs croître de +8 %.

■ Le tarif du GHM 09C10J « Autres interventions sur la peau, les tissus

sous-cutanés ou les seins, en ambulatoire » a augmenté de +73 % induisant un « gain » de +14 M€ (pour 28 187 séjours au niveau national).

■ Les tarifs ambulatoires de certaines chirurgies extra-oculaires ont fortement cru (+66 % pour le tarif < 18 ans concernant 4 354 séjours et +29 % pour le tarif adulte qui concerne 14 502 séjours en 2010) conférant un « gain » de 6 M€.

■ Globalement, en regroupant en groupe planification, on constate que c'est l'activité chirurgicale qui est favorisée (en dehors de l'obstétrique) puis qu'en premier on trouve le groupe « chirurgie inter-spécialités » avec +14 M€, puis « Chirurgie autre de l'appareil locomoteur » avec +7 M€.

Pour le privé les choses sont nettement plus roses puisque hormis les très symboliques cataractes ambulatoires dont le tarif a été baissé de -4,5 %, ce qui confère une perte sèche de 15 M€ au secteur lucratif, et les cathétérismes vasculaires et coronariens qui induisent une perte de 13 M€, l'écrasante majorité des activités est traitée de façon nettement plus favorable. Par exemple, le tarif du GHM 09C10J « Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins, en ambulatoire » s'accroît de +86 % passant de 309 € à 576 € induisant un gain total de +11 M€ au secteur à lui tout seul (on l'a vu, ce GHM a aussi bénéficié d'une revalorisation dans le public, mais moindre).

Les activités les plus favorisées pour le privé lucratif (en groupes planifications) sont :

■ Chirurgie autre de l'appareil locomoteur +20 M€ (+4,6 %) avec +3,6 M€ avec le seul GHM d'intervention sur le poignet en ambulatoire (dont le tarif a été revalorisé de +35 %);

■ Chirurgie inter-spécialités : +14 M€ (+17,4 %) qui s'explique essentiellement avec le GHM 09C10J vu plus haut ;

■ Chirurgie digestive majeure : +13 M€ (+5,5 %) dont 11 M€ pour les interventions majeures sur le grêle et le colon ;

■ Chirurgie urologique : +9 M€ (+5,1 %).

Seules 2 activités subissent une baisse significative (supérieure à 1 M€) pour le secteur commercial :

■ Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels -13 M€ (-4,3 %);

■ Chirurgie ophtalmologique et greffe de cornée : -12 M€ (-2,5 %), l'intervention de la cataracte « perd » 18 M€. On constate qu'une partie est reversée aux autres activités de chirurgie ophtalmologique puisque celle-ci ne perd « que » 12 M€ ; on note par ailleurs que ces 18 M€ se décomposent en 15 M€ pour l'ambulatoire et 3 M€ pour l'hospitalisation complète.

Les GHM touchés par la convergence tarifaire

À la date de rédaction de cet article, une liste provisoire de 430 GHM convergents a été fournie par l'ATIH. On sait déjà que celle-ci a été légèrement réduite, sans toutefois savoir exactement sur quels GHM porte cette réduction.

On constate déjà que **la convergence porte sur à peu près toutes les activités**. Aussi bien la médecine que la chirurgie (l'obstétrique et la néonatalogie ne sont pas touchées, faisant l'objet d'une profonde refonte par ailleurs, voir plus bas), aussi bien le digestif que le thoracique en passant par certaines affections tumorales ou liées au VIH. On note également que **tous les niveaux de sévérité sont touchés**.

Par contre, **on peut s'interroger sur le sens général de ces modifications**. Les autorités ont reconnu que le vocable « convergence » n'était qu'une façon d'exprimer le fait qu'on va transférer une partie du financement public vers le secteur commercial. Cette astuce explique pourquoi on décide de faire converger des tarifs de GHM que seul le public réalise. On baisse donc le tarif pour le faire converger vers le tarif du privé, mais de toute façon le privé ne fait pas cette activité... C'est le cas, par exemple, des craniotomies pour tumeurs chez les enfants et adolescents, de la pose d'implants cochléaires, des suivis de greffe du foie ou du pancréas ou de nombreux autres cas où le secteur public est quasi seul. Quel sens cela a-t-il de baisser le financement de ces activités dans le seul secteur public - puisque le secteur privé n'est pas positionné dessus - pour accroître le financement des cliniques ? Sans négliger le fait que la convergence tarifaire n'a ici aucun sens ni aucune justification méthodologique, s'il ne s'agit alors que de souhaiter transférer des ressources au secteur privé, n'aurait-il pas été plus logique de baisser tous les GHS publics d'un pourcentage supplémentaire afin

d'atteindre la récupération ciblée et ne pas mettre en difficultés potentielles des établissements réalisant une activité importante sur les GHM retenus (de façon qui ne semble revêtir aucun caractère scientifique) ?

Sur ces 430 GHM, on peut estimer une perte de 92 M€ pour le secteur public (on n'atteint pas le montant annoncé initialement puisque notre liste est légèrement inexacte). Sur les mêmes GHM, le secteur privé accroît son chiffre d'affaires de 16 M€. L'écart est donc de 108 M€ (68 M€ sur la médecine, 40 M€ sur la chirurgie).

Les deux disciplines les plus impactées concernent le système nerveux (-11 M€) et les soins palliatifs (-11 M€). La chirurgie cardiaque du jeune enfant est également très touchée (-6 M€).

Il est frappant de constater que certaines activités, en particulier médicales, auparavant considérées comme des priorités de santé publique, voient leurs financements diminués au profit, notamment de l'activité chirurgicale programmée du secteur privé.

Ne s'agit-il pas là d'une sorte de détournement d'un outil scientifique de description et de mesure (le PMSI) à des fins politico-stratégiques et présentant une rigueur scientifique des plus discutables ?

Les GHM dont les bornes basses ont été supprimées

La publication d'une nouvelle échelle tarifaire est l'occasion de toiletter certains éléments la constituant. Cette année, on constate la suppression de nombreuses bornes basses (pour mémoire, la borne basse est une durée limite en deçà de laquelle la rémunération de base attribuée par le GHS est diminuée d'un certain montant, autrement dit un séjour anormalement court est payé moins cher).

Cette année, l'essentiel de la communication institutionnelle au sujet de ces suppressions a porté sur les GHM de niveau 1 de sévérité. Après de longues discussions, il a semblé opportun aux autorités de réaliser cette opération. Certains y ont vu un incitatif à la chirurgie ambulatoire, d'autres un cadeau fait aux uns ou aux autres : ni les raisons de ces suppressions ni les effets attendus ne paraissaient donc a priori très clairs.

Au total, ce sont 18 GHM de niveau 1 de l'échelle publique qui ont perdu leur

borne basse et 21 de l'échelle privée (12 sont communs).

Par contre, de façon un peu inattendue, on constate la suppression de bornes basses sur de nombreux autres GHM de niveau de sévérité 3 et 4 (et aussi curieusement aucun GHM de niveau 2). Ainsi 30 bornes de niveau 3 ont été supprimées pour le public (1 dans le privé) et 21 bornes de niveau 4 pour le public (1 pour le privé). À ceci il faut ajouter 1 GHM de niveau A (complications du VIH) et un GHM de niveau Z (convalescences et autres motifs sociaux) dont les bornes basses ont été supprimées.

Pour juger de l'impact de tous ces ajustements, on fait le choix de raisonner globalement par racine de GHM, et non pas individuellement sur le seul GHM touché, afin d'évaluer l'impact sur la prise en charge globale de la pathologie en question.

Bornes pour les GHM de niveau 1 :

- GHM dont la borne basse a été supprimée dans le public uniquement (6 cas) : baisse du chiffre d'affaires du public de -3,4 M€ (-4,1 %) pour les séjours des racines concernées (dans le même temps le privé voit son chiffre d'affaires progresser de +2,7 % sur les mêmes racines).
- GHM dont la borne basse a été supprimée dans le privé uniquement (9 cas) : augmentation du chiffre d'affaires du privé de +3,2 M€ (+2,2 %) pour les séjours des racines concernées (dans le même temps le public voit son CA baisser de -0,6 % sur les mêmes racines).
- GHM dont la borne basse a été supprimée à la fois dans le public et dans le privé (12 cas) : baisse du chiffre d'affaires du public de -2,3 M€ (-0,8 %) pour les séjours des racines concernées et augmentation du chiffre d'affaires du public de +2,1 M€ (+1,5 %).

On constate donc, une fois de plus, que quel que soit le cas de figure, la suppression des bornes basses des niveaux 1 combinée aux nouveaux tarifs des racines des GHM concernés conduit à pénaliser le secteur public au bénéfice du secteur privé. À noter que selon les cas, la suppression d'une borne basse s'accompagne d'une réévaluation complète du GHM et éventuellement, dans le cas où c'est un GHM de niveau 1, de la réévaluation complète du GHM ambulatoire associé quand il existe.

Cela explique que la suppression d'une borne basse puisse entraîner une baisse du financement.

Bornes pour les GHM de niveau 3 :

- GHM dont la borne basse a été supprimée dans le public uniquement (26 cas) : baisse du chiffre d'affaires du public de -3,4 M€ (-0,2 %) pour les séjours des racines concernées (dans le même temps le privé voit son chiffre d'affaires amputé de 20 M€ à cause des seuls GHM de cataractes et d'endoprothèses vasculaires qui sont dans cette catégorie et qui ont vu leur tarif fortement abaissé).
- GHM dont la borne basse a été supprimée dans le privé uniquement (1 cas) : le cas est parfaitement symbolique puisqu'il s'est agi d'enlever la borne basse du GHM « Suivis de greffe pulmonaire, niveau 3 » de l'échelle privée, qui concerne... 0 séjour (du moins en 2010). On trouve 1 séjour dans le niveau 2 et 1 dans le niveau 4, soit au total 2 séjours dans le privé au niveau national pour ce GHM. On a certainement dépensé nettement plus d'argent à réfléchir à ce cas et à apporter la modification en question qu'elle n'aura d'impact sur quelque établissement que ce soit...

Bornes pour les GHM de niveau 4 :

- GHM dont la borne basse a été supprimée dans le public uniquement (16 cas) : baisse du chiffre d'affaires du public de -3,6 M€ (-0,3 %) pour les séjours des racines concernées (dans le même temps le privé voit son CA augmenter de 1 M€ soit +0,9 % sur ces activités).
- GHM dont la borne basse a été supprimée dans le public et dans le privé (1 cas) : il s'agit du cas des ostéotomies de la face où au final le public est pénalisé de -0,9 % et le privé de -0,2 %.

Bornes pour les GHM de niveau 3 et 4 :

- GHM dont les bornes basses des niveaux 3 et 4 ont été supprimées dans le public uniquement (4 cas) : baisse du chiffre d'affaires du public de -1,5 M€ (-0,9 %) pour les séjours des racines concernées (dans le même temps le privé voit son chiffre d'affaires légèrement augmenter de +0,3 % sur ces activités).

Au-delà de l'incompréhension de la logique justifiant ces suppressions et le choix des GHM concernés, on est une fois de plus surpris par l'effet toujours à sens unique de ces choix. En effet, on a vu que lorsque l'on touche aux bornes basses du public, le public subit une chute de chiffre d'affaires (total de -15 M€ environ) alors que lorsque l'on touche aux bornes basses du privé, le privé bénéficie d'un accroissement de son chiffre d'affaires (+5 M€ au total).

Enfin, on constate que les GHM pour lesquels les bornes basses de niveau 1 ont été supprimées concernent pratiquement toutes les CMD (même si davantage sur les CMD 8 et 10). Par contre, pour les bornes de niveau 3 et 4, seules les CMD 1 à 6 sont touchées.

Sur le graphique ci-dessus, on voit très nettement qu'aucune borne basse de niveau supérieur à 1 n'a été supprimée au-delà de la CMD 6, mais que de nombreuses l'ont été dans ces 6 CMD.

Pourquoi ? Quelle pourrait être la justification de ce choix sachant qu'il n'y a pas de hiérarchie logique sur ces catégories ? Pourquoi les bornes des GHM de niveau 2 n'ont pas été du tout supprimées ? Pourquoi celles des niveaux 3 et 4 ne le sont que sur les 6 premières CMD ?

Cela ressemble fort à une œuvre inachevée.

Refonte des CMD 14 et 15 : quels sont les effets ?

La grande réforme contenue dans la version v11d est la refonte des CMD 14 (grossesses pathologiques,

accouchements et affections du post-partum) et 15 (nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale).

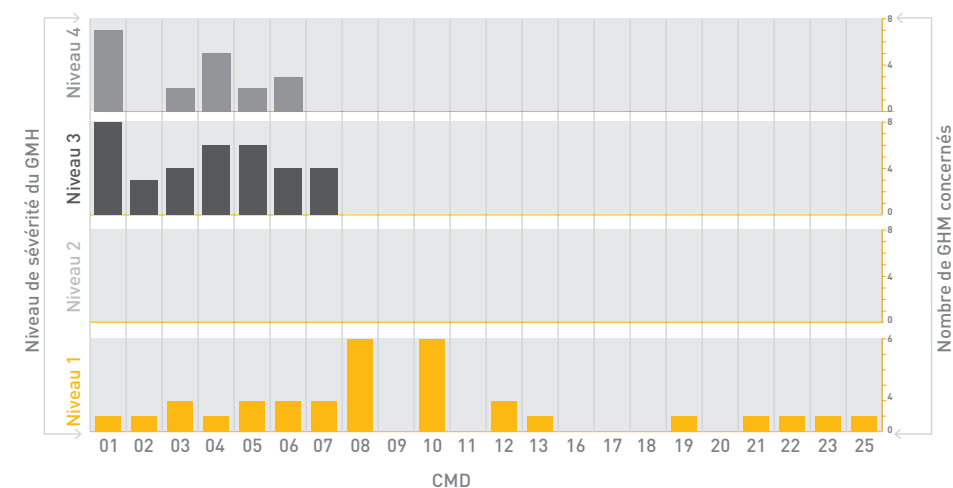
La CMD 14 passe de 24 à 57 GHM tandis que la CMD 15 passe de 20 à 43 GHM.

Les principaux changements sont les suivants :

- La complexification de la classification (était-ce évitable) :
- les GHM de néonatalogie font désormais référence à un « groupe de nouveau-nés » en fonction de la combinaison « poids*âge gestationnel ». Ainsi un nouveau-né de 1 600 g né à 34 semaines est dans le groupe 6, et un nouveau-né de 1 850 g né à 31 semaines est dans le groupe 8. Généralement chacun des groupes représente une racine qui est séparée en 3 ou 4 selon les problèmes associés.
- Une nouveauté majeure est la réintégration dans la CMD 15 de certaines chirurgies du nouveau-né pour lesquelles 10 GHM sont créés.
- Les accouchements croisent désormais plusieurs éléments : le mode d'accouchement (voie basse ou césarienne), le caractère primipare ou multipare de la maman, le caractère unique ou multiple de la naissance et si le nouveau-né est en vie ou non. On retrouve également les habituelles dichotomies selon les complications mais avec un effet « compliquant » de l'âge gestationnel sur certaines racines.
- La prise en compte du temps de surveillance de grossesse à risque précédant un accouchement (quand celui-ci a lieu au cours du même séjour) :

2* Nombre de GHM dont la borne basse a été supprimée selon le niveau de sévérité

Sources : JORF n°0051 du 2 mars 2011, p. 3845, texte n° 15 ; JORF n°0051 du 29 février 2012, p. 3581 texte n° 23



ce changement intervient au niveau tarifaire via un supplément nommé « ANT » (et non dans la classification via un ou plusieurs GHM). Auparavant, si une future mère présentait une grossesse à haut risque était prise en charge 10 jours avant son accouchement, le séjour générerait le même GHS qu'un accouchement banal. C'est toujours le cas mais désormais les jours de surveillance sont compensés (une partie d'entre eux en réalité puisque le décompte commence au 3e jour). Ce supplément est de 372,02 € dans le public et de 181,95 € dans le privé.

Impacts globaux

Sur la CMD 15, le secteur ex-DGF « gagne » 5,6 M€ soit une hausse de +0,7 %. Ce chiffre prend en compte la perte induite sur les autres CMD du fait de la réintégration de certains séjours de chirurgie du nouveau-né (en réalité les séjours anciennement groupés en CMD 15 « gagnent » 23 M€ mais les séjours anciennement groupés dans d'autres CMD et nouvellement dans la CMD 15 font « perdre » 17 M€ au secteur ex-DGF). Le secteur ex-OQN est globalement gagnant de 1 M€ (l'effet lié à la réintégration de certains séjours de chirurgie dans la CMD 15 est très faible pour le privé lucratif puisqu'il s'agit très majoritairement d'une activité du service public).

Sur la CMD 14, le secteur ex-DGF sort « gagnant » de 16 M€ (+0,9 %) grâce aux suppléments ANT (55 M€ au total). Les cliniques privées gagnent de leur côté 7 M€ (dont 4 M€ de suppléments), soit une hausse de +1,8 %.

Dans le public, ce sont les accouchements par voie basse qui sont les plus favorisés puisque le chiffre d'affaires qu'ils génèrent est en hausse de +2,0 % (le chiffre d'affaires sur les césariennes ne bouge pas). Le reste des activités (avortements, grossesses pathologiques sans accouchement au cours du séjour) génère un chiffre d'affaires en baisse de -2,5 %.

De façon curieuse, **dans le privé lucratif, ce sont essentiellement les césariennes qui sont favorisées** (le CA généré s'accroît de +4,1 % contre +1,2 % pour les accouchements par voie basse). On a déjà vu au travers d'autres études que le taux de césariennes était anormalement plus élevé dans le

secteur lucratif que dans le secteur public⁴ : comment espérer une « convergence » des taux de césariennes dans un tel contexte où le privé voit un incitatif tarifaire à accroître son propre taux déjà élevé ?

Impacts selon le niveau de la maternité

3* Impacts de la v11d sur le chiffre d'affaires selon le niveau de maternité - comparaison public/privé et selon la CMD

Sources : Base PMSI 2010 en v11c et regroupage v11d ATIH - FHF - BDHF

		CMD14	CMD15	Cumul
ex DGF	NIVEAU 3	+2,2 %	-0,2 %	+1,4 %
	NIVEAU 2	+0,1 %	+1,4 %	+0,5 %
	NIVEAU 1	-0,1 %	+1,9 %	+0,5 %
	Total	+0,9 %	+0,7 %	+0,8 %
ex OQN	NIVEAU 2	+2,1 %	+0,1 %	+1,5 %
	NIVEAU 1	+1,6 %	+0,9 %	+1,4 %
	Total	+1,8 %	+0,5 %	+1,4 %

! À noter : en v11d les suppléments ANT sont inclus

On observe bien l'effet attendu pour les maternités de niveau 3 (présentes uniquement dans le secteur ex-DGF), à savoir une revalorisation de leur activité d'environ +1,4 %. Mais ce taux se retrouve également pour les maternités privées de niveau 1 (qui profitent non pas de la nouvelle classification, mais d'une revalorisation des tarifs privés). Finalement, **les maternités pénalisées (d'un point de vue relatif) sont les maternités publiques de niveau 1 et 2** qui ne profitent pas d'un coup de pouce tarifaire mais de surcroît pointent sur des activités pénalisées en v11d (les grossesses à bas risque).

On notera, de façon curieuse, que si l'évolution relative du chiffre d'affaires suit bien une logique attendue pour la CMD 14 (les maternités prenant en charge les grossesses à plus haut risque bénéficient des meilleures évolutions), c'est l'inverse qui se produit, et cela en contradiction avec les objectifs affichés de la refonte, pour la CMD 15. On constate par exemple que **les maternités publiques de niveau 3 sont perdantes avec la combinaison de la nouvelle classification et des nouveaux tarifs (-0,2 %)**. Cet effet est intégralement dû à la réintégration dans la CMD 15 de

certaines séjours chirurgicaux anciennement dans des CMD autres. Ainsi, pour les établissements ayant une maternité de niveau 3, les 5800 séjours concernés sont dévalorisés en moyenne de -29 % soit d'un total de 12 M€. Les 2100 séjours concernés des établissements avec maternité de niveau 2 sont dévalorisés de -38 % pour un total de 2,8 M€. Les chiffres sont nettement moins significatifs pour les maternités de niveau 1 ou pour le privé (il faut dire que le public possède 96 % des cas concernés).

Enfin, à titre individuel, on pourra noter que l'AP-HP est perdante dans cette réforme (-1,2 M€) puisque les séjours réintégrés en CMD 15 en provenance d'autres CMD (la chirurgie du nouveau-né) lui font perdre 2,9 M€ (les tarifs attribués à ces séjours sont nettement moins élevés en CMD 15). Les HCL (+1,9 M€) et l'AP-HM(+0,5 M€) s'en sortent mieux, même si dans le cas de l'AP-HM, sans la réintégration en CMD 15 de ces cas particuliers (362 cas en

l'occurrence), le chiffre d'affaires généré aurait pu atteindre une hausse de 1,8 M€.

On peut également souligner le cas particulier du centre médico-chirurgical Marie Lannelongue (établissement privé non lucratif réalisant essentiellement de la chirurgie cardio-thoracique) qui devrait être pénalisé de 400 000€ sur l'activité de chirurgie du nouveau-né. En effet, en 2010 on trouve 177 séjours intégrés en CMD 15 générant un chiffre d'affaires de 2,7 M€ contre 3,1 M€ avec l'ancienne classification (où ils étaient classés ailleurs) et les anciens tarifs. La perte pour cet établissement est de -13 % sur cette activité !

Au niveau des établissements lucratifs, rares sont les perdants sur cette activité.

La majorité est soit gagnante soit non impactée. Les plus gros gagnants sont l'hôpital privé Naticia à Lyon (+460 k€), la clinique de l'Estrée à Stains (+340 k€) et la Polyclinique Santa Maria à Nice (+240 k€). Le seul établissement lucratif qui «perd» plus de 100 k€ est la clinique Belledonne à Saint-Martin d'Hères. ■

2 ■ ÉLÉMENTS DE CAMPAGNE TARIFAIRE 2012

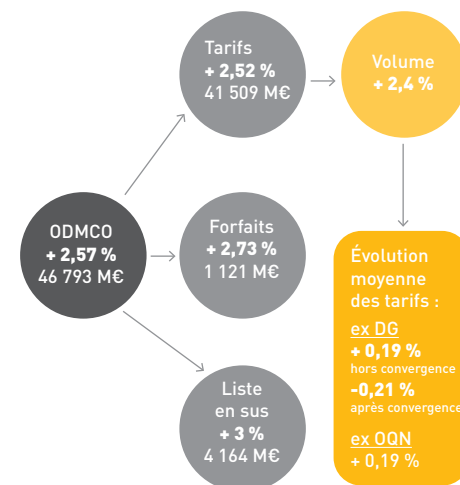
L'Objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) hospitalier, de 74,3 milliards d'euros (Md€), affiche une évolution de +2,56 %, soit 1,857 Md€. L'Objectif des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO) se décompose de la façon suivante :

Pour la 3^e année consécutive, la convergence ciblée s'est opérée sur le secteur public avec un objectif d'économie en 2012 pour l'Assurance-maladie de 100 millions d'euros (M€).

425 Groupes homogènes de séjours (GHS) ont été retenus en 2012, contre 193 en 2011, selon une méthode de sélection différente. En effet, cette année aucune comparaison de tarifs entre le secteur public et le secteur privé n'a été opérée. La méthode retenue est fondée sur une approche de réduction des écarts les plus importants entre les tarifs et les coûts ajustés dès lors qu'ils sont supérieurs à 5 % avec intégration des activités dites « privilégiées » jusqu'alors écartées (santé publique, cancer...). Il reste à vérifier que cette méthode aboutira

malgré tout à la réduction de l'écart tarifaire entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée, objectif premier de la convergence.

À noter que la même méthode a été appliquée au secteur commercial avec une redistribution au sein de son enveloppe et au profit d'activités de chirurgie dite « de haute technicité » et de fait sans économie pour l'Assurance maladie. ■



4. Voir Info en santé n° 19 de décembre 2011.

Acteurs majeurs de la recherche en biologie santé, les centres hospitaliers universitaires (CHU) ont su porter une dynamique d'activités en leur sein, au moyen d'un financement pluriel et fortement évolutif au cours de ces dernières années. Ce sont ainsi près de 100 000 patients qui sont inclus chaque année dans des essais cliniques au sein des CHU et plus de 17 000 publications annuelles qui paraissent. Si un certain nombre d'interrogations et d'interpellations a pu être formulé, de nombreuses réponses ont d'ores et déjà été apportées ou sont envisagées afin de consolider, dynamiser et diversifier le modèle de financement des activités de recherche au sein des CHU et de leurs composantes. Ceci suppose notamment une contractualisation de la dévolution interne des crédits de recherche, ainsi qu'une évaluation de la mobilisation des ressources correspondantes et de leur contribution à la dynamique hospitalo-universitaire des CHU.

Le financement des activités de recherche au sein des CHU : un financement pluriel et évolutif

La réforme du financement des établissements publics de santé mise en œuvre progressivement à partir de 2004 et reposant, depuis le 1^{er} janvier 2008, sur un financement des activités Médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) à 100 % sous tarif, complétée par l'identification de financements des missions d'intérêt général et par la mise en œuvre d'un nouveau modèle de financement des missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation, est venue interroger très fortement les modalités de financement des activités de recherche au sein des CHU.

Si le financement des activités de recherche au sein des CHU était **historiquement** constitué, à titre principal, d'une **fraction de la majoration forfaitaire de 13 %** appliquée à la dotation globale de financement et, de manière complémentaire, des résultats des appels d'offres nationaux (Programme hospitalier de recherche clinique notamment) et des contrats de recherche, la réforme du financement a mis en exergue la **nécessaire corrélation entre l'activité de recherche réalisée au sein des CHU et les financements identifiés à ce titre.**

Le nouveau modèle du financement des missions d'enseignement, de recherche, d'innovations et de recours mis en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2008 — correspondant en 2012 à une masse financière de près de 2,5 milliards d'euros — est ainsi constitué :

- pour 40 % de sa masse à l'origine (644,5 M€ en 2011, 515 M€ en 2012, soit

moins de 25 % du modèle aujourd'hui), d'une « **part fixe** » qui a pour objectif de **garantir aux établissements un socle minimal de fonctionnement pour développer leurs missions de recherche, d'enseignement, de recours et d'innovations.** Ce socle fixe est constitué pour l'essentiel d'une proportion des charges de personnels médicaux, à l'origine à hauteur de 25 % pour les CHU (aujourd'hui moins de 20 %), et, à l'origine, de 15 % des charges de services médico-techniques : imagerie, biologie, explorations fonctionnelles et radiothérapie, hors charges de personnel médical déjà comptabilisées (aujourd'hui moins de 10 %). Ainsi ce socle a vocation à **couvrir les surcoûts liés aux missions concernées au titre du temps médical hospitalier non affecté aux soins et du recours aux éléments de plateaux techniques** en raison d'un recours à ces plateaux plus fréquent et plus coûteux dans le cadre de la recherche biomédicale.

- d'une « **part modulable** », pour 45 % de la masse à l'origine (990,8 M€ en 2011, 1 119 M€ en 2012, soit de l'ordre de 50 % du modèle aujourd'hui), qui complète la part fixe, et compense les pertes d'exploitation liées à la mobilisation des compétences pour assurer des activités hors soins non tarifées en matière d'encadrement des étudiants et de recherche au bénéfice des patients. Cette part de financement est ainsi proportionnelle **à la valeur d'un certain nombre d'indicateurs de production et d'efforts de recherche et d'enseignement** : le nombre de publications référencées dans PubMed sur les quatre dernières années et comptabilisées à l'aide du logiciel SIGAPS, le nombre d'essais cliniques auxquels l'établissement participe en qualité de promoteur ou d'investigateur,

comptabilisés à l'aide du logiciel SIGREC, le nombre de brevets ayant fait l'objet de dépôts de propriété industrielle sur les cinq dernières années et le nombre d'étudiants hospitaliers encadrés.

- d'une « **part variable** », à hauteur de 15 % de la masse financière à l'origine (plus de 25 % aujourd'hui), qui recouvre des crédits dédiés à certaines **activités, soit labellisées** (Centre de référence pour maladies rares), soit **mises en place contractuellement** comme les Centres d'investigation clinique, les Délégations à la recherche clinique et à l'innovation, les Groupements interrégionaux de recherche clinique (successeurs des Délégations interrégionales à la recherche clinique), soit faisant directement l'objet d'**appels à projets.**

En complément, l'institutionnalisation des financements sur projets et protocoles s'est poursuivie, en particulier avec la montée en puissance du Programme hospitalier de recherche clinique, la structuration des financements apportés par le Groupement d'intérêt public du Centre national de gestion des essais de produits de santé (GIP Cengeps) en interface avec les Délégations interrégionales à la recherche clinique, ainsi que la contractualisation des mises à disposition de ressources en nature avec les universités et les établissements publics scientifiques et techniques dans le cadre de l'actualisation des conventions hospitalo-universitaires ou l'élaboration de conventions ad hoc.

Si les CHU et leurs composantes bénéficient ainsi aujourd'hui à titre principal d'un financement de leur engagement dans la dynamique hospitalo-universitaire de recherche au moyen du **financement des missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation, dont le poids économique de la dimension recherche peut être évalué à 1,2 milliard d'euros**, cette dynamique est également soutenue à titre complémentaire tant par les initiatives des pouvoirs publics (Programme hospitalier de recherche clinique : 71 M€, part consommable des financements sur appels à projets dans le cadre du Programme des investissements d'avenir...) que par l'industrie pharmaceutique qui y consacre une fraction de ses ressources en recherche et développement.

Ce nouveau modèle de financement est ainsi incitatif au développement d'une recherche de qualité, **équitable** car corrélé à l'activité et à la production de recherche. Il **favorise la valorisation et les diffusions de l'innovation** (brevets) **et accompagne le développement de pôles de recherche au plan géographique** sur la durée, notamment dans un cadre interrégional.

Les interrogations et interpellations formulées

Les modalités de financement des activités de recherche en soutien de la dynamique hospitalo-universitaire des CHU ont fait l'objet d'**interrogations, voire d'interpellations, formulées tant par les institutions hospitalo-universitaires et par leurs composantes, que par leurs partenaires et par les pouvoirs publics.**

Alors qu'historiquement le financement des activités de recherche était assuré au moyen d'un financement forfaitaire (composante et donc indexé sur la dotation globale de financement, et ce sans comptabilité analytique associée), alors que les financements sur projets et protocoles bénéficiaient d'une visibilité partielle et alors que les apports en nature respectifs des partenaires du site HU n'étaient pas nécessairement identifiés et que la vision consolidée de l'efficacité globale de la politique des sites HU était faible, **les institutions hospitalo-universitaires bénéficient aujourd'hui d'une compensation de la mise de fonds en compétence et en plateaux techniques et d'un financement indexé sur des données d'activités recherche**, d'une institutionnalisation progressive des financements sur projets et protocoles et d'une contractualisation émergente des mises à disposition de ressources en nature avec les universités et les établissements publics scientifiques et techniques.

De même alors que **les pôles d'activités constitutifs des CHU** ne bénéficiaient par le passé que d'une visibilité très faible des financements institutionnels et d'une absence de consolidation des financements sur projets et protocoles, ils **peuvent désormais disposer de Comptes de résultats analytiques (CREA) identifiant de manière exhaustive les recettes** dévolues aux pôles dans le champ de la recherche, **ainsi que les dépenses** variables sur projets et protocoles, ces éléments

étant constitutifs du **contrat du pôle** avec l'institution et de l'évaluation de celui-ci.

Les praticiens investis dans le champ de la recherche, sensibles au financement sur projets et protocoles les concernant et disposant d'une visibilité partielle des dépenses réalisées à ce titre sans être en mesure d'appréhender l'ensemble des autres modalités de financement des activités de recherche, ont pu formuler aujourd'hui les interrogations au regard des déterminants de la part modulable du modèle des Missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (Merri) et ont pu s'interroger sur la déclinaison intra CHU de ce modèle.

Les partenaires des CHU disposaient historiquement pour leur part d'une visibilité, pour leur propre compte, de leurs apports en nature, mais non de l'ensemble des autres modalités de financements des activités de recherche. La contractualisation des mises à disposition de ressources en nature à l'échelle des sites HU et la mise à disposition, dans le cadre du Comité de la recherche biomédicale et en santé publique, des éléments constitutifs de l'État prévisionnel des recettes et des dépenses de la recherche des CHU, sont de nature à clarifier les contributions respectives des acteurs.

En dernier lieu **les pouvoirs publics** se sont interrogés sur la **réalité de cette dynamique hospitalo-universitaire au sein des CHU** : il en a été ainsi de la commission « Marescaux » installée le 9 janvier 2009 et dont la lettre de mission l'invitait à s'interroger notamment sur l'affectation effective des financements en soutien des activités de recherche et leur finalité au sein des CHU ; il en a été de même de la mission confiée à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) (voir le rapport de novembre 2009 publié en janvier 2010) relative aux missions d'intérêt général et d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation, qui a notamment fait le constat d'une dotation de financement en règle générale non déléguée vers les pôles et services qui supportent les surcoûts liés à la recherche et a posé le postulat d'un financement de la recherche nécessairement par projets.

Les réponses d'ores et déjà apportées ou proposées

Mis en œuvre effectivement depuis janvier 2008, **le nouveau modèle de financement des missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation a depuis fait preuve de sa plasticité dynamique.**

Des **ajustements** lui ont d'ores et déjà été apportés, tels que :

- la prise en considération des essais cliniques (2009) et des inclusions au titre des essais académiques à promotion CHU (2010) dans la part modulable ;
- un score des publications scientifiques davantage discriminant et une meilleure prise en considération de l'auteur publiant en dernier rang ;
- la majoration du poids relatif accordé à la valorisation des activités de recherche au sein de la part modulable.

De même, de nombreux CHU se sont engagés dans l'identification, au sein de leur État prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), d'un **EPRD de la recherche, puis dans une dévolution interne des crédits aux pôles d'activités cliniques et médico-techniques à travers notamment les CREA.**

Le financement des activités de recherche au titre du modèle des Merri est susceptible d'être rendu encore davantage dynamique :

- par un renforcement, en son sein, de la part modulable assise sur des indicateurs d'activités et de résultats, par transfert d'une fraction des moyens dédiés aujourd'hui à la part fixe de ce financement. Ainsi la proportion historique — 45 % pour la part modulable, 40 % pour la part fixe — a déjà été modifiée puisque s'élevant à 48,5 % pour la part modulable et 31,5 % pour la part fixe au 31 décembre 2011, évolution appelée à s'accroître puisqu'aux termes de la circulaire relative à la campagne tarifaire 2012 a été posé le principe de la suppression de la part fixe en cinq ans à hauteur de 128 M€ par an. Les Conférences des CHU ont à ce sujet exprimé leur souhait, en lien avec la FHF, que l'intégralité du débasage de la part fixe soit réaffectée à la part modulable des Merri, ce qui est le cas pour 2012, et que par là même il ne soit envisagé en aucun cas une réorientation du débasage du socle vers une

majoration des enveloppes relatives aux appels à projets, source en particulier dans la durée d'instabilité et de précarisation des compétences mobilisées au titre des activités de recherche. De même a été exprimée la nécessité que soit engagée une concertation relative au maintien nécessaire d'un financement structurel des activités de recherche dans les CHU en compensation des surcoûts constatés, tout particulièrement en termes de plateaux médico-techniques (biologie et imagerie) au titre de ces activités, « ticket d'entrée » nécessaire à l'engagement et au maintien dans la durée d'une excellence en ce domaine.

- par la dynamique propre de la part modulable accentuée, au-delà des ajustements réalisés en 2009-2011, à la fois par un renforcement du poids relatif de la prise en considération des essais cliniques et des inclusions (12,5 % de la part modulable en 2012) au regard des publications (aujourd'hui 57,5 % de cette même part), ainsi que par la diminution progressive de la durée de prise en considération des publications réalisées, portée de 5 à 4 années en 2011.

- par la mise en œuvre d'une véritable traçabilité recettes versus coûts dans nos institutions favorisée par l'effectivité des délégations de crédits aux pôles d'activités cliniques et médico-techniques à dimension hospitalo-universitaire sur la base d'EPRD thématiques (recherche et enseignement) et par l'identification des ressources effectivement mobilisées au sein de ces pôles, notamment des temps médicaux sur les trois missions hospitalo-universitaires au moyen de maquettes d'organisation du temps médical.

- par l'évaluation, par l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES), de l'effectivité des missions confiées aux pôles à dimension hospitalo-universitaire déclinée contractuellement à l'échelle de chaque site hospitalo-universitaire et, en son sein, pour chacune de ses composantes.

Il conviendra par ailleurs de poursuivre dans la voie de la diversification des modalités de financement des activités de recherche hospitalo-universitaire, notamment par la consolidation des programmes de type programme hospitalier de recherche clinique, par la mobilisation effective des opportunités offertes, telles que la création de fondations hospitalières et par l'identification exhaustive de l'ensemble des apports de ressources en nature, tout particulièrement pour ce qui concerne les ressources humaines autres que médicales mobilisées et non éligibles à ce jour au nouveau modèle de financement des missions d'enseignement de recherche, de recours et d'innovation.

Il conviendra enfin que soit engagée une réflexion en soutien de la définition d'un « ONDAM recherche et enseignement ». Le maintien constaté depuis 2010 d'une enveloppe constante en euros courants, et donc en diminution en euros constants, ne peut que conduire à une progressive paupérisation de ces activités, à l'heure de la prise en considération nécessaire des conséquences de l'augmentation constatée du *numérus clausus* en termes d'accueil et d'encadrement des étudiants en médecine, ainsi qu'à celle de la diffusion des activités de recherche clinique en région, indispensable pour l'accès d'un plus grand nombre de patients au progrès médical. ■

4 ■ FILIÈRES MCO-SSR : UN OUTIL D'ANALYSE DES FILIÈRES D'AVAL ISSU DE LA BDHF

La Banque de données hospitalière de France (BDHF) vient de produire un nouveau module à l'attention des adhérents médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) de la FHF. Il s'agit de l'analyse des filières constatées du MCO vers le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR).

Pour la première fois, la BDHF exploite les données de chaînage inter-champs des individus en routine. Ces données permettent ainsi d'appréhender avec exactitude le parcours du patient, et grâce à un astucieux système mis en place par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), il est possible de « dater » exactement les épisodes entre eux (on ne retrouve pas les dates, anonymisation oblige, mais les délais entre chaque événement d'un individu).

Un établissement peut ainsi observer, en fonction de la discipline ou de la pathologie¹, quel est le taux de patients qui bénéficient d'une prise en charge SSR à la suite d'une hospitalisation en MCO. Il peut également constater quelles sont les filières et **avec quels établissements SSR se créent des liens, et quelle en est la force.**

Les tableaux ci-dessous permettent d'objectiver des situations qui peuvent parfois combattre certaines idées reçues. Ils constituent une bonne base de départ dans les discussions entre l'administration de l'établissement et ses services générateurs de séjours d'aval, mais également avec les établissements d'aval eux-mêmes ou la tutelle. Ces questions d'engorgement à la sortie des services MCO sont centrales car l'occupation des lits par des patients « sortants en recherche de place » est un gros facteur de désorganisation et explique parfois des durées moyennes de séjour anormalement longues, et en conséquence, des séjours qui ne peuvent pas rentrer, diminuant d'autant la recette T2A. Ce module ne traite pas réellement ces questions d'engorgement, mais il met en lumière les filières, ce qui est un pré-requis essentiel pour travailler sur ces questions.

L'établissement peut, par exemple, constater ses manques - s'il possède lui-même un secteur SSR -, ou mettre en exergue l'offre locale très pauvre sur une discipline, expliquant un taux de SSR très faible pour ses patients MCO — l'information du taux national moyen de SSR suivant une prise en charge MCO spécifique est fournie pour comparaison —, ou bien encore mettre en lumière une très faible collaboration avec le secteur public, ce qui est à étudier soigneusement à l'heure où l'hôpital public lutte pour sa survie — il faudra ensuite déterminer si ce constat est lié à l'offre ou à des filières de contournement.

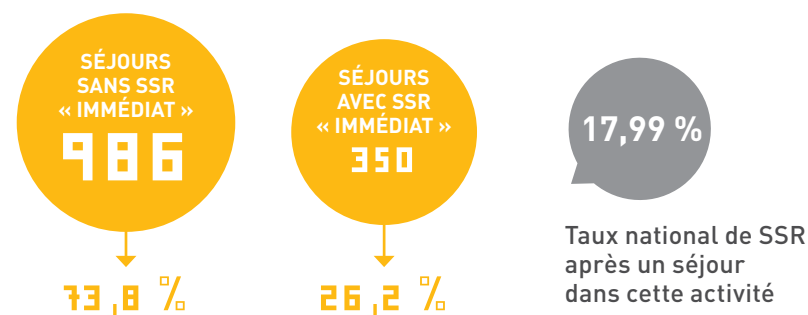
Exemple (réel) tiré de ce module : le CH XXXX a pris en charge 1336 séjours d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) en MCO en 2010. 26,2 % de ces séjours (350 au total) ont bénéficié de SSR à la suite de l'épisode aigu (à comparer au taux national de 18 %). Alors même que cet établissement possède un secteur SSR qui prend en charge certains de ces séjours (7 % d'entre eux seulement), 93 % des séjours sont adressés dans d'autres établissements. Les deux établissements de recours principaux sont privés lucratifs et en général 73 % des séjours sont adressés dans un établissement privé ce qui pose réellement la question de l'offre publique qui semble en inadéquation avec les besoins. Cela pose également la question des collaborations entre établissements publics. Les séjours adressés au secteur privé commercial par cet établissement sur cette seule pathologie génèrent au moins de quoi occuper 30 lits 365 jours par an (chiffre probablement sous-estimé), ce qui est loin d'être neutre. Cela dit, il y a très certainement une marge importante entre le constat et les éventuelles mesures possibles à prendre.

Pour accéder à ce nouveau module, connectez-vous dans l'espace adhérent du site de la FHF : <http://adherents.fhf.fr/accueil.php> > La BDHF et téléchargez le fichier Excel correspondant au module (Module Filière MCO > SSR dans la catégorie « performance »). ■

4* Exemple (réel) de tableau présenté dans le nouveau module

Sources : Bases nationales PMSI MCO et SSR 2010 - ATIH - BDHF/FHF

G050-AVC



détail ci-dessous

Finess	Établissement SSR de destination	Type	Séjours SSR		Journées SSR*	
			Nbre	%	Nbre	%
		OQN	88	25,1 %	4310	29,9 %
		OQN	56	16,0 %	2685	18,6 %
		DGF	53	15,1 %	2735	19,0 %
		OQN	38	10,9 %	1701	11,8 %
		OQN	26	7,4 %	756	5,2 %
		DGF	25	7,1 %	463	3,2 %
		OQN	21	6,0 %	458	3,2 %
		OQN	12	3,4 %	272	1,9 %
		OQN	8	2,3 %	202	1,4 %
		DGF	7	2,0 %	258	1,8 %
	Autres OQN	OQN	6	1,7 %	189	1,3 %
	Autres DGF	DGF	10	2,9 %	374	2,6 %
	TOTAL		350		14403	
	Destination des séjours admis en SSR	OQN	255	72,9 %	10573	73,4 %
	« immédiatement » après le MCO	DGF	95	27,1 %	3830	26,6 %

! **À noter :** ce sont les journées générées pour 2010 seulement

1. Les résultats sont triés selon quatre regroupements : MCO (Aso), Domaines d'activité, Groupes d'activité, Groupes de planification (tous ces regroupements de GHM sont maintenus par l'ATIH).

Note préliminaire : tous les noms d'établissements ont été anonymisés par choix éditorial, il s'agit néanmoins de cas réels.

L'angioplastie (acte thérapeutique de réparation d'une artère coronaire) est souvent réalisée dans le même temps opératoire que la coronarographie diagnostique l'ayant motivé¹. Le patient bénéficie alors des deux opérations en une seule fois, et un seul acte est codé - et facturé dans le cas d'un exercice libéral. Cet acte comprend les deux opérations, mais possède un tarif inférieur aux deux actes réalisés indépendamment.

Quel peut être l'intérêt du patient ?

La simultanéité des deux opérations est plus confortable pour le patient : il ne sera pas obligé de subir une nouvelle intervention, son séjour sera a priori plus court et il ne devrait pas être obligé de revenir. D'un point de vue médical, pour les cas simples, soit la majorité des cas, il semblerait qu'il soit préférable en termes de rapport bénéfice/risque que les deux opérations soient réalisées en un seul temps opératoire : baisse du risque anesthésique, pas de délai avec risque de décompensation de la lésion coronaire, risque infectieux et d'irradiation amoindris... Dans les cas plus complexes une concertation médico-chirurgicale peut être nécessaire et peut justifier la réalisation en deux temps.

Quel peut être l'intérêt du praticien ?

Pour le praticien salarié, la réalisation en un seul temps est préférable puisque le temps total est inférieur et le risque encouru par le patient probablement moindre. La réalisation en un seul temps possède les mêmes avantages pour le praticien libéral que pour le salarié la réalisation en deux temps consomme plus de temps, mais permet une facturation supérieure.

Quel peut être l'intérêt de l'établissement ?

L'établissement a intérêt à ce que l'acte soit réalisé en un seul temps puisque le patient sortira plus vite pour un tarif de séjour identique. Néanmoins, si l'angioplastie est différée pour être réalisée au cours d'un autre séjour, l'établissement sera gagnant puisqu'il facturera alors deux séjours.

En travaillant sur la base PMSI 2009-2010, on retient 258817 angioplasties². Celles-ci se répartissent selon les situations suivantes :

- 66,7 % ont lieu dans le même temps opératoire et sont codées en tant que tel ;
- 6,0 % sont codées en 2 actes séparés le même jour au cours du même séjour (on ne peut pas exclure qu'il ne s'agisse pas parfois d'erreurs de codage) = **situation A**, cf. ci-dessous ;
- 10,2 % ont lieu en 2 temps séparés de moins de 15 jours au cours du même séjour = **situation B**, cf. ci-dessous ;
- 4,0 % ont lieu en 2 temps séparés de moins de 15 jours au cours d'un séjour différent dans le même établissement = **situation C**, cf. ci-dessous ;
- 0,7 % a lieu en 2 temps séparés de moins de 15 jours dans deux établissements différents = **situation D**, cf. ci-dessous ;
- 12,5 % ont lieu en 2 temps séparés de plus de 15 jours.

Sans préjuger s'il s'agit d'une juste répartition correspondant au plus près à l'optimum médical dans l'intérêt du patient, à ce stade la question est : « **Certains établissements s'écartent-ils significativement de cette répartition de types de prise en charge ?** ».

On isole différents cas de figures (situations A à D décrites ci-dessus auxquelles on ajoute la situation E qui concentre tous les cas) :

A - On isole les établissements qui possèdent une grande part d'angioplasties codées le même jour qu'une coronarographie isolée (dans le même séjour) : il s'agit probablement d'un **codage erroné dans le public**. En effet, il n'y a pas d'intérêt à coder les 2 actes séparément puisque cela ne change rien, notamment en termes de financement. Dans le cas du privé lucratif, on ne peut pas conclure entre l'erreur et une décision volontaire, le codage des 2 actes isolés est cependant rémunéré davantage que l'acte corono-angioplastie en un temps. On note que **l'établissement médian possède 1,6 % des angioplasties dans ce cas**.

Les principaux établissements publics (probablement mauvais codeurs sur ces interventions, mais il faudrait cependant le vérifier) sont : le CH de AAAA (83 % de leurs angioplasties retenues dans l'étude) et le CH BBBB (74 % de leurs angioplasties retenues dans l'étude). Les autres établissements publics sont sous les 15 % ou possèdent de trop nombreuses données d'horodatage d'actes manquantes ne permettant pas de conclure.

Les établissements privés lucratifs présents en tête de liste sont plus nombreux puisqu'on en trouve 8 au-delà de 20 % (la médiane nationale se situant à 1,5 %) : Clinique CCCC* = 54 % ; Polyclinique DDDD = 46 % ; Institut EEEE* = 32 % ; CH privé FFFF = 29 % ; Centre GGGG = 23 % ; Centre HHHH = 22 %. **Ces établissements codent entre 20 % et 54 % de leurs angioplasties le même jour qu'une coronarographie isolée**. Soit il s'agit de deux actes réellement isolés dans ces proportions (par exemple, la coronarographie le matin et l'angioplastie l'après-midi) et on peut se demander pourquoi il existe de telles différences de pratiques avec le reste des établissements — pour rappel, 1,6 % en médiane. Est-ce médicalement justifiable ? Une telle proportion de cas particuliers répartis sur ces seuls établissements paraît, pour le moins, étonnante ! Cela fait-il courir un risque supplémentaire au patient ? Est-il justifié de financer ces deux actes ? Soit il s'agit d'erreurs de codages involontaires (mais coûteuses pour l'Assurance-maladie), soit il s'agit d'erreurs de codage volontaires pour obtenir davantage d'honoraires.

* à noter que la Clinique CCCC et l'Institut EEEE font partie des établissements pour lesquels un certain nombre de dossiers ont été exclus de l'analyse (environ 10 % de leurs angioplasties) du fait d'informations manquantes sur la date de l'acte, ce qui ne permet donc pas d'estimer l'enchaînement exact entre la coronarographie et l'angioplastie.

B - On trouve des établissements qui possèdent un taux élevé d'angioplasties précédées de quelques jours d'une coronarographie au cours du même séjour. Au niveau national, l'établissement médian possède 5 % de ses angioplasties dans ce cas (angioplastie et coronarographie isolées dans les 14 jours précédents au cours du même séjour). On tombe néanmoins sur des valeurs troublantes et on note que pour cet indicateur les 26 premiers établissements (les taux les plus élevés) sont tous privés (24 lucratifs). Dans ce cas aussi on peut trouver étonnant que tous les cas complexes et/ou particuliers soient répartis sur ces seuls établissements. Voici les 5 premiers :

- Clinique IIII = 69 % des angioplasties sont réalisées après un acte de coronarographie ayant eu lieu dans les 14 jours précédents (et pas le même jour) au cours du même séjour ;
- Clinique JJJJ = 60 % ;
- Clinique KKKK = 54 % ;
- Clinique LLLL = 53 % ;
- Clinique MMMM = 50 %.

Le délai entre les deux actes est majoritairement inférieur à 7 jours. Un établissement lucratif médian réalise 13 % de ses angioplasties avec cet enchaînement. Un établissement public médian réalise seulement 3 % de ses angioplasties avec cet enchaînement. Comment s'expliquent de telles différences ? **Les recommandations de différer l'angioplastie dans certains cas complexes peuvent difficilement justifier de telles différences car il s'agit de cas qui ne pourraient expliquer des variations que de quelques pourcents tout au plus.**

On peut envisager deux hypothèses pour expliquer ces différences :

- Le coronarographe n'est pas habilité à réaliser l'angioplastie et programme donc la deuxième phase de l'intervention pour un confrère dans les jours qui suivent : ce type d'organisation devrait-elle légitimement perdurer ? Elle possède un coût important pour la communauté (davantage d'honoraires puisque deux actes sont alors facturés, des durées de séjours plus longues) et n'est pas optimale pour le confort et la sécurité du patient.
- C'est le même praticien qui fait les deux actes, mais il décide de les faire en deux temps. Les interrogations quant

1. Dans certains cas complexes, il existe des recommandations pour différer l'angioplastie.

2. Ce qui correspond à 96 % des angioplasties coronaires de la base. On ne conserve que les établissements avec au moins 500 angioplasties sur 2 ans et on supprime les séjours mal chaînés.

à la légitimité de ce type de comportement sont encore plus prononcées lorsque cela devient la règle et que l'établissement d'exercice n'est de surcroît pas un centre de recours.

C - On trouve également des établissements possédant un **taux élevé d'angioplasties précédées de quelques jours d'une coronarographie au cours d'un séjour différent**. Ce sont les établissements qui « tronçonnent » les prises en charge en deux séjours. Au niveau national, l'établissement médian possède environ 2 % de ses angioplasties dans ce cas (angioplastie et coronarographie isolée dans les 14 jours ayant précédé au cours d'un séjour différent). Comme pour l'indicateur précédent, toute la tête de liste est composée de cliniques lucratives (23 sur les 24 premiers). Voici les chiffres les plus spectaculaires :

- Clinique NNNN = 28 % des angioplasties sont réalisées après un acte de coronarographie ayant eu lieu dans les 14 jours précédents (et pas le même jour) au cours d'un séjour différent ;
- Polyclinique OOOO = 27 % ;
- Clinique PPPP = 27 % ;
- CH privé FFFF = 24 % ;
- Institut EEEE* = 23 % ;
- Clinique QQQQ = 18 % ;
- Clinique RRRR = 17 %.

*la valeur pour l'Institut EEEE est probablement erronée (sous-estimée ?) du fait d'un certain nombre de procédures non horodatées, et donc non prises en compte.

Ce comportement atypique coûte plus cher que de faire les deux opérations au cours de la même procédure puisqu'à la fois l'Assurance-maladie paie des honoraires pour deux actes (en secteur privé), mais également paye deux groupes homogènes de séjours (GHS) au lieu d'un. Le confort du patient est dégradé et ceci peut poser un problème de sécurité ? Il existe un taux incompressible de cas particuliers qui justifient la réalisation en deux séjours, mais alors qu'au niveau national un centre médian possède environ 2 cas sur 100 dans ce schéma, **il existe des établissements privés commerciaux qui en possèdent 10 à 15 fois plus**. Ce comportement atypique est essentiellement constaté dans des établissements commerciaux

(l'établissement privé commercial médian possède 4,3 % de ces cas dans ce schéma contre 0,92 % de l'établissement public médian).

D - On décrit ici les établissements qui possèdent un **taux élevé d'angioplasties précédées de quelques jours d'une coronarographie réalisée dans un autre établissement**. Ce sont les établissements destinataires de patients adressés pour l'angioplastie par d'autres établissements qui réalisent la coronarographie en amont. **Ces cas sont rares au niveau national**, 46 % des établissements n'ont aucun patient dans ce cas et 87 % des établissements ont moins de 1 % de leurs angioplasties dans ce cas. Mais on trouve aussi des établissements avec des taux supérieurs aux normes constatées, donc deux avec un taux autour de 10 % :

- Clinique SSSS = 15 % de ses angioplasties ont été précédées d'une coronarographie isolée dans un établissement tiers au cours des 14 jours précédant l'acte ;
- Clinique TTTT = 10 %.

E - Au total si l'on cumule toutes les angioplasties précédées d'une coronarographie isolée dans les 14 jours précédents, qu'elles aient eu lieu ou non au cours du même séjour ou dans le même établissement, on atteint des valeurs extrêmement élevées pour certains centres. L'établissement médian possède 9,3 % de ses angioplasties dans ce cas, l'établissement public médian en possède 4,4 % et l'établissement lucratif 22,1 %. Les 39 premiers centres sont privés (dont 37 lucratifs). Les 8 premiers ont tous un taux supérieur à 50 % :

- Clinique IIII = 71 % des angioplasties ont été précédées d'une coronarographie isolée dans au cours des 14 jours précédant l'acte (même séjour ou non, même établissement ou non) ;
- Polyclinique OOOO = 67 % ;
- Clinique JJJJ = 65 % ;
- Clinique MMMM = 65 % ;
- Clinique KKKK = 56 % ;
- Clinique LLLL = 56 % ;
- Polyclinique UUUU = 55 % ;
- Clinique VVVV = 53 %.

Conclusion

Cette étude démontre qu'il existe certains établissements - généralement lucratifs- atypiques quant à l'enchaînement entre coronarographie et angioplastie. La survenue des deux actes isolés dans une période de deux semaines (coronarographie à J0, puis angioplastie entre J1 et J14) concerne en général 1 angioplastie sur 11 dans un établissement (1 cas sur 26 dans un établissement public médian et 1 cas sur 4 dans un établissement privé médian). Mais cela va jusqu'à 7 cas sur 10 dans une clinique bretonne et plus de 4 cas sur 10 dans 14 cliniques en France. Ces comportements constatés, sans méconnaître certaines recommandations des sociétés savantes, posent de nombreuses questions et amènent à de nombreux commentaires :

- Pourquoi constate-t-on de tels taux sur ces seuls établissements ? Une telle proportion de cas complexes et/ou particuliers répartis seulement sur eux est, pour le moins, étonnante.
- *A contrario*, devrait-on considérer que la majorité des pratiques est atypique, et que les bonnes pratiques sont concentrées dans ces seuls centres ?
- Les établissements avec des taux aussi élevés de disjonction des procédures mettent-ils en danger la sécurité des patients ?
- Le rapport bénéfice/risque pour le patient est-il pris en compte dans ces choix organisationnels ?
- Doit-on laisser perdurer les situations où le praticien réalisant la coronarographie n'est pas qualifié pour l'angioplastie (ou bien le centre n'est pas autorisé à la faire), obligeant à une seconde intervention ?

Il n'est évidemment légitime de financer deux actes et/ou deux GHS, que dans les cas où cela s'avère médicalement justifié.

Enfin, cela nous amène également à ouvrir le débat sur la pertinence des actes en eux-mêmes.

Seuls des contrôles ciblés sur dossiers pourraient apporter un éclairage sur cette crainte : toutes les coronarographies sont-elles nécessaires ? Toutes les angioplasties sont-elles nécessaires ? Tous les stents posés sont-ils nécessaires ?

Note méthodologique : toutes les données sont issues des bases nationales PMSI 2009 et 2010 validées d'une part par les établissements, puis par les Agences régionales de santé (ARS) et enfin par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Les données de chaînage ont également été utilisées (même validation), ainsi que les données d'horodatage des actes contenus dans les enregistrements RSA. Malgré toutes les étapes de validation, toutes ces informations peuvent parfois être de qualité inégale, ce qui implique la prudence sur les résultats, notamment individuels.

Les auteurs tiennent à remercier les docteurs Bernard Jouve, Youcef Rahal et Pierre Kiegel pour leur aide et leurs conseils.

L'ANGIOPLASTIE DIFFÉRÉE

Point de vue du Professeur Didier Carrié

Responsable de service à l'Hôpital Rangueil du CHU de Toulouse

Dans le domaine de la cardiologie interventionnelle, l'écrasante majorité des angioplasties coronaires sont réalisées consécutivement à une coronarographie dans le même temps opératoire (et sont codées en tant que tel en un seul acte CCAM). Un certain nombre d'établissements semblent dissocier les 2 actes en 2 interventions (le même jour dans certains cas, à quelques jours d'intervalle au cours du même séjour dans d'autres cas, et parfois au cours de 2 séjours dissociés). Réaliser les 2 gestes en 2 procédures isolées au cours du même séjour est plus coûteux pour l'assurance-maladie dans le cadre libéral (les 2 actes isolés sont facturés davantage que l'acte regroupant), et extrêmement plus coûteux si en plus on réalise deux séjours (2 GHS, ...) alors que le confort du patient peut être dégradé (2 interventions, durée de séjour plus longue, ...). Deux raisons peuvent être discutées pour expliquer ces différences de prise en charge entre les centres :

La première est l'évaluation de la sévérité de la lésion coronaire. En dehors du syndrome coronaire aigu avec sus décalage du segment ST qui correspond à une urgence nécessitant une angioplastie primaire, la majorité des lésions coronaires entrant ou non dans le cadre d'un syndrome coronaire aigu sans sus décalage du segment ST, d'un angor instable ou stable doivent bénéficier d'une évaluation de l'ischémie myocardique avant de réaliser une angioplastie coronaire. Pour cela, les seuls examens capables de confirmer l'indication d'un tel acte après coronarographie sont les examens d'imagerie cardiaque couplés à un effort tels que l'échocardiographie, la scintigraphie myocardique, voire l'IRM de stress. Ces examens ne peuvent pas être réalisés au cours de la coronarographie, mais plutôt dans les 24 à 48 h qui suivent l'examen angiographique. Une preuve d'ischémie myocardique par l'image va permettre de réaliser dans un deuxième temps, mais lors de la même hospitalisation l'angioplastie de la lésion coupable en ayant pris toutes les garanties scientifiques pour que l'acte interventionnel soit le plus pertinent possible. Seul l'examen de la FFR

(Fractional Flow Reserve) qui apprécie la sévérité de la lésion coronarienne pendant la coronarographie grâce à la mesure du gradient de pression de part et d'autre de la sténose, permettrait dans la majorité des cas de réaliser l'acte d'angioplastie dans le même temps en évitant le réflexe oculo-sténotique, mais cette technique n'est pour l'instant pas remboursée et a un coût prohibitif que ce soit dans le secteur public ou privé.

La deuxième raison est d'ordre scientifique. Les sociétés savantes de cardiologie et de chirurgie cardiaque mettent en avant la notion de « Heart Team » qui doit privilégier la discussion médico-chirurgicale avant tout geste de revascularisation myocardique. Même si cette notion est contestée par les centres n'ayant pas la chirurgie cardiaque sur le même site, la tendance actuelle est de discuter de plus en plus de dossiers en réunion de concertation pluridisciplinaire d'autant plus que les lésions sont complexes et multifocales. Seules les lésions simples peuvent faire l'objet, d'après les sociétés savantes, d'un geste d'angioplastie dans le même temps à condition que le patient soit prévenu de cette éventualité avant la coronarographie.

Reste alors à répondre à trois questions essentielles dans notre système de soins actuel :

- Est-il légitime que l'Assurance-maladie paye davantage d'honoraires aux praticiens segmentant ces deux actes alors qu'ils pourraient n'en réaliser qu'un seul dans la majorité des cas ?
- Est-il légitime que l'Assurance-maladie rémunère deux séjours — lorsque c'est le cas — alors que tout aurait pu être fait au cours du même séjour, voire du même temps opératoire, dans la plupart des cas ?
- Pourquoi existe-t-il autant de différences dans la prise en charge des lésions coronariennes entre les centres interventionnels français publics et privés alors que les recommandations sont les mêmes pour l'ensemble des acteurs médicaux ?

Évaluer l'ischémie myocardique sous-entend ne pas faire le geste d'angioplastie coronaire dans le même temps que la coronarographie afin de répondre à la pertinence des soins. Le choix entre pontage et angioplastie vis-à-vis de lésions complexes nécessite une discussion médico-chirurgicale avec un temps de réflexion qui ne doit pas faire réaliser l'angioplastie « ad hoc ». À partir de ces données scientifiques solides, pourquoi ne pas calquer les coûts de l'Assurance-maladie sur les recommandations de bonne pratique clinique prônées par les sociétés savantes ? Cela aurait le mérite de traiter le patient du mieux possible sans arrière-pensée financière.

Alors pourquoi autant de différences de culture entre les centres interventionnels français publics et privés ?

Trois réponses peuvent être évoquées :

- **La structure et le mode de fonctionnement des centres :** chaque établissement, qu'il soit privé, public universitaire ou non, a son propre mode de fonctionnement qui dépend des contraintes locales notamment en termes de logistique, de financement ou d'enseignement, mais aussi des habitudes médicales puisque le facteur humain reste essentiel dans ce type de gestes interventionnels. **Sauf cas très particulier avec risque d'augmentation de la morbidité cardio-vasculaire, il semble plus raisonnable de réaliser l'angioplastie lors du même séjour que la coronarographie.** Par contre, rien ne peut expliquer que les centres de proximité qui traitent préférentiellement des lésions simples effectuent la coronarographie, puis l'angioplastie lors de deux séjours différents. Mais plutôt que de dire qui a tort ou raison, le plus important serait de réfléchir sur le mode de remboursement global du patient, que le geste d'angioplastie soit fait en un ou deux temps lors du même séjour, voire lors de deux séjours différents.
- **L'évaluation et l'interprétation des lésions : un travail éducatif très important doit être entrepris à partir des experts de cette spécialité** afin d'améliorer la pertinence des actes et d'éviter le réflexe oculo-sténotique encore trop important dans l'Hexagone. Il n'est, là encore, pas exclu de penser que le patient serait mieux évalué, et donc mieux traité si l'angioplastie était faite dans un deuxième temps après évaluation des lésions par une technique

d'imagerie cardiaque. Le nombre d'angioplasties et de stenting diminuerait ainsi probablement sur notre territoire.

■ **L'interaction en réseau entre les centres de proximité et de recours :** comme pour les maternités, il existe des niveaux différents d'expertise entre les centres interventionnels qui expliquent que les lésions simples puissent être dilatées dans des centres de proximité alors que les lésions plus complexes relèvent de centres de recours. Ce mode de fonctionnement peut expliquer qu'il y ait deux séjours dans deux centres différents pour un même patient. C'est la logique même du parcours de soins dupatient qui permet d'optimiser au maximum sa prise en charge, à condition que les connexions entre ces deux types de centre fonctionnent parfaitement.

En conclusion, il est important d'insister sur le fait que le patient est au centre du débat et qu'il doit tirer le meilleur parti des connaissances médicales, scientifiques et technologiques actuelles. **Pour cela les efforts les plus importants doivent porter sur la pertinence des actes,** c'est-à-dire l'évaluation des lésions par technique d'imagerie suivie le plus souvent par unediscussion médico-chirurgicale pour les lésions très complexes. Ce sont ces notions essentielles qui devraient être prises en compte en priorité dans **la réflexion du mode de remboursement de ces gestes interventionnels.**



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