

#25



INFO EN SANTÉ

MAI 2015

SYSTÈME D'INFORMATION ■ STRATÉGIE ■ QUALITÉ

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE ■ WWW.FHF.FR

SOMMAIRE

- 1 **ÉDITORIAL**
- 2 **PANORAMA GÉNÉRAL DE L'ACTIVITÉ MÉDICALE EN AMBULATOIRE**
Stéphane Finkel (FHF)
et Dr Sandra Gomez (FHF)
- 8 **HÔPITAL DE JOUR : DE LA DIFFICULTÉ DES DONNÉES COMPARÉES**
Pascal Gareil (FHF)
- 11 **LA MÉDECINE INTERNE : FACE-À-FACE DIFFICILE AVEC LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ**
Pr Isabelle Durieu (Hospices civils de Lyon)
et Pr Denis Vital-Durand (Hospices civils de Lyon)
- 13 **LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES EN HOSPITALISATION DE JOUR**
Stéphane Finkel (FHF)
et Dr Sandra Gomez (FHF)
- 24 **FOCUS SUR LE FORUM DE LA BDHF, UN NOUVEL OUTIL D'ÉCHANGE AVEC LES UTILISATEURS**
Stéphane Finkel (FHF)

ÉDITORIAL

LA POLITIQUE HOSPITALIÈRE MÉRITE MIEUX QUE DES SLOGANS

Nos concitoyens sollicitent de plus en plus le service public hospitalier et, dans le même temps, celui-ci est soumis à la critique des experts, voire des médias, au gré des sujets d'actualité. Tout cela ne fait pas très sérieux. Le dernier avatar, c'est la mode de la chirurgie ambulatoire.

Chacun le comprend, nos concitoyens n'ont pas envie de séjourner longtemps à l'hôpital. Ils savent désormais, et ils ont raison, que les techniques dites non invasives et les prises en charge permettent d'aller dans ce sens. Il faut répondre à cette attente, désormais rendue possible par le progrès des techniques.

Mais ce n'est pas en faisant des déclarations intempestives – comme certains organismes, y compris publics, s'y emploient, sur les objectifs à atteindre et les gains pharaoniques attendus, qui se chiffrent en milliards d'euros – que le dossier va avancer correctement et rassurer la population. Ce dossier prioritaire mérite mieux que l'incantation.

Certes, il faut avoir la volonté de faire évoluer nos organisations en se fixant des objectifs raisonnables tout en tenant compte de la lourdeur des cas traités à l'hôpital, mais aussi de la mission sociale de l'hôpital public, notamment aux urgences. Ce n'est pas la préoccupation des cliniques commerciales qui choisissent, et c'est normal, la nature de leurs activités.

La FHF elle-même propose un objectif ciblé, dans les prochaines années, qui serait d'arriver à un taux de 56 % (actuellement 35 %) de chirurgie ambulatoire. Cet objectif a été présenté à l'Académie de chirurgie qui l'a considéré comme raisonnable et pertinent...

Récemment, le débat sur le nombre de lits à l'hôpital a occupé la scène médiatique et politique. Le nombre excessif de lits, selon les experts, serait la cause de l'accélération des dépenses de santé et, dans le même temps, l'actualité grippale de l'hiver démontre l'insuffisance des lits hospitaliers. Cherchez l'erreur !

Dans le même mouvement, les pouvoirs publics mobilisent les Agences régionales de santé (ARS) pour engager, à marche forcée, une réduction drastique des lits dans le plan d'économies qui a été annoncé au motif du développement de la chirurgie ambulatoire.

En somme, si la FHF soutient une politique hospitalière qui va dans le bon sens, elle déplore les méthodes qui sont parfois brutales, les circulaires impératives et bureaucratiques, voire les injections contradictoires.

En définitive, la FHF demande un peu plus de clarté, de cohérence et de responsabilité dans la mise en œuvre de la politique hospitalière. Si les objectifs sont partagés, il est mieux que les professionnels s'engagent eux-mêmes... en toute confiance ! Voilà un vrai pacte de confiance. ■

Gérard Vincent, délégué général, FHF

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

Yves Gaubert, responsable du pôle Finances - BDHF, FHF

1 ■ PANORAMA GÉNÉRAL DE L'ACTIVITÉ MÉDICALE EN AMBULATOIRE Stéphane Finkel (FHF) et Dr Sandra Gomez (FHF)

L'analyse porte exclusivement sur les séjours de médecine de 2007 à 2013. Pour cela, nous avons exclu les séances, les GHM chirurgicaux, la CMD 14 (obstétrique) et CM 15 (néonatalogie) ainsi que l'activité des hôpitaux militaires (HIA) qui n'était pas disponible pour l'ensemble de la période considérée.

L'hospitalisation de jour en médecine représente 40,8 % des séjours de médecine classique ou interventionnelle. Les établissements privés commerciaux regroupent, à eux seuls, 44,4 % de l'activité, en légère augmentation de 2 % par rapport à 2007. La prise de part de marché par les établissements privés (lucratifs ou non lucratifs) s'est faite essentiellement au détriment des CHU. Ce phénomène est uniquement lié à la médecine interventionnelle, principalement aux endoscopies, à la radiologie ou à la cardiologie interventionnelle qui, si on les exclut, font apparaître une tendance complètement

inverse. En effet, dès lors que la médecine n'est pas interventionnelle, elle devient l'apanage des établissements publics (88,7 % en 2013). La prééminence du secteur public sur la médecine non instrumentale est assez stable sur la période.

À l'inverse, il est intéressant de noter que l'hospitalisation complète de médecine, interventionnelle ou non, est essentiellement assurée par le secteur public, les CH et CHU représentant 76,6 % de cette activité contre 16 % pour les établissements privés lucratifs. On constate aussi que, concernant cette activité en hospitalisation, il existe également un fort décalage sur la nature d'activité elle-même puisque le privé lucratif réalise 25 % de ses séjours d'hospitalisation complète sur la médecine interventionnelle (avec actes d'endoscopie, biopsies, coronarographies, etc.) alors que ce n'est le cas que de 7 % des séjours du public.

1* Volumes de séjours ambulatoires non C* en France de 2007 à 2013 - Sources : PMSI Atih / FHF-BDHF

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | HOSPITALISATION COMPLÈTE |
|--------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------------|
| CH | 1 014 945 | 981 688 | 984 394 | 984 973 | 990 322 | 993 849 | 994 019 | 2 947 102 |
| CHR | 1 032 402 | 1 004 259 | 962 186 | 952 413 | 969 861 | 1 005 526 | 1 013 835 | 1 585 514 |
| PNL | 221 816 | 222 654 | 225 446 | 230 732 | 238 912 | 247 708 | 258 528 | 425 745 |
| Privé | 1 676 458 | 1 635 679 | 1 697 771 | 1 707 160 | 1 740 223 | 1 790 049 | 1 807 281 | 956 357 |
| Total | 3 945 621 | 3 844 280 | 3 869 797 | 3 875 278 | 3 939 318 | 4 037 132 | 4 073 663 | 5 914 718 |
| Pdm Pu-PNL | 57,5 % | 57,5 % | 56,1 % | 55,9 % | 55,8 % | 55,7 % | 55,6 % | 83,8 % |

*Hors HIA, hors obstétrique et néonatalogie, hors séances, hors esthétique.

Alors que les volumes de la médecine non interventionnelle sont en baisse importante sur la période (-15,6 %, la baisse principale étant concentrée sur 2007-2010), les parts de marché évoluent quant à elles assez peu. Les transferts d'activité se concentrent

essentiellement à l'intérieur des établissements publics, les CHU prenant 2 % aux CH. Le secteur public renforce encore un peu plus sa domination extrême sur cette activité, le secteur lucratif ne représentant plus que 11,3 % en 2013.

2* Volumes de séjours ambulatoires non C et non K* en France de 2007 à 2013 - Sources : PMSI Atih / FHF-BDHF

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| CH | 784 251 | 729 692 | 709 013 | 683 768 | 667 666 | 651 481 | 628 969 |
| CHR | 929 225 | 885 687 | 829 603 | 805 495 | 806 685 | 828 816 | 824 616 |
| PNL | 127 602 | 121 777 | 108 192 | 107 433 | 110 041 | 115 137 | 117 459 |
| Privé | 255 832 | 203 591 | 197 804 | 188 487 | 189 236 | 207 240 | 199 821 |
| Total | 2 096 910 | 1 940 747 | 1 844 612 | 1 785 183 | 1 773 628 | 1 802 674 | 1 770 865 |
| Pdm Pu-PNL | 87,8 % | 89,5 % | 89,3 % | 89,4 % | 89,3 % | 88,5 % | 88,7 % |

*Hors HIA, hors obstétrique et néonatalogie, hors séances, hors esthétique.

On assiste parallèlement à un développement important de la médecine interventionnelle ambulatoire, +25 % au total sur la période 2007-2013 soit un rythme de progression annuel moyen soutenu de +3,7 % par an.

Pour les établissements publics et parapublics, on note que le recours à cette activité est en train de se développer avec une augmentation de part de marché de +2,6 % pour les CHU, de +3,4 % pour les CH et de +1 % pour les établissements privés à but non lucratif au détriment des établissements privés lucratifs (-7 % de part de marché sur cette période).

3* Volumes de séjours ambulatoires en K* en France de 2007 à 2013 - Sources : PMSI Atih / FHF-BDHF

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| CH | 230 694 | 251 996 | 275 381 | 301 205 | 322 656 | 342 368 | 365 050 |
| CHR | 103 177 | 118 572 | 132 583 | 146 918 | 163 176 | 176 710 | 189 219 |
| PNL | 94 214 | 100 877 | 117 254 | 123 299 | 128 871 | 132 571 | 141 069 |
| Privé | 1 420 626 | 1 432 088 | 1 499 967 | 1 518 673 | 1 550 987 | 1 582 809 | 1 607 460 |
| Total | 1 848 711 | 1 903 533 | 2 025 185 | 2 090 095 | 2 165 690 | 2 234 458 | 2 302 798 |
| Pdm Pu-PNL | 23,2 % | 24,8 % | 25,9 % | 27,3 % | 28,4 % | 29,2 % | 30,2 % |

*Hors HIA.

1. La médecine interventionnelle

a. Les endoscopies

Les endoscopies sont un domaine où le privé est fortement représenté. Le secteur ex-DG oscille entre une part de marché de 22,6 % pour le groupe d'activité concernant les endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie de moins de deux jours (GHM 06K02Z) et une part de

marché de 49,6 % pour le groupe d'activité concernant les endoscopies génito-urinaires, avec ou sans anesthésie (G140). Le secteur ex-DG détient également une part significative des endoscopies ORL et bronchiques.

On note le fort dynamisme du secteur ex-DG qui passe de 18,3 % à 25,4 % de part de marché sur la période 2007-2013, même s'il est nettement dominé par le secteur privé commercial.

4* Volumes de séjours ambulatoires d'endoscopies en France* en 2007 et en 2013 - Sources : PMSI Atih / FHF-BDHF

| | 2007 | 2013 |
|--------------|------------------|------------------|
| CH | 124 950 | 230 500 |
| CHR | 40 003 | 69 901 |
| PNL | 52 762 | 92 690 |
| Privé | 971 718 | 1 157 362 |
| Total | 1 189 433 | 1 550 453 |
| Pdm Pu-PNL | 18,3 % | 25,4 % |

*Hors HIA.

Une part importante des endoscopies est réalisée en externe sans recours à l'hospitalisation. C'est le cas le plus fréquent pour les gastroscopies par exemple. Sans avoir à disposition les actes externes effectués par les établissements privés lucratifs, il est difficile d'avoir une vision globale de cette activité et de son évolution depuis 2007.

b. Les cathétérismes

Le secteur public et parapublic est majoritaire sur cette activité sauf pour l'activité d'angioplastie coronaire ou vasculaire sans pose de stent (G058) où il ne représente que 27 % de l'activité. D'ailleurs, l'essentiel des séjours pour

cathétérismes vasculaires est réalisé par les établissements privés lucratifs et les CHU sauf en ce qui concerne l'activité très rare de cathétérismes thérapeutiques vasculaires du système nerveux (G060) où seul le privé à but non lucratif possède une activité significative.

5* Volumes de séjours ambulatoires avec cathétérismes en France* en 2007 et en 2013 - Sources : PMSI Atih / FHF-BDHF

| | 2007 | 2013 |
|------------|--------|--------|
| CH | 3055 | 7854 |
| CHR | 6350 | 12770 |
| PNL | 359 | 1494 |
| Privé | 15258 | 23586 |
| Total | 25022 | 45704 |
| Pdm Pu-PNL | 39,0 % | 48,4 % |

*Hors HIA.

c. Les autres activités interventionnelles

Bien qu'aujourd'hui le secteur commercial soit globalement dominant sur la médecine interventionnelle, il existe toutefois des spécialités à l'intérieur de cette activité où le secteur public est majoritaire. C'est le cas, par exemple, des explorations nocturnes (CHU 85 % et CH 9,5 %), du traitement des brûlures (CHU 78 % et CH 17 %), des injections de toxine botulique (CHU 59 % et CH 24 %), des affections du système nerveux sans acte opératoire avec anesthésie (CHU 43 % et CH 12 %).

À l'inverse, les cliniques privées lucratives sont très majoritaires sur certaines prises en charge ambulatoires, notamment les lithotrities extracorporelles de l'appareil urinaire (71,5 %), les séjours pour biopsie prostatique (82,2 %), les actes ORL et stomatologiques divers (79,8 %), les affections cardiovasculaires sans acte opératoire de la CMD 05 (cardiovasculaire), avec anesthésie (66,4 %).

2. La médecine non interventionnelle

La prééminence du secteur public sur le secteur privé lucratif est évidente en hospitalisation de jour de médecine dès lors que la spécialité ne fait pas appel à des actes interventionnels.

Le secteur lucratif réalise néanmoins une activité significative sur deux domaines : les séjours ambulatoires d'ORL et de stomatologie (37 %) et les chimiothérapies en dose unique donc hors séances (27,3 %).

La part du public et du parapublic oscille entre 81,6 % pour la rhumatologie en ambulatoire et presque 100 % pour certaines activités particulières.

De la même façon, pour des spécialités où la prise en charge est généralement chirurgicale, comme l'ophtalmologie par exemple, il est intéressant de noter que le secteur privé lucratif est très peu présent sur le versant ambulatoire purement médical (12 % seulement alors que, sur le volet chirurgical, ce secteur est ultra dominant).

Concernant les prises en charge en hôpital de jour pour des affections gynécologiques ou mammaires, on assiste à une baisse de moitié des séjours entre 2012 et 2013 (de 36 752 à 19 493). Cette chute est liée au passage à un forfait SE2 de l'acte de transfert d'embryon. Cette activité désormais massivement réalisée en externe alors qu'il existait un flou auparavant, explique à elle seule la chute apparente des prises en charge médicales ambulatoires gynécologiques. De ce fait, l'activité qui a été requalifiée étant majoritairement privée, le secteur public apparaît désormais comme étant dominant sur la gynécologie-sénologie médicale ambulatoire (72 %).

3. Les actes de la liste SE qui échappent au forfait SE

Les actes bénéficiant d'un forfait Sécurité Environnement hospitalier (SE) sont inscrits sur une liste fermée et concernent des prises en charge réalisées sans anesthésie ou si aucune autre condition (état du patient ou actes associés) ne justifie l'hospitalisation. Certains concernent à proprement parler la médecine interventionnelle, notamment les SE1 (forfaits SE de type 1) qui s'attachent aux endoscopies, les SE3 aux biopsies, infiltrations ou drainages et les SE4 aux saignées thérapeutiques. Les forfaits SE2 concernent davantage une activité frontière avec la chirurgie.

Dès lors que cet acte est effectué avec une anesthésie ou que la prise en charge le nécessite, il justifie le séjour hospitalier : c'est cette sous-population que l'on souhaite étudier ici (les actes de la liste SE qui échappent au forfait SE).

Sur la période 2007-2013, les séjours ambulatoires hospitaliers comprenant un ou plusieurs actes appartenant à la liste SE1 (endoscopies) ont connu une forte hausse de +133 000 séjours (+15,2 %).

Les établissements privés réalisent 75 % de cette activité avec une perte de 5 points de part de marché par rapport à 2007 au profit essentiellement des CH et des établissements privés non lucratifs. En 2013, on remarque qu'ils réalisent

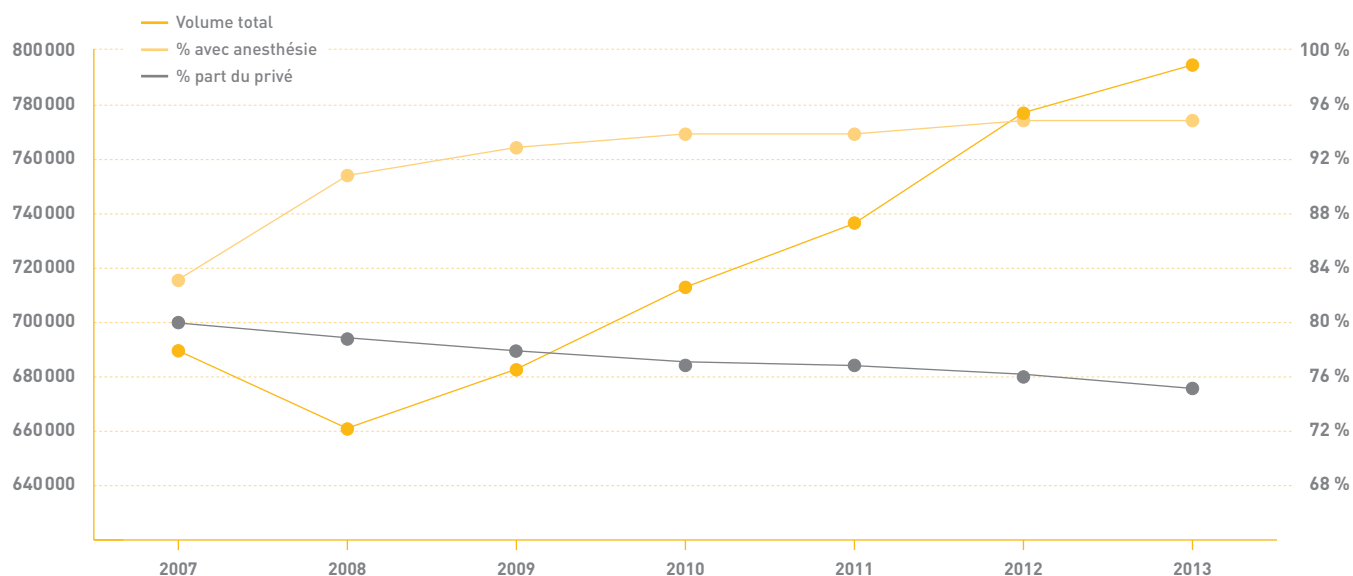
ces actes systématiquement sous anesthésies, ce qui n'est pas encore le cas des CHU où seulement 64 % de ces actes sont effectués sous anesthésie.

Globalement, alors qu'en 2007 ces actes réalisés en hospitalisation l'étaient à 83 % sous anesthésie, ils le sont quasiment pratiquement tous désormais (95 % des cas en 2013).

6* Nombre d'actes des listes SE1 « Sécurité Environnement 1 » présents sur des séjours hospitalisés en ambulatoire de 2007 à 2013

Sources : PMSI 2007-2013, Atih, FHF-BDHF

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| CH | 72 130 | 73 363 | 77 795 | 85 122 | 89 863 | 98 613 | 107 458 |
| % anesth. | 59 % | 70 % | 76 % | 81 % | 83 % | 86 % | 88 % |
| CHR | 33 440 | 36 472 | 37 845 | 38 284 | 39 124 | 41 893 | 43 863 |
| % anesth. | 43 % | 48 % | 51 % | 54 % | 60 % | 62 % | 64 % |
| PNL | 30 304 | 31 431 | 36 159 | 40 592 | 42 177 | 44 842 | 48 274 |
| % anesth. | 82 % | 90 % | 93 % | 95 % | 95 % | 96 % | 96 % |
| Privé | 553 587 | 519 586 | 530 328 | 548 766 | 565 029 | 591 805 | 594 940 |
| % anesth. | 88 % | 97 % | 98 % | 99 % | 99 % | 99 % | 99 % |
| TOTAL | 689 461 | 660 852 | 682 127 | 712 764 | 736 193 | 777 153 | 794 535 |
| % anesth. | 83 % | 91 % | 93 % | 94 % | 94 % | 95 % | 95 % |
| Part du privé | 80 % | 79 % | 78 % | 77 % | 77 % | 76 % | 75 % |



Les actes de la liste SE2, lorsqu'ils sont facturés comme une hospitalisation, ont connu une très forte augmentation entre 2011 et 2013 (+337 000 séjours, soit +139 % en 2 ans). Néanmoins, nous ne les détaillerons pas car il s'agit davantage d'une activité frontière à la chirurgie qu'à la médecine ambulatoire qui constitue le thème dans cet article.

Les actes de la liste SE3 (biopsies, infiltrations, drainages) et SE4 (saignées thérapeutiques) ont un profil tout à fait différent. En effet, sur la période 2007-2013, ils diminuent progressivement pour les SE3 et très fortement entre 2007 et 2008 pour les SE4.

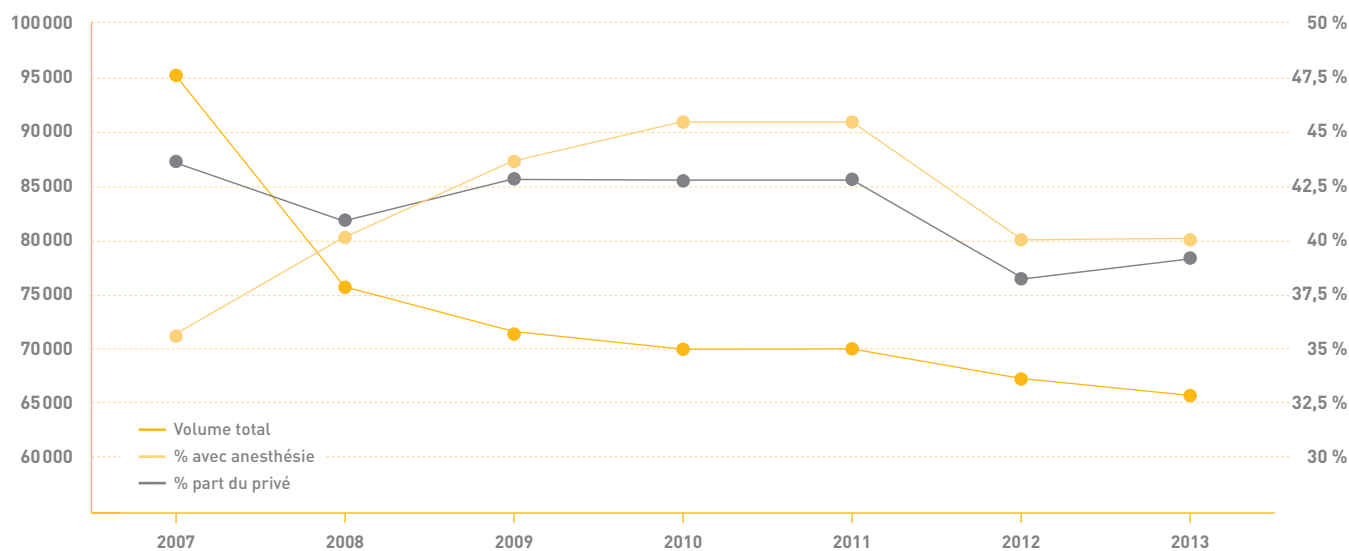
La part du privé pour les actes de la liste SE3 est assez stable sur la période 2007-2013 avec tout de même une perte de 5 points au profit des CH, les autres établissements restant stables. Il faut noter que le cas-mix intraliste SE3 est très différent entre le public et le

privé. Ainsi, 78 % des séjours ambulatoires hospitalisés dans le public avec un acte de la liste SE2 concernent l'acte « HPJB001 Évacuation d'un épanchement intrapéritonéal, par voie transcutanée » alors que cet acte ne représente que 6 % des séjours du privé qui, lui, est presque exclusivement (76 %) concerné par l'acte « JGHJ001 Biopsie de la prostate, par voie transrectale avec guidage échographique » qui ne représente que 8 % des cas publics. On note également que ces deux actes sont très différents : le premier n'est pas du tout concerné par l'anesthésie, ce qui explique que le public ne propose que très peu de séjours avec anesthésie sur le total SE3, alors que le second est quant à lui très souvent réalisé avec une anesthésie : sur celui-ci le privé est très présent. On peut constater à ce stade que le privé est très nettement plus présent sur les actes où une anesthésie peut justifier une hospitalisation que sur les autres actes qu'il délaisse.

7* Nombre d'actes des listes SE3 « Sécurité Environnement 3 » présents sur des séjours hospitalisés en ambulatoire de 2007 à 2013

Sources : PMSI 2007-2013, Atih, FHF-BDHF

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| CH % anesth. | 32952 7 % | 28374 9 % | 26312 9 % | 26445 9 % | 27281 10 % | 27326 9 % | 26733 9 % |
| CHR % anesth. | 15016 3 % | 11976 3 % | 10454 5 % | 9460 10 % | 8862 8 % | 10142 8 % | 9568 7 % |
| PNL % anesth. | 6737 24 % | 5019 27 % | 4499 36 % | 4414 41 % | 4708 38 % | 4678 29 % | 4556 34 % |
| Privé % anesth. | 40442 69 % | 30501 83 % | 30199 87 % | 29471 88 % | 29330 89 % | 25161 86 % | 24954 85 % |
| TOTAL % anesth. | 95147 34 % | 75870 39 % | 71464 43 % | 69790 45 % | 70181 45 % | 67307 39 % | 65811 39 % |
| Part du privé | 43 % | 40 % | 42 % | 42 % | 42 % | 37 % | 38 % |



Parmi les actes SE3, seules les infiltrations thérapeutiques du plexus brachial (AHLB016) et celles du nerf spinal à l'émergence rachidienne, avec guidage radiologique (AHLH014), très majoritairement réalisées dans les établissements privés lucratifs, ont une évolution ascendante contraire à la tendance générale (respectivement +191 % et +49 % sur la période 2007-2013). De la même façon, les évacuations d'épanchement intrapéritonéal, par voie transcutanée (HPJB001), réalisées quasi exclusivement dans les établissements publics et parapublics, connaissent cette même tendance ascendante (+27 % sur la période).

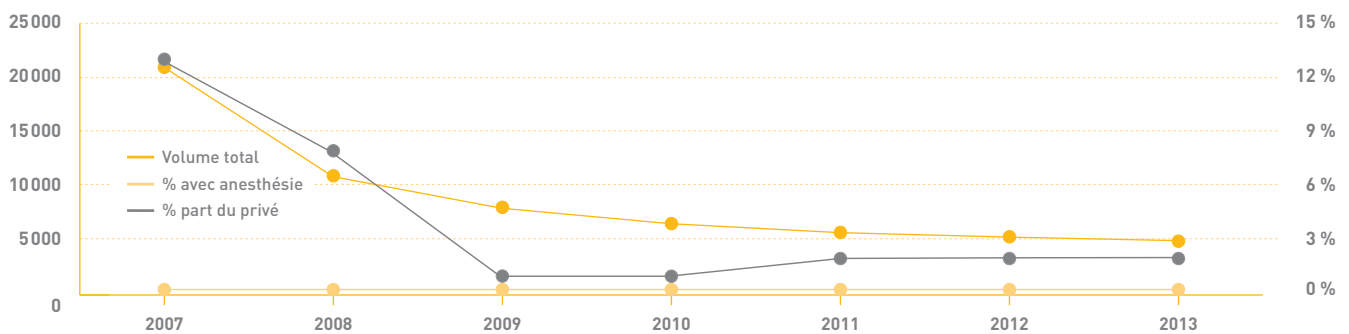
La part du privé pour les SE4 (cette liste ne concerne que l'acte de saignée thérapeutique), est passée de 13 % en 2007 à 1 % en 2009 pour se stabiliser depuis autour de 1 % ou de 2 %.

En 2013, les saignées thérapeutiques qui demeurent réalisées en hospitalisation, par une probable justification médicale, sont réalisées par les CH pour 73 % et par les CHU pour 23,5 %. On rappelle que cette chute, artificielle puisque l'activité perdue étiquetée différemment, est issue de la contestation par l'Assurance Maladie du fait qu'il puisse s'agir d'une activité d'hospitalisation.

8* Nombre d'actes des listes SE4 « Sécurité Environnement 4 » présents sur des séjours hospitalisés en ambulatoire de 2007 à 2013

Sources : PMSI 2007-2013, Atih, FHF-BDHF

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| CH % anesth. | 14 971 0 % | 8 265 0 % | 6 392 0 % | 5 497 0 % | 4 620 0 % | 4 050 0 % | 3 713 0 % |
| CHR % anesth. | 2 372 0 % | 1 527 0 % | 1 233 0 % | 747 0 % | 814 0 % | 1 047 0 % | 1 192 0 % |
| PNL % anesth. | 1 121 0 % | 261 0 % | 183 1 % | 157 0 % | 113 0 % | 99 0 % | 72 0 % |
| Privé % anesth. | 2 783 0 % | 932 0 % | 101 3 % | 70 4 % | 97 2 % | 123 0 % | 92 1 % |
| TOTAL % anesth. | 21 247 0 % | 10 985 0 % | 7 909 0 % | 6 471 0 % | 5 644 0 % | 5 319 0 % | 5 069 0 % |
| Part du privé | 13 % | 8 % | 1 % | 1 % | 2 % | 2 % | 2 % |



Conclusion

L'hôpital de jour médical ne progresse pas, notamment car l'Assurance Maladie conteste très fréquemment de nombreuses activités réalisées sans anesthésie et contribue ainsi au déclassement en externe de certaines d'entre elles.

Le secteur privé lucratif est très présent sur ces activités quand celles-ci comportent des actes (endoscopie par exemple). À l'inverse, ce secteur est pratiquement absent quand il s'agit de médecine pure sans acte. L'analyse des

actes des listes SE restant dans la base des hospitalisations montre d'ailleurs que, lorsqu'un acte peut se réaliser sous anesthésie, le secteur privé se maintient en mettant en œuvre une anesthésie quasi systématique, justifiant ainsi l'hospitalisation et que, sur les actes où l'anesthésie est sans objet (la saignée thérapeutique par exemple), le privé se désengage de l'activité. On constate inversement que le secteur public conserve quant à lui toute une frange d'activité sans anesthésie. La justification obligatoirement médicale à la facturation d'une hospitalisation pour ces séjours indique, comme on l'a vu par ailleurs, qu'en médecine ambulatoire, les cas les plus « lourds » sont pris en charge par le secteur public. ■

Consultations externes, activités ambulatoires, hôpital de jour, les concepts comme les pratiques se sont développés sans que les statistiques comparatives internationales puissent toujours suivre.

Les données de l'ambulatoire (*outpatient care*) disponibles dans la base de données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) Europe regroupent les consultations/visites aux cabinets de ville, à domicile et dans les services ambulatoires des hôpitaux. Elles incluent donc des soins à des patients qui nécessitent une hospitalisation de quelques heures et qui retournent à leur domicile au plus tard en fin de journée. L'hospitalisation de jour est ainsi un sous-ensemble des soins ambulatoires.

Dépenses de santé

Les données disponibles sur la part que représentent ces activités de soins, dont le point commun est qu'elles ne nécessitent pas une nuit d'hospitalisation, ne sont disponibles que pour 15 des 28 États membres de l'Union européenne et pour des années qui ne sont pas forcément les mêmes.

L'indicateur le plus disponible est celui de la part de l'ambulatoire dans les dépenses totales de santé. Il montre des écarts importants puisque les soins ambulatoires représentent 7,5 % en Lettonie (2009) contre 31,3 % en Finlande (2005).

La France est l'un des rares pays à produire des données qui font la distinction entre l'activité ambulatoire médicale, dentaire, et les soins de longue durée à domicile. À l'inverse, en Espagne, les données disponibles distinguent seulement les soins primaires des soins de spécialité, ces derniers incluent donc les activités d'ambulatoire et d'hospitalisation complète. En 2007, la part des soins de spécialités s'élevait d'ailleurs à 54 % des dépenses totales de santé avec une croissance de 87 % par rapport à l'an 2000. Autre exemple, la Suède ne dispose pas d'information précise sur les activités ambulatoires de ses hôpitaux.

Activité

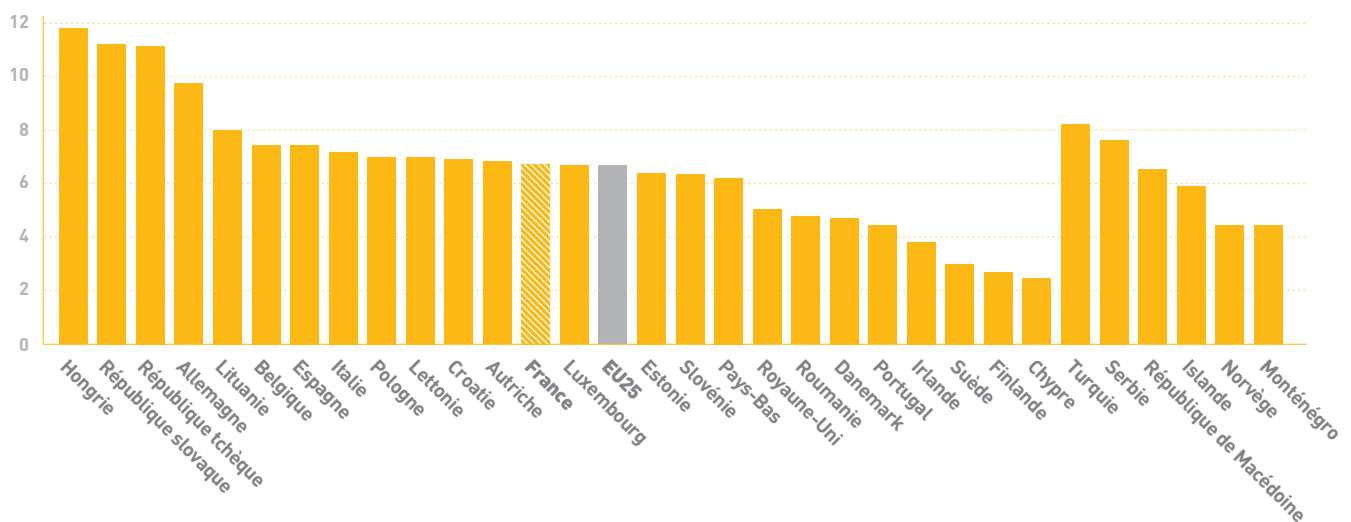
Le seul indicateur disponible pour la plupart des pays européens est le nombre de contacts par personne et par an. Les autres données ne sont pas systématiques : un même indicateur peut avoir plusieurs significations selon le contexte national et surtout pour des années différentes.

On dispose de quelques données telles que les consultations médicales que ce soit en cabinet, à l'hôpital ou au domicile du patient.

9* Nombre de consultations de médecins par habitant, 2012 (ou année la plus récente)

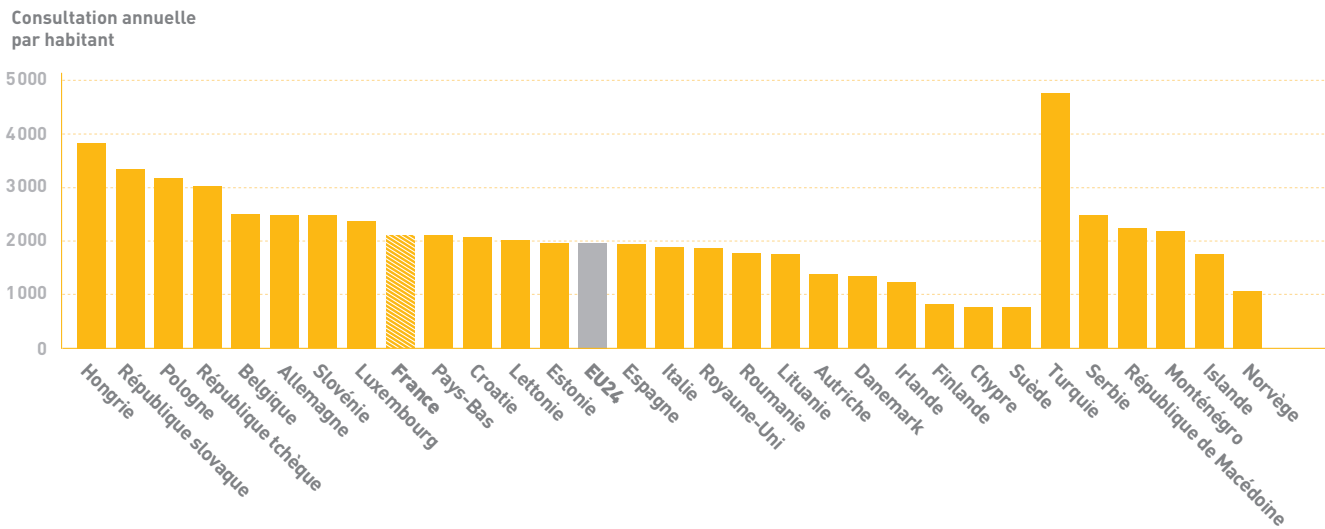
Sources : OCDE Statistiques de la santé 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> ; base de données Eurostat statistiques ; WHO Europe Health for All Database.

Consultation annuelle par habitant



10* Estimation du nombre de consultations par médecin, 2012 (ou année la plus récente)

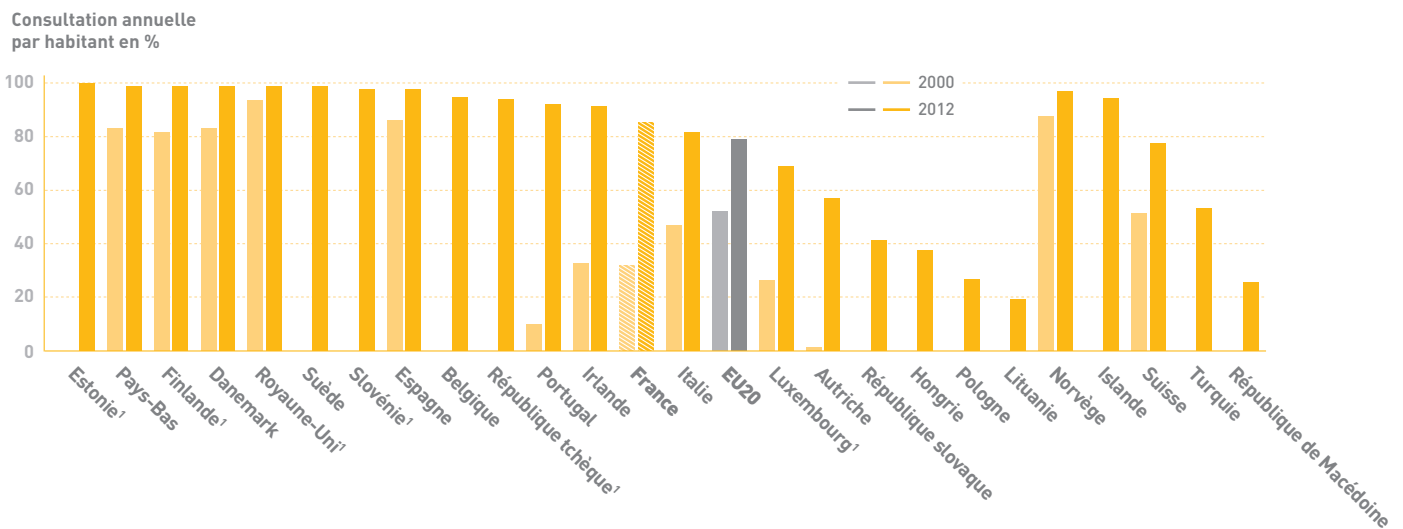
Sources : OCDE Statistiques de la santé 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; base de données Eurostat statistiques ; WHO Europe Health for All Database.



On dispose également de données sur quelques interventions telles que l'opération de la cataracte. Pour cette intervention, on dispose d'informations concernant la part que représente l'activité de jour dans l'activité totale.

11* Pourcentage des opérations de la cataracte en chirurgie de jour, 2000 et 2012 (ou année la plus récente)

Sources : OCDE Statistiques de la santé 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; base de données Eurostat statistiques ; WHO Europe Health for All Database.

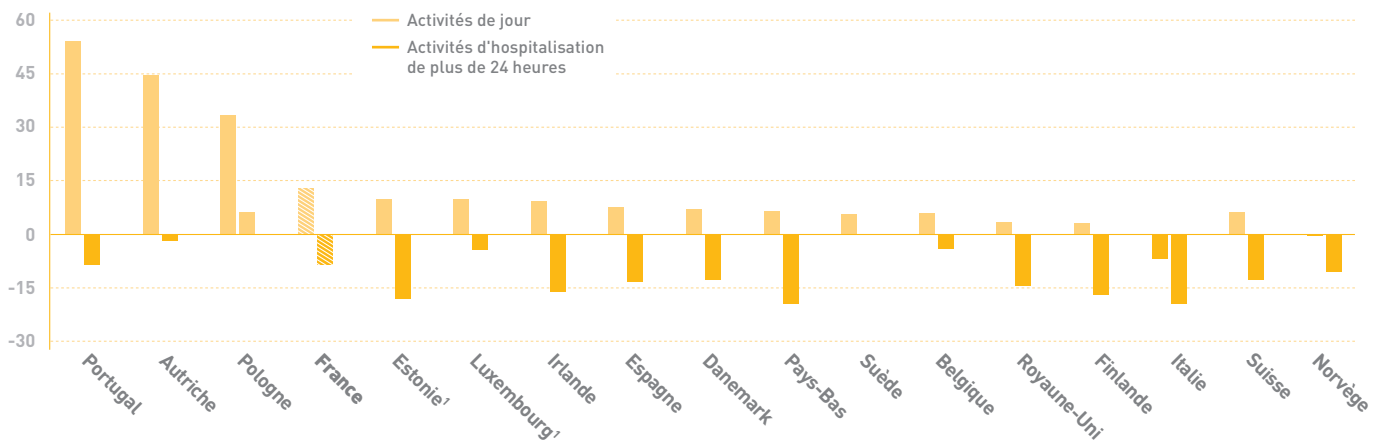


1. Les données comprennent les opérations de jour à l'hôpital et hors de l'hôpital.

12* Croissance des opérations de la cataracte par habitant, en activité de jour et en activité d'hospitalisation de plus de 24 heures

Sources : OCDE Statistiques de la santé 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> ; base de données Eurostat statistiques ; WHO Europe Health for All Database.

Taux annuel moyen de croissance en %



1. Les données comprennent les opérations de jour à l'hôpital et hors de l'hôpital.

Il n'est pas forcément très simple de distinguer l'activité de soins primaires des soins spécialisés. Il n'est dans tous les cas pas possible de distinguer dans tous les pays ces soins selon le lieu dans lequel ils sont effectués.

Dans certains cas, l'information disponible distingue ces structures : elle peut, par exemple, faire la différence selon que le soin est fourni par le généraliste (ou le spécialiste) à son cabinet, à domicile, en établissement pour personnes âgées ou encore à l'hôpital. Ces prestations peuvent aussi être effectuées dans des structures appartenant à des hôpitaux ou même – comme c'est le cas en Autriche – qui ont le même statut que les hôpitaux. À Chypre, les centres de santé appartiennent aux services de consultations externes des hôpitaux. En Lettonie, une information détaillée est disponible sur les services d'activités de jour, le nombre de lits, d'admissions, d'opérations chirurgicales.

Plus spécifiquement des informations sont parfois disponibles sur les soins ambulatoires spécialisés.

Il est possible parfois d'obtenir une distinction entre les « purs » soins ambulatoires spécialisés et les soins de

jours (*day care*). S'il n'y a pas de définition unique des premiers, en revanche les soins de jour sont définis comme des soins chirurgicaux ou médicaux, fournis dans des structures hospitalières ou non, à des patients qui sortent le jour même de leur entrée. Cette activité est principalement hospitalière en Autriche, en Belgique, à Chypre, en Croatie, au Danemark et en Allemagne. Dans d'autres pays, il s'agit de centres de santé – comme c'est le cas en Finlande – ou de structures ambulatoires spécialisées, comme elles se sont développées en Estonie.

Les données ne permettent pas toujours de distinguer médecine et chirurgie (Autriche), alors que dans d'autres cas cela est possible (Estonie). Plus récemment, des informations sont apparues par spécialité, mais ne distinguant plus entre médecine et chirurgie (Croatie, Finlande, Lituanie) ou encore pour des actes précis (Estonie, Allemagne, Suède).

Des données sont ainsi disponibles pour l'ophtalmologie, l'oncologie, les soins palliatifs, la radiologie, la cardiologie, la gynécologie, l'orthopédie, la pédiatrie. Et les activités les plus répandues sont la chirurgie de la cataracte, la chimiothérapie et la tonsillectomie. ■

3 ■ LA MÉDECINE INTERNE : FACE-À-FACE DIFFICILE AVEC LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ Pr Isabelle Durieu (Hospices civils de Lyon) et Pr Denis Vital-Durand (Hospices civils de Lyon)

1. La médecine interne à l'hôpital

Depuis 50 ans, l'exercice médical s'est trouvé progressivement découpé en spécialités et même en surspécialités qui ont permis un progrès considérable dans la prise en charge des malades. Mais les praticiens correspondants, en acquérant une maîtrise de plus en plus poussée d'une pratique étroite, ont progressivement perdu une approche globale du raisonnement clinique face à la pathologie médicale souvent complexe. En ambulatoire, cela conduit par exemple un malade qui souffre d'une douleur thoracique à consulter successivement un médecin généraliste, un cardiologue, un pneumologue, un rhumatologue et un gastroentérologue avant de reconnaître, après de nombreuses investigations négatives, qu'une anxiété sous-jacente pourrait être seule en cause. De même, en milieu hospitalier, cela conduit chez un malade présentant une ascite à solliciter l'avis d'un gastroentérologue puis d'un cardiologue puis d'un néphrologue avant de reconnaître la responsabilité d'une gammopathie monoclonale (POEMS syndrome). Ces avis multiples, générateurs d'examens complémentaires coûteux et parfois même dangereux, sont source de retards diagnostiques.

Spécialité médicale encore mal connue, la médecine interne assure une approche transversale des problèmes de santé, particulièrement utile dans les maladies affectant plusieurs organes, dans les maladies rares dont les procédures diagnostiques sont mal standardisées, dans les manifestations d'origine psychosomatique et les symptômes inexplicables. Naturellement le médecin interniste n'a pas la science infuse mais son analyse globale privilégiant le raisonnement clinique est précieuse dans les cas difficiles car, tel le décathlonien, il est inférieur à chaque spécialiste dans sa discipline mais compétent dans toutes les disciplines médicales, ce qui lui confère un rôle reconnu de consultant. De plus, il dispose d'une expertise particulière dans les maladies immunologiques, spécificité qui s'affirme particulièrement en France. Il constitue également souvent le référent pour la pathologie infectieuse dans les hôpitaux non universitaires. Pour ces différentes raisons, l'existence d'un service de médecine interne paraît justifiée dans chaque hôpital, comme l'a souligné le *Livre blanc de la médecine interne*, en 2002.

La grande disparité historique des services de médecine interne est encore observée dans leurs activités, avec des orientations vasculaires, rhumatologiques, cancérologiques voire diabétologiques selon les formations et compétences des responsables de service. Cependant l'évolution, depuis 10 ans, a été marquée par leur rôle accru et désormais prépondérant dans la prise en charge des malades en post-urgence compte tenu de la place croissante des services d'urgence, dans les admissions à l'hôpital. La médecine interne est d'ailleurs parfaitement adaptée à cette mission, en particulier pour les très nombreux patients porteurs de maladies chroniques ou polyopathologiques reçus par les services d'urgences pour des complications intercurrentes, infectieuses, métaboliques, iatrogéniques, etc.

2. Les difficultés de tarification des activités de médecine interne

A. En hospitalisation complète, l'extrême dispersion des diagnostics principaux (plus de 150 GHM/an) et l'hétérogénéité des formes cliniques observées pour une maladie donnée (souvent des formes atypiques qui ne sont pas adressées dans la spécialité correspondante) rendent discutable la notion de groupes « homogènes » de malades. Les petits effectifs et le caractère atypique des présentations sont une des caractéristiques de la médecine interne. L'adjonction des (GHS) n'a que partiellement permis de corriger ces distorsions qui pénalisent la prise en compte des activités de la discipline.

L'implication forte des services de médecine interne dans la prise en charge de la post-urgence concerne des pathologies généralement assez bien valorisées par la tarification à l'activité (T2A). Les recettes MCO, titre 1 et 2, de notre service de médecine interne comportant 44 lits avec une forte activité post-urgence, sont de 6,178 M€ en 2013 pour environ 1700 séjours avec un compte de résultat et d'objectifs (CREO) excédentaire d'1 M€. Se posent cependant les difficultés de prise en charge d'aval (SSR ou longs séjours) pour des patients âgés et/ou dépendants et/ou socialement en grande difficulté, avec des délais d'attente pouvant aller de plusieurs semaines à plusieurs mois.

B. En hospitalisation de jour, la réalisation conjointe d'examens complémentaires (imagerie, explorations fonctionnelles, endoscopies, etc.) regroupés sur une journée permettait d'effectuer aisément une synthèse médicale, en particulier chez des patients âgés ou venant de loin, mais est rendue désormais difficile par les contraintes de la circulaire frontière. Il en est de même pour certains actes de type saignées, telles les saignées régulières des malades affectés d'hémochromatose, maintenant réalisées en consultation, avec une valorisation insuffisante au regard de l'encadrement paramédical nécessaire à leur réalisation de qualité et en toute sécurité pour le malade.



En hospitalisation de jour, la réalisation conjointe d'examens complémentaires regroupés sur une journée permettait d'effectuer aisément une synthèse médicale, en particulier chez des patients âgés ou venant de loin, mais est rendue difficile par les contraintes de la circulaire frontière.



L'hospitalisation de jour de médecine interne est aujourd'hui essentiellement consacrée à la réalisation de traitements immunosuppresseurs ou immunomodulateurs injectables (Cyclophosphamide, Rituximab, immunoglobulines intraveineuses, etc.). Mais beaucoup sont aussi réalisés à domicile (biothérapie sous-cutanée, immunoglobulines sous-cutanées, etc.).

C. La consultation est une activité qualitativement importante en médecine interne. Il s'agit le plus souvent de consultations longues, de recours, pour avis diagnostiques ou thérapeutiques sur des problèmes déjà expertisés par de nombreux confrères. Elles conduisent dans de nombreux cas à rassurer un patient, parfois à évoquer une pathologie psychosomatique ne relevant pas d'investigations complémentaires. Elles constituent donc, à ce titre, des activités non rentables pour les établissements hospitaliers s'orientant aujourd'hui vers une stratégie pour le moins contestable consistant à privilégier les activités de consultation conduisant à la production d'actes ou d'hospitalisations rentables pour l'établissement. Les décisions récentes de facturer aux malades ambulatoires les consultations de psychologues constituent également une pénalité et une perte de qualité pour un grand nombre de malades auxquels cette prise en charge épargnerait des investigations complémentaires inutiles et des traitements psychotropes ou antalgiques inefficaces et dangereux.

Au total la médecine interne, qui se consacre par essence à des malades atypiques par la complexité ou la rareté de leur pathologie, par la fragilité de leur psychisme ou de leur condition sociale, peine à trouver sa place dans un système normalisateur qui regroupe, compare, et cherche à supprimer les cases résiduelles. Les malades sont pourtant bien là et nombreux. ■

4 ■ PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES EN HOSPITALISATION DE JOUR Dr Sandra Gomez (FHF) et Stéphane Finkel (FHF)

La prise en charge des maladies chroniques en hospitalisation de jour est une activité principalement couverte par le secteur public. Cette activité est surtout destinée à la réalisation de bilans de la maladie, des complications de la maladie mais aussi à l'éducation thérapeutique. Essentielle dans le parcours de soins, elle voit son existence cependant parfois mise à mal par l'Assurance Maladie qui met en place des règles de plus en plus contraignantes pour qu'une partie de cette activité ne soit pas réalisée en hospitalisation. Cela fait probablement sens dans un certain nombre de situations mais on peut toutefois se demander si ces contraintes ne sont pas

parfois contreproductives et ne portent pas préjudice à la prise en charge médicale des patients.

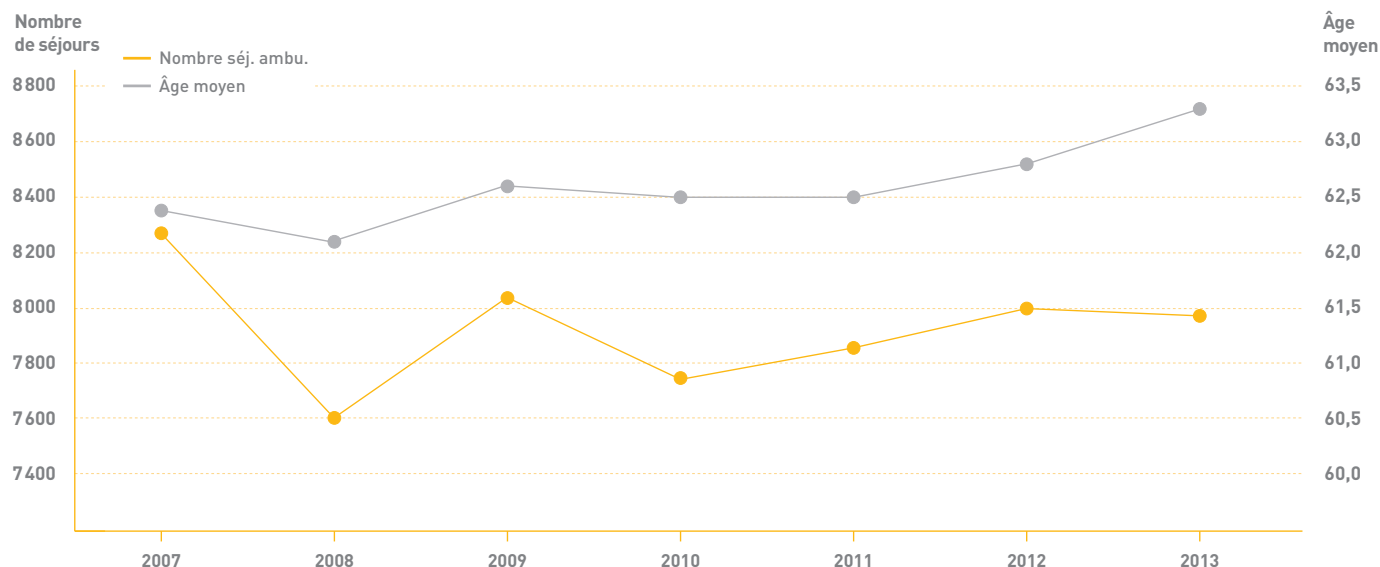
Sur les 8 affections chroniques étudiées, toutes ont vu leurs volumes d'hospitalisations de jour diminuer sur la période 2007-2013. Les baisses sont parfois modérées comme dans le cas des prises en charge des bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO, -4 %) ou du diabète (-6 %). Mais elles sont plus généralement importantes (insuffisance cardiaque -18 %, sclérose en plaques -23 %) voire majeures (Parkinson -37 %, polyarthrite rhumatoïde -38 %, Alzheimer -47 %, hépatites chroniques -50 %).

BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive)

13* Nombre de séjours de médecine ambulatoire avec un DP ou DR « BPCO »* en France de 2007 à 2013

Sources : PMSI 2007 à 2013 - Atih - FHF/BDHF

| | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| CH | Nbre séj. ambu. | 3051 | 2819 | 3249 | 2971 | 2864 | 2817 | 2945 |
| | âge moyen | 65,2 | 64,1 | 64,8 | 64,9 | 65,7 | 65,7 | 66,6 |
| CHR | Nbre séj. ambu. | 2247 | 2263 | 2448 | 2520 | 2686 | 2997 | 2818 |
| | âge moyen | 57,6 | 58,6 | 58,7 | 58,9 | 59,1 | 59,5 | 59,1 |
| PNL | Nbre séj. ambu. | 669 | 655 | 522 | 492 | 501 | 475 | 495 |
| | âge moyen | 67,2 | 67,5 | 66,9 | 66,6 | 64,7 | 66,1 | 65,9 |
| Privé | Nbre séj. ambu. | 2299 | 1873 | 1813 | 1761 | 1807 | 1713 | 1711 |
| | âge moyen | 61,8 | 61,5 | 62,4 | 62,2 | 61,9 | 62,9 | 63,5 |
| TOTAL | Nbre séj. ambu. | 8266 | 7610 | 8032 | 7744 | 7858 | 8002 | 7969 |
| | âge moyen | 62,4 | 62,1 | 62,6 | 62,5 | 62,5 | 62,8 | 63,3 |
| pdm Public | % | 72,2 % | 75,4 % | 77,4 % | 77,3 % | 77,0 % | 78,6 % | 78,5 % |
| | Nbre séj. HC total | 43502 | 47456 | 51970 | 56485 | 63986 | 73295 | 79064 |



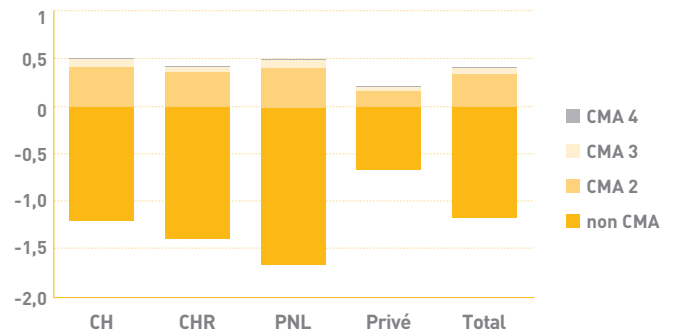
* J44.

14* Volumes de DAS et de CMA en médecine ambulatoire avec DP ou DR « BPCO »* en France en 2013

Sources : PMSI 2013 - Atih - FHF/BDHF

| | Nbre de séjours | Nbre DAS/séj. | Nbre CMA/séj | Nbre CMA niv. 3-4/séj |
|--------------|-----------------|---------------|--------------|-----------------------|
| CH | 2945 | 1,73 | 0,53 | 0,098 |
| CHR | 2818 | 1,84 | 0,44 | 0,071 |
| PNL | 495 | 2,18 | 0,51 | 0,095 |
| Privé | 1711 | 0,88 | 0,22 | 0,047 |
| TOTAL | 7969 | 1,61 | 0,43 | 0,077 |

* J44.



Le volume des prises en charge ambulatoires des BPCO est relativement stable sur la période avec une moyenne de 8000 séjours annuels. On constate néanmoins un vieillissement régulier de la patientèle et une prépondérance de plus en plus accrue du secteur public ou parapublic (78,5 % en 2013 contre 72,2 % en 2007).

De façon surprenante, on note une évolution très importante des séjours en hospitalisation complète (+82 % entre 2007 et 2013) et, parallèlement, une baisse de la part de la prise en charge ambulatoire pour cette affection chronique (19 % en 2007 contre 10 % en 2013). Cette croissance progressive et continue du nombre de séjours en hospitalisation complète est en partie liée au vieillissement de la population. Il est difficile de savoir si les contrôles externes de la tarification à l'activité (T2A) ont modifié le comportement des établissements au profit de l'hospitalisation complète. On constate par ailleurs que la durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète est stable sur la période (autour de 9,5 jours)

et que la DMS globale – donc comprenant l'ambulatoire – est mécaniquement en hausse (de 7,7 jours à 8,7 jours sur la période). Cela laisse planer le doute quant à la possibilité de transferts de l'ambulatoire vers l'hospitalisation complète, phénomène qui aurait eu tendance à faire baisser la DMS.

Si l'on s'intéresse à la description médicale des séjours d'ambulatoire, il est intéressant de noter que les établissements publics et parapublics décrivent davantage de diagnostics pour chaque séjour et notamment beaucoup plus de (CMA) que le secteur privé lucratif. À ce stade, deux hypothèses subsistent : soit les séjours du privé sont moins bien décrits (défaut d'exhaustivité des diagnostics associés), soit les séjours du privé sont moins lourds médicalement.

La prise en compte de la sévérité pour les séjours d'ambulatoire médical par l'intermédiaire des CMA montrerait une sévérité nettement plus importante dans le secteur public.

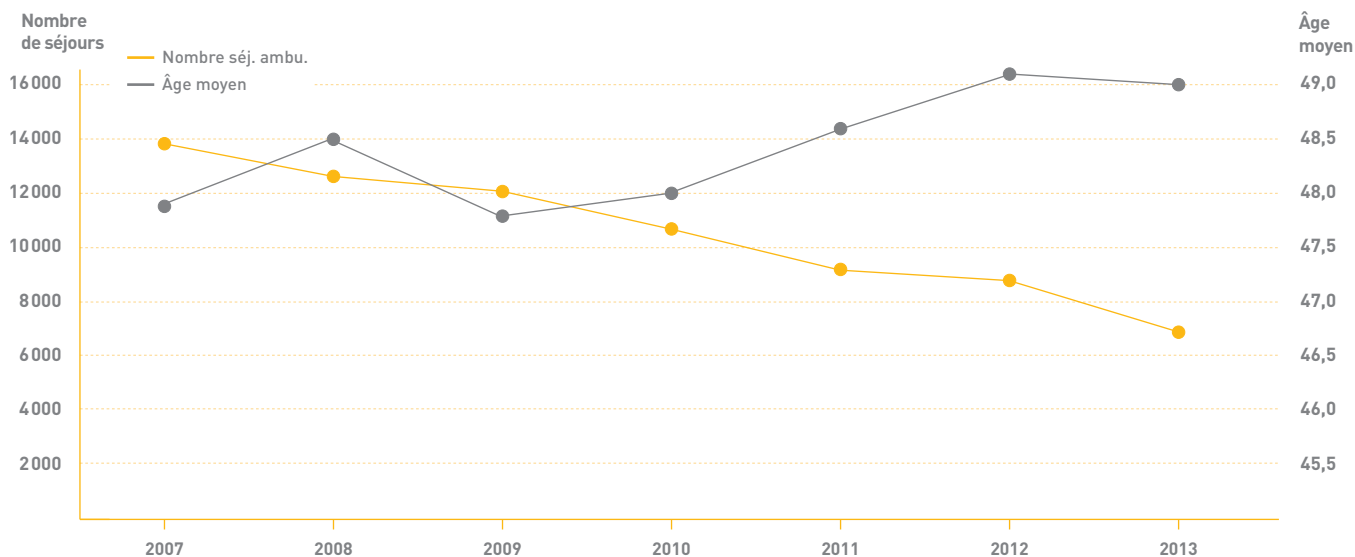
Hépatites chroniques

15* Nombre de séjours de médecine ambulatoire avec un DP ou DR « Hépatite chronique »* en France de 2007 à 2013

Sources : PMSI 2007 à 2013 - Atih - FHF/BDHF

| | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| CH | Nbre séj. ambu. âge moyen | 4597 47,3 | 3888 47,6 | 3266 46,8 | 2624 46,9 | 2184 47,2 | 2077 47,7 | 1588 47,6 |
| CHR | Nbre séj. ambu. âge moyen | 8120 48,0 | 7884 48,7 | 8082 48,1 | 7355 48,1 | 6427 48,9 | 6121 49,6 | 4891 49,3 |
| PNL | Nbre séj. ambu. âge moyen | 260 50,2 | 202 51,7 | 198 49,6 | 214 52,0 | 149 50,7 | 92 51,4 | 86 48,2 |
| Privé | Nbre séj. ambu. âge moyen | 771 50,0 | 611 50,4 | 491 49,5 | 458 49,5 | 393 50,6 | 479 48,8 | 355 51,0 |
| TOTAL | Nbre séj. ambu. âge moyen | 13748 47,9 | 12585 48,5 | 12037 47,8 | 10651 48,0 | 9153 48,6 | 8769 49,1 | 6920 49,0 |
| pdm Public | % | 94,4 % | 95,1 % | 95,9 % | 95,7 % | 95,7 % | 94,5 % | 94,9 % |
| | Nbre séj. HC total | 4748 | 4180 | 3836 | 3378 | 3123 | 2630 | 2067 |

* B18, K732, K713, K714, K730, K739, K715.

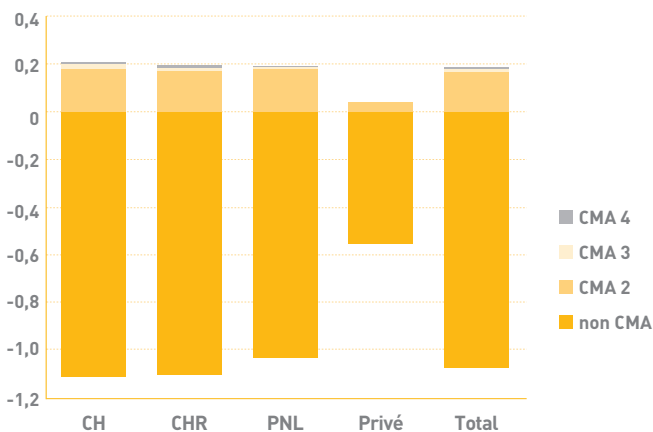


16* Volumes de DAS et de CMA en médecine ambulatoire avec DP ou DR « Hépatite chronique »* en France en 2013

Sources : PMSI 2013 - Atih - FHF/BDHF

| | Nbre de séjours | Nbre DAS distincts par séjour | Nbre CMA/séj | Nbre CMA3-4/séj |
|--------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------|
| CH | 1 588 | 1,33 | 0,21 | 0,023 |
| CHR | 4 891 | 1,31 | 0,20 | 0,022 |
| PNL | 86 | 1,23 | 0,20 | 0,012 |
| Privé | 355 | 0,59 | 0,04 | 0,000 |
| TOTAL | 6 920 | 1,27 | 0,19 | 0,021 |

* B18, K732, K713, K714, K730, K739, K715.



Les prises en charge des hépatites chroniques en hospitalisation de jour sont en forte baisse (-50 %) sur la période puisque de 13 748 séjours en 2007, on passe à 6 920 séjours en 2013. Ces prises en charge restent de façon écrasante une spécificité du public (95 %) et, notamment, des CHU.

De la même façon, les hospitalisations complètes diminuent aussi de plus de la moitié sur la période 2007-2013.

La non-inscription du Fibroscan pendant plus de 4 ans dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM), alors même qu'il était validé par la Haute Autorité de santé (HAS), a servi de prétexte à l'Assurance Maladie pour contester les prises en charge en hôpital de jour, faisant ainsi baisser artificiellement l'activité constatée. Par ailleurs, l'arrivée très récente de nouvelles thérapeutiques avec les antiprotéases (Bocéprévir et Télaprévir) et les antiviraux à action directe (AAD) avec notamment le Sofosbuvir, vont très probablement avoir un effet majeur sur les évolutions à venir.

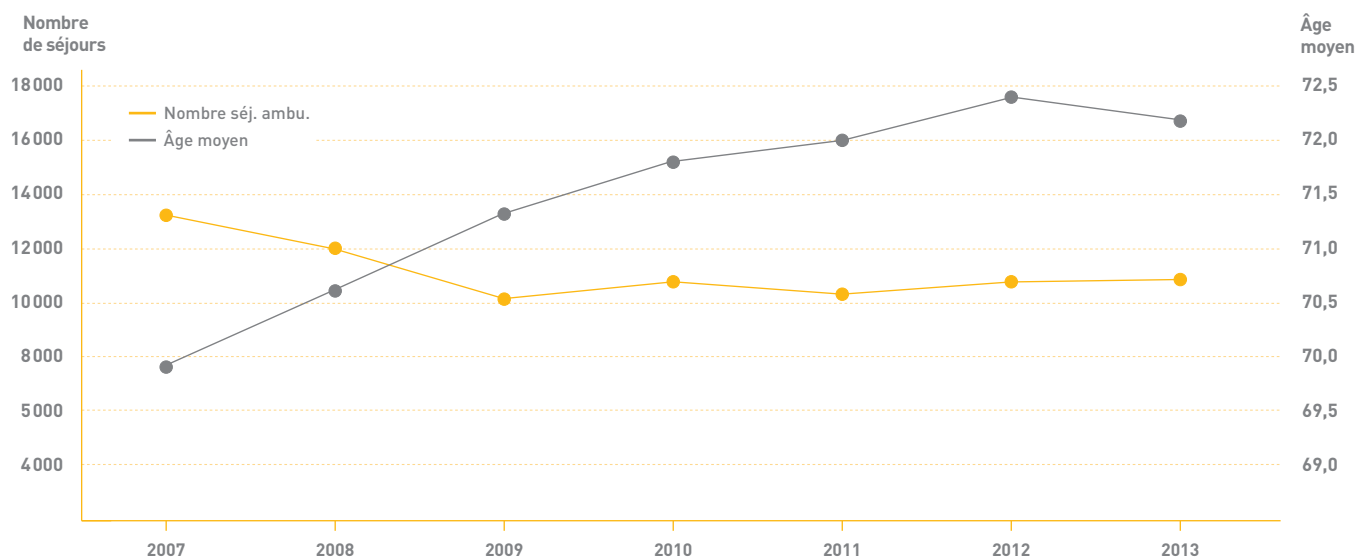
Les établissements privés (lucratifs ou non) ont très peu de séjours concernant cette affection et, de façon très évidente, les établissements commerciaux ne décrivent que très peu ces prises en charge. Dans cette pathologie chronique où les patients sont jeunes, il est logique de ne rencontrer que très peu de séjours mentionnant des diagnostics lourds (appartenant à la liste des CMA).

Insuffisance cardiaque

17* Nombre de séjours de médecine ambulatoire avec un DP ou DR « Insuffisance cardiaque »* en France de 2007 à 2013

Sources : PMSI 2007 à 2013 - Atih - FHF/BDHF

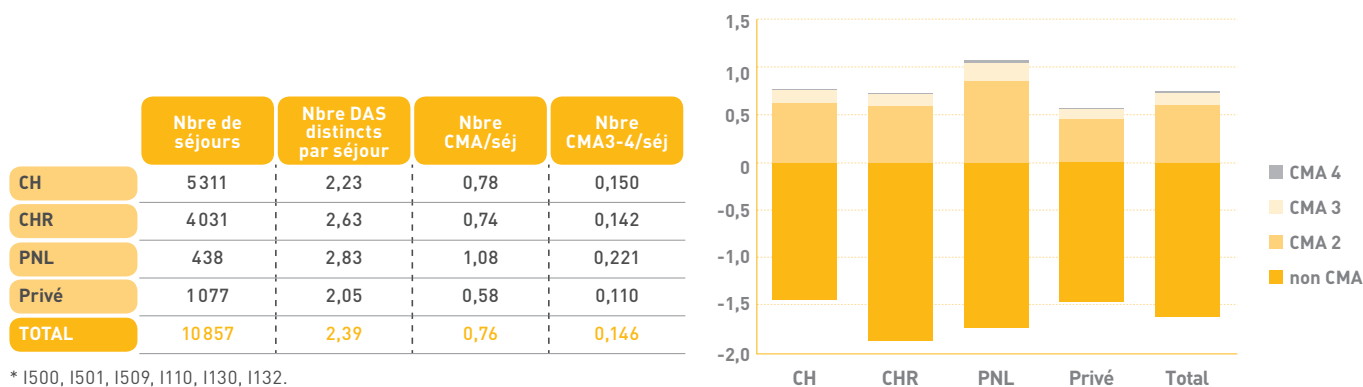
| | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------|------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| CH | Nbre séj. ambu. âge moyen | 7341 71,0 | 6103 72,3 | 4715 73,9 | 4773 73,9 | 4520 74,9 | 4455 75,6 | 5311 74,0 |
| CHR | Nbre séj. ambu. âge moyen | 4533 66,2 | 4576 67,2 | 4124 67,2 | 4697 68,6 | 4443 68,1 | 4743 68,3 | 4031 68,3 |
| PNL | Nbre séj. ambu. âge moyen | 461 75,6 | 399 75,7 | 326 75,2 | 335 76,2 | 370 75,1 | 394 75,0 | 438 77,4 |
| Privé | Nbre séj. ambu. âge moyen | 906 76,0 | 929 74,1 | 991 74,2 | 994 75,1 | 998 74,7 | 1075 76,1 | 1077 75,3 |
| TOTAL | Nbre séj. ambu. âge moyen | 13241 69,9 | 12007 70,6 | 10156 71,3 | 10799 71,8 | 10331 72,0 | 10667 72,4 | 10857 72,2 |
| pdm Public | % | 93,2 % | 92,3 % | 90,2 % | 90,8 % | 90,3 % | 89,9 % | 90,1 % |
| | Nbre séj. HC total | 184225 | 190554 | 192826 | 196980 | 196638 | 203988 | 210072 |



* I500, I501, I509, I110, I130, I132.

18* Volumes de DAS et de CMA en médecine ambulatoire avec DP ou DR « Insuffisance cardiaque »* en France en 2013

Sources : PMSI 2013 - Atih - FHF/BDHF



* I500, I501, I509, I110, I130, I132.

Cette prise en charge est assez stable depuis 2009 (entre 10 000 et 11 000 séjours annuels) après avoir subi une forte chute avant 2009 (-23 % en 2 ans). L'âge moyen des patients a augmenté sur la période, passant de 69,9 ans en 2007 à 72,2 ans en 2013.

Cette spécialité est essentiellement publique ou parapublique (90 % des venues). On note d'ailleurs que la baisse avant 2009 n'a touché quasiment que les CH, induisant une perte de parts de marché non par conquête de la concurrence, mais par baisse de l'assiette d'activité.

En revanche, le nombre d'hospitalisations complètes a augmenté de 14 % sur la période 2007-2013.

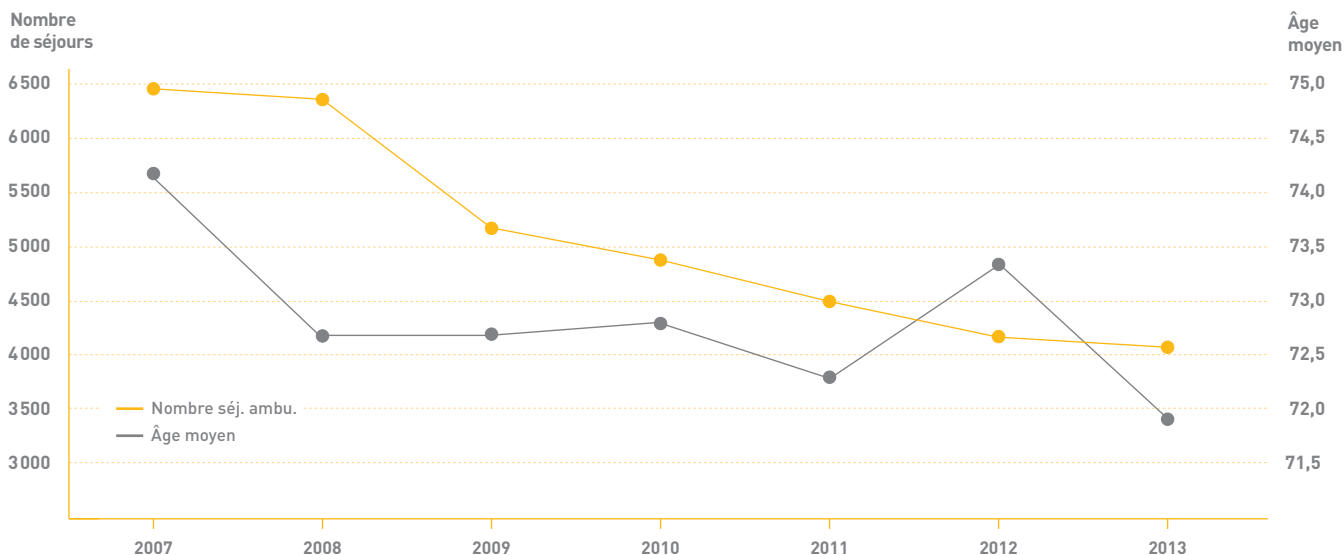
Si l'on s'intéresse à la description médicale des séjours d'ambulatoire, il est intéressant de noter que tous les établissements codent de nombreux diagnostics. Les établissements privés à but non lucratif apparaissent comme ceux ayant les séjours les plus sévères. Néanmoins, les volumes faibles produits par cette catégorie incitent à la prudence dans l'interprétation.

Parkinson

19* Nombre de séjours de médecine ambulatoire avec un DP ou DR « Parkinson »* en France de 2007 à 2013

Sources : PMSI 2007 à 2013 - Atih - FHF/BDHF

| | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| CH | Nbre séj. ambu. | 1808 | 1760 | 2189 | 2093 | 1659 | 1362 | 1365 |
| | âge moyen | 74,3 | 74,0 | 75,2 | 75,9 | 75,0 | 74,8 | 74,3 |
| CHR | Nbre séj. ambu. | 3760 | 3667 | 2484 | 2195 | 2190 | 2213 | 2357 |
| | âge moyen | 73,3 | 70,9 | 70,0 | 68,6 | 69,1 | 71,1 | 69,8 |
| PNL | Nbre séj. ambu. | 857 | 892 | 467 | 533 | 565 | 540 | 290 |
| | âge moyen | 78,0 | 77,9 | 76,3 | 77,8 | 77,0 | 79,0 | 77,9 |
| Privé | Nbre séj. ambu. | 35 | 31 | 49 | 55 | 68 | 59 | 68 |
| | âge moyen | 73,3 | 74,5 | 70,9 | 71,5 | 71,3 | 71,4 | 70,3 |
| TOTAL | Nbre séj. ambu. | 6460 | 6350 | 5189 | 4876 | 4482 | 4174 | 4080 |
| | âge moyen | 74,2 | 72,7 | 72,7 | 72,8 | 72,3 | 73,3 | 71,9 |
| pdm Public | % | 99,5 % | 99,5 % | 99,1 % | 98,9 % | 98,5 % | 98,6 % | 98,3 % |
| | Nbre séj. HC total | 14262 | 14485 | 14086 | 14007 | 13443 | 13191 | 13392 |



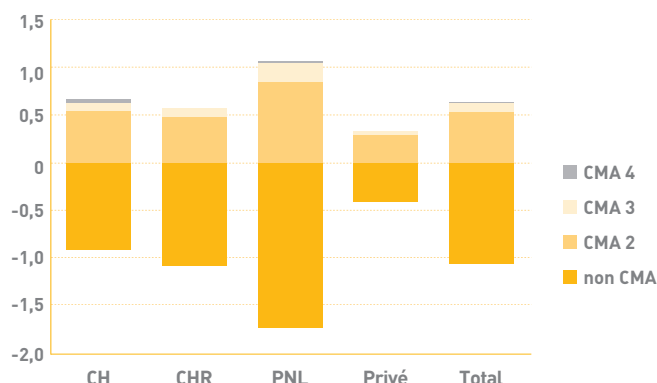
* G20 à G22, F023.

20* Volumes de DAS et de CMA en médecine ambulatoire avec DP ou DR « Parkinson »* en France en 2013

Sources : PMSI 2013 - Atih - FHF/BDHF

| | Nbre de séjours | Nbre DAS distincts par séjour | Nbre CMA/séj | Nbre CMA3-4/séj |
|--------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------|
| CH | 1365 | 1,60 | 0,68 | 0,126 |
| CHR | 2357 | 1,67 | 0,59 | 0,104 |
| PNL | 290 | 2,87 | 1,12 | 0,121 |
| Privé | 68 | 0,75 | 0,34 | 0,029 |
| TOTAL | 4080 | 1,72 | 0,65 | 0,111 |

*G20 à G22, F023.



La prise en charge ambulatoire de la maladie de Parkinson est en forte diminution sur la période. Toutefois, les baisses n'ont pas été enregistrées selon un même calendrier. Les CHU ont très nettement réduit leurs volumes entre 2007 et 2010 (-42 %) pour se stabiliser par la suite, alors que les CH ont subi une baisse entre 2009 et 2012 (-38 %). Les établissements privés non lucratifs ont quasiment abandonné cette activité alors qu'ils représentaient 14 % du paysage en 2008.

De façon similaire, l'hospitalisation complète a aussi décliné sur la même période (avec des durées moyennes de séjour également en baisse, passant de 10,6 à 9,7 jours). Est-ce depuis l'arrivée de nouveaux traitements chirurgicaux tels que la stimulation cérébrale profonde que l'on observe cette chute des séjours de médecine ? Est-ce lié aux contrôles externes de la tarification à l'activité ? Pour le moment, on ne peut qu'envisager ces pistes même si la stimulation cérébrale profonde ne concerne que très

peu de patients. De nouvelles prises en charge médicamenteuses visant à réduire la surcharge cérébrale en fer en le chélatant, comme la Défériprone, sont en cours d'étude mais ne peuvent expliquer la baisse des séjours de médecine pour cette affection.

Par ailleurs, il est à noter que les établissements publics décrivent de façon assez importante (en termes de volumes de DAS et/ou de CMA) les séjours des patients hospitalisés, sur une journée, pour maladie de Parkinson. Les patients pris en charge dans les CH semblent légèrement plus sévères si on s'arrête au critère du nombre moyen de CMA par séjour, cela s'expliquant probablement par des âges plus élevés (74,3 ans dans les CH contre 69,8 ans dans les CHU).

On ne fera pas de commentaire sur la volumétrie descriptive des séjours du privé lucratif ou non lucratif eu égard aux très faibles volumes de séjours qu'ils représentent.

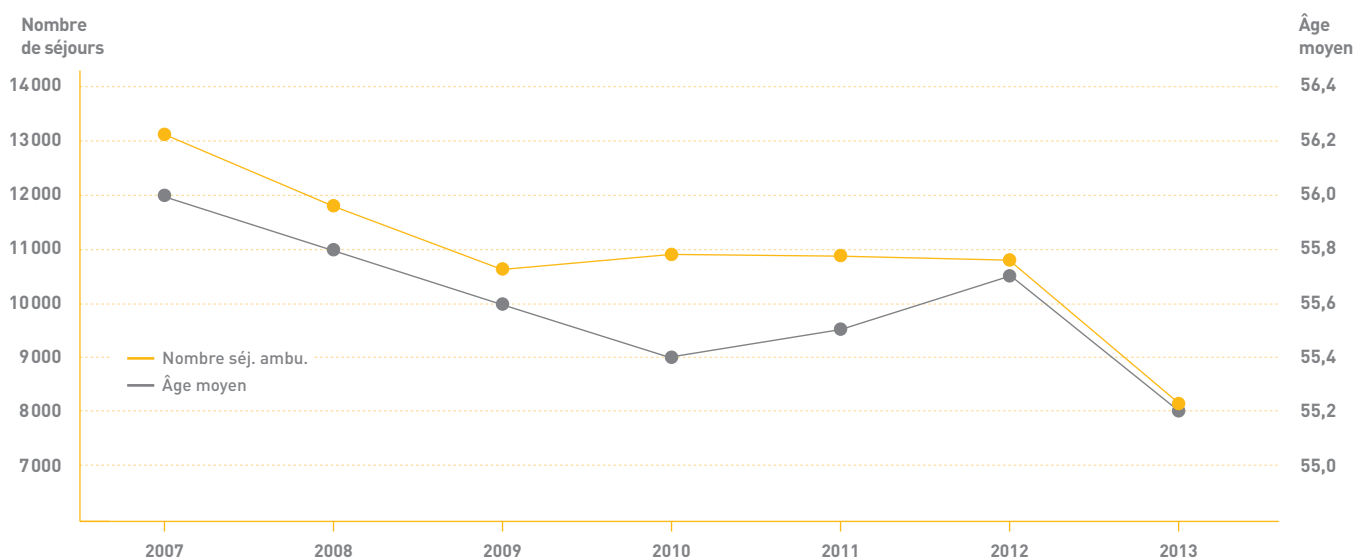
Polyarthrite rhumatoïde

21* Nombre de séjours de médecine ambulatoire avec un DP ou DR « Polyarthrite rhumatoïde »* en France de 2007 à 2013

Sources : PMSI 2007 à 2013 - Atih - FHF/BDHF

| | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------|--------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
| CH | Nbre séj. ambu. âge moyen | 3 628 57,8 | 3 279 57,3 | 2 783 57,1 | 2 959 56,4 | 3 528 56,7 | 3 481 57,4 | 2 146 57,7 |
| CHR | Nbre séj. ambu. âge moyen | 8 706 55,2 | 7 604 55,2 | 7 022 54,9 | 7 053 55,1 | 6 441 54,8 | 6 198 54,6 | 5 514 54,0 |
| PNL | Nbre séj. ambu. âge moyen | 619 56,2 | 690 56,0 | 637 55,4 | 725 54,8 | 752 55,3 | 831 56,6 | 311 56,3 |
| Privé | Nbre séj. ambu. âge moyen | 155 59,2 | 226 52,1 | 190 57,0 | 154 55,4 | 139 59,7 | 289 57,4 | 186 58,1 |
| TOTAL | Nbre séj. ambu. âge moyen | 13 108 56,0 | 11 799 55,8 | 10 632 55,6 | 10 891 55,4 | 10 860 55,5 | 10 799 55,7 | 8 157 55,2 |
| pdm Public | % | 98,8 % | 98,1 % | 98,2 % | 98,6 % | 98,7 % | 97,3 % | 97,7 % |
| | Nbre séj. HC total | 12 287 | 12 831 | 12 746 | 13 048 | 12 348 | 12 603 | 12 401 |

* M05, M06, M080.

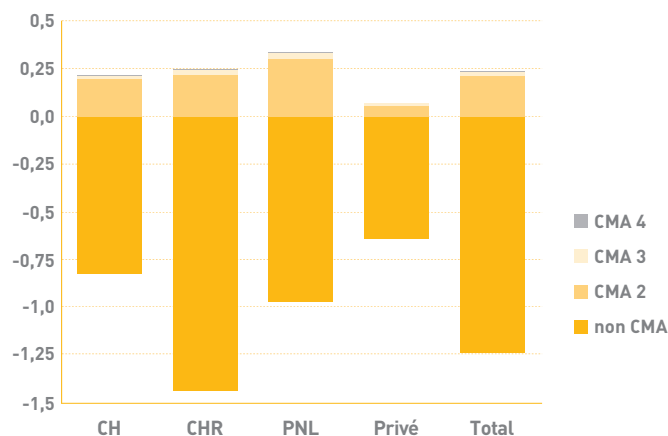


22* Volumes de DAS et de CMA en médecine ambulatoire avec DP ou DR « Polyarthrite rhumatoïde »* en France en 2013

Sources : PMSI 2013 - Atih - FHF/BDHF

| | Nbre de séjours | Nbre DAS distincts par séjour | Nbre CMA/séj | Nbre CMA3-4/séj |
|--------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------|
| CH | 2 147 | 1,05 | 0,22 | 0,023 |
| CHR | 5 514 | 1,70 | 0,25 | 0,031 |
| PNL | 311 | 1,32 | 0,34 | 0,039 |
| Privé | 186 | 0,71 | 0,07 | 0,011 |
| TOTAL | 8 158 | 1,49 | 0,24 | 0,029 |

* M05, M06, M080.



Les prises en charge ambulatoires de la polyarthrite rhumatoïde ont fortement chuté depuis 2007. En effet, les patients bénéficient actuellement de beaucoup plus de prises en charge en séances du fait de la croissance de l'utilisation de l'Infliximab (Remicade®) dans le traitement de cette pathologie. On a « perdu » environ 5 000 venues en hospitalisation de jour dans la période, alors que le nombre de prises en charge en séances augmentait de 60 000 dans le même temps (passant de 16 800 en 2007 à 79 200 en 2013, avec un taux d'évolution encore à +16 % sur la seule dernière année d'observation). Ici aussi, nous sommes dans le cadre d'une prise en charge exclusivement publique. La moyenne d'âge de la patientèle semble légèrement baisser.

Les prises en charge en hospitalisation complète sont globalement stables sur la période 2007-2013 mais la durée moyenne des séjours baisse de 5,7 à 4,9 jours.

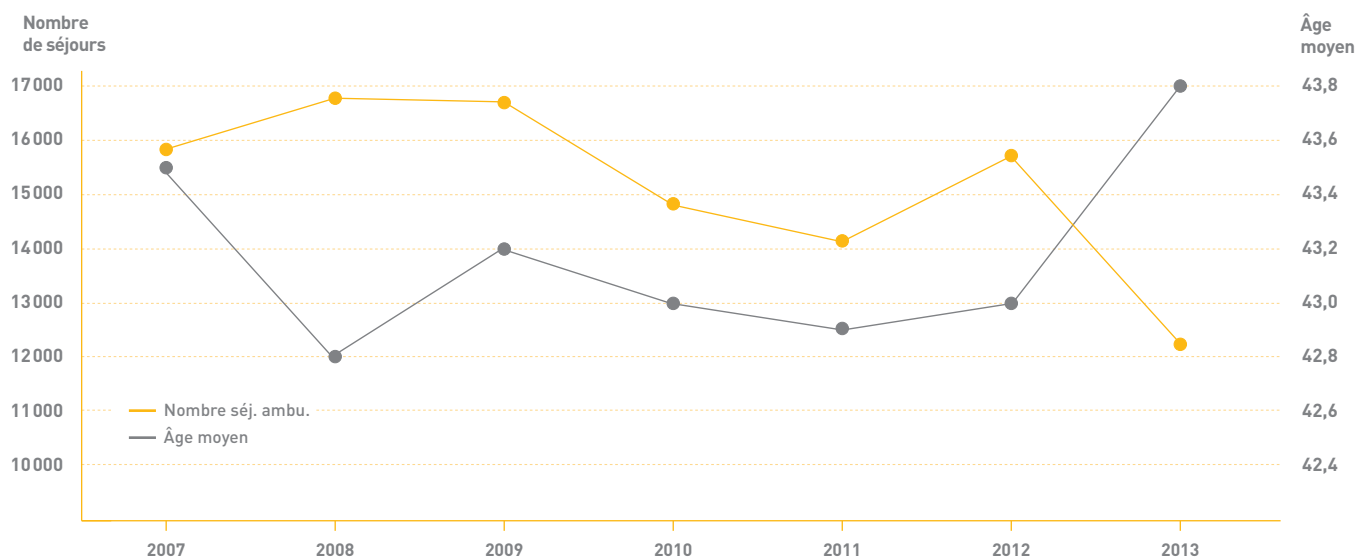
Cette affection concernant des patients plutôt jeunes, la description en termes de diagnostics associés est plus limitée et le nombre de CMA décrites faible. Bien que les patients des cliniques commerciales semblent moins sévèrement touchés par la maladie (nombre faible de DAS ou de CMA), on restera prudent eu égard aux faibles volumes de séjours que cela représente.

Sclérose en plaques

23* Nombre de séjours de médecine ambulatoire avec un DP ou DR « Sclérose en plaques »* en France de 2007 à 2013

Sources : PMSI 2007 à 2013 - Atih - FHF/BDHF

| | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------|------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| CH | Nbre séj. ambu. âge moyen | 7 166 43,5 | 6 704 43,1 | 5 287 43,8 | 4 229 43,6 | 3 631 42,7 | 5 001 42,8 | 3 803 43,7 |
| CHR | Nbre séj. ambu. âge moyen | 6 361 43,4 | 7 780 42,5 | 9 831 42,8 | 8 711 42,4 | 8 631 42,8 | 8 608 42,8 | 6 723 43,6 |
| PNL | Nbre séj. ambu. âge moyen | 1 425 42,4 | 1 037 41,8 | 403 43,4 | 447 45,5 | 440 43,9 | 510 42,8 | 512 42,4 |
| Privé | Nbre séj. ambu. âge moyen | 862 44,7 | 1 241 43,2 | 1 169 44,4 | 1 410 44,5 | 1 432 43,6 | 1 568 44,8 | 1 201 45,2 |
| TOTAL | Nbre séj. ambu. âge moyen | 15 814 43,5 | 16 762 42,8 | 16 690 43,2 | 14 797 43,0 | 14 134 42,9 | 15 687 43,0 | 12 239 43,8 |
| pdm Public | % | 94,5 % | 92,6 % | 93,0 % | 90,5 % | 89,9 % | 90,0 % | 90,2 % |
| | Nbre séj. HC total | 19 193 | 18 083 | 17 702 | 16 119 | 14 503 | 14 742 | 12 703 |



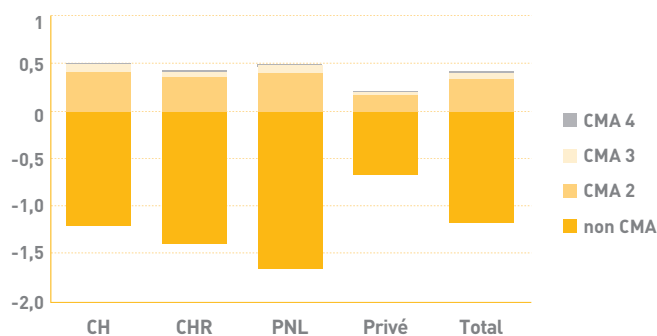
* G35.

24* Volumes de DAS et de CMA en médecine ambulatoire avec DP ou DR « Sclérose en plaques »* en France en 2013

Sources : PMSI 2013 - Atih - FHF/BDHF

| | Nbre de séjours | Nbre DAS distincts par séjour | Nbre CMA/séj | Nbre CMA3-4/séj |
|-------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------|
| CH | 3 803 | 0,47 | 0,08 | 0,008 |
| CHR | 6 723 | 0,40 | 0,12 | 0,010 |
| PNL | 512 | 2,08 | 0,65 | 0,010 |
| Privé | 1 201 | 0,03 | 0,01 | 0,000 |
| TOTAL | 12 239 | 0,46 | 0,12 | 0,008 |

* G35.



Alors que le volume des prises en charge ambulatoires de la sclérose en plaques est resté stable entre 2007 et 2012, on constate une forte baisse en 2013. Elle est sans doute liée au développement des prises en charge en séances de ces patients par Rebif® (Interferon beta-1a) ou de Tysabri® (Natalizumab) dont l'effet semble s'être très nettement fait sentir sur la période 2007-2010, avec une explosion des séances qui ont plus que doublé entre ces deux années pour s'établir désormais à environ 80 000 par an, un nombre à peu près stable depuis 2011. Cette activité, à l'instar de celles concernant les maladies chroniques en général, est uniquement assurée par le public. Sur la période 2007-2013, l'hospitalisation complète diminue également de 34 % mais avec une durée moyenne de séjour qui reste stable.

Là encore, la patientèle est jeune (moins de 45 ans en moyenne). Peu de diagnostics associés sont décrits par les établissements en dehors du cas particulier du privé non lucratif qui semble avoir une patientèle particulière (2,08 diagnostics associés dont un peu plus d'un tiers appartiennent à la liste des CMA). On reste néanmoins prudent eu égard aux faibles volumes de séjours (ils ne représentent que 4 % du total des séjours en 2013).

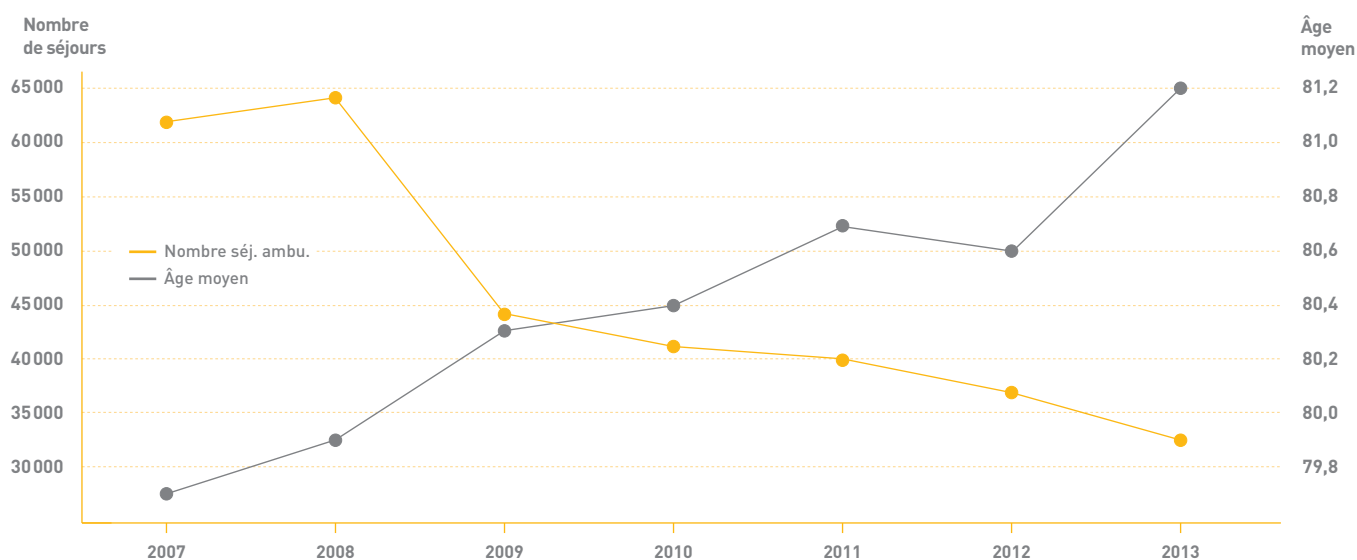
Les établissements privés à but lucratif, qui prennent en charge près de 10 % de ces séjours, ont quant à eux un nombre quasiment nul de diagnostics associés décrits (près de 15 fois moins que dans le public) et par conséquent de CMA renseignées.

Alzheimer

25* Nombre de séjours de médecine ambulatoire avec un DP ou DR « Alzheimer »* en France de 2007 à 2013

Sources : PMSI 2007 à 2013 - Atih - FHF/BDHF

| | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| CH | Nbre séj. ambu. | 22 358 | 22 727 | 20 994 | 18 600 | 16 452 | 12 449 | 11 549 |
| | âge moyen | 79,7 | 80,2 | 80,8 | 80,8 | 81,3 | 81,0 | 81,7 |
| CHR | Nbre séj. ambu. | 33 084 | 33 576 | 16 837 | 15 534 | 16 432 | 16 660 | 14 907 |
| | âge moyen | 79,8 | 79,7 | 79,9 | 79,7 | 80,0 | 80,3 | 80,5 |
| PNL | Nbre séj. ambu. | 6 403 | 7 537 | 6 051 | 6 484 | 6 550 | 7 375 | 5 756 |
| | âge moyen | 79,9 | 80,1 | 80,2 | 80,9 | 80,9 | 80,7 | 81,9 |
| Privé | Nbre séj. ambu. | 45 | 298 | 473 | 458 | 512 | 510 | 454 |
| | âge moyen | 79,8 | 77,1 | 78,1 | 79,3 | 79,5 | 79,3 | 79,7 |
| TOTAL | Nbre séj. ambu. | 61 890 | 64 138 | 44 355 | 41 076 | 39 946 | 36 994 | 32 666 |
| | âge moyen | 79,7 | 79,9 | 80,3 | 80,4 | 80,7 | 80,6 | 81,2 |
| pdm Public | % | 99,9 % | 99,5 % | 98,9 % | 98,9 % | 98,7 % | 98,6 % | 98,6 % |
| | Nbre séj. HC total | 25 212 | 26 213 | 23 633 | 22 710 | 21 551 | 19 623 | 17 775 |



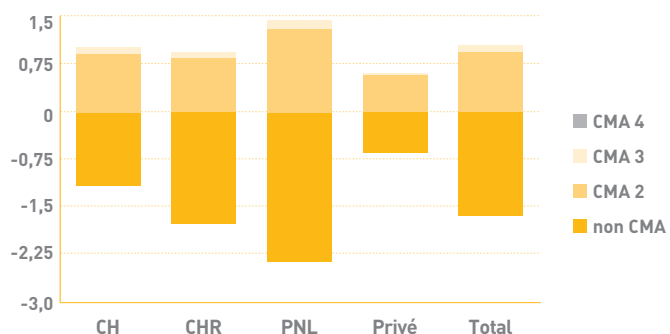
* G30, F00

26* Volumes de DAS et de CMA en médecine ambulatoire avec DP ou DR « Alzheimer »* en France en 2013

Sources : PMSI 2013 - Atih - FHF/BDHF

| | Nbre de séjours | Nbre DAS distincts par séjour | Nbre CMA/séj | Nbre CMA3-4/séj |
|--------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------|
| CH | 11 549 | 2,21 | 1,04 | 0,116 |
| CHR | 14 907 | 2,75 | 0,96 | 0,099 |
| PNL | 5 756 | 3,85 | 1,47 | 0,138 |
| Privé | 454 | 1,28 | 0,63 | 0,033 |
| TOTAL | 32 666 | 2,73 | 1,08 | 0,111 |

* G30, F00.



La prise en charge en hospitalisation ambulatoire de la maladie d'Alzheimer est en forte baisse (pratiquement divisée par deux en 5 ans) avec deux ruptures : perte brusque de 20 000 séjours entre 2008 et 2009 et diminution progressive, avec la perte de 12 000 séjours, entre 2009 et 2013. Le secteur privé est inexistant sur cette activité. On peut imaginer que les nouvelles thérapeutiques (Exelon, Aricept) permettent maintenant davantage de prises en charge en externe mais sans certitude que ce soit la seule explication possible.

Parallèlement, les séjours en hospitalisation complète diminuent de 30 % sur la période 2007-2013 avec des durées moyennes de séjours qui passent de 13,5 à 12,1 jours.

L'âge moyen des patients augmente quant à lui, passant de 79,7 en 2007 à 81,2 ans en 2013. En raison de la tranche d'âge concernée par cette pathologie chronique, le nombre de diagnostics associés renseignés, qu'il s'agisse de CMA ou non, est très important en matière d'hospitalisation de jour.

Les établissements privés à but lucratif ont très peu de séjours pour une pathologie qui est l'apanage des établissements publics. La description des séjours est par ailleurs très fruste avec deux à trois fois moins de DAS renseignés.

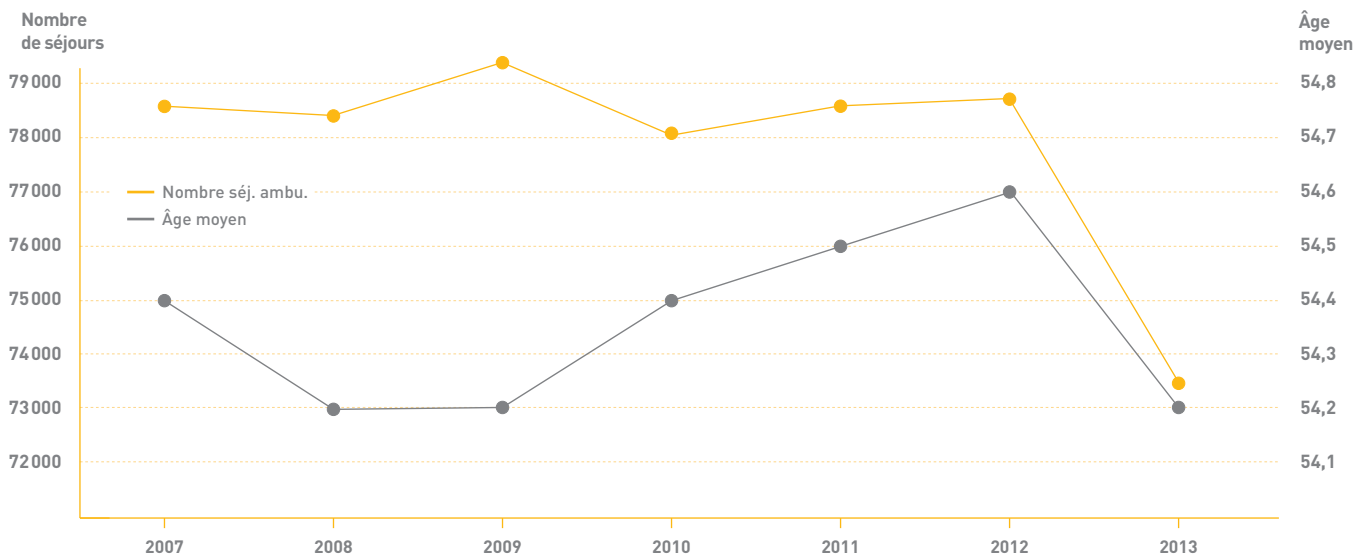
Diabète

26* Nbre de séjours de médecine ambulatoire avec un DP ou DR « diabète »* en France de 2007 à 2013

Sources : PMSI 2007 à 2013 - Atih - FHF/BDHF

| | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------|--------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| CH | Nbre séj. ambu. âge moyen | 35 467 54,8 | 35 171 54,5 | 35 201 54,6 | 34 118 54,9 | 34 851 55,2 | 35 109 55,3 | 32 774 55,2 |
| CHR | Nbre séj. ambu. âge moyen | 32 928 52,7 | 33 780 52,8 | 34 706 52,7 | 34 033 52,8 | 33 374 52,7 | 32 703 52,5 | 30 449 51,9 |
| PNL | Nbre séj. ambu. âge moyen | 7 091 58,1 | 6 900 58,2 | 7 450 57,8 | 7 971 57,9 | 8 299 58,1 | 8 262 58,0 | 8 187 57,6 |
| Privé | Nbre séj. ambu. âge moyen | 3 085 59,4 | 2 543 58,9 | 2 002 58,6 | 1 910 58,0 | 2 047 58,4 | 2 632 59,8 | 2 070 58,8 |
| TOTAL | Nbre séj. ambu. âge moyen | 78 571 54,4 | 78 394 54,2 | 79 359 54,2 | 78 032 54,4 | 78 571 54,5 | 78 706 54,6 | 73 480 54,2 |
| pdm Public | % | 96,1 % | 96,8 % | 97,5 % | 97,6 % | 97,4 % | 96,7 % | 97,2 % |
| | Nbre séj. HC total | 121 230 | 122 092 | 125 234 | 128 233 | 132 493 | 134 684 | 131 658 |

* E10, à E12

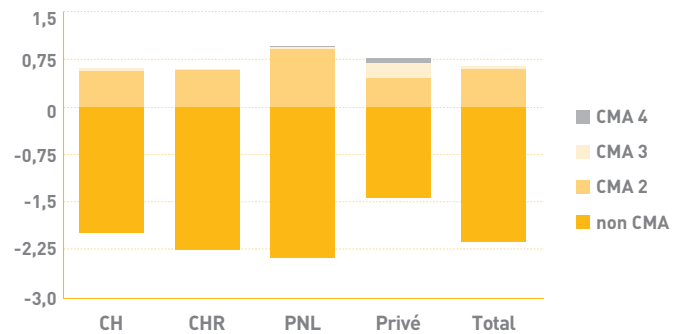


27* Volumes de DAS et de CMA en médecine ambulatoire avec DP ou DR « diabète »* en France en 2013

Sources : PMSI 2013 - Atih - FHF/BDHF

| | Nbre de séjours | Nbre DAS distincts par séjour | Nbre CMA/séj | Nbre CMA3-4/séj |
|--------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------|
| CH | 32774 | 2,64 | 0,63 | 0,043 |
| CHR | 30449 | 2,88 | 0,63 | 0,022 |
| PNL | 8187 | 3,37 | 0,98 | 0,049 |
| Privé | 2070 | 2,22 | 0,80 | 0,312 |
| TOTAL | 73480 | 2,81 | 0,67 | 0,043 |

* E10 à E12.



Alors que les volumes de prise en charge du diabète en hôpital de jour étaient stables entre 2007 et 2012, avec des chiffres autour de 78 000 ou 79 000 séjours chaque année, une forte baisse a pu être constatée en 2013 (73 480 séjours). Cette chute brutale est grandement liée aux difficultés des établissements à faire reconnaître l'hôpital de jour pour diabète déséquilibrés, cibles des contrôles externes de la tarification à l'activité.

De la même façon, l'hospitalisation complète a connu une augmentation de plus de 13 000 séjours entre 2007 et 2012 pour finalement rencontrer une petite diminution de 3 000 séjours en 2013. Les DMS accusent quant à elles une baisse, passant de 6,8 à 6,2 jours.

Le privé commercial est également quasi inexistant sur cette prise en charge (moins de 3 %). On notera néanmoins un taux assez étrange¹ de CMA de niveau 3. Les établissements privés à but non lucratif semblent toujours décrire de façon très exhaustive les séjours de leurs patients qui, du coup, apparaissent comme étant plus lourds que les séjours du public. ■

1. Il s'avère qu'une clinique des Pyrénées-Orientales code un L97 « Ulcère du membre inférieur, NCA » en diagnostic associé pour 86 % des séjours et que, par ailleurs, cette clinique réalise plus du quart de l'activité nationale du secteur privé commercial. Il semble s'agir d'une habitude de codage systématique probablement abusive.

5 ■ FOCUS SUR LE FORUM DE LA BDHF, UN NOUVEL OUTIL D'ÉCHANGE AVEC LES UTILISATEURS Stéphane Finkel (FHF)

Dans un souci d'améliorer l'efficacité des échanges entre les utilisateurs et les concepteurs du produit, la Banque de données hospitalière de France (BDHF) se dote d'un forum d'échange.

Les internautes peuvent y poser des questions générales ou techniques qui peuvent intéresser également d'autres utilisateurs. Il peut s'agir par exemple d'une question à propos de l'interprétation d'un indicateur, d'une suggestion concernant un module existant (ou à élaborer) ou encore d'un problème d'accès à un module.

La BDHF a mis en place une organisation permettant qu'aucune question d'utilisateur ne reste, dans un délai raisonnable, sans réponse.

Le forum est accessible à cette adresse :
<http://www.fhf.fr/Forum/A-propos-de-la-BDHF>

Bien évidemment, pour toute question individuelle, on préférera l'envoi d'un e-mail à s.finkel@fhf.fr

Nota Bene : Pour pouvoir écrire ou lire les réponses sur le forum, il vous faut à la fois les codes d'accès de l'« espace adhérents » mais également créer un compte personnel dans l'« espace forum » (afin de vous identifier individuellement). Si vous rencontrez des difficultés avec la procédure d'inscription, vous pouvez adresser un mail à c.hochart@fhf.fr qui vous enverra la procédure détaillée.

 NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



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