



L'analyse
de
l'activité
hospitalière
2011

*Analyse
de
l'activité
PSY/SSR*

Service Financement des établissements de santé
Pôle suivi de l'ONDAM hospitalier

PLAN

I.	Résultats principaux.....	4
II.	FICHE méthodologique	6
III.	FICHES d'analyse du secteur SSR.....	9
III.1.	Analyse de l'activité par secteur d'activité	9
III.2.	Analyse de l'activité par classe d'âge	10
III.3.	Analyse de l'activité par type d'hospitalisation.....	12
III.4.	Analyse de l'activité par catégories majeures cliniques (CMC).....	14
III.5.	Analyse de l'activité par région	16
IV.	FICHES d'analyse du secteur PSY	19
IV.1	Analyse de l'activité par secteurs d'activité	19
IV.2	Analyse de l'activité par classe d'âge	20
IV.3	Analyse de l'activité par type d'hospitalisation.....	22
IV.4	Analyse de l'activité par mode légal de séjour.....	23
IV.5	Analyse de l'activité par diagnostic principal	24
IV.6	Analyse de l'activité par région	26

I. Résultats principaux

Au global entre 2010 et 2011 le nombre de journées en Soins de Suite et Réadaptation a évolué de +1,4% entre 2010 et 2011 et le nombre de journées en Psychiatrie a évolué de +0,8%.

Tableau 1 : Activité 2011 et évolution 2010/2011 par secteur d'activité

(Nombre de journées en millions)

	Activité SSR			Activité PSY		
	Nombre d'établissements	Nombre de journées en 2011	Evolution 2010/2011	Nombre d'établissements	Nombre de journées en 2011	Evolution 2010/2011
DAF	1 102	23.0	+0.6%	351	21.3	+0.3%
OQN	479	11.8	+2.9%	165	4.7	+3.1%
Total	1 581	34.8	+1.4%	516	26.0	+0.8%

Les établissements retenus pour cette analyse représentent 95% de la masse financière pour les établissements de SSR et 97% pour les établissements de psychiatrie.

- **Activité Soins de suite et réadaptation (SSR)**

- L'analyse en termes de **secteurs d'activité (Cf. FICHE III.1 : Analyse de l'activité par secteur d'activité)** révèle que la part du secteur sous DAF est plus importante (environ 67%). En revanche, les évolutions en nombre de journées et en nombre de points IVA¹ sont nettement plus marquées dans le secteur sous OQN que dans le secteur sous DAF. Pour autant les évolutions du poids moyen de la journée de présence² sont similaires et proches de +1,7%.

- L'étude par **classe d'âge (Cf. FICHE III.2: Analyse de l'activité par classe d'âge)** montre que pour les soins de suite et de réadaptation la part des personnes âgées est importante. En effet en 2011, les patients de 70 ans et plus représentent plus de la moitié des journées et des points IVA réalisés en SSR.

Le nombre de journées des patients âgés de 65 à 69 ans et de 80 ans et plus ont fortement augmenté entre 2010 et 2011 : +6,4% pour les personnes âgées de 65 à 69 ans et +3,9% pour les patients de 80 ans et plus.

- S'agissant des types d'**hospitalisation (Cf. FICHE III.3: Analyse de l'activité par type d'hospitalisation)**, l'analyse montre que l'hospitalisation complète est prédominante (92% du nombre de journées). Elle évolue de +1,2% en nombre de journées et de +2,8% en nombre de points IVA ce qui induit une hausse du PMJP de +1,6%.

- Pour les **catégories majeures cliniques (Cf. FICHE III.4 Erreur ! Source du renvoi introuvable.: Analyse de l'activité par CMC)**, celles qui contribuent le plus à la croissance sont la CMC 12 - affections du système nerveux, la CMC 16 - affections non traumatiques du système ostéoarticulaire et la CMC 13 - troubles mentaux et du comportement.

- L'analyse par **région (Cf. FICHE III.5 : Analyse de l'activité par région)** indique que l'évolution du nombre de journées et celle du nombre de points IVA sont particulièrement importantes en Ile-de-France, au Centre, en Nord Pas de Calais et en Basse-Normandie.

¹Point IVA : est une traduction quantitative de l'activité PMSI en point de consommation de ressources. Il traduit l'activité en tenant compte du volume (nombre de journées) et de sa structure (GMD et autres caractéristiques).

² Poids moyen de la journée de présence (PMJP) : obtenu en faisant le rapport du nombre total de points IVA sur le nombre de journées de présence PMSI pour une période donnée.

- **Activité de Psychiatrie**

Pour les établissements de psychiatrie seule l'hospitalisation est étudiée. En effet, que ce soit pour le secteur sous DAF ou sous OQN, les actes en ambulatoire ou les consultations externes ne sont pas analysés.

- L'analyse en termes de **secteur d'activité** (Cf. FICHE IV.1 : **Analyse de l'activité par secteur d'activité**) révèle que la part du secteur DAF est plus importante (environ 82%). En revanche l'évolution en nombre de journées est nettement plus marquée dans le secteur sous OQN que dans le secteur sous DAF.

- L'étude par **classe d'âge** (Cf. FICHE IV.2: **Analyse de l'activité par classe d'âge**) indique que la majorité des journées de psychiatrie sont réalisées pour des patients âgés de 20 à 64 ans (77,8%). La seconde classe d'âge la plus représentée correspond aux mineurs (les moins de 17 ans). La classe d'âge des personnes âgées entre 20 et 64 ans a une évolution stable entre 2010 et 2011. Cependant, les patients âgés de 65 à 69 ans observent une forte évolution de leur nombre de journées mais cette forte poussée à partir de 2011 est liée à l'arrivée des personnes issues du baby-boom dans cette classe d'âge.

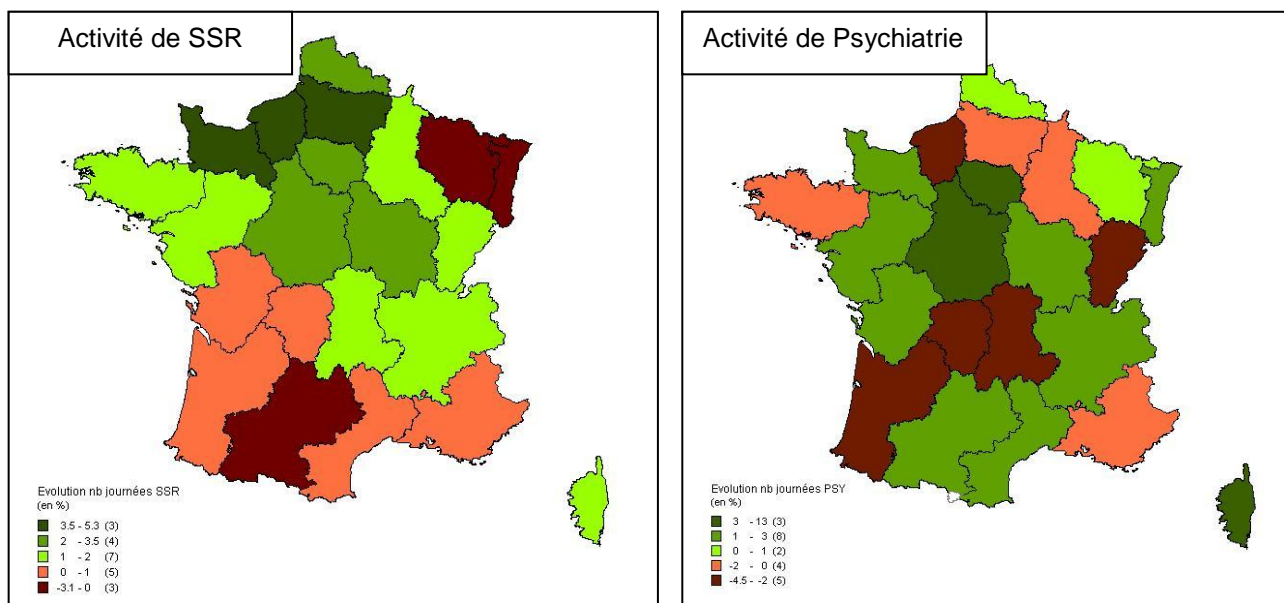
- S'agissant des types de **prise en charge** (Cf. FICHE IV.3: **Analyse de l'activité par type de prise en charge**), l'analyse montre que les trois quart des journées en psychiatrie sont réalisées en hospitalisation complète. L'hospitalisation partielle évolue de +1,8% en nombre de journées entre 2010 et 2011 alors que l'hospitalisation complète stagne.

- S'agissant des **modes légaux de séjours** (Cf. FICHE Analyse de l'activité par mode légal de séjour), l'analyse indique que 70% des journées de psychiatrie relèvent d'un mode d'hospitalisation libre. Ensuite, l'hospitalisation à la demande d'un tiers représente 9% des journées et l'hospitalisation d'office en représente 4%. Le mode d'hospitalisation libre évolue de +1,7% alors que les modes d'hospitalisation à la demande d'un tiers et d'hospitalisation d'office diminuent.

- Pour les **diagnostics principaux** (Cf. FICHE Analyse de l'activité par diagnostic principal) ceux qui contribuent le plus à la croissance sont « psychose non organique, sans précision », « trouble envahissant du développement, sans précision », « trouble affectif bipolaire », « épisode actuel de dépression sévère sans symptôme psychotique ».

- L'analyse par **région** (Cf. FICHE Analyse de l'activité par région) indique que les 5 régions qui contribuent le plus à la croissance du nombre de journées sont : l'Île-de-France, le centre, la Réunion, Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées.

Figure 1 : Evolution du nombre de journées par région



II. FICHE méthodologique

Les données afférentes au champ SSR proviennent du PMSI et celles afférentes à la PSY du RIM-P sur trois années consécutives 2009, 2010 et 2011.

- Pour l'activité en SSR

1. Champ des établissements

L'activité de soins de suite de réadaptation est marquée par une montée en charge du recueil de l'information médicale. Cette analyse repose uniquement sur les établissements :

- en activité sur l'ensemble de la période (2009-2011) et ayant transmis leur activité pour chacune des trois années étudiées ;
- les établissements ayant ouverts ou fermés en cours de période.

Ainsi, les établissements n'ayant pas transmis des données sur au moins un exercice sont supprimés de l'analyse.

Pour les établissements sous OQN, 479 sont ainsi présents sur la période étudiée. Ils représentent 92% de l'ensemble des établissements et 97% de la masse financière.

Pour les établissements sous DAF, 1 102 sont ainsi présents sur la période étudiée. Ils représentent 95% de l'ensemble des établissements et 98% de la masse financière.

2. Analyse de l'activité

Pour les soins de suite et de réadaptation, et par opposition à l'activité MCO, la notion de séjours est difficile à exploiter dans la mesure où un séjour peut correspondre soit à une venue sur la journée soit à une journée par semaine passée dans l'établissement, soit à plusieurs jours passés consécutivement. La notion retenue pour mesurer le volume de l'activité est donc le **nombre de journées**.

Le volume de l'activité peut être analysé selon trois indicateurs :

- le **nombre de journées** ;
- le **nombre de points IVA**, qui est une traduction quantitative de l'activité PMSI en point de consommation de ressources. Il traduit l'activité en tenant compte du volume (nombre de journées) et de sa structure (GMD et autres caractéristiques);
- le **poids moyen de la journée de présence (PMJP)**, obtenu en faisant le rapport du nombre total de points IVA sur le nombre de journées de présence PMSI pour une période donnée.

La **contribution à la croissance en nombre de journées** est donnée pour chacune des modalités des différents agrégats. Cette dernière, définie dans quelle proportion l'évolution de la modalité étudiée influe sur l'évolution globale du nombre de journée.

3. Classification des GMD pour les établissements en SSR

Pour les soins de suite et de réadaptation, l'activité est groupée selon la version 7 de la classification PMSI SSR (groupes de morbidités dominantes (GMD)) qui est la version en vigueur pour l'activité 2010 et 2011. L'activité 2009 initialement groupée en version 6 a été regroupée en version 7.

4. Agrégats utilisés pour l'analyse de l'activité

L'analyse de l'activité présentée dans ce rapport repose sur différents agrégats, notamment :

- la classe d'âge : elle permet de distinguer les patients suivant leur âge. 6 classes d'âge ont ainsi été retenues :

- Les mineurs (0-17 ans)
- Les personnes âgées entre 18 et 64 ans
- Les personnes âgées entre 65 et 69 ans
- Les personnes âgées entre 70 et 74 ans
- Les personnes âgées entre 75 et 79 ans
- Les personnes âgées de plus de 80 ans

- le type d'hospitalisation: il permet de distinguer les séjours en hospitalisation partielle et en hospitalisation complète (au moins une nuitée).
- les catégories majeures cliniques (CMC): elles sont identifiées à partir des deux premiers caractères des 6 lettres qui composent le GMD.

- Pour l'activité en PSY

1. Champ des établissements

L'activité de psychiatrie est marquée par une montée en charge du recueil de l'information médicale. Cette analyse repose uniquement sur les établissements :

- en activité sur l'ensemble de la période (2009-2011) et ayant transmis leur activité pour chacune des trois années étudiées ;
- les établissements ayant ouvert ou fermés en cours de période.

Ainsi, les établissements n'ayant pas transmis des données sur au moins un exercice sont supprimés de l'analyse.

Pour les établissements sous OQN, 165 sont ainsi présents sur la période étudiée. Ils représentent 76% de l'ensemble des établissements et 95% de la masse financière.

Pour les établissements sous DAF, 351 sont ainsi présents sur la période étudiée. Ils représentent 83% de l'ensemble des établissements et 95% de la masse financière.

2. Analyse de l'activité

Pour les établissements de psychiatrie seule l'hospitalisation est étudiée. En effet, que ce soit pour le secteur sous DAF ou sous OQN, les actes en ambulatoire ou les consultations externes ne sont pas analysés.

Pour le secteur sous DAF, ces actes sont isolés dans le résumé par acte ambulatoire anonymisé qui n'est pas regardé dans cette partie du rapport, mais ils sont compris dans la dotation annuelle de financement dont le montant et l'évolution ont été analysés dans la *partie A. Le suivi des dépenses*. Alors que, les actes et consultations externes des établissements sous OQN, sont eux comptabilisés dans l'enveloppe de soins de ville et ne sont donc pas repérés dans ce rapport.

Le volume de l'activité peut être analysé par un seul indicateur :

- le **nombre de journées** ;

La **contribution à la croissance en nombre de journées** est donnée pour chacune des modalités des différents agrégats. Cette dernière, définie dans quelle proportion l'évolution de la modalité étudiée influence sur l'évolution globale du nombre de journées.

3. Agrégats utilisés pour l'analyse de l'activité

L'analyse de l'activité présentée dans ce rapport repose sur différents agrégats, notamment :

- la classe d'âge : elle permet de distinguer les patients suivant leur âge. 6 classes d'âge ont ainsi été retenues :

- Les mineurs (0-17 ans)
- Les personnes âgées entre 18 et 64 ans
- Les personnes âgées entre 65 et 69 ans
- Les personnes âgées entre 70 et 74 ans
- Les personnes âgées entre 75 et 79 ans
- Les personnes âgées de plus de 80 ans

- le type d'hospitalisation : il permet de distinguer les séjours en ambulatoire, les séjours en hospitalisation complète (au moins une nuitée) et les séances ;

- les natures de prise en charge: descendent à un niveau plus fin pour caractériser les types de prises en charge :

- à temps complet :
 - ✓ Code 01 Hospitalisation à temps plein ;
 - ✓ Code 02 Séjour thérapeutique ;
 - ✓ Code 03 Hospitalisation à domicile ;
 - ✓ Code 04 Placement familial thérapeutique ;
 - ✓ Code 05 Prise en charge en appartement thérapeutique ;
 - ✓ Code 06 Prise en charge en centre de postcure psychiatrique ;
 - ✓ Code 07 Prise en charge en centre de crise (incluant centre d'accueil permanent et centre d'accueil et de crise)
- à temps partiel :
 - ✓ Code 20 Hospitalisation à temps partiel de jour ;
 - ✓ Code 21 Hospitalisation à temps partiel de nuit ;
 - ✓ Code 22 Prise en charge en centre d'activité thérapeutique à temps partiel et en atelier thérapeutique

- les modes légaux de séjours : cet agrégat caractérise la personne qui décide de l'hospitalisation :

- ✓ Code 1 Hospitalisation libre
- ✓ Code 2 Hospitalisation à la demande d'un tiers
- ✓ Code 3 Hospitalisation d'office
- ✓ Code 4 Article 122.1 du code pénal et article L. 3213-7 du code de la santé publique pour les personnes jugées pénalement irresponsables
- ✓ Code 5 Ordonnance provisoire de placement (OPP)
- ✓ Code 6 Détenus : article D. 398 du code de procédure pénale.

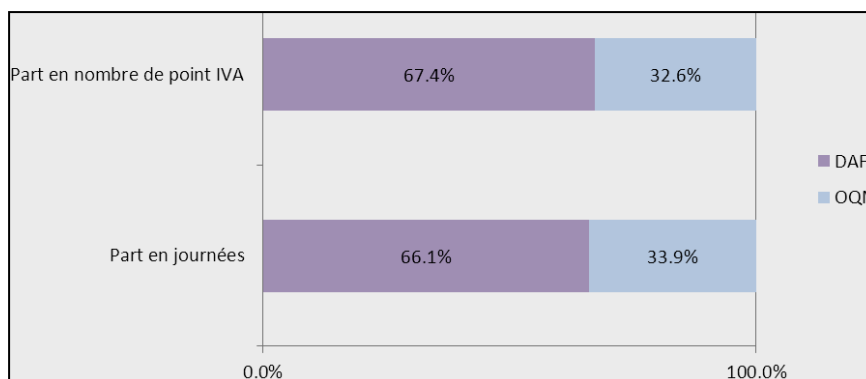
III. FICHES d'analyse du secteur SSR

III.1. Analyse de l'activité par secteur d'activité

Pour les soins de suite et de réadaptation il existe deux secteurs qui se distinguent par le mode de financement : le secteur sous dotation annuelle de financement est financé par dotation (DAF) et le secteur sous objectif quantifié national est financé selon des prix de journées déterminés par discipline médico-tarifaire et le mode de traitement.

Le secteur sous dotation annuelle de financement représente environ 67% de l'activité (en nombre de journées comme en nombre de points IVA).

Figure 2: Part de chaque secteur en nombre de journées et en points IVA en 2011



Le PMJP est légèrement plus élevé dans le secteur DAF que dans le secteur OQN, traduisant ainsi une consommation de ressources par journée plus importante.

Tableau 2 : Activité 2011 et évolution 2010/2011 par secteur d'activité

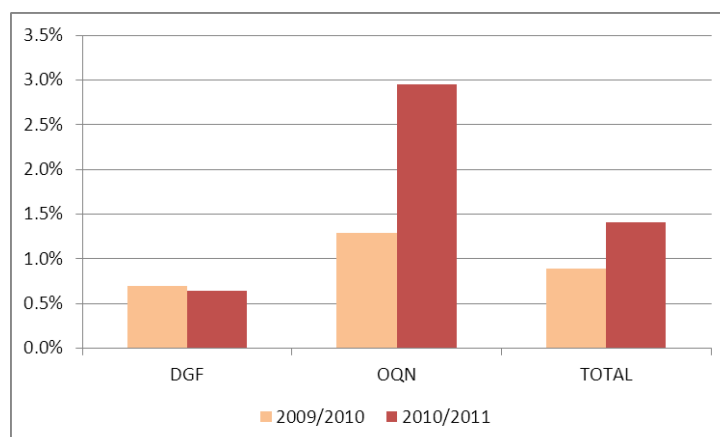
(Nombre de journées et nombre de points IVA en millions)

	2011				Evolution 2010/2011			Contribution à la croissance
	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de points IVA	Poids Moyen de la Journée de Présence	Nombre de journées	Nombre de Points IVA	PMJP	
DAF	1 102	23.0	36 508.0	1 587	+0.6%	+2.3%	+1.7%	30.4%
OQN	479	11.8	17 697.4	1 502	+2.9%	+4.8%	+1.8%	69.6%
Total	1 581	34.8	54 205.4	1 558	+1.4%	+3.1%	+1.7%	100.0%

En termes d'évolution, le secteur sous OQN se révèle plus dynamique entre 2010 et 2011, à la fois en nombre de journées et en nombre de points IVA. Les évolutions du PMJP sont similaires entre les deux secteurs et proches de +1,7%.

L'évolution du nombre de journées du secteur sous OQN, progresse fortement depuis 2009. L'augmentation entre 2010 et 2011 s'explique par 10 établissements qui contribuent à 56% de la croissance.

Figure 3: Evolution du nombre de journées par secteur



III.2. Analyse de l'activité par classe d'âge

L'activité de soins de suite et de réadaptation se caractérise par une part importante des personnes âgées : en 2011, plus de la moitié des journées et des points IVA concernent des patients âgés de 70 ans et plus. Les patients âgés de 80 ans et plus représentent à eux seuls 38% du nombre de journées et du nombre de points IVA.

Figure 4 : Part en nombre de journées par classe d'âge en 2011

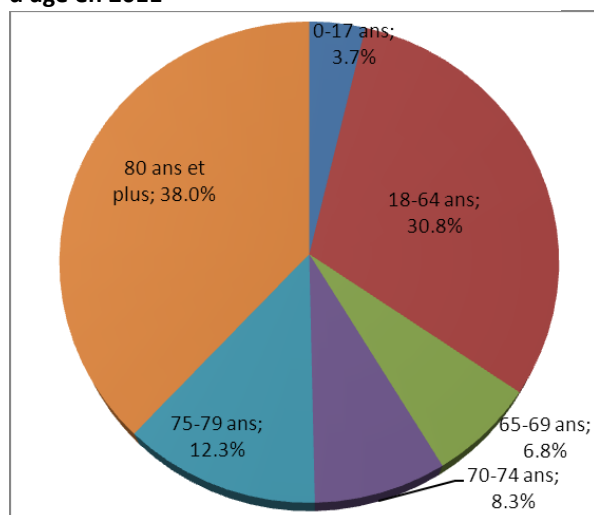
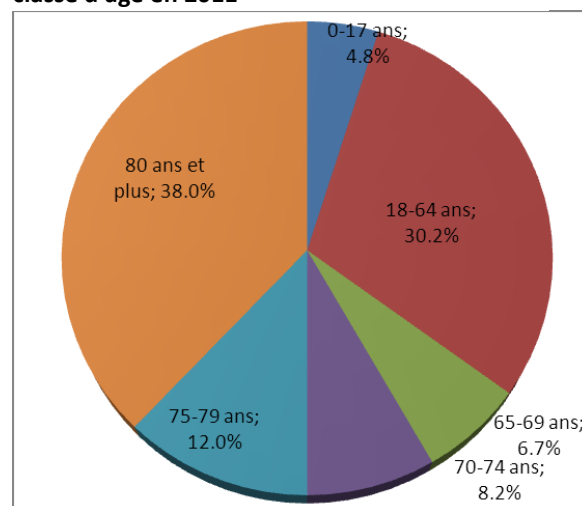


Figure 5: Part en nombre de points IVA par classe d'âge en 2011



Le PMJP est décroissant avec l'âge et est particulièrement élevés pour les mineurs (0-17 ans). Ce qui indique une lourdeur de prise en charge plus importante pour cette classe d'âge.

L'effet « papy-boom » : forte évolution des journées des 65-69 ans

Le nombre de journées pour les plus patients âgés de 65 à 69 ans est en forte hausse. Cette forte poussée est liée à l'arrivée des personnes issues du baby-boom dans cette classe d'âge. La première génération du baby-boom, la génération « 1946 », compte en effet 200 000 personnes supplémentaires par rapport aux générations précédentes, et fait désormais partie de la classe d'âge supérieure des personnes âgées entre 65 et 69 ans.

Tableau 3 : Activité 2011 et évolution 2010/2011 par secteur d'activité
(Nombre de journées et nombre de points IVA en millions)

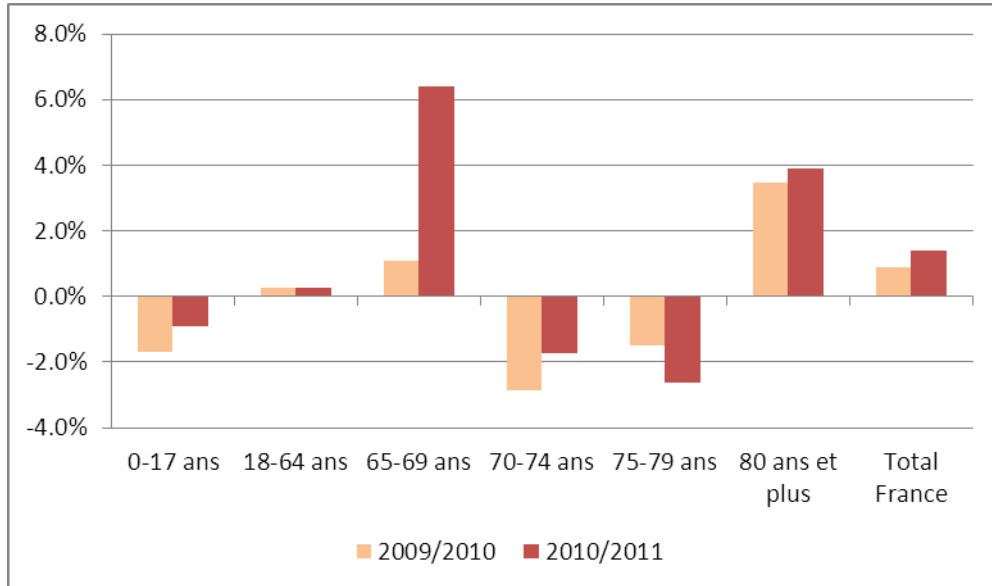
	2011				Evolution 2010/2011			Contribution à la croissance
	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de points IVA	Poids Moyen de la Journée de Présence	Nombre de journées	Nombre de Points IVA	PMJP	
0-17 ans	462	1.3	2 626.1	2 022	-0.9%	0.4%	1.4%	-2.5%
18-64 ans	1 541	10.7	16 384.8	1 529	0.3%	2.2%	2.0%	5.6%
65-69 ans	1 490	2.4	3 624.3	1 534	6.4%	8.5%	2.0%	29.4%
70-74 ans	1 486	2.9	4 471.6	1 543	-1.7%	0.1%	1.9%	-10.5%
75-79 ans	1 469	4.3	6 512.4	1 517	-2.6%	-0.8%	1.9%	-24.0%
80 ans et plus	1 458	13.2	20 586.2	1 557	3.9%	5.3%	1.4%	102.0%
Total France	1 581	34.8	54 205.4	1 558	1.4%	3.1%	1.7%	100.0%

En termes d'évolution toutefois la classe d'âge des mineurs (0-17 ans) se caractérise par une baisse du nombre de journées.

C'est la classe d'âge des patients âgés de plus de 80 ans pour laquelle l'activité est la plus dynamique avec une évolution en nombre de journée de +3,9% et une hausse du nombre de points IVA de +5,3%. De plus, cette classe d'âge contribue quasiment entièrement à la croissance du nombre de journées.

Les évolutions entre 2009 et 2010 et entre 2010 et 2011 sont similaires quelques soit la classe d'âge à l'exception des patients âgés de 65 à 69 ans (effet papy-boom).

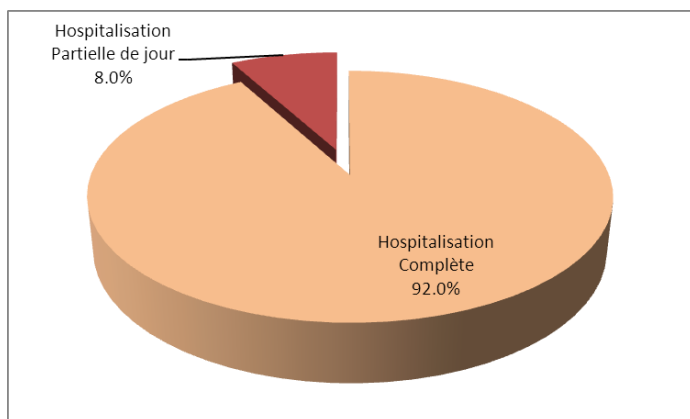
Figure 6 : Evolution en nombre de journées par classe d'âge



III.3. Analyse de l'activité par type d'hospitalisation

En soins de suite et de réadaptation, la nature de prise en charge qui prévaut est l'hospitalisation complète (92% du nombre de journées) et la répartition en nombre de points IVA est identique. L'hospitalisation partielle représente uniquement 8,0%.

Figure 7 : Part en nombre de journées par type d'hospitalisation en 2011



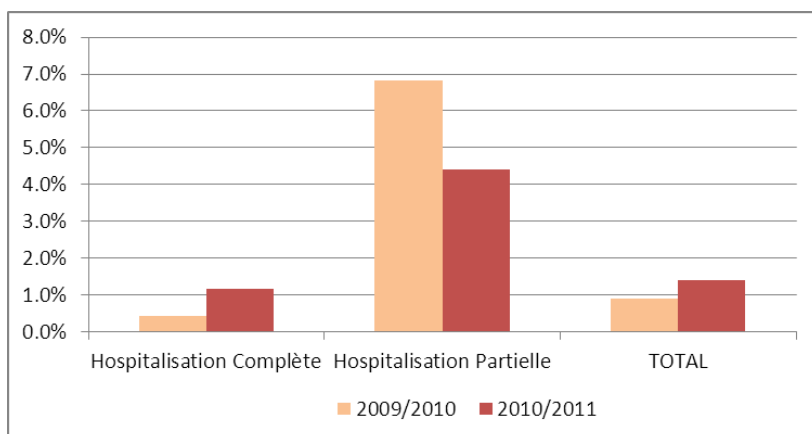
Le poids moyen de la journée de présence est différent suivant le type d'hospitalisation. En effet, l'hospitalisation complète a un PMJP légèrement plus important que l'hospitalisation partielle.

Tableau 4 : Activité 2011 et évolution 2010/2011 par type d'hospitalisation
(Nombre de journées et nombre de points IVA en millions)

	2011				Evolution 2010/2011			Contribution à la croissance
	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de points IVA	PMJP	Nombre de journées	Nombre de Points IVA	PMJP	
Hospitalisation Complète	1 552	32.0	50 159.8	1 567	+1.2%	+2.8%	+1.6%	75.9%
Hospitalisation Partielle	546	2.8	4 045.5	1 456	+4.5%	+7.3%	+2.7%	24.1%
Total France	1 581	34.8	54 205.4	1 558	+1.4%	+3.1%	+1.7%	100.0%

L'évolution la plus marquée est celle de l'hospitalisation partielle tant en nombre de journées qu'en nombre de points IVA. C'est sur ce type de prise en charge que l'évolution du PMJP est également la plus forte. L'évolution en nombre de journées tend à diminuer pour l'hospitalisation partielle alors qu'elle est en hausse pour l'hospitalisation complète.

Figure 8: Evolution du nombre de journées par type d'hospitalisation



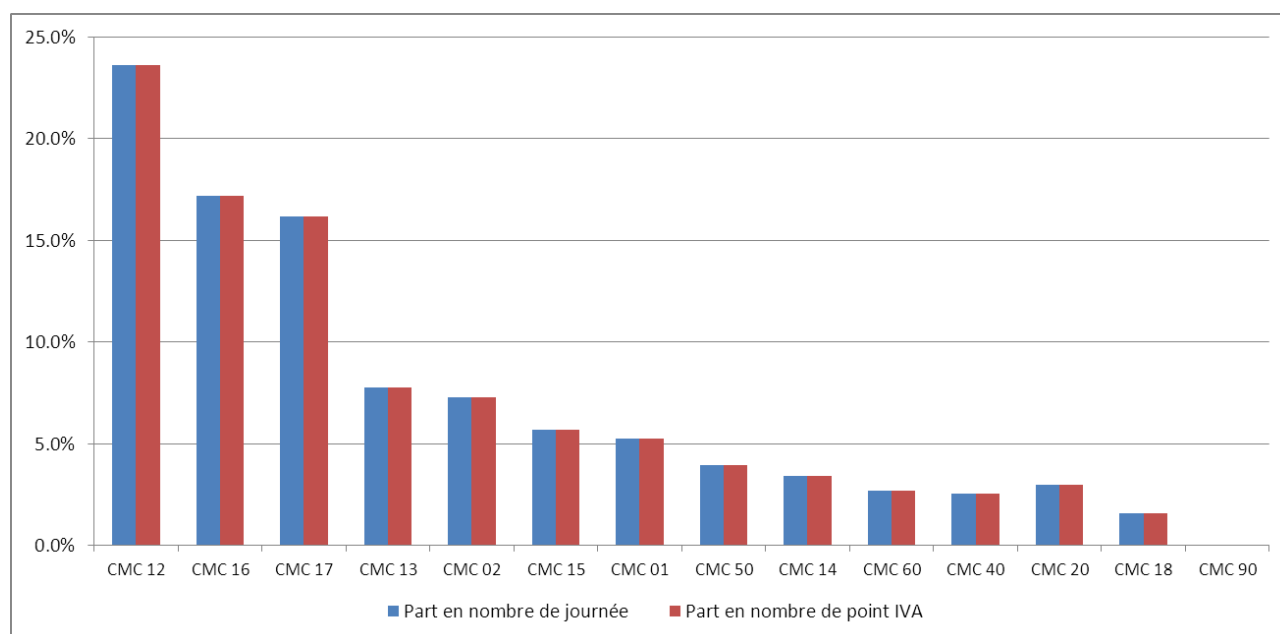
III.4. Analyse de l'activité par catégories majeures cliniques (CMC)

Les 5 premières CMC qui représentent 70% du nombre de journées sont :

- La CMC 12 - Affections du système nerveux
- La CMC 16 - Affections non traumatiques du système ostéoarticulaire
- La CMC 17 - Affections traumatiques du système ostéoarticulaire
- La CMC 13 - Troubles mentaux et du comportement
- La CMC 02 - Affections de l'appareil circulatoire

Les cinq premières CMC en nombre de points IVA et qui en représentent 72% sont les 5 mêmes CMC. L'ordre des CMC en nombre de journées et en nombre de points IVA est le même.

Figure 9 : Part en nombre de journées par CMC en 2011



Le poids moyen de la journée de présence n'est pas le même suivant les CMC, il est compris entre 1326 pour la CMC 15 - Hémopathies malignes et affections des organes digestifs et génitaux urinaires et 1 813 pour la CMC 12 - Affections du système nerveux

Les 5 premières CMC qui contribuent le plus en nombre de journées (hors erreur et autres affections) sont :

- La CMC 12 - Affections du système nerveux (+5,4% en point IVA et +3,8% en journées)
- La CMC 16 - Affections non traumatiques du système ostéoarticulaire (+4,6% en point IVA et +2,9% en journées)
- La CMC 13 - Troubles mentaux et du comportement (+3,6% en point IVA et +1,8% en journées)
- La CMC 14 - Affections de la peau et des organes des sens (+3,3% en point IVA et +2,5% en journées)
- La CMC 40 - Réadaptation/Réinsertion (+3,3% en point IVA et +1,7% en journées)

Tableau 5 : Activité 2011 et évolution 2010/2011 par CMC
(Nombre de journées et nombre de points IVA en millions)

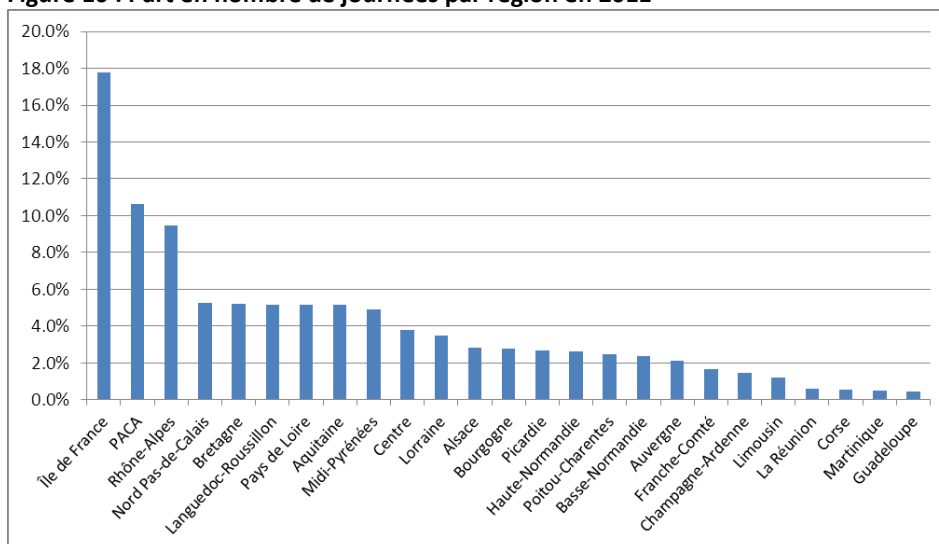
	2011				Evolution 2010/2011			Contribution à la croissance
	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de points IVA	Poids Moyen de la Journée de Présence	Nombre de journées	Nombre de Points IVA	PMJP	
01 - Affections de l'appareil respiratoire	1 390	1.8	2 830.9	1 542	+0.4%	+1.5%	+1.1%	1.7%
02 - Affections de l'appareil circulatoire	1 401	2.7	3 941.1	1 444	+0.3%	+2.1%	+1.8%	1.6%
12 - Affections du système nerveux	1 459	7.1	12 800.2	1 813	+3.8%	+5.4%	+1.5%	53.9%
13-Troubles mentaux et du comportement	1 404	3.1	4 197.3	1 350	+1.8%	+3.6%	+1.7%	11.2%
14 - Affections de la peau et des organes des sens	1 380	1.2	1 855.9	1 587	+2.5%	+3.3%	+0.8%	5.9%
15 - Hémopathies malignes et affections des organes digestifs et génitaux urinaires	1 418	2.3	3 091.9	1 326	-1.5%	+0.2%	+1.7%	-7.3%
16 - Affections non traumatiques du système ostéoarticulaire	1 426	6.1	9 310.6	1 526	+2.9%	+4.6%	+1.7%	35.8%
17 - Affections traumatiques du système ostéoarticulaire	1 409	5.7	8 760.7	1 550	-0.9%	+0.7%	+1.7%	-10.9%
18 - Amputations	1 006	0.5	847.7	1 714	-0.4%	+1.3%	+1.7%	-0.4%
20 - Soins palliatifs	1 127	0.9	1 605.0	1 802	-0.3%	+0.4%	+0.8%	-0.6%
40 - Réadaptation/Réinsertion	1 163	0.9	1 371.2	1 491	+1.7%	+3.3%	+1.6%	3.1%
50 - Affections nutritionnelles	1 231	1.4	2 129.2	1 500	+0.6%	+2.5%	+1.9%	1.9%
60 - Autres affections	1 376	1.0	1 463.7	1 421	+3.8%	+4.8%	+1.0%	7.7%
90 - Erreurs/Sans objet	344	0.1			-24.7%			-3.7%
Total France	1 581	34.8	54 205.4	1 558	+1.4%	+3.1%	+1.7%	100.0%

III.5. Analyse de l'activité par région

Les 5 premières régions en nombre de journées et qui en représentent 48% sont :

- L'Ile-De-France
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Rhône-Alpes
- Nord-Pas-De-Calais
- Bretagne

Figure 10 : Part en nombre de journées par région en 2011

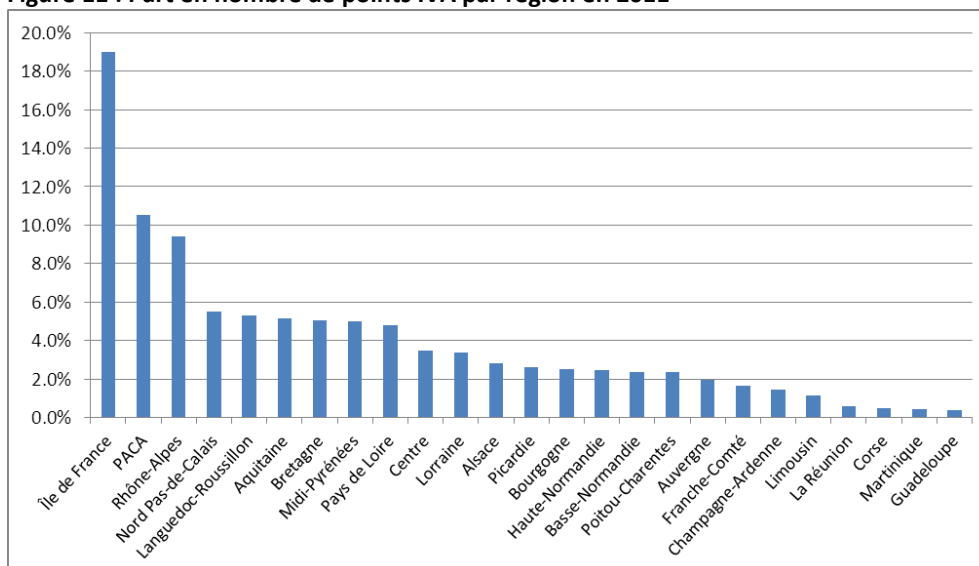


Les 5 premières régions en nombre de points IVA et qui en représentent 50% sont :

- L'Ile-De-France
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Rhône-Alpes
- Nord-Pas-De-Calais
- Languedoc-Roussillon

Le classement de la Bretagne et du Languedoc-Roussillon sont ainsi inversé, la Bretagne ayant un poids moyen de la journée de présence plus faible.

Figure 11 : Part en nombre de points IVA par région en 2011



Les 4 régions qui contribuent le plus à la croissance du nombre de journées sont :

- Ile-De-France (+3,7% en point IVA et +2,4% en journées)
- Centre (+4,9% en point IVA et +3,3% en journées)
- Nord Pas de Calais (+4,4% en point IVA et +2,4% en journées)
- Basse-Normandie (+7,6% en point IVA et +5,3% en journées)

Tableau 6 : Activité 2011 et évolution 2010/2011 par région
(Nombre de journées et nombre de points IVA en millions)

	2011				Evolution 2010/2011			Contribution à la croissance
	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de points IVA	Poids Moyen de la Journée de Présence	Nombre de journées	Nombre de Points IVA	PMJP	
Alsace	44	1.0	1 527.6	1 555	-3.0%	+0.3%	+3.4%	-6.3%
Aquitaine	96	1.8	2 796.6	1 566	+0.1%	+2.4%	+2.3%	0.5%
Auvergne	43	0.7	1 073.3	1 470	+1.6%	+3.8%	+2.2%	2.4%
Basse-Normandie	45	0.8	1 288.7	1 570	+5.3%	+7.6%	+2.2%	8.5%
Bourgogne	60	1.0	1 378.0	1 439	+2.8%	+3.9%	+1.0%	5.4%
Bretagne	80	1.8	2 728.7	1 513	+1.7%	+3.7%	+2.0%	6.2%
Centre	65	1.3	1 900.8	1 451	+3.3%	+4.9%	+1.6%	8.7%
Champagne-Ardenne	30	0.5	790.9	1 580	+1.3%	+2.3%	+1.0%	1.3%
Corse	9	0.2	261.5	1 398	+1.7%	+14.2%	+12.3%	0.7%
Franche-Comté	29	0.6	884.9	1 546	+1.5%	+3.7%	+2.2%	1.7%
Haute-Normandie	44	0.9	1 341.4	1 473	+3.7%	+4.1%	+0.3%	6.7%
Île de France	176	6.2	10 302.7	1 665	+2.4%	+3.7%	+1.2%	30.2%
Languedoc-Roussillon	84	1.8	2 889.2	1 610	+0.7%	+2.7%	+2.0%	2.4%
Limousin	20	0.4	629.0	1 512	+0.3%	+2.7%	+2.4%	0.3%
Lorraine	67	1.2	1 833.7	1 519	-0.1%	+2.5%	+2.6%	-0.1%
Midi-Pyrénées	92	1.7	2 704.0	1 584	-0.6%	+2.2%	+2.8%	-2.2%
Nord Pas-de-Calais	82	1.8	2 997.5	1 633	+2.4%	+4.4%	+2.0%	8.7%
Pays de Loire	81	1.8	2 591.1	1 450	+2.0%	+3.0%	+1.0%	7.2%
Picardie	48	0.9	1 422.8	1 534	+3.9%	+4.2%	+0.3%	7.2%
Poitou-Charentes	44	0.9	1 286.4	1 508	+0.9%	+3.1%	+2.2%	1.5%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	149	3.7	5 717.1	1 546	+0.0%	+1.0%	+1.0%	0.2%
Rhône-Alpes	158	3.3	5 107.8	1 548	+1.0%	+2.7%	+1.7%	6.9%
ZZZ-Guadeloupe	12	0.2	209.5	1 350	-3.3%	-5.0%	-1.8%	-1.1%
ZZZ-Martinique	11	0.2	232.7	1 433	-0.8%	+4.0%	+4.8%	-0.3%
ZZZ-La Réunion	12	0.2	309.2	1 523	+8.2%	+9.7%	+1.3%	3.2%
Total France	1 581	34.8	54 205.4	1 558	+1.4%	+3.1%	+1.7%	100.0%

IV. FICHES d'analyse du secteur PSY

Pour les établissements de psychiatrie seule l'hospitalisation est étudiée. En effet, que ce soit pour le secteur sous DAF ou sous OQN, les actes en ambulatoire ou les consultations externes ne sont pas analysés.

IV.1 Analyse de l'activité par secteurs d'activité

Pour l'activité de psychiatrie il existe également deux secteurs qui se distinguent par le mode de financement : le secteur sous dotation annuelle de financement est financé par dotation (DAF) et le secteur sous objectif quantifié national est financé selon des prix de journées fixés par disciplines médico-tarifaire et mode de traitement.

Dans cette étude, une partie de l'activité du secteur sous DAF est présentée seulement, en effet, seules les séquences de séjours sont analysées tandis que l'activité externe n'est pas étudiée.

Le secteur sous dotation annuelle de financement représente environ 81,8% des journées et le secteur sous objectif national quantifié seulement 18,2%.

Figure 12 : Part en nombre de journées par secteur d'activité en 2011

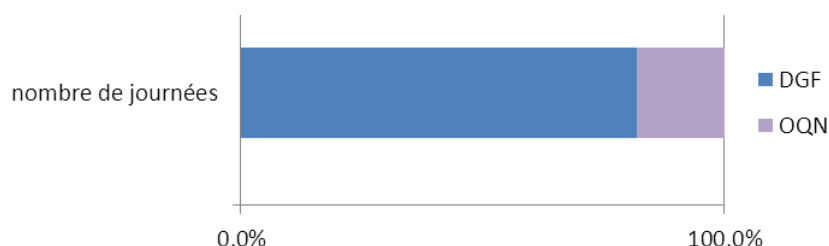


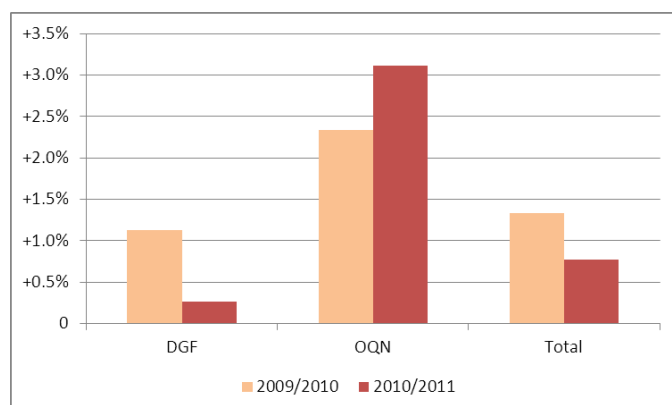
Tableau 7 : Activité 2011 et évolution 2010/2011 par secteur d'activité

(Nombre de journées en millions)

	2011		Evolution 2010/2011	Contribution à la croissance
	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de journées	
DAF	351	21.3	+0.3%	28.4%
OQN	165	4.7	+3.1%	71.6%
Total France	516	26.0	+0.8%	100.0%

Sur le secteur DAF, l'augmentation de l'activité s'atténue de manière significative pour presque stagner entre 2011 et 2010. En revanche, sur le secteur sous OQN la dynamique d'activité poursuit avec une hausse du nombre de journée à +3,1%.

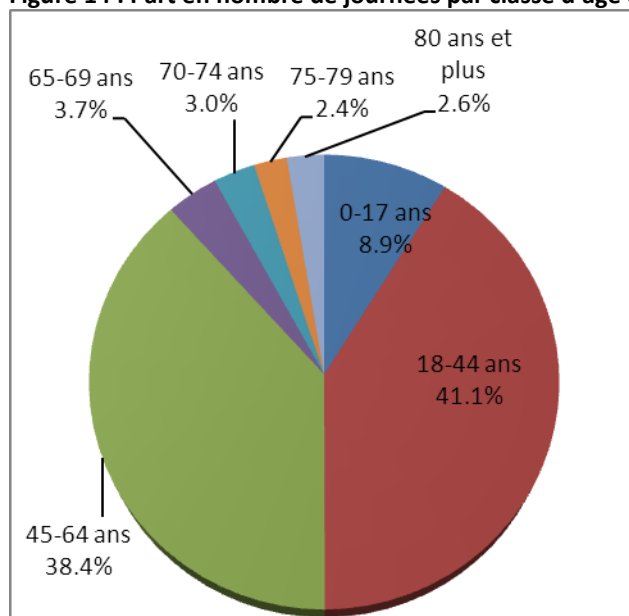
Figure 13: Evolution du nombre de journées par secteur d'activité



IV.2 Analyse de l'activité par classe d'âge

La majorité des journées de psychiatrie réalisées en 2011 concernent des patients âgés entre 18 et 64 ans (77,8%). La seconde classe d'âge la plus représentée est celle des moins de 17 ans. La plus faible part est celle des personnes âgées.

Figure 14 : Part en nombre de journées par classe d'âge en 2011



L'effet « papy-boom » : forte évolution des journées des 65-69 ans

Le nombre de journées pour les personnes âgées de 65 à 69 ans est en forte hausse. Cette forte poussée est liée à l'arrivée des personnes issues du baby-boom dans cette classe d'âge. La première génération du baby-boom, la génération « 1946 », compte en effet 200 000 personnes supplémentaires par rapport aux générations précédentes, et fait désormais partie de la classe d'âge supérieure des patients âgés de 65 à 69 ans.

L'activité relative aux patients âgés entre 18 et 44 ans a une évolution à la baisse entre 2010 et 2011. Pour les autres tranches d'âges, le dynamisme des journées relatives aux patients âgés entre 75 et 79 ans peut être noté.

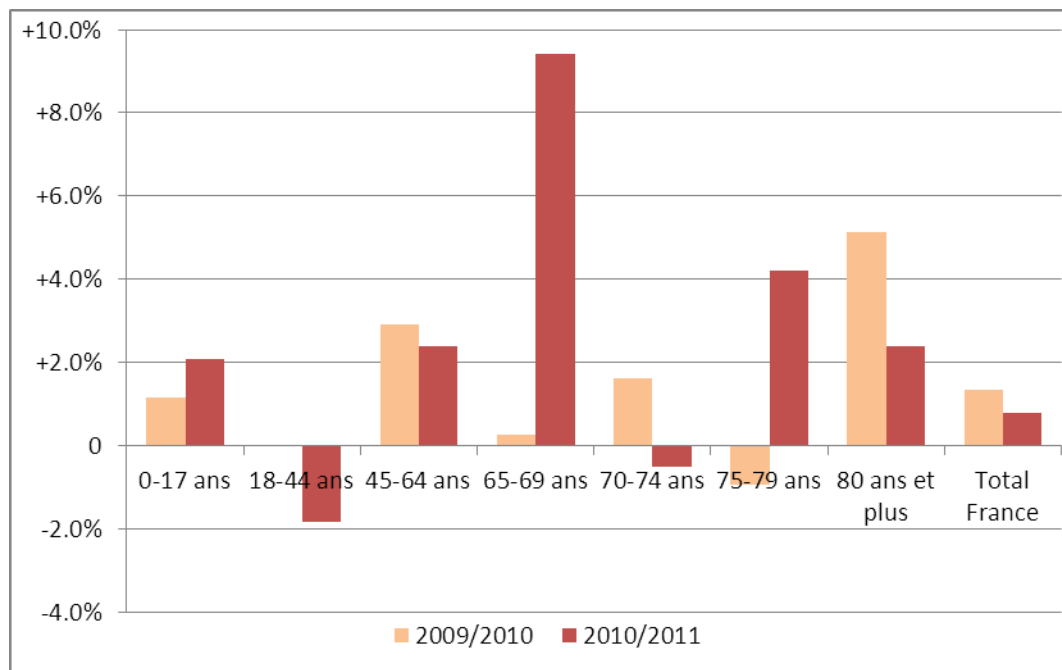
Tableau 8 : Activité 2011 et évolution 2010/2011 par classe d'âge

(Nombre de journées en millions)

	2011		Evolution 2010/2011	Contribution à la croissance
	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de journées	
0-17 ans	376	2.3	+2.1%	23.7%
18-44 ans	486	10.7	-1.8%	-100.6%
45-64 ans	453	10.0	+2.4%	116.8%
65-69 ans	428	1.0	+9.4%	41.8%
70-74 ans	419	0.8	-0.5%	-2.0%
75-79 ans	406	0.6	+4.2%	12.4%
80 ans et plus	408	0.7	+2.4%	8.0%
Total France	516	26.0	+0.8%	100.0%

L'évolution des journées des patients de 80 ans et plus est moins forte entre 2010 et 2011 qu'entre 2009 et 2010.

Figure 15: Evolution du nombre de journées par classe d'âge

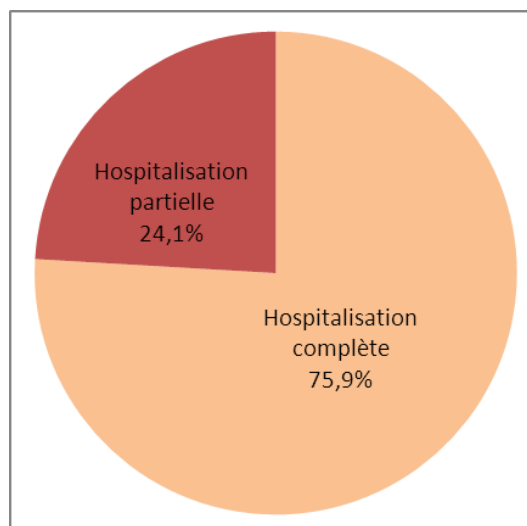


IV.3 Analyse de l'activité par type d'hospitalisation

Les trois quart des journées en psychiatrie sont réalisées en hospitalisation complète et la plupart correspondent à une hospitalisation à temps plein (69,4%), ensuite 3,4% résultent d'un placement familial thérapeutique.

Pour l'hospitalisation partielle (un quart des journées), la majorité est réalisée de jour (17,7%) avec également 5,6% des journées qui correspondent à une prise en charge en centre d'activité thérapeutique.

Figure 16 : Part en nombre de journées par type de prise en charge en 2011



	Part en 2011
Hospitalisation à temps plein	69.4%
Séjour thérapeutique	0.1%
Hospitalisation à domicile	0.8%
Placement familial thérapeutique	3.4%
Prise en charge en appartement thérapeutique	0.8%
Prise en charge en centre de postcure psychiatrique	1.2%
Prise en charge en centre de crise (incluant centre d'accueil permanent et centre d'accueil et de crise)	0.3%
Hospitalisation à temps partiel de jour	17.7%
Hospitalisation à temps partiel de nuit	0.8%
Prise en charge en centre d'activité thérapeutique à temps partiel et en atelier thérapeutique	5.6%
Non communiqué	0.1%
TOTAL	100.0%

L'hospitalisation partielle évolue de +1,8% en nombre de journées entre 2010 et 2011 alors que l'hospitalisation complète stagne.

Tableau 9 : Activité 2011 et évolution 2010/2011 par type d'hospitalisation

(Nombre de journées en millions)

	2011		Evolution 2010/2011	Contribution à la croissance
	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de journées	
Hospitalisation complète	469	19.8	+0.4%	43.5%
Hospitalisation partielle	385	6.3	+1.8%	56.5%
Total France	516	26.0	+0.8%	100.0%

L'évolution entre 2010 et 2011 est moins marquée qu'entre 2010 et 2009 pour chacun des types de prise en charge.

Figure 17: Evolution du nombre de journées par type d'hospitalisation



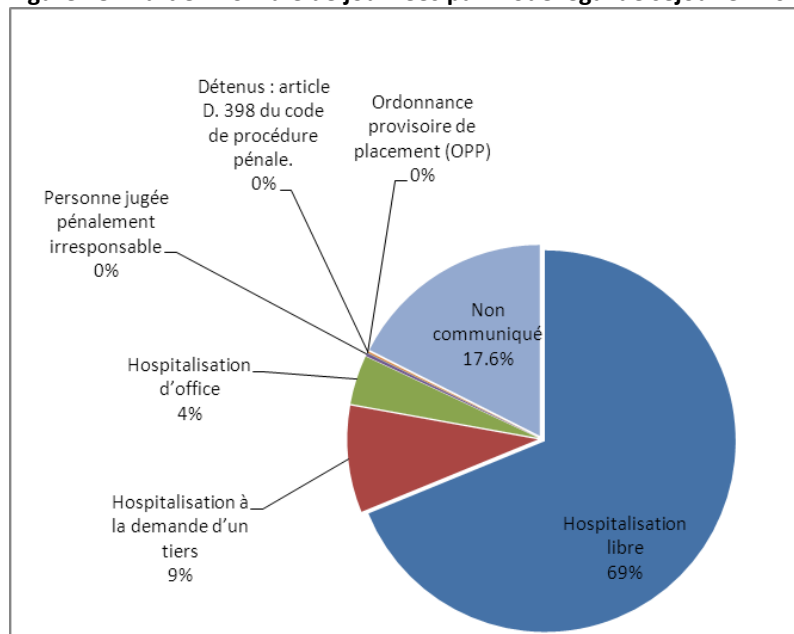
IV.4 Analyse de l'activité par mode légal de séjour

Ce critère n'est pas renseigné pour une partie importante des journées (17,6%).

70% des journées de psychiatrie concernent une hospitalisation libre.

Ensuite, l'hospitalisation à la demande d'un tiers représente 9% des journées et l'hospitalisation d'office en représente 4%.

Figure 18 : Part en nombre de journées par mode légal de séjour en 2011



L'hospitalisation libre évolue de +1,7% alors que les hospitalisations à la demande d'un tiers et l'hospitalisation d'office diminuent.

Tableau 10 : Activité 2011 et évolution 2010/2011 par mode légal

(Nombre de journées en millions)

	2011		Evolution 2010/2011	Contribution à la croissance
	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de journées	
Hospitalisation libre	467	17.9	+1.7%	148.2%
Hospitalisation à la demande d'un tiers	240	2.4	-10.3%	-135.2%
Hospitalisation d'office	231	1.1	-2.4%	-13.3%
Article 122.1 du code pénal et article L. 3213-7 du code de la santé publique pour les personnes jugées pénalement irresponsables	81	0.1	-5.1%	-1.8%
Ordonnance provisoire de placement (OPP)	64	0.0	+48.5%	1.7%
Détenus : article D. 398 du code de procédure pénale.	98	0.0	+4.9%	0.8%
Non communiqué	285	4.6	+4.5%	99.6%
Total France	516	26.0	+0.8%	100.0%

IV.5 Analyse de l'activité par diagnostic principal

Le diagnostic principal n'est pas toujours bien renseigné, ainsi pour 4,1% du nombre de journées en 2011 il n'est pas communiqué (6% en 2009, une légère amélioration est ainsi constatée).

Les 20 diagnostics principaux représentant 42% des journées sont :

- ✓ Schizophrénie paranoïde
- ✓ Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques
- ✓ Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques
- ✓ Schizophrénie paranoïde continue
- ✓ Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance
- ✓ Trouble délirant
- ✓ Autisme infantile
- ✓ Schizophrénie, sans précision
- ✓ Schizophrénie hébéphrénique
- ✓ Épisode dépressif moyen
- ✓ Autres troubles envahissants du développement
- ✓ Schizophrénie résiduelle
- ✓ Trouble anxieux et dépressif mixte
- ✓ Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques
- ✓ Schizophrénie indifférenciée
- ✓ Trouble envahissant du développement, sans précision
- ✓ Autisme atypique
- ✓ Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques
- ✓ Retard mental moyen : déficience du comportement significatif, nécessitant une surveillance ou traitement
- ✓ Psychose non organique, sans précision

Les diagnostics de schizophrénie et de dépression font partie des diagnostics revenant parmi les 20.

Les évolutions du nombre de journées de ces 20 diagnostics principaux sont importantes. Les 5 diagnostics présentant les plus fortes évolutions en journées sont :

- ✓ Psychose non organique, sans précision (+13,5%)
- ✓ Trouble envahissant du développement, sans précision (+10,6%)
- ✓ Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques (+6,0%)
- ✓ Schizophrénie, sans précision (+5,6%)
- ✓ Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (4,6%)

Tableau 11 : Activité 2011 et évolution 2010/2011 pour les 20 diagnostics principaux les plus importants
(Nombre de journées en millions)

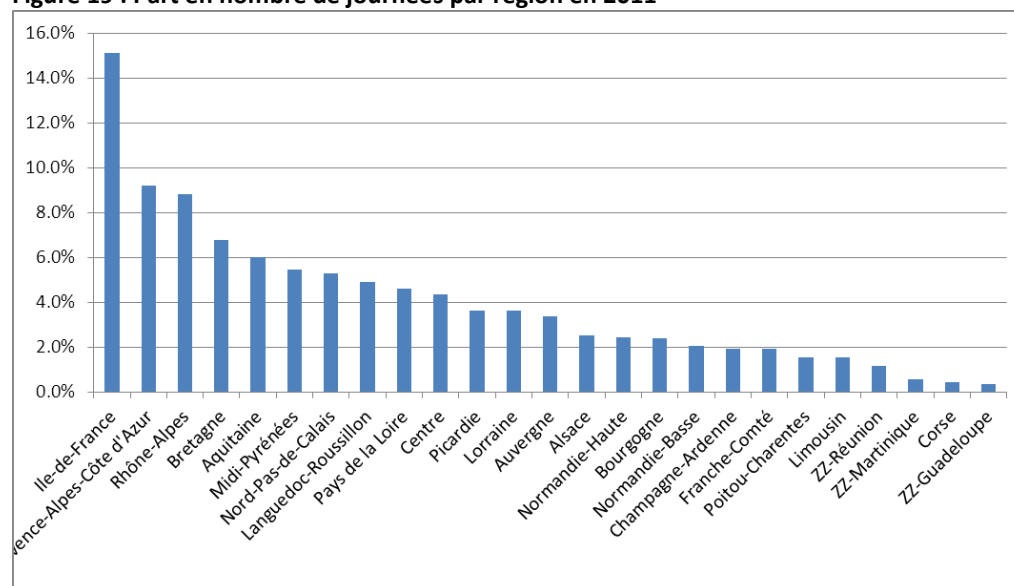
	2011		Evolution 2010/2011	Contribution à la croissance
	Nombre d'établiss ements	Nombre de journées	Nombre de journées	
Schizophrénie paranoïde	452	2.8	+2.9%	39.9%
Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques	438	1.1	+4.6%	25.0%
Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques	404	0.7	-1.0%	-3.4%
Schizophrénie paranoïde continue	309	0.6	+3.3%	9.1%
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance	376	0.6	+3.4%	9.4%
Trouble délirant	414	0.5	+0.4%	1.0%
Autisme infantile	303	0.5	-3.0%	-7.5%
Schizophrénie, sans précision	339	0.5	+5.6%	12.4%
Schizophrénie hétérotypique	387	0.5	-0.8%	-1.8%
Épisode dépressif moyen	410	0.4	+3.8%	6.7%
Autres troubles envahissants du développement	288	0.4	+0.3%	0.6%
Schizophrénie résiduelle	347	0.3	-7.9%	-14.8%
Trouble anxieux et dépressif mixte	416	0.3	+4.3%	7.1%
Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques	397	0.3	+6.0%	9.4%
Schizophrénie indifférenciée	342	0.3	-1.1%	-1.5%
Trouble envahissant du développement, sans précision	286	0.3	+10.6%	13.6%
Autisme atypique	256	0.3	-5.0%	-6.9%
Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques	409	0.3	+5.0%	6.3%
Retard mental moyen : déficience du comportement significatif, nécessitant une surveillance ou traitement	260	0.3	+0.7%	1.0%
Psychose non organique, sans précision	336	0.3	+13.5%	15.3%

IV.6 Analyse de l'activité par région

Les 5 premières régions en nombre de journées et qui en représentent 46% sont :

- L'Île-De-France
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Rhône-Alpes
- Bretagne
- Aquitaine

Figure 19 : Part en nombre de journées par région en 2011



Les quatre régions qui connaissent les plus fortes évolutions en nombre de journées sont :

- Ile-De-France (+3,2%)
- Centre (+5,1%)
- La Réunion (+15,5%)
- Rhône-Alpes (+1,8%)
- Midi-Pyrénées (+2,0%)

Tableau 12 : Activité 2011 et évolution 2010/2011 par région

(Nombre de journées en millions)

	2011		Evolution 2010/2011	Contribution à la croissance
	Nombre d'établisse- ments	Nombre de journées	Nombre de journées	
Alsace	7	0.7	+1.7%	5.6%
Aquitaine	33	1.6	-4.5%	-36.7%
Auvergne	15	0.9	-2.4%	-10.6%
Bourgogne	10	0.6	+2.6%	8.0%
Bretagne	29	1.8	-0.0%	-0.3%
Centre	26	1.1	+5.1%	27.2%
Champagne-Ardenne	7	0.5	-0.2%	-0.4%
Corse	2	0.1	+11.7%	5.9%
Franche-Comté	6	0.5	-2.3%	-6.0%
Ile-de-France	100	3,9	+3.2%	61.2%
Languedoc-Roussillon	26	1.3	+1.6%	10.0%
Limousin	8	0.4	-2.4%	-4.9%
Lorraine	15	0.9	+0.4%	1.8%
Midi-Pyrénées	30	1.4	+2.0%	13.9%
Nord-Pas-de-Calais	35	1.4	+0.9%	6.2%
Normandie-Basse	11	0.5	+1.3%	3.4%
Normandie-Haute	13	0.6	-3.0%	-9.8%
Pays de la Loire	26	1.2	+1.1%	6.6%
Picardie	10	0.9	-1.9%	-9.1%
Poitou-Charentes	7	0.4	+2.8%	5.5%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	52	2.4	-0.7%	-8.5%
Rhône-Alpes	41	2.3	+1.8%	19.9%
ZZ-Guadeloupe	3	0.1	+0.6%	0.3%
ZZ-Martinique	1	0.1	-11.2%	-9.4%
ZZ-Réunion	3	0.3	+15.5%	20.3%
Total France	516	26.0	+0.8%	100.0%