

L'analyse de l'activité hospitalière

2012

Sommaire

partie 1	Le suivi des financements	3
1.	Principaux résultats	4
2.	Activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)	6
2.1.	Etablissements du secteur ex-DG	7
2.2.	Etablissements du secteur ex-OQN	10
3.	Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC)	12
3.1.	Evolution des crédits MIGAC	13
3.2.	Principales missions d'intérêt général : recherche, urgences et santé publique	14
3.3.	L'aide à la contractualisation : prédominance de l'investissement et des restructurations	16
4.	Activités de soins de suite et réadaptation (SSR) et de psychiatrie	17
4.1.	Etablissements du secteur OQN	17
4.2.	Etablissements du secteur sous DAF	19
5.	Les ex hôpitaux locaux et les unités de soins longue durée (USLD)	20
partie 2	Analyse de l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique	21
1.	Du suivi des dépenses à l'analyse de l'activité des séjours MCO	22
2.	Principaux résultats	25
2.1.	Patientèle : la croissance des séjours liée à ceux des patients âgés de plus de 65 ans	25
2.2.	Type de prise en charge : la baisse du poids de l'hospitalisation complète, conséquence de la progression de l'ambulatoire	26
2.3.	41% des séjours réalisés en médecine dont un quart en ambulatoire	27
2.4.	L'augmentation des séjours de chirurgie ambulatoire, portée par le secteur ex-DG	28
2.5.	La diminution des séjours d'obstétrique et des nouveau-nés des cliniques ex-OQN	28
2.6.	Le dynamisme des techniques peu invasives dans le secteur ex-DG	29
2.7.	L'augmentation des séjours de niveaux de sévérité 3 et 4	29
2.8.	CMD : le poids important des séjours réalisés sur le système digestif	31
2.9.	Focus sur les séances	31
3.	Fiches d'analyse du secteur ex-DG	33
3.1.	Régions	33
3.2.	Catégories d'établissements	35
3.3.	Âge des patients	38
3.4.	Types d'hospitalisation	41
3.5.	Catégories d'activités de soins (CAS), hors séances	43
3.6.	Niveaux de sévérité, hors séances	46
3.7.	Catégories majeures de diagnostic (CMD), hors séances	49
3.8.	Domaines d'activité (DoAc), hors séances	54
3.9.	Focus par racines, hors séances	57
3.10.	Focus par GHM, hors séances	65
3.11.	Focus sur les séances	68
4.	Fiches d'analyse du secteur ex-OQN	71
4.1.	Régions	71
4.2.	Catégories d'établissements	73
4.3.	Âge des patients	75
4.4.	Types d'hospitalisation	78
4.5.	Catégories d'activité de soins, hors séances	80
4.6.	Niveaux de sévérité, hors séances	83
4.7.	Catégories majeures de diagnostics (CMD), hors séances	86
4.8.	Domaines d'activité (DoAc), hors séances	91
4.9.	Focus par racines, hors séances	94
4.10.	Focus par GHM, hors séances	103
4.11.	Focus sur les séances	106

partie 3	Analyse de l'activité d'hospitalisation à domicile	109
1.	Principaux résultats	110
2.	Fiches d'analyse	112
2.1.	Régions	112
2.2.	Catégories d'établissements	113
2.3.	Hébergement en EHPAD	115
2.4.	Âge des patients	116
2.5.	Modes de prise en charge	117
2.6.	Modes d'entrée et sortie	121
2.7.	Etat de santé du patient : l'indice de Karnofsky	123
partie 4	Analyse de l'activité de soins de suite et de réadaptation	127
1.	Principaux résultats	128
2.	Fiche d'analyse en GMD	130
2.1.	Régions	130
2.2.	Secteur de financement des établissements de santé	133
2.3.	Âge et sexe des patients	135
2.4.	Type d'hospitalisation	139
2.5.	Catégories Majeures Cliniques (CMC)	141
3.	Nouveautés	144
3.1.	Classification en GME	144
3.2.	Mentions spécialisées	155
partie 5	Analyse de l'activité de psychiatrie	167
1.	Principaux résultats	168
2.	Activité en hospitalisation	169
2.1.	Régions	169
2.2.	Secteur de financement des établissements de santé	172
2.3.	Âge et sexe des patients	174
2.4.	Type de prise en charge	177
2.5.	Focus sur l'hospitalisation à temps plein	179
2.6.	Diagnostic principal	182
3.	Activité ambulatoire	184
3.1.	Régions	184
3.2.	Age et sexe des patients	187
3.3.	Regroupement de diagnostics principaux	190
	Annexes	193
	Annexe 1 : Suivi des financements	194
	Annexe 2 : Analyse de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique	205
	Annexe 3 : Analyse de l'activité d'hospitalisation à domicile	212
	Annexe 4 : Analyse de l'activité de soins de suite et de réadaptation	220
	Annexe 5 : Analyse de l'activité de psychiatrie	222
	Annexe 6 : Synthèse des sources de données pour l'analyse des quatre champs d'activité	225
	Glossaire	227

partie 1

Le suivi des financements

Le suivi conjoncturel des financements versés par l'assurance maladie aux établissements de santé repose pour partie sur des données recueillies par l'ATIH, notamment celles du PMSI. Ces données font l'objet de **traitements statistiques** visant à éclairer les acteurs sur la dynamique des dépenses, les niveaux probables de l'exécution finale, les origines et la nature des évolutions pluriannuelles. Ce suivi porte uniquement sur le **champ régulé** des dépenses.

Le bilan officiel des objectifs repose quant à lui sur des données **comptables** diffusé par la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Par leur nature, les éléments présentés relèvent d'**estimations**. Plusieurs hypothèses de travail sont élaborées afin de construire un intervalle d'estimations. Pour chaque secteur de financement (ex-DG, ex-OQN et OQN), ces intervalles sont affichés dans le rapport. Seule l'hypothèse haute de l'intervalle est développée.

1. Principaux résultats

Les sous-enveloppes de l'ONDAM hospitalier

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le parlement fixe l'ensemble des financements versés par l'assurance maladie pour le système de soins : médecine de ville, établissements de santé, médico-social, etc. Cet objectif se décline en six sous objectifs dont deux concernent les établissements de santé publics et privés :

- le sous objectif des « établissements de santé tarifés à l'activité » décliné selon :
 - l'objectif de dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique (**ODMCO**) correspondant à la prise en charge des patients en médecine chirurgie obstétrique ;
 - l'objectif des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (**MIGAC**).
- le sous objectif des « autres dépenses des établissements de santé » décliné selon :
 - l'objectif de dépenses assurance maladie (**ODAM**) relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite et réadaptation (**SSR**) du secteur public et privé d'intérêt collectif payées en dotations annuelles de financement (**DAF**), et aux soins de longue durée (**SLD**) ;
 - l'objectif quantifié national (**OQN**) relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite et réadaptation (**SSR**) du secteur privé commercial ;
 - les dépenses relatives au fond de modernisation des établissements de santé publics et privés (**FMESPP**).

Le fonds d'intervention régional (FIR)

Le FIR a été créé pour donner aux agences régionales de santé (ARS) une plus grande souplesse dans la gestion des crédits, au service d'une stratégie régionale de santé transversale.

En 2012, il regroupe au sein d'une même enveloppe globale à la fois des crédits ne relevant pas de l'objectif des « établissements de santé tarifés à l'activité » et des crédits rattachés à l'objectif des MIGAC : la permanence des soins des établissements de santé (PDSES), les MIG relatives à la prévention et au diagnostic de l'infection par le VIH, l'éducation thérapeutique, et les centres périnataux, qui relèvent de cet objectif.

Les crédits alloués dans le cadre de ce fonds **ne font pas l'objet d'un suivi statistique par l'ATIH**. Ceux qui sont rattachés à l'objectif des MIGAC sont donc déduits de la comparaison à l'objectif et ne sont pas inclus dans les taux d'évolution.

Le suivi conjoncturel des financements versés par l'assurance maladie en 2012 aux établissements de santé conduit au bilan suivant :

- une évolution annuelle des financements de **+2,8%** décomposée en :
 - +3,0% globalement sur l'ODMCO et les MIGAC ;
 - +2,1% sur les autres dépenses (ODAM et OQN).
- un écart global aux objectifs arrêtés pour l'exercice 2012 (dans le cadre du vote de l'ONDAM) de **+51 M€** décomposé en :
 - +216 M€ pour les dépenses de l'ODMCO et des MIGAC ;
 - -165 M€ sur les autres dépenses (ODAM et OQN).

T 1 I Estimation des réalisations 2012 – suivi statistique de l'ONDAM hospitalier

Montants en M€	Objectifs arrêtés 2012	Estimation des réalisations (avant neutralisation FIR)	Ecart réalisations estimées / objectifs arrêtés après neutralisation FIR	Taux d'évolution des réalisations estimées 2012/2011 après neutralisation FIR
TOTAL	74 009	73 303	+51	+2,8%
ODMCO/MIGAC	55 356	54 815	+216	+3,0%
ODMCO *	46 793	47 144	+379	+2,9%
MIGAC	8 563	7 671	-163	+3,4%
ODAM/OQN	18 653	18 480	-165	+2,1%
ODAM	16 104	15 871	-234	+1,4%
OQN	2 548	2 617	+69	+6,6%

* La ligne ODMCO intègre une provision complémentaire de 28 M€ sur l'ODMCO public. Cette marge ne peut être attribuée à une catégorie de prestations en particulier et n'est donc pas prise en compte dans les résultats détaillés de ce rapport.

2. Activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

L'objectif ODMCO

Il est composé de trois enveloppes financières :

- **la part tarifs** comprend les prestations relatives aux séjours hospitaliers, les actes, les consultations et autres prestations hospitalières réalisées en externe ainsi que les journées d'hospitalisation à domicile (HAD) ;
- les **médicaments et DMI (dispositifs médicaux) en sus** correspondent aux dépenses engagées par les établissements de santé au titre de spécialités facturables en sus des prestations d'hospitalisation ;
- les **forfaits annuels** délégués sur la base du volume d'activité de l'année antérieure financent pour partie l'activité des urgences hospitalières ainsi que les activités de coordination, prélèvement et greffes d'organes.

Les établissements de santé réalisant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique sont rattachés à l'un des **deux secteurs de financement** possédant chacun sa propre échelle tarifaire de valorisation de l'activité. Le secteur des établissements antérieurement sous dotation globale (ex-DG) regroupe les établissements publics de santé et des établissements privés non lucratifs. Le secteur des établissements antérieurement sous objectif quantifié national (ex-OQN) rassemble les cliniques privées lucratives ainsi que des établissements privés non lucratifs.

Pour chaque secteur, plusieurs notions sont présentées :

- l'**estimation des financements** de l'assurance maladie¹ relatifs aux prestations de soins réalisées en 2012 ;
- l'écart à la prévision réalisée au moment de la construction des objectifs ;
- l'**évolution annuelle** des financements entre 2011 et 2012 ;
- l'évolution du **volume** d'activité.

La notion de volume : un raisonnement à champ constant

Les taux d'évolution annuelle intègrent des effets qu'il convient d'annuler pour estimer l'évolution du volume :

- la neutralisation des mouvements de crédits opérés au sein de l'ODMCO entre enveloppes (ex : des forfaits vers les tarifs), et de l'ODMCO vers d'autres objectifs (ex : vers l'enveloppe MIGAC), afin de raisonner à périmètre tarifaire constant ;
- la correction de l'évolution tarifaire.

La notion de **volume** est plus étendue que la simple évolution du nombre de séjours. Elle traduit également l'évolution de la structure de l'activité, soit celle de la lourdeur de l'activité prise en charge.

¹ Ces financements comprennent l'ensemble des versements réalisés par les différents régimes (régime général, agricole, des indépendants, etc.)

2.1. Etablissements du secteur ex-DG

Les versements relatifs à l'activité de soins produits en 2010 sont désormais achevés.

Ceux relatifs aux années 2011 et 2012 feront encore l'objet de transmissions en 2013. Cette transmission est réalisée grâce au logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité (LAMDA), pendant les deux ans qui suivent l'exercice de soins, délai réduit à un an à compter des données 2012.

2.1.1. Bilan définitif de l'exercice 2010

Les versements relatifs à l'ODMCO public de l'exercice 2010 s'élèvent à 35 111 M€, soit un écart par rapport à la prévision initiale de +644 M€ décomposé en :

- + 902 M€ sur la part tarifs ;
- – 242 M€ sur les médicaments et DMI facturables en sus ;
- – 17 M€ sur les forfaits annuels.

L'évolution annuelle des financements entre 2009 et 2010 s'établit à +2,9%.

Ce taux d'évolution en valeurs intègre plusieurs effets notables entre 2009 et 2010 :

- un effet champ d'établissements lié à l'entrée en 2010 en T2A de la Guyane ;
- un effet périmètre tarifaire induit par les mouvements de crédits opérés de l'ODMCO vers l'enveloppe MIGAC.

T 2 I Bilan des réalisations 2010 – secteur ex-DG

Montants en M€	Précédente estimation	Révision des réalisations	Evolution 2009/2010	Prévision de dépenses 2010 (Objectifs)	Ecart
Activités à la part tarifs	31 363	31 400	+2,7%	30 497	+ 902
Médicaments et DMI payés en sus	2 729	2 729	+4,6%	2 971	– 242
Forfaits Annuels	983	983	+1,9%	1 000	– 17
Total ODMCO	35 075	35 111	+2,9%	34 468	+ 644

Le financement de l'activité des séjours, des actes et consultations externes et de l'hospitalisation à domicile augmente de +2,7% entre 2009 et 2010, ce qui correspond à une augmentation du volume d'activité de +3,4%.

2.1.2. Révision de l'exercice 2011

Au vu des transmissions complémentaires réalisées en 2012, les versements relatifs à l'ODMCO public de l'exercice 2011 sont réévalués à 35 818 M€. L'écart par rapport à la prévision réalisée au moment de la construction des objectifs atteint +320 M€ décomposé en :

- + 437 M€ sur la part tarifs ;
- – 84 M€ sur les médicaments et DMI facturables en sus ;
- – 33 M€ sur les forfaits annuels.

L'évolution annuelle des financements entre 2010 et 2011 est évaluée à +2,0%.

T 3 I Révision des réalisations 2011 – secteur ex-DG

Montants en M€	Précédente estimation	Révision des réalisations	Evolution 2010/2011	Prévision de dépenses 2011 (Objectifs)	Ecart
Activités à la part tarifs	32 059	32 107	+2,3%	31 670	+437
Médicaments et DMI payés en sus	2 724	2 725	-0,2%	2 809	- 84
Forfaits Annuels	987	987	+0,4%	1 020	- 33
Total ODMCO	35 770	35 818	+2,0%	35 499	+320

Le financement de l'activité des séjours, des actes et consultations externes et de l'hospitalisation à domicile progresse de +2,3% entre 2010 et 2011, ce qui correspond à une évolution du volume d'activité de +3,0%.

2.1.3. Estimation de l'exercice 2012

En 2012, les financements concernant l'activité MCO des établissements du secteur ex-DG sont supérieurs à la prévision réalisée au moment de la construction des objectifs pour un montant d'environ **+500 M€** (estimation comprise entre +483 M€ et +512 M€).

T 4 I Estimation des réalisations 2012 – secteur ex-DG

Montants en M€	Estimation des réalisations	Evolution 2011/2012	Prévision de dépenses 2012 (Objectifs)	Ecart
Hypothèse basse	36 958	+3,2%	36 475	+483
Hypothèse haute	36 987	+3,3%	36 475	+512

Le niveau des financements dépend de la capacité des établissements à transmettre une activité de soins après sa clôture. Le tableau ci-dessus présente des estimations construites à partir de traitements statistiques. Compte tenu des historiques, l'hypothèse haute est celle qui est privilégiée et détaillée par la suite.

Cependant, dans le cadre du calcul des provisions comptables réalisées par l'assurance maladie, le caractère incertain des estimations a conduit à considérer une incertitude complémentaire de l'ordre de 30 M€. Ainsi, pour l'exercice comptable l'estimation retenue est de 37 015 M€ soit un écart de 540 M€.

L'évolution annuelle des financements de l'activité MCO est évaluée à +3,4% et se décompose comme suit :

- +3,1% pour la part tarifs, soit un écart de +415 M€ par rapport à la prévision réalisée au moment de la construction des objectifs ;
- +3,5% pour les médicaments et DMI facturables en sus, soit +56 M€ de plus que la prévision initiale ;
- +7,2% pour les forfaits annuels, soit +40 M€ d'écart à la prévision initiale.

T 5 I Détail de l'estimation des réalisations 2012 – secteur ex-DG

Montants en M€	Estimation des réalisations	Evolution 2011/2012	Prévision de dépenses 2012 (Objectifs)	Ecart
Activités à la part tarifs	33 107	+3,1%	32 962	+415
Médicaments et DMI payés en sus	2 821	+3,5%	2 765	+56
Forfaits Annuels	1 058	+7,2%	1 018	+40
Total ODMCO	36 987	+3,3%	36 475	+512

La progression des financements de l'ensemble des activités à la part tarifs (activité des séjours, actes et consultations externes et hospitalisation à domicile) correspond à un **volume d'activité** de +3,3% et se décompose en :

- +3,3% pour les séjours (y compris suppléments journaliers) ;
- +3,1% l'activité des consultations et actes externes ;
- +7,2% pour l'hospitalisation à domicile.

2.2. Etablissements du secteur ex-OQN

Contrairement aux établissements publics, les cliniques privées du secteur ex-OQN utilisent un circuit de facturation directe vers les caisses d'assurance maladie. Les données de facturation sont connues par le système national d'information inter régime d'assurance maladie (SNIIRAM). Cette source s'ajoute aux données PMSI disponibles à l'ATIH pour réaliser l'analyse de l'activité de ces établissements.

Ces données de facturation sont utilisées pour assurer, le cas échéant, l'exhaustivité des données PMSI.

2.2.1. Révision de l'exercice 2011

L'exploitation des dernières informations disponibles entraîne une révision légèrement à la baisse du niveau des versements assurance maladie² pour l'exercice 2011. Compte tenu de l'existence d'une incertitude sur ces données (facturation possible deux ans après le soin), les extrapolations statistiques conduisent à estimer le montant de l'ODMCO privé entre 9,97 milliards d'euros et 9,99 milliards d'euros.

L'hypothèse haute de l'intervalle correspond à un écart se situant à -103 M€ par rapport à la prévision réalisée à la construction des objectifs. Cet écart se décompose en :

- -28 M€ sur la part tarifs ;
- -83 M€ sur les médicaments et DMI facturables en sus ;
- +8 M€ sur les forfaits annuels.

L'évolution annuelle des financements entre 2011 et 2010 est évaluée à +1,9%.

T 6 I Révision des réalisations 2011 – secteur ex-OQN

Montants en M€	Précédente estimation	Révision des réalisations	Evolution 2010/2011	Prévision de dépenses 2011 (Objectifs)	Ecart
Activités à la part tarifs	8 518	8 511	+3,8%	8 539	-28
Médicaments et DMI payés en sus	1 347	1 345	-4,6%	1 428	-83
Forfaits Annuels	139	139	-29,1%	131	+8
Total ODMCO	10 004	9 995	+1,9%	10 098	-103

Le financement de l'activité des séjours, de la dialyse et de l'hospitalisation à domicile progresse de +3,8% entre 2010 et 2011, soit un volume d'activité en augmentation de +2,6%.

² Il s'agit des versements tous régimes confondus.

2.2.2. Estimation de l'exercice 2012

En 2012, le financement par l'assurance maladie de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique des cliniques privées du secteur ex-OQN est inférieur à la prévision arrêtée lors de la fixation des sous-objectifs de l'ONDAM hospitalier. Pour cet exercice, l'écart à la prévision initiale se situe **entre -200 et -160 millions environ**.

T 7 I Estimation des réalisations 2012 – secteur ex-OQN

Montants en M€	Estimation des réalisations	Evolution 2012/2011	Prévision de dépenses 2012 (Objectifs)	Ecart
Hypothèse basse	10 121	+1,3%	10 318	-197
Hypothèse haute	10 158	+1,6%	10 318	-161

Selon l'hypothèse haute, l'évolution annuelle des financements de l'activité MCO des établissements du secteur ex-OQN est estimée à +1,6%, dont :

- +2,9% au titre de la part tarifs, soit un écart de -57 M€ par rapport à la prévision faite au moment de la construction des objectifs ;
- -2,2% pour les dépenses de médicaments et DMI facturables en sus, soit 84 M€ de moins que le montant initialement prévu ;
- -39,5% pour les forfaits annuels, soit -20 M€ d'écart. Cette forte baisse fait suite à la suppression du forfait haute technicité réintégré dans les tarifs des courts séjours.

T 8 I Détail de l'estimation des réalisations 2012 – secteur ex-OQN

Montants en M€	Estimation des réalisations	Evolution 2012/2011	Prévision de dépenses 2012 (Objectifs)	Ecart
Activités à la part tarifs	8 759	+2,9%	8 816	-57
Médicaments et DMI payés en sus	1 315	-2,2%	1 399	-84
Forfaits Annuels	84	-39,5%	103	-20
Total ODMCO	10 158	+1,6%	10 318	-161

La progression des financements des activités des séjours, de dialyse et d'hospitalisation à domicile correspond à une augmentation du **volume d'activité** de +1,8% et se décompose en :

- +1,4% pour les séjours (y compris suppléments journaliers) ;
- +3,9% l'activité de dialyse ;
- +2,2% pour l'hospitalisation à domicile.

3. Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC)

En 2012 les ARS ont délégué 7 671 M€ de crédits aux établissements de santé pour financer les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation (MIGAC).

Hors régions

Sans dépendre d'une agence régionale de santé (ARS), les dotations MIGAC et DAF du service de santé des armées (SSA) sont comptabilisées dans les bilans ci-après.

T 9 I Evolution annuelle des MIGAC hors établissements hors régions

Montants en M€	Financement 2010	Financement 2011	Financement 2012	Evolution annuelle 2012/2011
MIGAC ex-DG	7 717	8 019	7 578	-5,5%
MIGAC ex-OQN	82	101	93	-7,7%
Total MIGAC	7 799	8 120	7 671	-5,5%

L'allocation des crédits aux établissements du secteur ex-DG représente 98,5% du montant global de l'enveloppe, cette proportion valait presque 99% en 2010. Cette évolution s'explique par le transfert de certaines missions d'intérêt général vers le fonds d'intervention régional (FIR) à compter du 1er mars 2012. Ce transfert s'élève à 729 M€, soit 9% de la dotation annuelle MIGAC et concerne principalement des crédits imputables aux établissements ex-DG.

Ce même transfert est à l'origine de la baisse faciale de l'enveloppe de -5,5%. **Après neutralisation de ce transfert exceptionnel, les crédits attribués pour les MIGAC augmentent de +3,4%.**

3.1. Evolution des crédits MIGAC

3.1.1. Financement au premier euro pour certaines MIG

Gestion de certaines MIG en mode « justification au premier euro » (JPE)

Depuis 2011, une part importante de la sous-enveloppe MIG (missions d'intérêt général) fait l'objet d'une gestion selon la règle de la « justification au premier euro » (JPE). Ce mode de gestion fait disparaître les notions de base et de mesures nouvelles. Il s'apparente à un forfait annuel révisé chaque année en fonction des règles ou du modèle de détermination du montant des missions concernées.

Les missions concernées par cette gestion en 2012 sont notamment les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (**MERRI**), les missions relatives à la prise en charge des patients en situation de **précarité** par des équipes hospitalières, et les actions de qualité transversale des pratiques de soins en **cancérologie**.

Le financement 2012 associé à ces missions totalise 3 251 M€, soit 62% des MIG.

T 10 I Montants des financements 2012 justifiés au premier euro (JPE) de certaines missions d'intérêt général

Montants en M€	MIG JPE ex-DG	MIG JPE ex-OQN	TOTAL
Part fixe des MERRI	515,4	0,0	515,4
Part modulable des MERRI	1 142,2	0,0	1 142,2
Part variable des MERRI	1 271,0	2,7	1 273,7
Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie	60,1	18,6	78,7
Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières	142,9	6,5	149,5
La prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies psychiatrique dans les CSERD	2,1	0,0	2,1
Aide médicale urgente	2,7	0,0	2,7
La participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques	60,8	1,4	62,2
Autres	23,8	0,4	24,2
TOTAL	3 221,2	29,6	3 250,9

3.1.2. Analyse des mesures nouvelles

En dehors des crédits JPE pour les MIG concernées, près de 1 201 M€ ont été délégués par les ARS, au titre des différentes mesures nouvelles (reconductibles et non reconductibles) hors transferts. Ce décompte dépasse les délégations nationales inscrites en circulaire qui ne comptabilisent pas en tant que mesures nouvelles les crédits non reconductibles **régionaux** pourtant alloués par les ARS en mesures nouvelles aux établissements.

T 11 | Montants des mesures nouvelles (hors JPE) par grands types de mesures

Montants en M€	Mesures nouvelles budgétaires	Mesures nouvelles de santé publique	Autres mesures nouvelles	TOTAL
MIGAC ex-DG	69,3	45,7	1 051,7	1 166,7
MIGAC ex-OQN	3,8	3,4	27,5	34,7
TOTAL	73,1	49,1	1 079,2	1 201,4

En ce qui concerne le mode d'allocation de ces mesures nouvelles, l'intégralité des mesures nouvelles de cette enveloppe est allouée à titre non pérenne.

T 12 | Montants des mesures nouvelles (hors JPE) par modes de délégation

Montants en M€	Total financement reconductible	Total financement non reconductible	TOTAL
MIGAC ex-DG	-99,9	1 266,6	1 166,7
MIGAC ex-OQN	1,0	33,8	34,7
TOTAL	-98,9	1 300,3	1 201,4

3.2. Principales missions d'intérêt général : recherche, urgences et santé publique

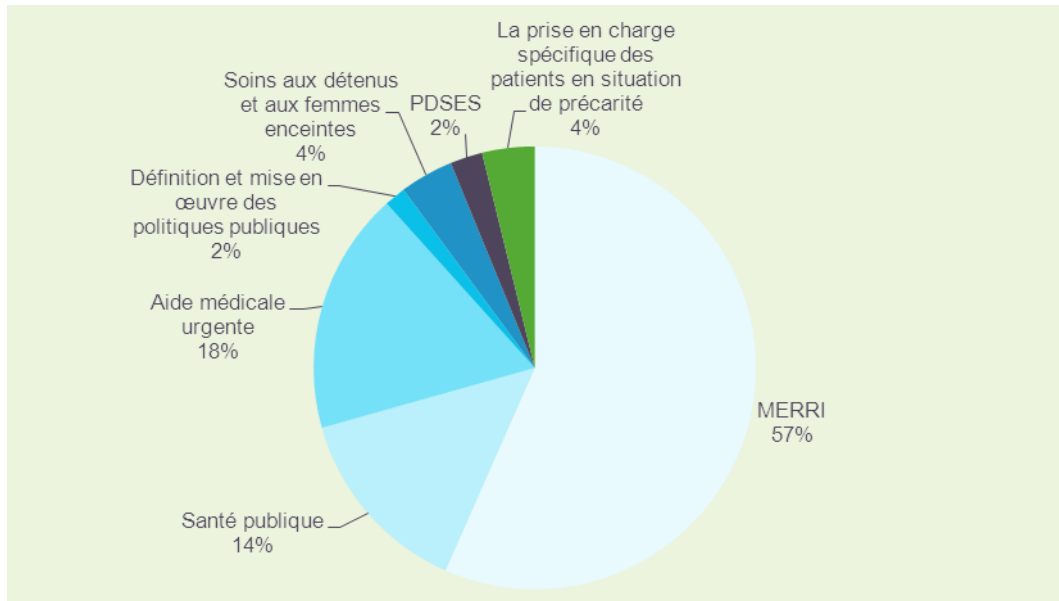
Les missions d'intérêt général ont été regroupées selon sept grandes catégories³ :

- les MERRI : missions d'enseignement, de recherche, de rôle de référence et d'innovation ;
- la santé publique ;
- l'aide médicale urgente ;
- la définition et la mise en œuvre des politiques publiques ;
- les activités de soins dispensés à des populations spécifiques ;
- la permanence des soins en établissements de santé (PDSSES) ;
- la prise en charge spécifique des patients en situation de précarité.

A l'issue de la campagne budgétaire 2012, la ventilation des financements par grande catégorie de missions conserve une **hiérarchisation similaire à celle observée depuis plusieurs années**. Malgré le mode de l'allocation essentiellement non reconductible ou l'introduction du mode JPE, il existe donc une **stabilité dans les répartitions des crédits par grande nature de mission**.

³ Sous-tendues par les articles et les alinéas de l'arrêté du 2 mars 2012 modifiant l'arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale.

F 1 I Répartition des crédits MIG en 2012



Ainsi, les missions relatives à la **recherche médicale et à l'innovation (MERRI)** représentent environ 56% (contre 51% en 2011) des financements accordés à l'ensemble des missions d'intérêt général.

Vient ensuite l'**aide médicale d'urgence** qui représente près de 18% (16% en 2011) des missions d'intérêt général avec les financements relatifs au fonctionnement des SMUR et du SAMU.

L'ensemble des missions de **santé publique** (vigilance, veille, prévention, équipes pluridisciplinaires, etc.) représente 14%. La permanence des soins en établissements de santé PDSSES comporte une part de financement de 2,4%, tandis que les missions de prise en charge des patients en situation de précarité pèsent 3,9%. Enfin, les soins aux populations spécifiques (détenus, femmes enceintes, etc.) représentent 3,9% et les politiques publiques 1,6%.

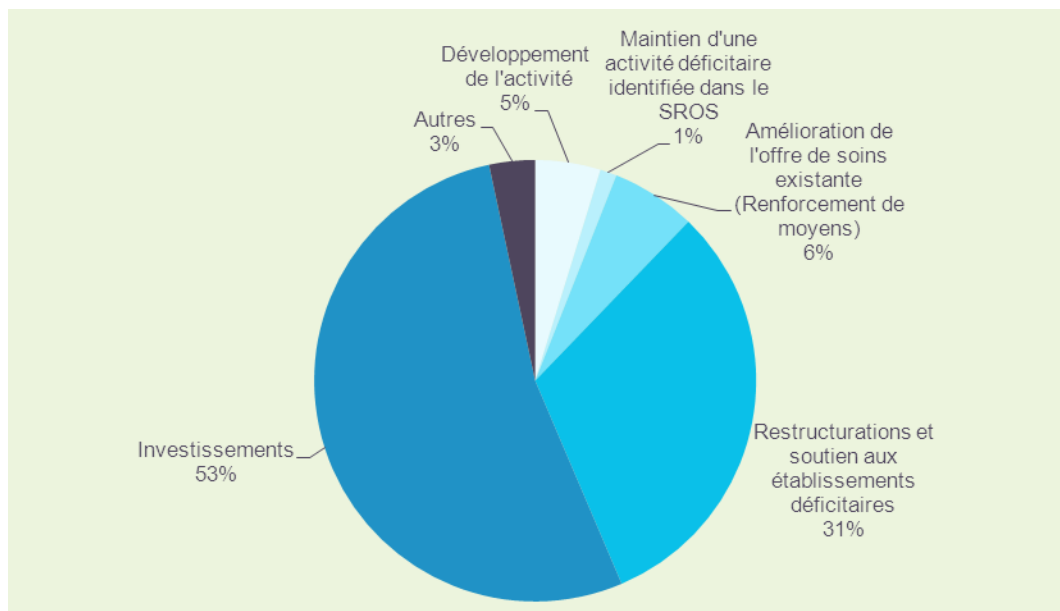
Cette ventilation des financements est également assez stable d'une région à l'autre. La Corse présente une situation un peu atypique puisque l'essentiel des crédits MIG sert à financer l'aide médicale d'urgence (part de cette catégorie de 68% en 2012, 68% aussi en 2011). De même, en Guyane, ce sont les missions de santé publique qui sont les plus importantes.

En analysant exclusivement les financements accordés aux cliniques du secteur ex-OQN, la catégorie de missions relatives à la santé publique est prédominante (61% du total des MIG en 2012).

3.3. L'aide à la contractualisation : prédominance de l'investissement et des restructurations

Une typologie permet aux régions de classer les financements accordés au titre de l'aide à la contractualisation en 6 catégories, elles-mêmes subdivisées selon plusieurs libellés, 30 au total.

F 2 I Répartition des crédits AC en 2012



Plus de quatre cinquièmes des financements concernent soit des **investissements (53%)**, soit **des restructurations et du soutien aux établissements déficitaires (31%)**.

S'agissant des **investissements**, les crédits se répartissent environ à part égale entre les deux sous rubriques autorisées : les mesures nationales d'investissement (53%) et les mesures régionales d'investissement (47%).

Pour les **restructurations**, il s'agit essentiellement de crédits alloués dans le cadre du soutien aux établissements déficitaires (hors plans de retour à l'équilibre, PRE) avec 63%.

L'**amélioration de l'offre de soins existante** totalise 6% des crédits AC en 2012, dont deux tiers identifiés sous le libellé « **Soutien à la démographie des professionnels de santé** ».

Au titre du **développement de l'activité** (5% des mesures AC), le soutien à l'**obstétrique ou à la périnatalité** représente la part la plus importante avec 20% des montants déclarés, suivi des activités de **cancérologie** avec 19% des crédits alloués et le développement de l'activité des **urgences** (13%).

S'agissant des établissements du secteur ex-OQN, les financements AC se répartissent à parts égales entre le **développement de l'activité** et l'**investissement** (24,2% chacun). La catégorie « Autres » continue à se réduire passant de 9% en 2011 à 7,6% en 2012.

4. Activités de soins de suite et réadaptation (SSR) et de psychiatrie

Les activités de SSR et de psychiatrie sont financées selon deux modalités différentes :

- un financement alloué par les régions intégralement en dotation, via la **dotation annuelle de financement (DAF)**. Les établissements financés selon cette modalité appartiennent au secteur public ou sont des structures privées à but non lucratif ;
- un financement alloué à l'activité à l'aide des **tarifs définis par prestation et discipline médico-tarifaire**. Cette modalité de financement concerne principalement des cliniques privées du secteur commercial même si certains établissements sont privés à but non lucratif.

Les établissements financés sous dotation sont dits appartenant au secteur « sous DAF », les autres appartenant au secteur OQN.

4.1. Etablissements du secteur OQN

Seules les données du système national d'information inter régime d'assurance maladie (SNIIRAM) sont mobilisables pour l'analyse des financements des activités de SSR et de psychiatrie des cliniques du secteur OQN.

4.1.1. Révision de l'exercice 2010

Les dernières informations conduisent à réviser légèrement à la hausse l'estimation des versements réalisés aux cliniques pour l'exercice 2010.

T 13 | Bilan des réalisations 2010 – secteur OQN

Montants en M€	Précédente estimation	Révision des réalisations	Evolution 2009/2010	Prévision de dépenses 2010 (Objectifs)	Ecart
Total soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR)	1 751	1 760	+5,1%		
Psychiatrie (PSY)	577	578	+1,9%		
Total OQN PSY/SSR	2 328	2 338	+4,3%	2 354	-17

Les financements de l'activité de SSR progressent de +5,1% soit une croissance du volume d'activité de +4,4%.

Pour la psychiatrie, les financements sont en augmentation de +1,9% correspondant à une progression du volume d'activité de +1,3%.

4.1.2. Révision de l'exercice 2011

Les dernières informations conduisent à réviser légèrement à la baisse l'estimation des versements des cliniques pour l'exercice 2011.

T 14 | Révision des réalisations 2011 – secteur OQN

Montants en M€	Précédente estimation	Révision des réalisations	Evolution 2010/2011	Prévision de dépenses 2011 (Objectifs)	Ecart
Total soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR)	1 852	1 850	+5,1%		
Psychiatrie (PSY)	610	606	+4,9%		
Total OQN PSY/SSR	2 462	2 456	+5,1%	2 444	+12

Les financements de l'activité de SSR progressent de +5,1% liés à une progression du volume d'activité de +4,6%.

Pour la psychiatrie, les financements sont en augmentation de 4,9% soit une croissance du volume d'activité de +4,0%.

4.1.3. Estimation de l'exercice 2012

Les estimations en date de soins des réalisations de l'exercice 2012 conduisent à un niveau de versements réalisés aux cliniques supérieur à l'objectif pour un montant **compris entre +61 M€ et +69 M€**.

Selon la borne haute, le niveau des financements est évalué à 2 617 M€ soit une progression de +6,6% par rapport à l'exercice précédent.

T 15 | Détail de l'estimation des réalisations 2012 – secteur OQN

Montants en M€	Estimation des réalisations	Evolution 2012/2011	Prévision de dépenses 2012 (Objectifs)	Ecart
Total soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR)	1 979	+7,0%		
Psychiatrie (PSY)	639	+5,3%		
Total OQN PSY/SSR	2 617	+6,6%	2 548	+69

La dynamique des financements est plus marquée pour les activités de SSR. Leur progression de +7,0% correspond à un **volume d'activité** en augmentation de +6,7%.

Pour la psychiatrie, l'évolution des financements de +5,3% correspond à un **volume d'activité** en augmentation de +4,9%.

4.2. Etablissements du secteur sous DAF

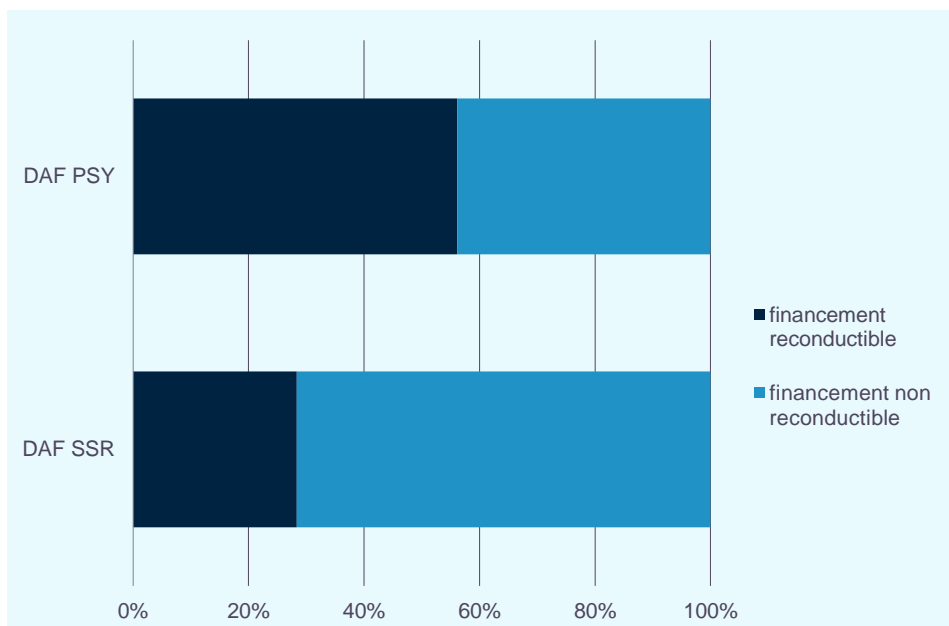
En plus des activités de SSR et de psychiatrie, la DAF finance également les activités MCO des établissements non soumis à la tarification à l'activité, essentiellement les anciens hôpitaux locaux (HL). Les crédits détaillés ici portent **uniquement** sur les activités de SSR et de psychiatrie incluant celles des anciens HL.

T 16 I Financement DAF des activités de SSR et PSY

Montants en M€	Financement 2010	Financement 2011	Financement 2012	Evolution annuelle 2012/2011
Soins de suite et de réadaptation	5 638,4	5 841,9	5 924,8	+1,4%
Psychiatrie	8 239,4	8 398,1	8 525,8	+1,5%
Total DAF pour SSR et PSY	13 877,7	14 239,9	14 450,6	+1,5%
Poids des crédits SSR/PSY dans l'ensemble de la DAF	98,0%	97,4%	97,4%	+1,5%

Les crédits attribués pour financer les activités de SSR et de psychiatrie ont augmenté de +1,5% entre 2011 et 2012. Cette évolution marque un infléchissement par rapport à la progression observée entre 2010 et 2011 évaluée à +2,6%.

T 17 I Financement DAF des activités de SSR et PSY selon le caractère reconductible



Si pour la psychiatrie, les crédits relèvent majoritairement d'un financement pérenne (56%), en revanche pour les activités SSR, plus des deux tiers (72%) des crédits nouveaux en 2012 présentent un caractère non pérenne.

5. Les ex hôpitaux locaux et les unités de soins longue durée (USLD)

La France compte environ 300 anciens hôpitaux locaux (HL) répartis sur ton territoire, essentiellement dans les zones rurales ou difficiles d'accès. En 2012, 287 d'entre eux sont financés par une dotation annuelle de financement (DAF) au titre de leurs activités de SSR ou de MCO. Parmi ces établissements, 187 réalisent en 2012 une activité de MCO.

Au titre de l'exercice 2012, ces établissements ont perçu une DAF totale de 703 M€, **dont 234 M€ au titre des activités MCO**, le reste finançant les activités SSR. Seule la part MCO de la DAF est analysée ci-dessous. Outre les ex HL, la DAF finance également quelques établissements publics ou associatifs non soumis à la tarification à l'activité. Le centre hospitalier de Mayotte, rattaché à l'ARS Océan Indien, est dans ce cas.

Le financement des activités MCO des ex HL diminue régulièrement depuis 2011. La baisse est de -3,7% en 2012. Cette diminution s'explique par la restructuration en cours de ces activités au profit d'activités de SSR ou de soins de longue durée (SLD).

Les unités de soins de longue durée (USLD) reçoivent une dotation appelée dotation de soins. Les financements de ces structures diminuent de -0,6% en 2012.

T 18 | Financement DAF de l'activité MCO et USLD

Montants en M€	Financement 2010	Financement 2011	Financement 2012	Evolution 2011/2012
DAF Médecine, Chirurgie, Obstétrique des ex HL	275,2	242,7	233,6	-3,7%
DAF Médecine, Chirurgie, Obstétrique des autres établissements (dont Mayotte depuis 2011)	1,1	134,4	150,5	+12,0%
Poids dans le total de la DAF	2,0%	2,6%	2,6%	
Dotation de soins USLD	1 001,0	1 013,9	1 008,2	-0,6%

La totalité des mesures nouvelles attribuées aux unités de soins de longue durée sont allouées de manière non pérenne.

T 19 | Financement DAF de l'activité MCO et USLD selon le caractère reconductible

Montants en M€	Total financement reconductible	Total financement non reconductible	TOTAL
DAF MCO	14,44	6,84	21,27
USLD	-8,13	32,74	24,62

partie 2

Analyse de l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique

1. Du suivi des dépenses à l'analyse de l'activité des séjours MCO

Rappel des résultats dans le cadre du comité de suivi de l'ONDAM

Le constat réalisé dans le cadre du suivi statistique de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2012 montre une hausse des financements de l'ODMCO pour les établissements antérieurement sous dotation globale de +3,3%. Dans ce secteur, les financements de la part tarifs progressent de +3,1%.

S'agissant des établissements antérieurement sous objectif quantifié, les financements de l'ODMCO augmentent de +1,6% et ceux de la part tarifs évoluent à +2,9%.

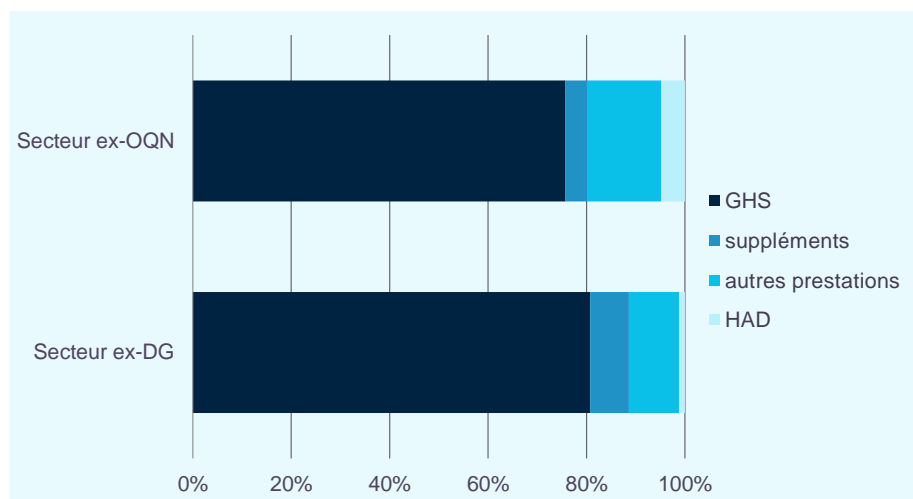
Comme évoqué dans la première partie, l'évolution des financements est liée à un volume d'activité. Entre 2012 et 2011, le volume d'activité de la part tarifs a augmenté de :

- +3,3% pour les établissements ex DG ;
- +1,8% pour les cliniques du secteur ex OQN.

La composition des activités relevant de la part tarifs diffère légèrement selon le secteur :

- dans le secteur ex-DG, les GHS représentent 80,7% des financements, tandis que les autres prestations, correspondant notamment aux actes et consultations externes et aux suppléments journaliers, représentent 19,3% des montants ;
- dans le secteur ex-OQN, les GHS représentent 75,4% des financements, tandis que les autres prestations, correspondant essentiellement à l'activité de dialyse⁴, représentent 24,6% des montants.

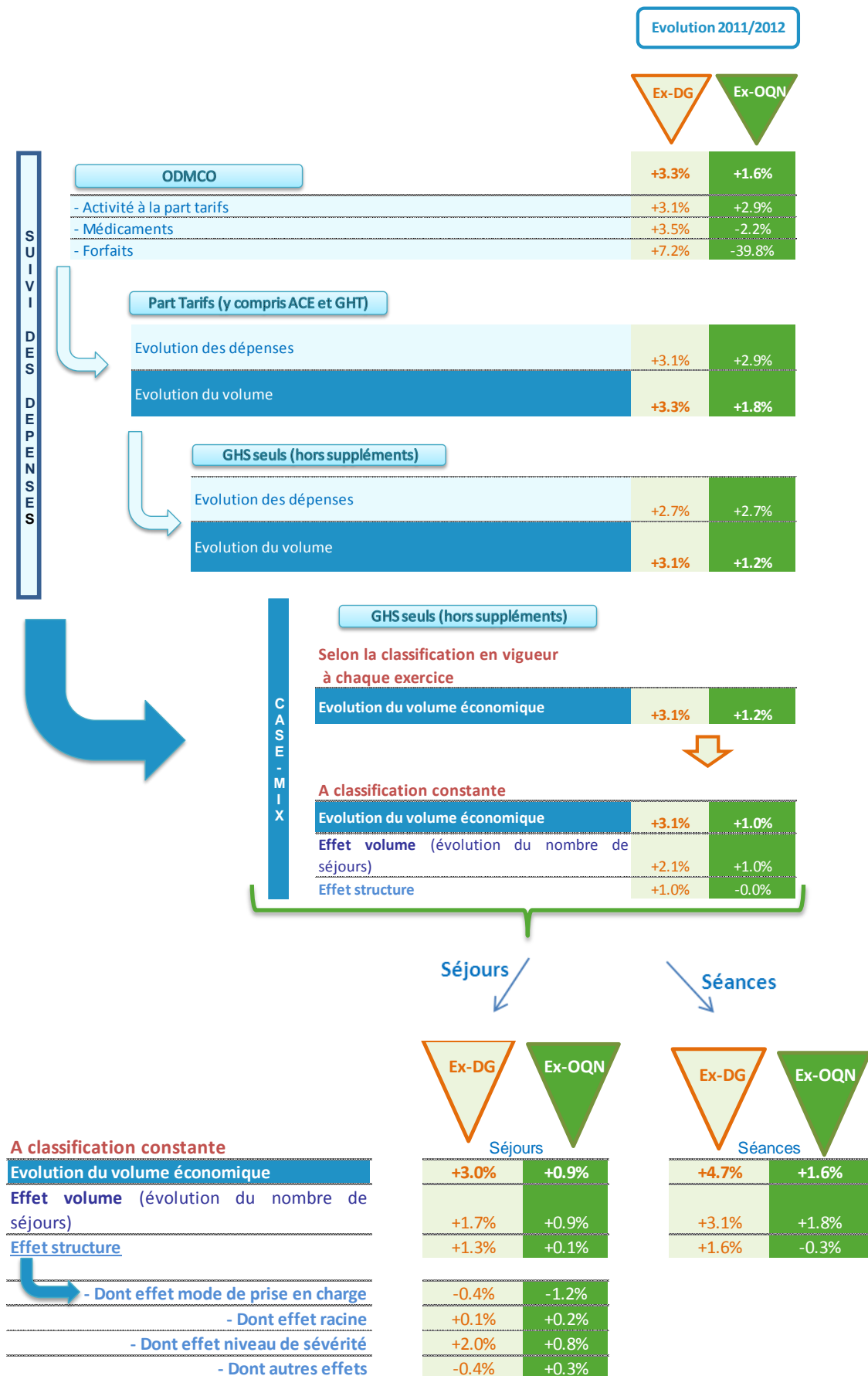
F 3 I Composition de la part tarifs pour chaque secteur en 2012



Entre 2011 et 2012, l'évolution des financements concernant l'activité des GHS seuls (hors suppléments journaliers) est estimée à **+2,7%** pour chacun des deux secteurs. Cette progression est liée à un volume d'activité des GHS dont l'évolution est estimée **pour le secteur ex-DG à +3,1% et pour le secteur ex-OQN à +1,2%**.

⁴ Dans le secteur ex-OQN, l'activité de dialyse est rémunérée par les prestations D alors que pour le secteur Ex-DG elle relève de l'activité GHS.

F 4 I Evolutions des recettes (traduisant les effets champ) du volume économique des séjours seuls (hors suppléments)



La suite de ce rapport vise à analyser l'évolution de l'activité des GHS seuls et repose sur **l'exploitation des case-mix des séjours en MCO courte durée.**

L'étude des séjours est réalisée à classification constante, et ce afin de pouvoir distinguer ce qui relève :

- d'une **évolution du nombre de séjours** ;
- et ce qui relève d'un changement de structure de l'activité, à classification constante. Cet **effet structure** est induit principalement par la hausse du codage de CMA entraînant le changement de niveau à l'intérieur d'une racine (effet niveau de sévérité), ou le changement de racine (effet racine), ou encore l'évolution du nombre de journées induisant une modification des séjours extrêmes (autres effets). Ces effets sont toutefois atténués par la distorsion de l'activité entre l'hospitalisation complète, l'ambulatoire et les séances (effet mode de prise en charge).

Pour le secteur ex DG, l'effet structure est évalué à +1,3%. Il est principalement lié à l'évolution des niveaux de sévérité. L'effet mode de prise en charge est lui négatif s'expliquant par le développement de l'ambulatoire.

Sur le secteur ex OQN, l'effet des niveaux de sévérité est l'effet le plus fort. Il est toutefois réduit par l'effet mode de prise en charge très négatif pour ce secteur compte tenu du développement de l'ambulatoire.

2. Principaux résultats

Cette synthèse présente une photographie globale de l'activité 2012 des séjours/séances de MCO sur l'ensemble des établissements des deux secteurs de financement. Les deux secteurs étant financés à l'aide de tarifs différents, l'analyse du volume économique n'est pas pertinente. L'étude portera exclusivement sur les effectifs.

L'étude détaillée de l'activité hospitalière de MCO porte exclusivement sur l'activité d'hospitalisation et plus précisément sur les séjours et les séances. Ces deux modalités relevant de prises en charge très différentes, les premiers résultats porteront sur les séjours, les séances faisant l'objet d'une analyse propre.

En 2012, 12,1 millions de patients ont été hospitalisés générant ainsi 17,3 millions de séjours (hors séances) ont été réalisés dont 63% par les établissements du secteur ex DG.

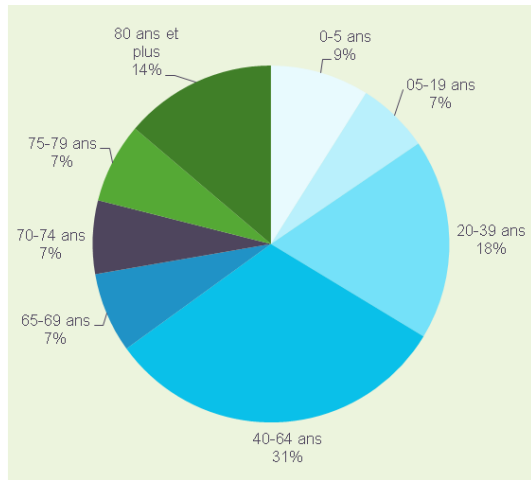
Ces séjours augmentent de +1,4%, dynamique davantage portée par le secteur ex-DG (+1,7% vs +0,9% pour l'ex-OQN).

2.1. Patientèle : la croissance des séjours liée à ceux des patients âgés de plus de 65 ans

65% des séjours concernent des patients âgés de moins de 65 ans, dont 31% ceux âgés de 40-64 ans. La répartition des séjours selon les classes d'âge est quasiment équivalente entre les deux secteurs : les cliniques ex-OQN concentrent légèrement plus de séjours pour les personnes âgées entre 40 et 64 ans par rapport à ceux des patients de plus de 80 ans.

Entre 2011 et 2012, les séjours des patients âgés de plus de 65 ans progressent de +3,8%. Le nombre de séjours augmente plus rapidement pour les personnes âgées de 65-69 ans et de plus de 80 ans (tendance également constatée dans chacun des deux secteurs pris séparément). Dans chacune des classes d'âge, la croissance est identique pour les hommes et les femmes. Pour la tranche d'âge « 65-69 ans », la croissance s'explique par l'effet « papy-boom » lié à l'entrée des personnes nées la deuxième année du « baby-boom » dans cette classe d'âge. Par conséquent, les séjours associés aux patients de plus de 65 ans expliquent la majorité de la croissance des séjours hospitaliers. Ce résultat est certes lié au phénomène de vieillissement de la population, mais également à une évolution des pratiques de soins et des pathologies sur cette tranche de population.

F 5 I Répartition des séjours 2012 par classe d'âge



T 20 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par classe d'âge

Séjours en milliers	Nombre de séjours en 2012	Evolution du nombre de séjours	Contribution à la croissance des séjours
0-5 ans	1 544,14	-0,3%	-1,9%
5-19 ans	1 127,90	-0,9%	-4,2%
20-39 ans	3 140,22	+0,4%	5,2%
40-64 ans	5 413,11	+0,3%	7,6%
65-69 ans	1 254,17	+8,9%	43,8%
70-74 ans	1 147,98	-0,0%	-0,1%
75-79 ans	1 253,72	+0,1%	0,3%
80 ans et plus	2 381,81	+5,1%	49,3%
Total	17 263,03	+1,4%	100,0%

2.2. Type de prise en charge : la baisse du poids de l'hospitalisation complète, conséquence de la progression de l'ambulatoire

L'hospitalisation complète représente 63% des séjours et l'ambulatoire 37%. La répartition de ces deux modes de prise en charge est cependant très différente selon le secteur de financement.

L'activité des cliniques ex-OQN concentre une part bien plus importante de séjours réalisés en ambulatoire que les établissements du secteur ex-DG (52% des séjours pris en charge en ambulatoire pour le secteur ex-OQN contre 28% pour le secteur ex-DG).

Concernant l'évolution du nombre de séjours, les séjours réalisés en ambulatoire progressent le plus rapidement. Cette croissance est quasiment identique dans chacun des secteurs de financement. Cette augmentation contribue ainsi à la majeure partie de la croissance des séjours d'hospitalisation. Les séjours en hospitalisation complète bien qu'en hausse présentent un rythme de croissance bien inférieur à celui de la prise en charge en ambulatoire.

T 21 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par types d'hospitalisation

Séjours en milliers	Nombre de séjours en 2012	Evolution du nombre de séjours	Contribution à la croissance des séjours
Ambulatoire	6 345,05	+3,2%	84,8%
Hospitalisation complète	10 917,98	+0,3%	15,2%
Total hospitalisation	17 263,03	+1,4%	100,0%

2.3. 41% des séjours réalisés en médecine dont un quart en ambulatoire

La médecine, soit les séjours sans acte classant (avec ou sans nuitée), comptabilise environ 7 millions de séjours, soit 41% de l'activité (hors séances). Cette part est bien plus importante pour le secteur ex-DG (57%) que pour le secteur ex-OQN (15%).

Entre 2011 et 2012, les séjours de médecine progressent de +1,0%, chiffre inférieur à l'augmentation globale des séjours. La croissance de cette activité est identique dans les deux secteurs de financement.

Un quart de la médecine est réalisé en ambulatoire. Ce mode de prise en charge progresse bien plus vite que l'hospitalisation complète (+1,7% pour la médecine en ambulatoire vs +0,8% pour la médecine en hospitalisation complète). Ce résultat global masque cependant des disparités entre les deux secteurs. En effet, si dans le secteur ex OQN, l'activité de médecine ambulatoire augmente plus rapidement que la médecine d'au moins une nuit, c'est l'inverse qui est observé dans le secteur ex-DG. Ainsi, la croissance de l'ambulatoire de l'activité de médecine provient essentiellement des établissements ex OQN.

Il existe 304 racines de médecine (hors obstétrique). La moitié de l'activité de médecine se répartit sur 40 racines et 80% de l'activité est dispersé sur 110 racines.

Trois racines contribuent chacune à plus de 15% de la croissance des séjours de médecine :

- les explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques (10M13) ;
Avec une augmentation des séjours de +18,1%, cette activité contribue à 18,4% de la croissance des séjours médicaux.
- les chimiothérapies pour affections non tumorales (23M09) ;
Le nombre de séjours pour cette intervention augmente de +32,2% entre 2011 et 2012, et explique ainsi 15,1% de la croissance des séjours de médecine.
- les pneumonies et pleurésies banales, âge inférieur à 18 ans (04M05) ;
Cette racine affiche une hausse du nombre de séjours de +7,2% et contribue ainsi à 15% de la croissance des séjours médicaux.

2.4. L'augmentation des séjours de chirurgie ambulatoire, portée par le secteur ex-DG

En 2012, 5,4 millions de séjours concernent l'activité de chirurgie soit 31% des séjours hospitaliers.

Cette proportion est bien plus importante pour l'activité des établissements du secteur ex-OQN (49%) que pour celle des établissements du secteur ex-DG (21%).

Entre 2011 et 2012, le nombre de séjours réalisés en chirurgie a augmenté de +1,6%.

Cependant, cette progression est très différente selon les secteurs. Ainsi, les séjours de chirurgie augmentent davantage dans le secteur ex-DG (+2,6% pour l'ex-DG vs +0,9% pour l'ex-OQN).

Parmi ces séjours de chirurgie, 41% sont réalisés en ambulatoire, cette prise en charge étant en nette augmentation (+4,9%). La croissance de cette catégorie de soins est plus forte dans le secteur ex-DG que dans le secteur ex-OQN (+7,9% vs +3,7%). A l'inverse, le nombre de séjours de chirurgie réalisé en hospitalisation complète est en baisse (-0,6%). Cette baisse est principalement imputable aux cliniques ex OQN, puisque ces séjours sont stables dans les établissements du secteur ex-DG.

Sur les 208 racines chirurgicales (hors obstétrique), 21 racines concentrent la moitié de l'activité, et 60 racines 80%.

Les racines qui possèdent le plus de séjours de chirurgie et qui contribuent le plus à la croissance des séjours de chirurgie sont :

- les interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie (02C05) ;
Cette racine représente 13% des séjours de chirurgie et en explique 35% de la croissance. Entre 2011 et 2012, le nombre de séjours pour cette intervention augmente de +4,3%.
- les interventions transurétrales ou par voie transcutanée (11C05).
3% des séjours se réalisent sur cette racine. Avec une augmentation des séjours de +6,8%, cette racine contribue à 13% de la croissance des séjours chirurgicaux.

2.5. La diminution des séjours d'obstétrique et des nouveau-nés des cliniques ex-OQN

Les séjours d'obstétrique représentent près de 2 millions de séjours, soit 11% de l'activité totale. Cette part est plus élevée pour les établissements du secteur ex-DG (14%) que dans les établissements du secteur ex-OQN (8%).

Entre 2011 et 2012, l'activité d'obstétrique évolue à la baisse dans les établissements du secteur ex-OQN (-2,8%) et reste stable dans les établissements du secteur ex-DG (+0,5%).

38 racines composent les catégories majeures 14 « Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum » et 15 « Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale ».

Plus de la moitié des séjours d'obstétrique sont concentrés sur deux racines :

- nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1) (15M05), pour 37% des séjours ;

- accouchements uniques par voie basse chez une multipare (14Z14), pour 18,4% des séjours.

80% des séjours d'obstétrique sont regroupés sur 5 racines.

La racine 15M05 susmentionnée et la racine 14Z13 « Accouchements uniques par voie basse chez une primipare » affichent une baisse du nombre de séjours et contribuent fortement à la décroissance des séjours d'obstétrique.

A l'inverse, les racines 14Z14, également susmentionnée, et 15M06 « Nouveau-nés de 2400g et âge gestationnel de 38 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 2) » sont en hausse et contribuent à freiner la décroissance de l'activité.

2.6. Le dynamisme des techniques peu invasives dans le secteur ex-DG

En 2012, 2,8 millions de séjours concernent les techniques peu invasives, soit 17% de l'activité. Ce résultat global cache une disparité importante entre les secteurs de financement puisque cette part est de 9% pour le secteur ex-DG et atteint 29% pour le secteur ex-OQN.

Entre 2011 et 2012, le nombre de séjours augmente de +3,2%. Toutefois, cette croissance est plus soutenue dans les établissements du secteur ex-DG (+5,8%) que dans les cliniques du secteur ex-OQN (+1,7%).

56 racines constituent l'activité de techniques peu invasives. Plus de 50% de cette activité est concentrée sur trois racines :

- les endoscopies digestives diagnostiques et anesthésie, en ambulatoire (06K04), pour un tiers des séjours ;
- les endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours (06K02), pour 14,7% de l'activité ;
- les affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires (03K02), pour 10,6%.

Neuf racines représentent 80% de l'activité des techniques peu invasives.

Avec une évolution du nombre de séjours supérieur à +3%, les endoscopies digestives réalisées en ambulatoire (06K04) et les affections de la bouche et des dents (03K02) assurent plus de 45% de la croissance des séjours.

2.7. L'augmentation des séjours de niveaux de sévérité 3 et 4

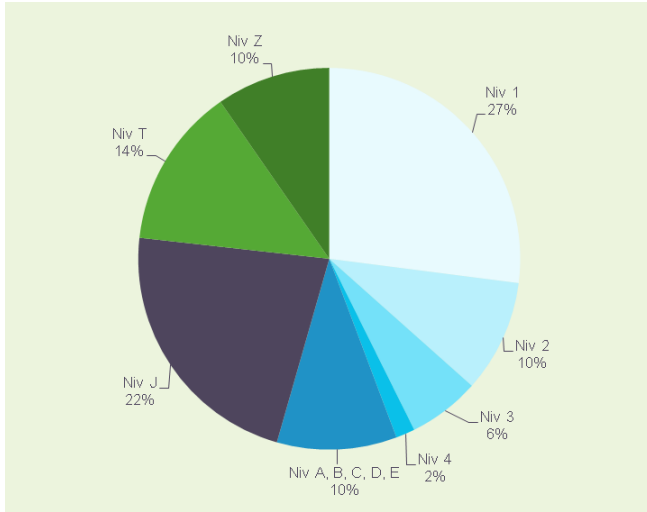
Les niveaux 1, 2, 3, 4, J et T représentent 13,8 millions de séjours, soit près de 80% de l'activité hors séances. 27% des cas sont sans sévérité (niveau 1). Cette proportion, moins élevée pour les établissements du secteur ex DG, est compensée par un plus grand nombre de séjours des niveaux de sévérité 2 et 3.

L'ambulatoire concerne 22% des séjours, cette part variant selon le secteur des établissements : 11% pour ceux du secteur ex-DG vs 42% pour ceux du secteur ex-OQN. Cette disparité est liée à la différence du poids de la prise en charge en ambulatoire entre les deux secteurs.

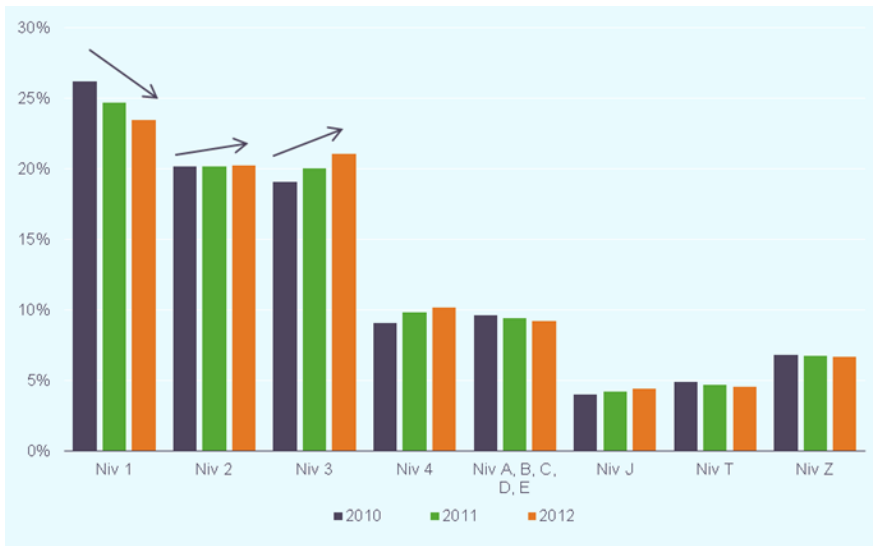
Entre 2011 et 2012, le nombre des séjours des niveaux 1, 2, 3, 4, J et T augmente de +1,3%. Cette croissance s'explique par celle des séjours présentant une sévérité lourde (niveaux 3 et 4), dont l'augmentation pour chacun est supérieure à +8%. Cette tendance s'observe depuis quelques années et modifie légèrement la répartition des séjours par niveaux de sévérité, le poids des séjours sans sévérité diminuant (cf. figure 7).

Cette diminution est notamment lié à un glissement vers les niveaux de sévérité plus complexes pour les séjours en hospitalisation complète, et à un transfert vers les prises en charge en ambulatoire.

F 6 I Répartition des séjours 2012 par niveau de sévérité



F 7 I Répartition des séjours par niveau de sévérité en 2010, 2011 et 2012



2.8. CMD : le poids important des séjours réalisés sur le système digestif

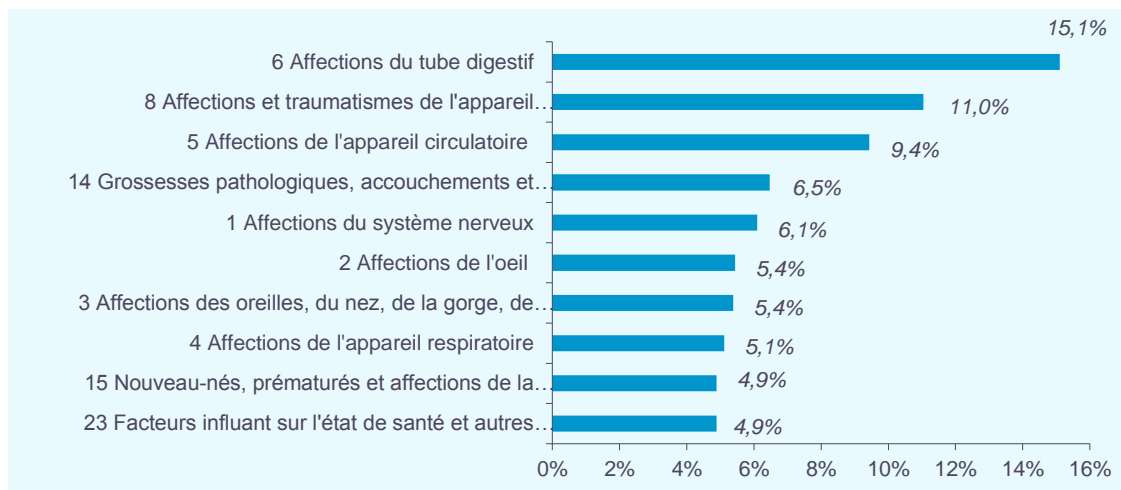
Hors séances, les trois CMD qui représentent le plus de séjours sont les :

- CMD 6 « Affections de l'appareil digestif » avec 15% des séjours ;
- CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique » avec 11% des séjours ;
- CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » avec 9,4% des séjours.

Toutefois, dans les cliniques ex OQN, les séjours des affections de l'œil (CMD 02) sont plus nombreux que ceux des affections de l'appareil circulatoire (CMD 5).

Les CMD 6 et 5 sont les catégories qui contribuent le plus à la croissance globale des séjours, ainsi que la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire ».

F 8 I Répartition des séjours 2012 par CMD



2.9. Focus sur les séances

10,6 millions de séances ont été réalisées en 2012, dont 6,1 millions financées en GHS.

L'activité de **chimiothérapie** a représenté plus de 2,5 millions de séances avec 2,1 millions réalisées pour tumeur, et 0,4 million pour affection non tumorale. Globalement, plus de deux séances sur trois sont prises en charge par un établissement du secteur ex-DG.

L'activité de **radiothérapie** a représenté 1,9 millions de séances prises en charge par les établissements du secteur ex-DG. L'activité de radiothérapie réalisée par les établissements du secteur ex-QON n'est pas prise en compte ici puisque rattachée à l'enveloppe des soins de ville.

L'activité de **dialyse** a représenté 6,2 millions de séances dont 3,5 millions réalisées en centre. Globalement, trois séances sur quatre sont prises en charge par un établissement du secteur ex-QQN.

Prise en charge de dialyse

L'insuffisance rénale chronique est traitée par épuration extra-rénale par deux techniques: l'hémodialyse ou la dialyse péritonéale. La prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques peut se faire selon deux modalités :

- la **dialyse en centre** correspond à la prise en charge par un centre de dialyse, i.e. une unité de dialyse accueillant des patients nécessitant des soins plus importants et la présence constante d'un néphrologue pendant les séances de dialyse ;
- la **dialyse hors centre** correspond à la prise en charge en unité de dialyse médicalisée (UDM), à l'auto dialyse et à la dialyse à domicile.

T 22 I Activité de séances en 2012 en nombre de séances ou forfaits

Séances en milliers	Secteur Ex-DG	Secteur Ex-OQN	Ensemble	Part du secteur ex-DG
Dialyse en centre	1 453,4	2 117,2	3 570,5	40,7%
Dialyse hors centre*	104,0	2 273,7	2 377,7	4,4%
Chimiothérapie	1 831,8	735,0	2 566,9	71,4%
Radiothérapie	1 876,6	-	1 876,6	-
Autres séances	213,0	27,5	223,8	88,6%

* Nombre de forfaits D (pour les forfaits relatifs à la dialyse péritonéale, il s'agit de forfaits hebdomadaires correspondant environ à 3 séances par semaine).

3. Fiches d'analyse du secteur ex-DG

L'étude utilise des données d'activités groupées selon une seule et même version de classification, la version 11d, et valorisées par les tarifs en vigueur au 1er mars 2012.

3.1. Régions

Les régions qui possèdent le plus grand nombre de séjours et séances sont :

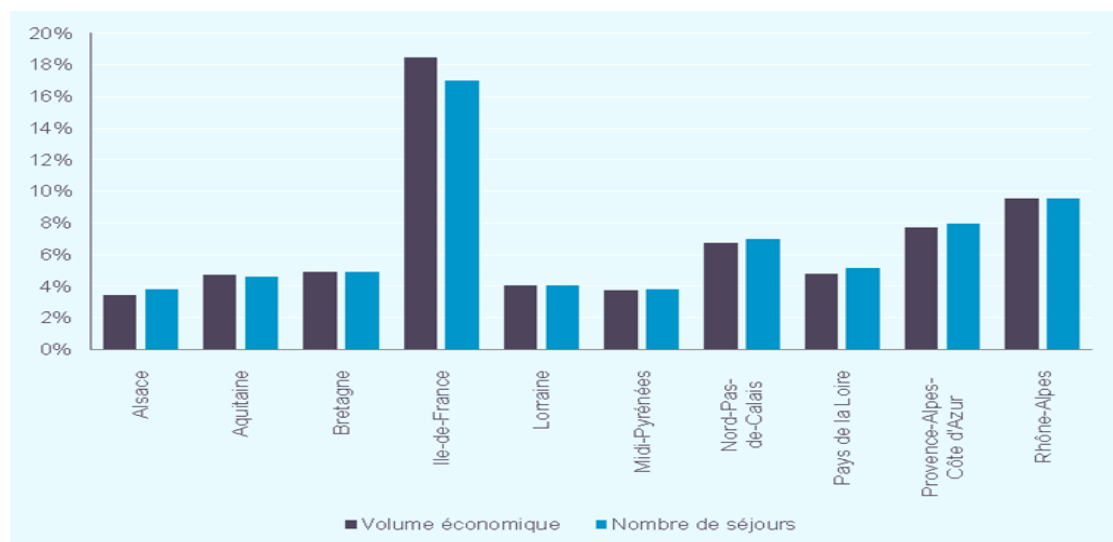
- Ile-de-France (17,0%) ;
- Rhône-Alpes (9,6%) ;
- Provence-Alpes-Côte d'Azur (8,0%) ;
- Nord-Pas-de-Calais (7,0%) ;
- Pays de la Loire (5,1%).

Les mêmes régions présentent le volume économique le plus important :

- Ile-de-France (18,4%) ;
- Rhône-Alpes (9,5%) ;
- Provence-Alpes-Côte d'Azur (7,7%) ;
- Nord-Pas-de-Calais (6,7%) ;
- Bretagne (4,9%).

Les séjours réalisés par les établissements d'Ile de France, de Rhône Alpes, de Provence-Alpes-Côte d'Azur et du Nord-Pas-de-Calais représentent 40% des séjours et du volume économique du secteur ex-DG.

F 9 I Les 10 régions ayant le poids le plus important en 2012



Les régions contribuant le plus à l'augmentation du volume économique entre 2011 et 2012 sont :

- Ile-de-France avec une augmentation de +3,5% en volume économique ;
- Rhône-Alpes avec une progression de +3,4% en volume économique ;
- Provence-Alpes-Côte d'azur avec une hausse de +4,0% en volume économique ;
- Nord-Pas-de-Calais avec une augmentation de +3,3% en volume économique ;
- Aquitaine avec une hausse de +3,8% en volume économique.

Ces régions correspondent également à celles qui sont les plus importantes en activité à l'exception de l'Aquitaine.

T 23 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par région

Séjours en milliers, Montants en M€	Nombre de séjours et séances en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
Alsace	623,52	986,90	+2,7%	+0,7%	+2,0%	3,0%
Aquitaine	750,94	1 348,48	+3,8%	+1,3%	+2,5%	5,7%
Auvergne	358,24	625,44	+4,4%	+4,2%	+0,2%	3,0%
Bourgogne	437,96	789,09	+3,5%	+2,4%	+1,1%	3,1%
Bretagne	800,36	1 409,25	+2,2%	+1,2%	+1,1%	3,5%
Centre	537,11	973,71	+2,4%	+1,8%	+0,5%	2,6%
Champagne-Ardenne	337,11	581,87	+3,4%	+3,0%	+0,4%	2,2%
Corse	68,06	101,31	+0,7%	-1,3%	+2,1%	0,1%
Franche-Comté	343,62	543,89	+2,9%	+3,7%	-0,8%	1,8%
Ile-de-France	2 765,29	5 262,96	+3,5%	+2,2%	+1,3%	20,3%
Languedoc-Roussillon	541,41	953,35	+2,5%	+3,2%	-0,7%	2,6%
Limousin	235,48	382,34	+1,3%	+1,0%	+0,3%	0,6%
Lorraine	657,37	1 150,11	+1,6%	+0,8%	+0,8%	2,1%
Midi-Pyrénées	621,14	1 069,22	+2,8%	+2,4%	+0,3%	3,3%
Nord-Pas-de-Calais	1 137,83	1 920,49	+3,3%	+2,0%	+1,3%	7,1%
Normandie-Basse	418,49	727,13	+2,0%	+1,4%	+0,7%	1,7%
Normandie-Haute	421,48	689,29	+3,5%	+3,8%	-0,3%	2,7%
Pays de la Loire	836,04	1 370,43	+2,8%	+1,7%	+1,1%	4,3%
Picardie	499,51	836,97	+2,1%	+0,6%	+1,5%	2,0%
Poitou-Charentes	506,53	765,89	+2,9%	+2,9%	-0,0%	2,4%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 295,58	2 199,25	+4,0%	+2,2%	+1,7%	9,6%
Rhône-Alpes	1 558,44	2 717,97	+3,4%	+2,6%	+0,8%	10,3%
SSA	141,67	292,95	+6,0%	+4,6%	+1,3%	1,9%
Guadeloupe	76,78	161,66	+3,0%	+4,1%	-1,1%	0,5%
Guyane	45,31	98,55	+3,7%	+2,9%	+0,8%	0,4%
Martinique	104,35	211,04	+2,7%	+1,5%	+1,2%	0,6%
Réunion	170,54	373,93	+6,3%	+5,5%	+0,8%	2,6%
Total	16 290,13	28 543,48	+3,1%	+2,1%	+1,0%	100,0%

3.2. Catégories d'établissements

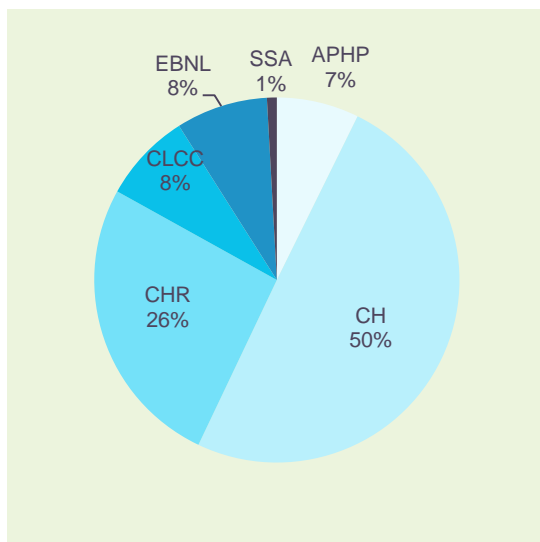
Dans l'ensemble des séjours transmis en 2012 :

- la moitié des séjours, soit 8,1 millions de séjours, ont été produits par les 443 centres hospitaliers (CH) ;
- plus d'un quart ont été réalisés dans les 31 centres hospitaliers régionaux (CHR) autres que l'AP-HP ;
- 7% ont été réalisés à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) ;
- 8% par les 124 établissements à but non lucratif (EBNL) ;
- 8% par les 18 centres de lutte contre le cancer (CLCC) ;
- et 1% par les 9 hôpitaux du service de santé des armées (SSA).

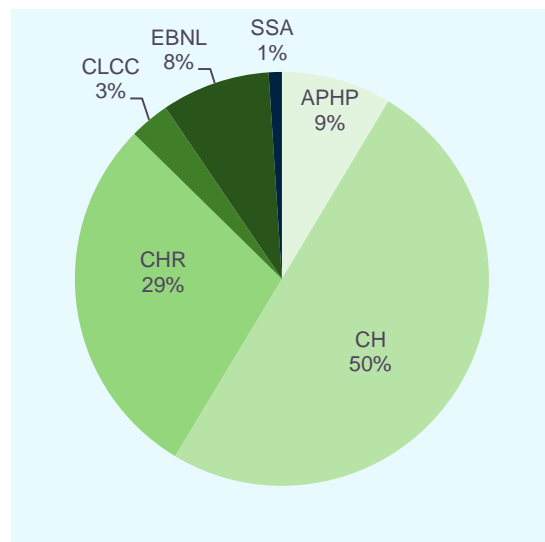
La part de l'activité de chacune des catégories d'établissements est similaire, qu'elle soit mesurée en nombre de séjours ou en volume économique, sauf pour les CLCC. En effet pour ces établissements qui réalisent essentiellement des séances, la part en volume économique (3%) est moindre.

F 10 I Répartition de l'activité 2012 par catégorie d'établissements

En nombre de séjours réalisés



En volume économique associé



En termes d'évolution, le volume économique de l'ensemble du secteur a légèrement infléchi puisqu'il a augmenté de +3,1% entre 2012 et 2011 contre +3,4% entre 2011 et 2012. La progression diffère selon la catégorie d'établissements :

- elle est la plus dynamique (hors SSA) pour les CLCC, avec une hausse de +4,5% entre 2011 et 2012. Cette évolution est liée à la fois à une augmentation du nombre de séjours, qui atteint +2,5% et à un fort effet structure (+1,9%). Néanmoins, les CLCC représentant seulement 3% du volume économique du secteur ex-DG, le dynamisme de cette catégorie contribue à hauteur de 4,5% de la croissance du volume économique total ;
- le volume économique des CH progresse de +3,2%. Cette augmentation est en majeure partie portée par l'évolution des séjours (+2,0%). Les CH contribuent à plus de la moitié de la croissance du volume économique du secteur ;
- l'évolution du volume économique est plus forte pour l'AP-HP que sur l'ensemble des autres CHR, en raison notamment d'un plus fort effet structure (+1,3% vs +0,8%).

L'évolution du nombre de séjours est en revanche similaire (+1,9% pour l'AP-HP versus +2,0% pour l'ensemble des autres CHR). L'AP-HP et les CHR contribuent à hauteur de 35% à la croissance totale ;

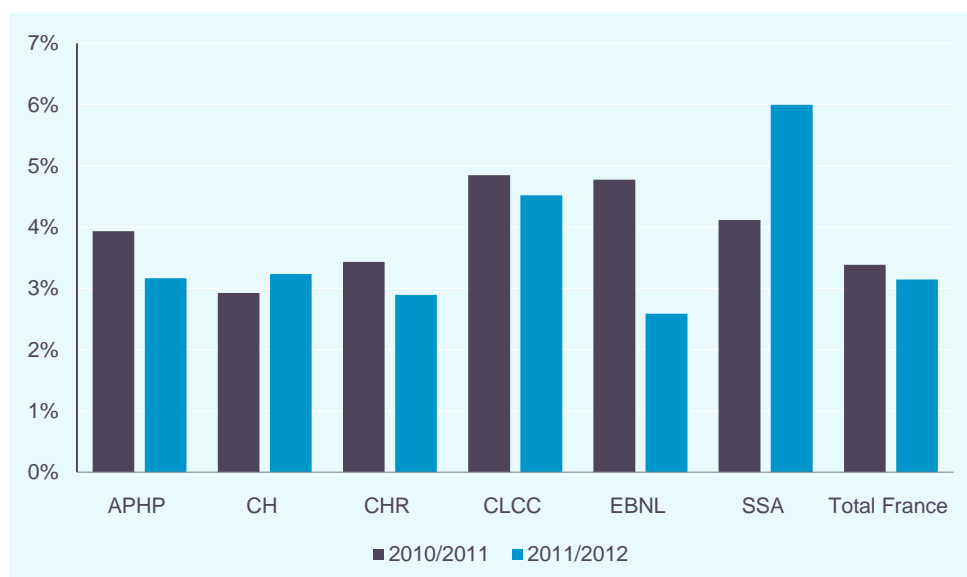
- le volume économique des EBNL progresse plus lentement que la moyenne des établissements (+2,6% vs +3,1%). Cette évolution s'accompagne d'un effet structure nul, l'augmentation du nombre de séjours étant de +2,6% ;
- les établissements du service de santé des armées (SSA), passés en tarification à l'activité en 2009, se caractérisent par un volume économique en progression de +6,0%, dû à une forte hausse du nombre de séjours (+4,6%).

T 24 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par catégorie d'établissements

Séjours en milliers Montants en M€	Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
APHP	1 188,40	2 451,31	+3,2%	+1,9%	+1,3%	8,6%
CH	8 107,86	14 284,52	+3,2%	+2,0%	+1,2%	51,5%
CHR	4 235,06	8 198,91	+2,9%	+2,0%	+0,8%	26,5%
CLCC	1 292,74	896,80	+4,5%	+2,5%	+1,9%	4,5%
EBNL	1 324,40	2 418,99	+2,6%	+2,6%	+0,0%	7,0%
SSA	141,67	292,95	+6,0%	+4,6%	+1,3%	1,9%
Total	16 290,13	28 543,48	+3,1%	+2,1%	+1,0%	100,0%

Si l'évolution du volume économique entre 2011 et 2012 reste dynamique, cette croissance s'est ralentie par rapport à 2011. Ainsi, l'activité des EBNL en forte progression entre 2010 et 2011 présente un net ralentissement entre 2011 et 2012. En revanche, l'évolution du volume économique pour les CH et le SSA est en augmentation par rapport à celle de l'exercice précédent. Pour ces établissements, l'hypothèse d'une amélioration plus progressive du codage de l'activité peut être émise.

F 11 I Evolution du volume économique par catégorie d'établissements



Le nombre de séjours par patient⁵ est stable entre 2010 et 2012. En effet, la progression de l'activité par catégorie d'établissement est liée à une progression du nombre de patients et non pas à l'augmentation du nombre de séjours réalisés par patient.

T 25 I Evolution du nombre moyen de séjours par patient

	Nombre moyen de séjours par patient		
	2010	2011	2012
APHP	1,56	1,56	1,56
CH	1,40	1,39	1,40
CHR	1,53	1,53	1,53
CLCC	2,14	2,13	2,12
EBNL	1,32	1,32	1,31
SSA	1,41	1,41	1,41
Total	1,53	1,53	1,53

⁵ Ces résultats portent uniquement sur les séjours/séances dont le chaînage est correct sur les périodes étudiées.

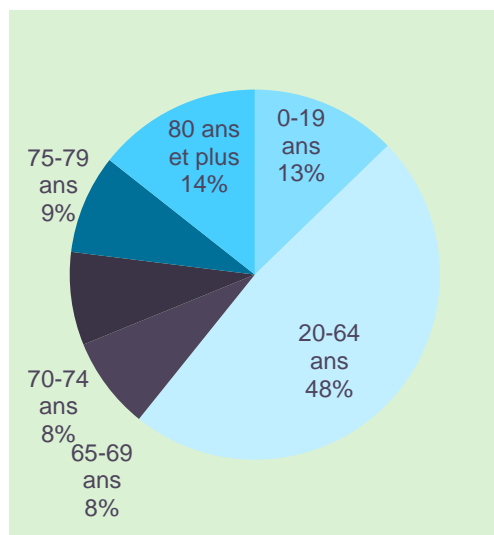
3.3. Âge des patients

En 2012, les prises en charge des jeunes patients de moins de 19 ans représentent 13% des séjours et 10% du volume économique ; celles des personnes âgées de 20 à 64 ans, 47% des séjours, soit 43% du volume économique. Enfin, 40% de l'activité, soit 47% du volume économique concernent des personnes âgées de plus de 65 ans. Au sein de cette catégorie, les prises en charge les plus fréquentes concernent une patientèle de plus de 80 ans.

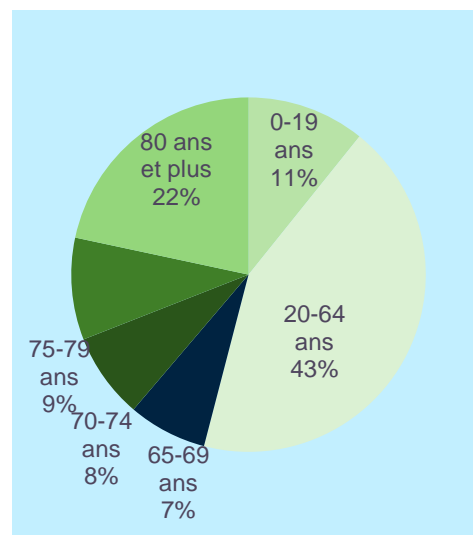
Pour les tranches d'âges supérieures à 65 ans, la part en volume économique est supérieure à celle en nombre de séjours. La lourdeur des pathologies associée aux personnes âgées est à l'origine de ce phénomène.

F 12 I Répartition de l'activité 2012 par classe d'âge

En nombre de séjours réalisés



En volume économique associé



En termes d'évolution annuelle, la hausse de l'activité pour les patients âgés de plus de 80 ans s'accélère avec une augmentation des séjours de +6,1% et une hausse du volume économique de +6,9%. Cette tranche d'âge contribue à 47% de la croissance du volume économique total. Avec l'arrivée des premières générations du « baby-boom » dans les tranches d'âge des plus de 65 ans, les séjours associées à ces classes d'âge deviennent très dynamiques : +4,2% en nombre de séjours et +5,3% en volume économique contribuant ainsi à 75% de la croissance du volume économique total.

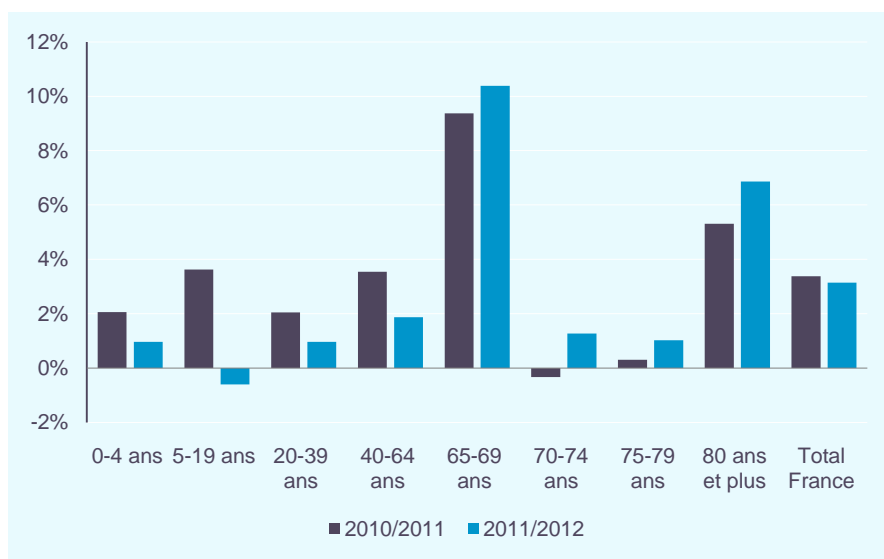
L'activité pour les patients âgés de moins de 65 ans est moins dynamique que la moyenne nationale, que ce soit en nombre de séjours ou en volume économique.

T 26 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par classe d'âge

Séjours en milliers Montants en M€	Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
0-5 ans	1 216,7	1 772,0	+1,0%	+0,7%	+0,3%	2,0%
5-19 ans	824,9	1 225,8	-0,6%	-0,8%	+0,2%	-0,9%
20-39 ans	2 344,5	3 991,3	+1,0%	+0,7%	+0,3%	4,4%
40-64 ans	5 395,2	8 158,7	+1,9%	+1,1%	+0,8%	17,3%
65-69 ans	1 402,6	2 200,7	+10,4%	+9,3%	+1,0%	23,8%
70-74 ans	1 300,7	2 192,3	+1,3%	+0,5%	+0,7%	3,2%
75-79 ans	1 375,8	2 605,4	+1,0%	-0,1%	+1,1%	3,0%
80 ans et plus	2 429,6	6 397,3	+6,9%	+6,1%	+0,8%	47,3%
Total	16 290,1	28 543,5	+3,1%	+2,1%	+1,0%	100,0%

L'infléchissement de la tendance du volume économique s'observe pour la plupart des classes d'âge. Ce constat n'est cependant pas valable pour les personnes âgées entre 65 et 69 ans et celles âgées de plus de 80 ans. Pour les premières, l'accélération du volume économique est le résultat de l'entrée de la génération « 1947 » du « baby-boom » dans cette classe d'âge.

F 13 I Evolution du volume économique des différentes classes d'âge



Le nombre de séjours et de séances par patient est stable depuis 2010 quelle que soit la classe d'âge. La progression du nombre de séjours est donc liée à une progression du nombre de patients. De plus, le nombre moyen de séjours par patient augmente avec la classe d'âge, sauf pour les patients de plus de 80 ans où, en moyenne, 1,69 séjours sont réalisés par patient.

T 27 I Evolution du nombre moyen de séjours par patient

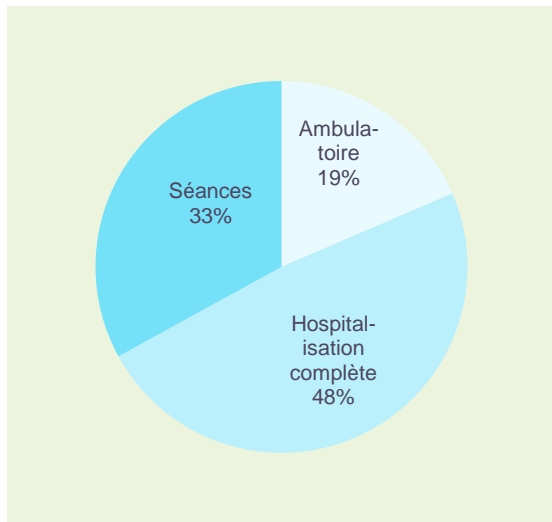
	Nombre moyen de séjours par patient		
	2010	2011	2012
0-5 ans	1,23	1,24	1,24
5-19 ans	1,32	1,32	1,33
20-39 ans	1,35	1,35	1,35
40-64 ans	1,63	1,63	1,62
65-69 ans	1,71	1,70	1,70
70-74 ans	1,72	1,72	1,71
75-79 ans	1,74	1,72	1,72
80 ans et plus	1,69	1,69	1,69
Total	1,53	1,53	1,53

3.4. Types d'hospitalisation

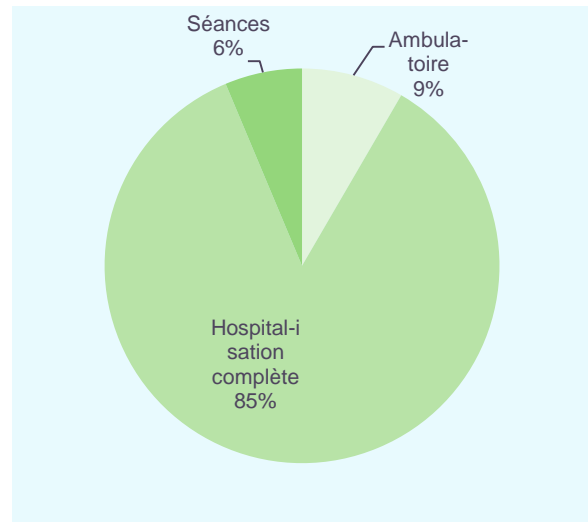
En 2012, l'hospitalisation complète représente 48% des séjours et 85% du volume économique. 19% des séjours et 9% du volume économique sont des prises en charge ambulatoires. Les séances concentrent 33% de l'activité en nombre mais seulement 6% du volume économique.

F 14 I Répartition de l'activité 2012 par type d'hospitalisation

En nombre de séjours réalisés



En volume économique associé



Le volume économique évolue différemment selon le type de prise en charge :

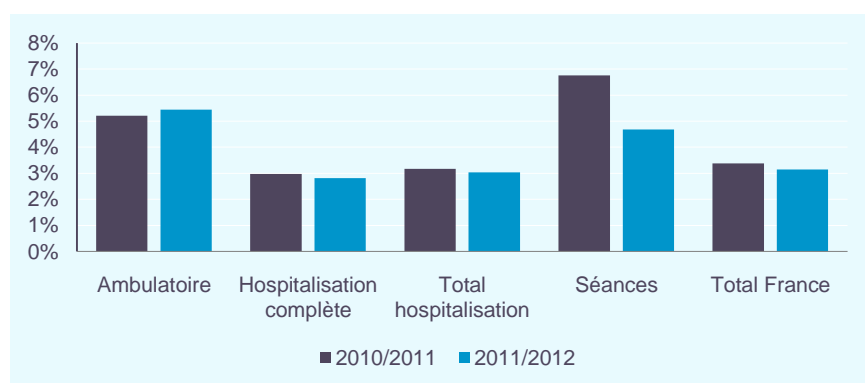
- en ambulatoire, il augmente de +5,4%. Cette évolution est le résultat d'une hausse des séjours (+3,3%) conjugué à un fort effet structure (+2,0%). Ce type de prise en charge contribue à 14,2% de la croissance du volume économique total. D'années en années, la prise en charge en ambulatoire est de plus en plus dynamique, que ce soit en nombre de séjours ou en volume économique entraînant une contribution de plus en plus forte à la croissance de l'activité;
- en hospitalisation complète, le volume économique est en hausse de +2,8%, liée principalement à l'effet structure (+1,7%), l'augmentation du nombre de séjours étant de +1,1%. En dépit de son augmentation modérée mais représentant 85% du volume économique total, l'évolution de l'hospitalisation complète explique 76,5% de la croissance du volume économique;
- Les séances se caractérisent par une forte évolution du volume économique (+4,7%). Cette augmentation est due à l'évolution de leur nombre (+3,1%), conjugué à un fort effet structure (+1,6%). Cette activité contribue à 9,3% de la croissance du volume économique total.

T 28 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par type d'hospitalisation

Séjours en milliers, Montants en M€	Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
Ambulatoire	3 019,38	2 392,97	+5,4%	+3,3%	+2,0%	14,2%
Hospitalisation complète	7 895,93	24 344,82	+2,8%	+1,1%	+1,7%	76,5%
Total hospitalisation	10 915,31	26 737,79	+3,0%	+1,7%	+1,3%	90,7%
Séances	5 374,82	1 805,69	+4,7%	+3,1%	+1,6%	9,3%
Total	16 290,13	28 543,48	+3,1%	+2,1%	+1,0%	100,0%

Entre 2011 et 2012, une nette décélération du volume économique des séances est observée.

F 15 I Evolution du volume économique par type d'hospitalisation



Une stabilisation de la durée moyenne de séjours (DMS) entre 2011 et 2012

Entre 2010 et 2011, la DMS (calculée uniquement sur l'hospitalisation complète) a légèrement diminuée pour se stabiliser en 2012.

Le nombre de journées a diminué de -0,4% entre 2010 et 2011, tandis que les séjours ont progressé de +0,8%. La DMS a donc baissé, passant de 6,19 journées en 2010 à 6,11 journées en 2011.

Entre 2011 et 2012, le nombre de journées a augmenté de +1,0%. Le nombre de séjours ayant également augmenté dans les mêmes proportions (+1,1%), la DMS reste stable sur les deux années.

T 29 I Evolution du nombre moyen de séjours par patient

	Nombre moyen de séjours par patient		
	2010	2011	2012
Ambulatoire	1,36	1,35	1,34
Hospitalisation complète	1,41	1,42	1,42
Total hospitalisation	1,53	1,53	1,53

3.5. Catégories d'activités de soins (CAS), hors séances

Comme les années précédentes, hors séances, ce sont les séjours de médecine (séjours **sans acte classant**) qui concentrent le plus d'activité en 2012 : 57% des séjours, soit 52% du volume économique :

- les séjours avec nuitée(s) représentent 42% des séjours et 48% du volume économique ;
- les séjours sans nuitée représentent 15% des séjours et 4% du volume économique.

21% des séjours et 33% du volume économique sont des séjours **chirurgicaux** :

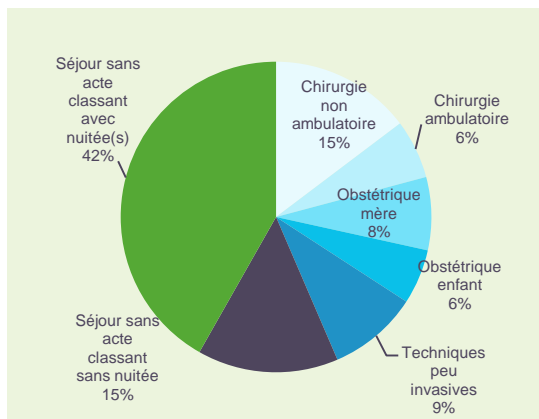
- la chirurgie non ambulatoire représente 15% des séjours et 30% du volume économique ;
- la chirurgie ambulatoire représente 6% des séjours et 3% du volume économique.

L'activité d'**obstétrique et des nouveau-nés** reconcentre 14% des séjours et 10% du volume économique 2012. Ces séjours concernent pour moitié la prise en charge des mères.

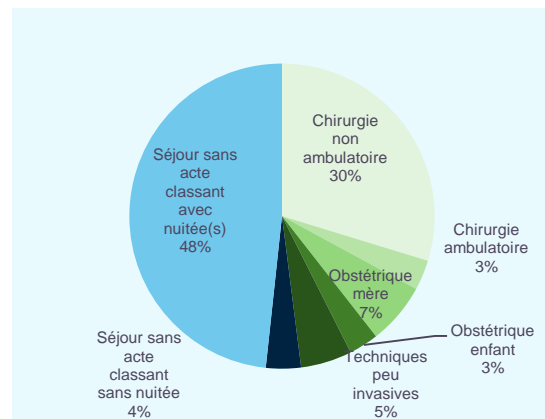
Les **techniques peu invasives** représentent 9% des séjours et 5% du volume économique.

F 16 I Répartition de l'activité 2012 par catégorie d'activité de soins

En nombre de séjours réalisés



En volume économique associé



Entre 2011 et 2012, le volume économique de la **chirurgie** progresse légèrement plus vite que celui des **séjours sans acte classant** (+3,2% vs +3,0%). La chirurgie contribue à 31,0% de la croissance du volume économique total, les séjours sans acte classant à hauteur de 46,3%.

Au sein de ces deux catégories, les évolutions des prises en charge de courte durée diffèrent dans leur décomposition entre le nombre de séjours et l'effet structure. :

- les séjours de **chirurgie ambulatoire** sont très dynamiques et la forte évolution du volume économique (+9,3%) reflète une forte évolution du nombre de séjours (+7,9%) ;
- la hausse du **volume des séjours sans acte classant et sans nuitée** est quant à elle issue de la dynamique de l'effet structure ;

Pour les **séjours d'hospitalisation complète**, qu'ils soient sans acte classant ou en chirurgie, l'évolution du volume économique s'explique principalement par un fort effet structure (+2,0%) concomitant à une légère hausse du nombre de séjours.

Le volume économique des techniques peu invasives augmente de +6,8%, en raison d'une hausse du nombre de séjours de +5,8%. Cette activité contribue pour presque 10% à la croissance globale du secteur.

T 30 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par catégorie d'activité de soins

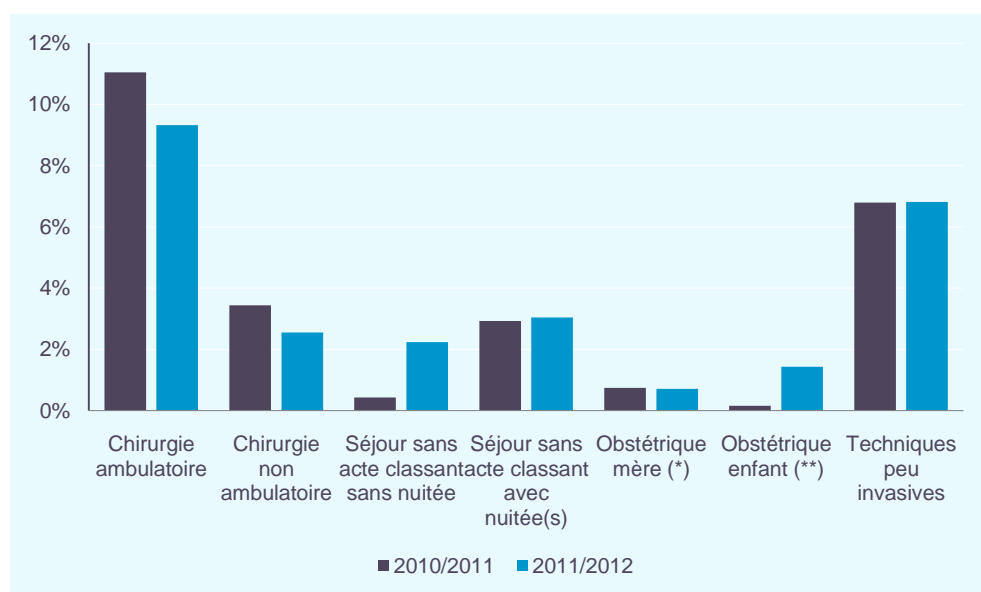
Séjours en milliers, Montants en M€	Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
Chirurgie ambulatoire	670,80	851,44	+9,3%	+7,9%	+1,3%	8,3%
Chirurgie non ambulatoire	1 605,07	7 948,72	+2,5%	+0,5%	+2,0%	22,7%
Total chirurgie	2 275,86	8 800,16	+3,2%	+2,6%	+0,6%	31,0%
Séjour sans acte classant sans nuitée	1 601,60	990,26	+2,2%	+0,8%	+1,4%	2,5%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	4 561,83	12 914,45	+3,0%	+1,0%	+2,0%	43,8%
Total séjour sans acte classant	6 163,43	13 904,71	+3,0%	+1,0%	+2,0%	46,3%
Obstétrique mère(*)	829,53	1 745,08	+0,7%	+0,3%	+0,4%	1,4%
Obstétrique enfant(**)	624,40	836,61	+1,4%	+0,8%	+0,6%	1,4%
Total Obstétrique	1 453,92	2 581,69	+0,9%	+0,5%	+0,4%	2,8%
Techniques peu invasives	1 022,10	1 451,23	+6,8%	+5,8%	+1,0%	10,6%

(*) Cette catégorie ne porte pas que sur les accouchements.

(**) Cette catégorie ne porte pas que sur les naissances et couvre tous les séjours de nourrissons de moins de 120 jours.

Plusieurs catégories d'activité de soins sont marquées par une accélération de la tendance du volume économique. C'est notamment le cas des séjours sans acte classant et de l'obstétrique. En revanche, le volume économique des séjours chirurgicaux décélère, et plus particulièrement celui de la chirurgie ambulatoire.

F 17 I Evolution du volume économique par CAS



Pour toute catégorie d'activités de soins, le nombre de séjours par patient⁶ est stable depuis 2010. Les évolutions constatées précédemment notamment sur la chirurgie sont imputables à la prise en charge de nouveaux patients. Pour cette activité, le nombre moyen de séjour par patient est plus faible que pour les séjours sans actes classant.

T 31 I Evolution du nombre moyen de séjours par patient

	Nombre moyen de séjours par patient		
	2010	2011	2012
Chirurgie ambulatoire	1,12	1,12	1,12
Chirurgie non ambulatoire	1,10	1,11	1,11
Séjours sans acte classant et sans nuitée	1,49	1,47	1,46
Séjours sans actes classant avec nuitée(s)	1,47	1,47	1,47
Obstétrique mère	1,23	1,22	1,22
Obstétrique enfant	1,04	1,04	1,04
Techniques peu invasives	1,14	1,15	1,15

⁶ Ces résultats portent uniquement sur les séjours/séances dont le chaînage est correct sur les périodes étudiées.

3.6. Niveaux de sévérité, hors séances

En 2012, hors séances, 28% des séjours sont sans sévérité correspondant à 24% de l'ensemble du volume économique.

Les séjours des **niveaux 2 et 3** représentent chacun près de 20% du volume économique. 11% des séjours sont de niveau 2 et 8% de niveau 3.

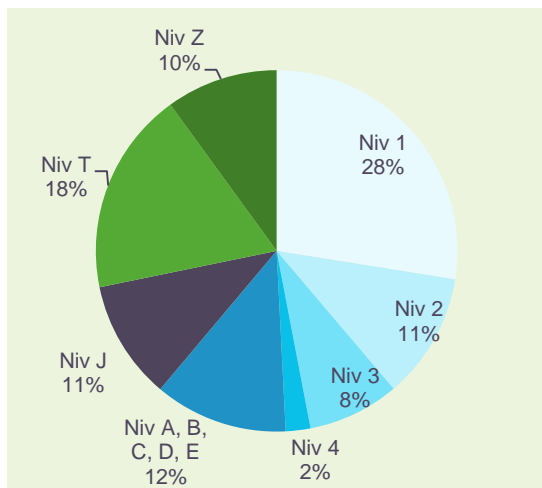
Les séjours de **niveau 4** sont peu nombreux (2%) mais ils représentent 10% du volume économique.

A l'inverse, les 29% des séjours **relevant de la prise en charge en ambulatoire ou de courte durée (niveaux J et T)** concentrent moins de 10% du volume économique.

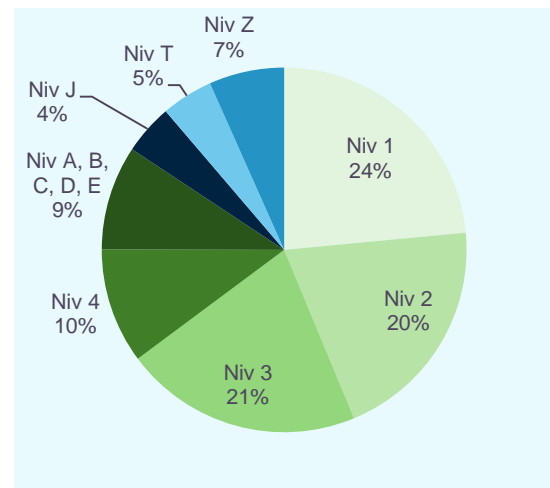
10% des séjours soit 7% du volume économique sont classés dans des GHM différenciés (**niveau Z**).

F 18 I Répartition de l'activité 2012 par niveau de sévérité

En nombre de séjours réalisés

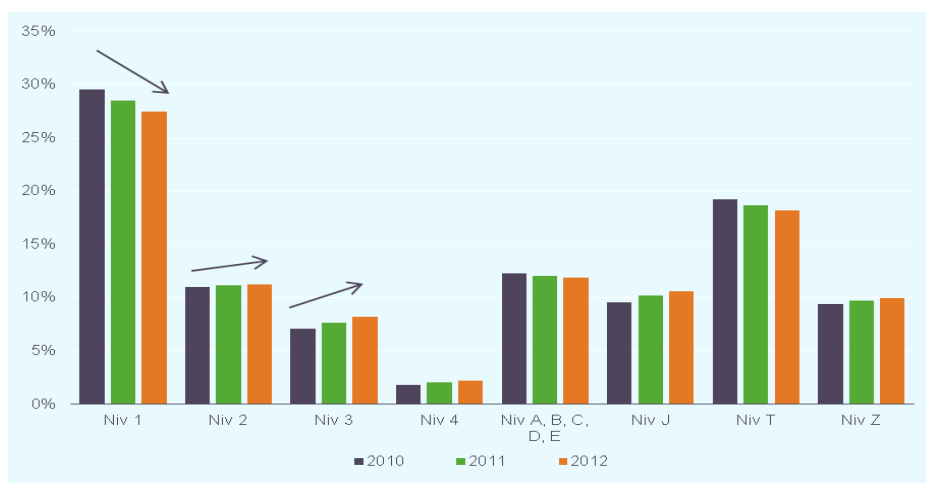


En volume économique associé



NOMBRE : Le niveau E est transversal et ne concerne pas uniquement les CMD 14 et 15.

F 19 I Répartition de chaque niveau de sévérité en volume économique associé en 2010, 2011 et 2012



En termes d'évolution, la diminution du volume économique des séjours sans sévérité se poursuit (-2,2%) au profit de celui des séjours des autres niveaux. Ces évolutions modifient la répartition du volume économique par niveau au fil des années. La part des niveaux 3, 4 et J augmente depuis 2010 au détriment de celle du niveau 1 et dans une moindre mesure des séjours de courte durée ou classés dans des GHM en Z.

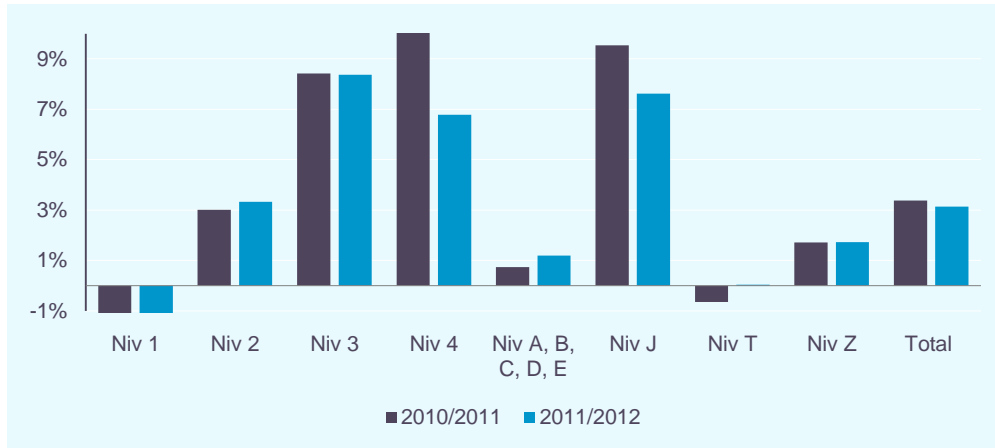
Cette baisse continue des séjours sans sévérité traduit deux phénomènes différents : pour les séjours sans actes classant, cette baisse est concomitante à une hausse des séjours des niveaux plus élevés tandis qu'en chirurgie, elle s'explique par une hausse de la prise en charge en ambulatoire.

T 32 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par niveau de sévérité

Séjours en milliers, Montants en M€	Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
1	3 003,93	6 281,98	-2,2%	-1,9%	-0,3%	-15,9%
2	1 231,76	5 412,98	+3,3%	+2,8%	+0,5%	20,1%
3	893,74	5 635,71	+8,4%	+9,3%	-0,8%	50,0%
4	240,87	2 733,56	+6,8%	+8,5%	-1,6%	20,0%
J	1 161,88	1 188,34	+7,6%	+6,1%	+1,5%	9,7%
T	1 989,84	1 224,97	+0,0%	-0,7%	+0,8%	0,1%
Total 1,2,3,4,J,T	8 522,02	22 477,54	+3,4%	+1,5%	+1,9%	83,9%
A	1 061,07	1 860,45	+0,3%	+0,2%	+0,1%	0,6%
B	177,11	432,07	+4,3%	+4,4%	-0,1%	2,0%
C	30,82	127,22	+3,3%	+3,4%	-0,0%	0,5%
D	5,18	25,32	+0,1%	+0,9%	-0,8%	0,0%
E	27,72	32,21	+6,0%	+3,3%	+2,6%	0,2%
Total A, B, C, D, E	1 301,90	2 477,27	+1,2%	+0,9%	+0,3%	3,4%
Z	1 091,39	1 782,98	+1,7%	+4,5%	-2,6%	3,5%

Si la hausse du volume économique des séjours des niveaux 3 et 4 reste très élevée par rapport à la tendance globale du secteur, elle ralentit entre 2011 et 2012. En revanche, une accélération de la croissance du volume économique s'observe pour les séjours ambulatoires et de niveau 2. Enfin, le volume économique des niveaux sans sévérité ou de de courte durée (T) continue de baisser; baisse cependant moins forte que celle de l'exercice précédent.

F 20 I Evolution du volume économique par niveau de sévérité



3.7. Catégories majeures de diagnostic (CMD), hors séances

Parmi les séjours hors séances, les cinq CMD qui concentrent la plus grande part de l'activité sont :

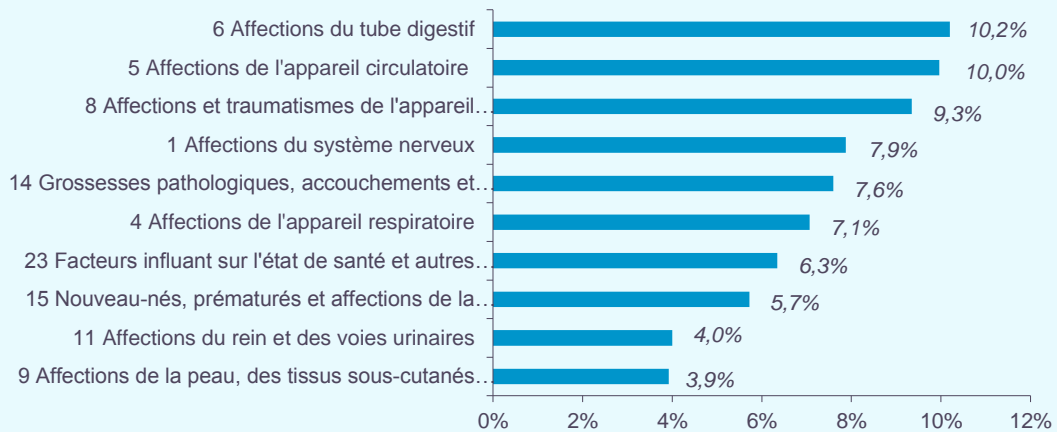
- la CMD 6 « Affections du tube digestif » ;
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » ;
- la CMD 1 « Affections du système nerveux » ;
- la CMD 14 « Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum ».

Les cinq CMD représentant le poids le plus élevé en volume économique, hors séances, sont assez similaires à celles sélectionnées sur le nombre de séjours. Il s'agit de :

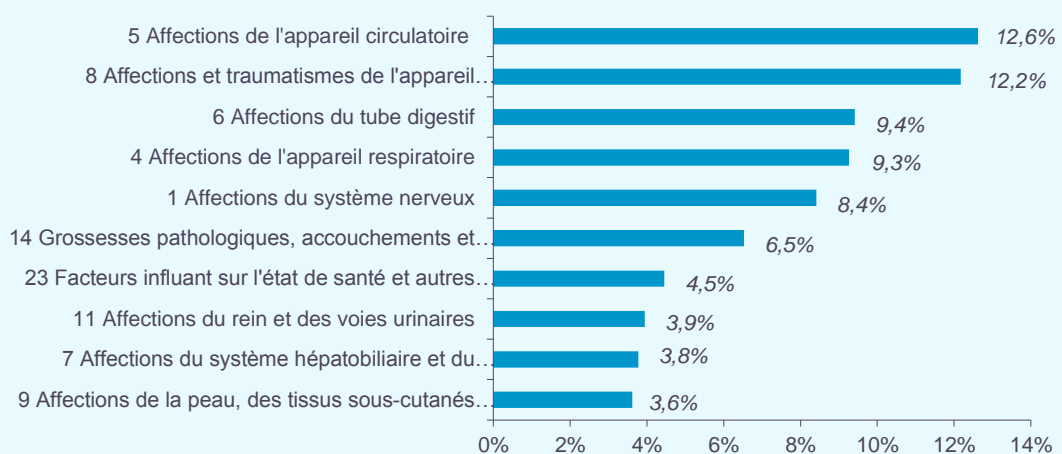
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » ;
- la CMD 6 « Affections du tube digestif » ;
- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » ;
- la CMD 1 « Affections du système nerveux ».

F 21 I Les 10 CMD, hors séances, ayant le poids le plus important en 2012

Part des 10 CMD dans le total des séjours (hors séances) en nombre, en 2012 : 72%



Part des 10 CMD dans le total des séjours (hors séances) en volume économique en 2012 : 74%



Avec une évolution de leur volume économique dynamique, ces cinq CMD contribuent à elles seules à 67% de la croissance du volume économique des séjours :

- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » avec une hausse de +4,3% ;
- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » avec une hausse de +5,1% ;
- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » avec une hausse de +3,4% ;
- la CMD 6 « Affections du tube digestif » avec une hausse de +3,5% ;
- la CMD 1 « Affections du système nerveux » avec une hausse de +3,6%.

La progression du volume des affections respiratoires décélère légèrement en 2012 et ce après des accélérations de la tendance au cours de plusieurs exercices.

T 33 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par CMD, hors séances

Séjours en milliers Montants en M€		Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
1	Affections du système nerveux	859,40	2 250,05	+3,6%	+2,9%	+0,7%	9,9%
2	Affections de l'œil	298,26	481,24	+3,5%	+3,5%	-0,1%	2,0%
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	377,82	645,41	+0,6%	-0,0%	+0,6%	0,5%
4	Affections de l'appareil respiratoire	771,55	2 476,53	+5,1%	+3,3%	+1,8%	15,3%
5	Affections de l'appareil circulatoire	1 087,73	3 374,95	+4,3%	+3,1%	+1,2%	17,8%
6	Affections du tube digestif	1 113,30	2 515,59	+3,5%	+2,9%	+0,6%	10,7%
7	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	315,60	1 009,40	+2,8%	+1,4%	+1,3%	3,4%
8	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	1 020,09	3 255,28	+3,4%	+0,7%	+2,6%	13,4%
9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	428,03	966,75	+3,7%	+2,7%	+1,0%	4,4%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	396,30	878,58	+5,5%	+4,6%	+0,9%	5,8%
11	Affections du rein et des voies urinaires	437,01	1 053,52	+4,8%	+2,5%	+2,2%	6,1%
12	Affections de l'appareil génital masculin	129,05	284,45	+1,6%	-0,2%	+1,8%	0,6%
13	Affections de l'appareil génital féminin	273,07	529,32	+1,7%	+1,9%	-0,2%	1,1%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	829,53	1 745,08	+0,7%	+0,3%	+0,4%	1,6%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	624,40	836,61	+1,4%	+0,8%	+0,6%	1,5%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques.	187,75	485,40	+5,3%	+4,8%	+0,4%	3,1%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	277,02	753,80	+1,2%	+0,6%	+0,6%	1,1%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	118,17	326,60	-2,3%	-4,4%	+2,3%	-1,0%
19	Maladies et troubles mentaux	262,16	537,69	+2,1%	+1,1%	+1,1%	1,4%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	200,76	275,77	+1,6%	+1,0%	+0,6%	0,5%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	175,53	303,54	-1,2%	-4,6%	+3,6%	-0,5%
22	Brûlures	11,46	92,39	+0,8%	-1,6%	+2,4%	0,1%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	693,01	1 190,73	+0,8%	-0,8%	+1,6%	1,1%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	9,94	60,62	-0,7%	-4,3%	+3,7%	-0,1%
26	Traumatismes multiples graves	8,85	103,18	+2,3%	+1,9%	+0,4%	0,3%
27	Transplantations d'organes	9,54	305,30	-0,8%	-0,9%	+0,0%	-0,3%
Total hors séances		10 915,31	26 737,79	+3,0%	+1,7%	+1,3%	100,0%

La suite du paragraphe analyse plus finement les cinq CMD en présentant les racines les plus contributrices à la croissance de chacune d'elles.

La CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire »

Les séjours pour affection de l'appareil circulatoire contribuent à 17,8% de la croissance globale de l'activité. Le volume économique de cette CMD augmente de +4,3% avec une évolution du nombre de séjours de +3,1%. Cette progression 2012 est légèrement supérieure à celle qui avait été observée en 2011.

Cinq racines expliquent plus de 50% de la croissance de cette CMD.

Pour ces cinq racines, l'augmentation du nombre de séjours explique la progression du volume économique.

T 34 I Racines les plus contributrices à la croissance - CMD 5

Séjours en milliers Montants en M€		Nombre de séjours	Volume économique	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
05M09	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	168,03	593,12	+4,2%	+3,0%	+1,2%	17,1%
05K06	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	64,35	205,05	+7,7%	+7,4%	+0,3%	10,5%
05K13	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans	19,03	103,14	+13,4%	+11,8%	+1,4%	8,7%
05K10	Actes diagnostiques par voie vasculaire	103,54	223,93	+5,7%	+4,7%	+0,9%	8,6%
05C03	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	10,50	191,85	+5,4%	+3,9%	+1,5%	7,0%
Ensemble des racines de la CMD 5		1 087,73	3 374,95	+4,3%	+3,1%	+1,2%	

La CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire »

L'augmentation des séjours de la CMD 4 contribue à 15,3% de la croissance globale de l'activité, avec une évolution du volume économique +5,1% dont +3,3% pour le nombre de séjours. Cette progression est inférieure à celle de 2011.

Quatre racines expliquent la quasi-totalité de l'évolution de cette CMD. Pour ces racines, la hausse de leur volume économique est supérieure à +9%, en raison d'un accroissement du nombre de séjours.

T 35 I Racines les plus contributrices à la croissance - CMD 4

Séjours en milliers Montants en M€		Nombre de séjours	Volume économique	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance
04M05	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	137,65	508,35	+9,3%	+7,2%	+2,0%	35,7%
04M20	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	59,23	225,34	+18,8%	+16,3%	+2,1%	29,4%
04M07	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans	34,39	191,98	+10,4%	+6,7%	+3,4%	15,0%
04M03	Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans	50,55	117,45	+16,8%	+15,1%	+1,5%	14,0%
Ensemble des racines de la CMD 4		771,55	2 476,53	+5,1%	+3,3%	+1,8%	

La CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif »

13,4% de la croissance globale de l'activité sont liés aux séjours de la CMD 8. Son volume économique progresse de +3,4% avec une augmentation de séjours de +0,7%. La croissance de ces affections est légèrement supérieure à celle observée en 2011.

Trois racines expliquent 37% de la croissance de cette CMD. Leur volume économique augmente de plus de +6%. Ces hausses sont essentiellement dues à une augmentation du nombre physique de séjours. Pour la racine 08M19, qui présente la progression la plus soutenue, elle est à la fois expliquée par la forte hausse du nombre de séjours et par un fort effet structure.

L'évolution de ces activités est en partie liée à l'augmentation de la part des personnes âgées et également à de meilleures conditions d'interventions (techniques allégées et progrès de l'anesthésie), notamment pour les prothèses de genou.

T 36 I Racines les plus contributrices à la croissance - CMD 8

Séjours en milliers, volume économique en M€		Nombre de séjours	Volume économique	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance
08C56	Interventions pour infections ostéoarticulaires	12,28	122,56	+13,8%	+10,3%	+3,2%	14,1%
08M19	Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	19,08	48,25	+41,4%	+15,3%	+22,6%	13,3%
08C24	Prothèses de genou	28,43	166,30	+6,4%	+6,1%	+0,3%	9,4%
Ensemble des racines de la CMD 8		1 020,09	3 255,28	+3,4%	+0,7%	+2,6%	

La CMD 6 « Affections de l'appareil digestif »

L'évolution des affections de l'appareil digestif représente 10,7% de la croissance globale d'activité. Le volume économique de cette CMD est en hausse de +3,5% dont une augmentation du nombre de séjours de +2,9%.

Cinq racines expliquent près de 70% de la croissance du volume économique de cette CMD. Pour ces racines, la hausse de leur volume économique est supérieure à +5%. Elle est majoritairement imputable à la hausse du nombre de séjours.

T 37 I Racines les plus contributrices à la croissance - CMD 6

Séjours en milliers Montants en M€		Nombre de séjours	Volume économique	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance
06C04	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon	43,45	436,74	+4,9%	+3,5%	+1,4%	24,1%
06M03	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans	100,42	216,69	+5,4%	+3,6%	+1,7%	13,2%
06K04	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	196,27	145,14	+8,1%	+8,1%	+0,0%	12,9%
06M02	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans	78,83	100,94	+9,5%	+8,7%	+0,7%	10,4%
06M04	Hémorragies digestives	48,71	151,14	+5,2%	+3,7%	+1,5%	8,9%
Ensemble des racines de la CMD 6		1 113,30	2 515,59	+3,5%	+2,9%	+0,6%	

La CMD 1 « Affections du système nerveux »

9,9% de la croissance globale de l'activité sont liés aux affections du système nerveux. Le volume économique est en hausse de +3,6% avec une augmentation du nombre de séjours de +2,9%. Le taux de croissance de cette CMD est supérieur à celui observé en 2011.

Trois racines expliquent près de 70% de la croissance du volume de cette CMD. La hausse de leur volume économique est supérieure à +7%. L'évolution du nombre de séjours explique l'accroissement du volume économique de la CMD.

T 38 I Racines les plus contributrices à la croissance - CMD 1

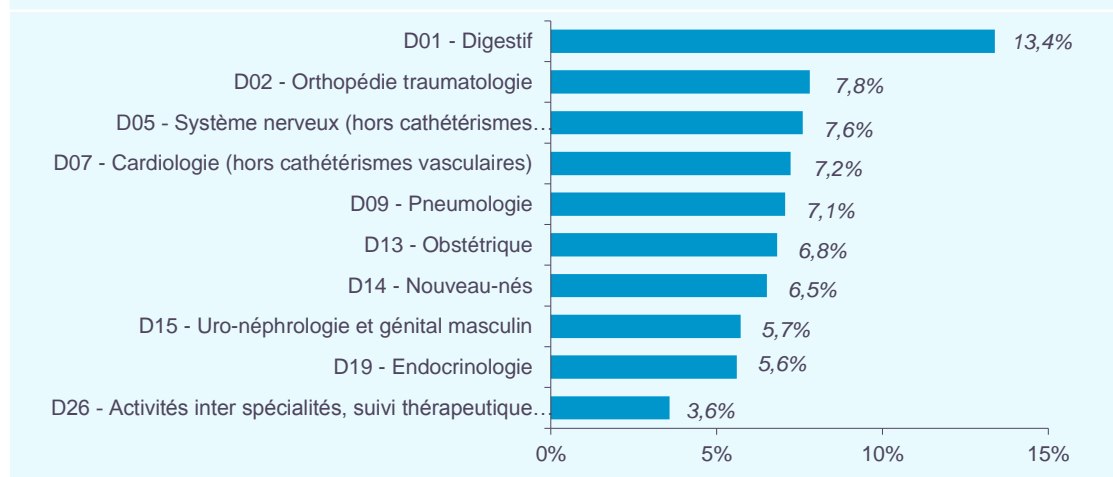
Séjours en milliers Montants en M€		Nombre de séjours	Volume économique	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance
01M30	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	93,71	468,74	+7,3%	+6,5%	+0,7%	40,9%
01C04	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans	20,22	211,73	+7,1%	+3,8%	+3,1%	18,0%
01M21	Douleurs chroniques rebelles	34,02	52,02	+20,5%	+31,7%	-8,5%	11,4%
Ensemble des racines de la CMD 1		859,40	2 250,05	+3,6%	+2,9%	+0,7%	

3.8. Domaines d'activité (DoAc), hors séances

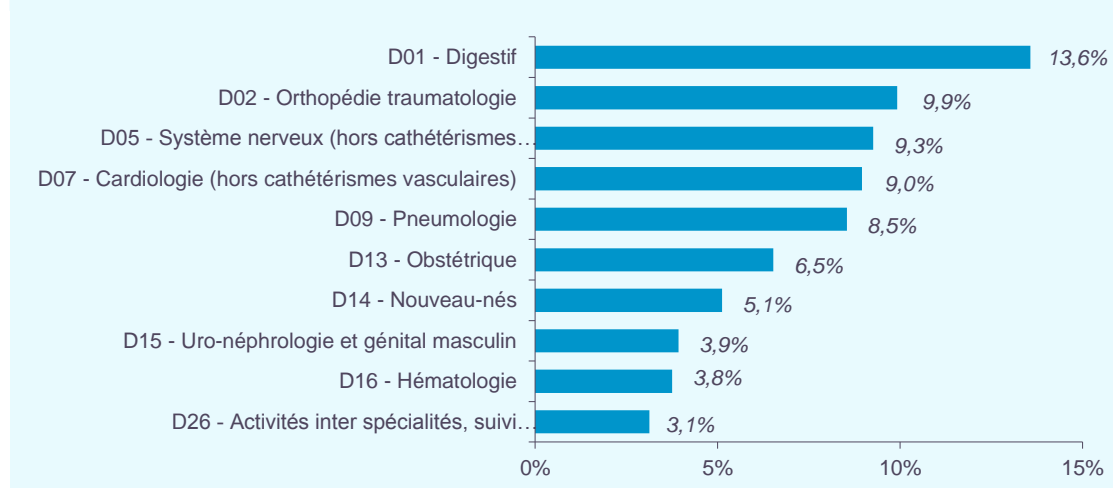
En nombre de séjours, un seul domaine d'activité a un poids supérieur à 10% : le digestif (DoAc 01). En volume économique, il représente également plus de 10% de l'activité. 6 autres domaines d'activité représentent entre 5% et 10% du volume économique.

F 22 I Les 10 DoAc, hors séances, ayant le poids le plus important en 2012

Parts des 10 DoAc dans le total des séjours (hors séances) en nombre en 2012 : 71%



Part des 10 DoAc dans le total des séjours (hors séances) en volume économique en 2012 : 73%



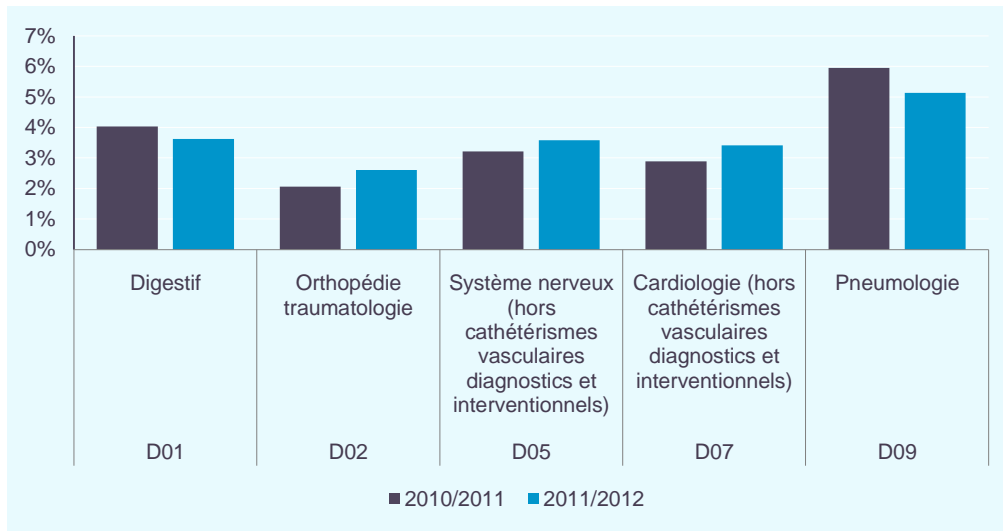
Les cinq DoAc contribuant le plus à l'augmentation du volume économique des séjours sont :

- D01 « Digestif » avec +2,7% du nombre de séjours et +3,6% du volume économique ;
- D09 « Pneumologie » avec +3,3% du nombre de séjours et +5,1% du volume économique ;
- D07 « Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels) » avec +2,2% des séjours et +3,4% du volume économique ;
- D05 « Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels) » avec +2,1% du nombre de séjours et +3,6% du volume économique ;
- D02 « Orthopédie traumatologie » avec +0,7% des séjours et +2,6% du volume économique.

T 39 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par domaine d'activité (DoAc), hors séances

Séjours en milliers, Montants en M€		Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
D01	Digestif	1 462,13	3 629,81	+3,6%	+2,7%	+0,8%	16,1%
D02	Orthopédie traumatologie	744,49	2 394,95	+2,6%	+0,7%	+1,9%	7,7%
D03	Traumatismes multiples ou complexes graves	8,85	103,18	+2,3%	+1,9%	+0,4%	0,3%
D04	Rhumatologie	289,21	702,06	+4,5%	+0,4%	+4,1%	3,9%
D05	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels)	789,20	2 283,88	+3,6%	+2,1%	+1,4%	10,0%
D06	Cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels	241,31	750,88	+8,6%	+7,1%	+1,3%	7,5%
D07	Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels)	851,84	2 653,59	+3,4%	+2,2%	+1,2%	11,1%
D09	Pneumologie	771,55	2 476,53	+5,1%	+3,3%	+1,8%	15,3%
D10	ORL, Stomatologie	379,59	655,32	+0,4%	-0,0%	+0,5%	0,4%
D11	Ophthalmologie	298,26	481,24	+3,5%	+3,5%	-0,1%	2,0%
D12	Gynécologie - sein	299,23	714,64	+1,6%	+1,6%	-0,0%	1,4%
D13	Obstétrique	829,53	1 745,08	+0,7%	+0,3%	+0,4%	1,6%
D14	Nouveau-nés	624,40	836,61	+1,4%	+0,8%	+0,6%	1,5%
D15	Uro-néphrologie et génital masculin	612,50	1 368,83	+4,1%	+2,0%	+2,0%	6,8%
D16	Hématologie	276,16	1 004,84	+2,4%	+2,4%	-0,1%	3,0%
D17	Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	227,49	433,83	+2,8%	+5,2%	-2,3%	1,5%
D18	Maladies infectieuses (dont VIH)	128,81	342,96	-1,6%	-6,3%	+5,0%	-0,7%
D19	Endocrinologie	390,80	778,96	+3,7%	+3,2%	+0,5%	3,5%
D20	Tissu cutané et tissu sous-cutané	249,67	554,72	+4,2%	+2,1%	+2,0%	2,8%
D21	Brûlures	11,46	92,39	+0,8%	-1,6%	+2,4%	0,1%
D22	Psychiatrie	261,22	529,87	+2,3%	+1,1%	+1,2%	1,5%
D23	Toxicologie, Intoxications, Alcool	348,45	442,85	+0,1%	-1,6%	+1,7%	0,0%
D24	Douleurs chroniques, Soins palliatifs	103,32	572,20	+0,7%	+7,2%	-6,0%	0,5%
D25	Transplant. d'organes	4,79	137,12	+1,6%	+1,7%	-0,1%	0,3%
D26	Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	711,08	1 051,44	+1,4%	-0,6%	+2,0%	1,8%
Total hors séances		10 915,31	26 737,79	+3,0%	+1,7%	+1,3%	100,0%

Pour les DoAc 02 « Orthopédie traumatologie », 05 « Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels) » et 07 « Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels) », la croissance du volume économique est légèrement supérieure en 2012 à celle observée en 2011. A l'inverse, le DoAc 01 « Digestif » et 09 « Pneumologie » se caractérisent par un ralentissement de la croissance de leur volume économique.

F 23 I Evolution du volume économique des cinq DoAc contribuant le plus à la croissance hors séances

3.9. Focus par racines, hors séances

3.9.1. Palmarès

Hors séances, les dix racines qui concentrent le plus grand nombre de séjours sont :

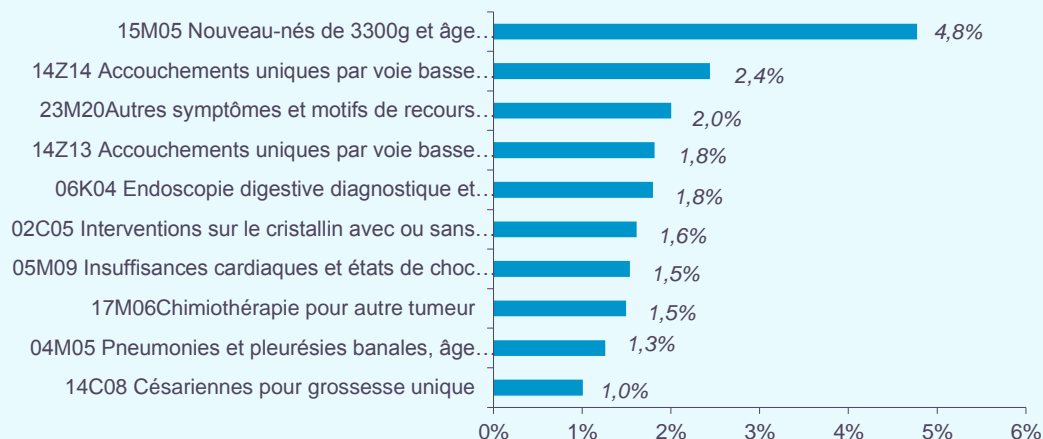
- 15M05 Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés ;
- 14Z14 Accouchements uniques par voie basse chez une multipare ;
- 23M20 Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23 ;
- 14Z13 Accouchements uniques par voie basse chez une primipare ;
- 06K04 Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire ;
- 02C05 Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie ;
- 05M09 Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire ;
- 17M06 Chimiothérapie pour autre tumeur ;
- 04M05 Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans ;
- 14C08 Césariennes pour grossesse unique.

Les dix racines qui représentent la plus grande part du volume économique hors séances sont :

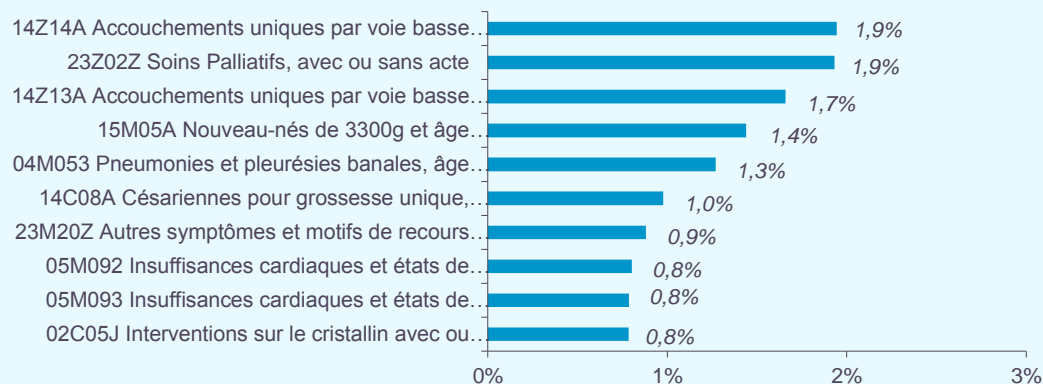
- 05M09 Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire ;
- 14Z14 Accouchements uniques par voie basse chez une multipare ;
- 15M05 Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés ;
- 23Z02 Soins Palliatifs, avec ou sans acte ;
- 14Z13 Accouchements uniques par voie basse chez une primipare ;
- 04M05 Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans ;
- 01M30 Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires ;
- 06C04 Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon ;
- 14C08 Césariennes pour grossesse unique ;
- 08C49 Interventions sur la hanche et fémur pour traumatismes récents, plus de 17 ans.

F 24 | Les 10 racines ayant le poids le plus important en 2012

Part des 10 racines dans le total des séjours (hors séances) en nombre en 2012 : 20%



Part des 10 racines dans le total des séjours (hors séances) en volume économique en 2012 : 18%



45% de la croissance totale est expliquée par l'évolution du volume de 20 racines. Les cinq premières racines pour leur contribution sont :

- la racine 04M05 « Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans » avec +7,2% de séjours et +9,3% de volume économique ;
- la racine 04M20 « Bronchopneumopathies chroniques surinfectées » avec +16,3% de séjours et +18,8% de volume économique ;
- la racine 01M30 « Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires » avec +6,5% de séjours et +7,3% de volume économique ;
- la racine 05M09 « Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire » avec +3,0% de séjours et +4,2% de volume économique ;
- la racine 06C04 « Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon » avec +3,5% de séjours et +4,9% de volume économique.

T 40 I Palmarès des 20 racines qui contribuent le plus à la croissance du volume économique

Séjours en milliers, Montants en M€		Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
04M05	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	137,65	508,35	+9,3%	+7,2%	+2,0%	5,5%
04M20	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	59,23	225,34	+18,8%	+16,3%	+2,1%	4,5%
01M30	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	93,71	468,74	+7,3%	+6,5%	+0,7%	4,0%
05M09	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	168,03	593,12	+4,2%	+3,0%	+1,2%	3,0%
06C04	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon	43,45	436,74	+4,9%	+3,5%	+1,4%	2,6%
11C05	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée	75,12	197,36	+10,2%	+10,0%	+0,1%	2,3%
04M07	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans	34,39	191,98	+10,4%	+6,7%	+3,4%	2,3%
04M03	Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans	50,55	117,45	+16,8%	+15,1%	+1,5%	2,1%
11M04	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans	68,94	190,21	+9,8%	+6,3%	+3,3%	2,1%
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	176,17	252,24	+6,6%	+6,7%	-0,1%	2,0%
10C13	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité	11,07	64,22	+31,8%	+32,7%	-0,7%	2,0%
08C56	Interventions pour infections ostéoarticulaires	12,28	122,56	+13,8%	+10,3%	+3,2%	1,9%
05K06	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	64,35	205,05	+7,7%	+7,4%	+0,3%	1,9%
08M19	Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	19,08	48,25	+41,4%	+15,3%	+22,6%	1,8%
01C04	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans	20,22	211,73	+7,1%	+3,8%	+3,1%	1,8%
16M11	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans	83,11	217,84	+6,4%	+5,3%	+1,1%	1,7%
05K13	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans	19,03	103,14	+13,4%	+11,8%	+1,4%	1,5%
05K10	Actes diagnostiques par voie vasculaire	103,54	223,93	+5,7%	+4,7%	+0,9%	1,5%
06M03	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans	100,42	216,69	+5,4%	+3,6%	+1,7%	1,4%
06K04	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	196,27	145,14	+8,1%	+8,1%	+0,0%	1,4%

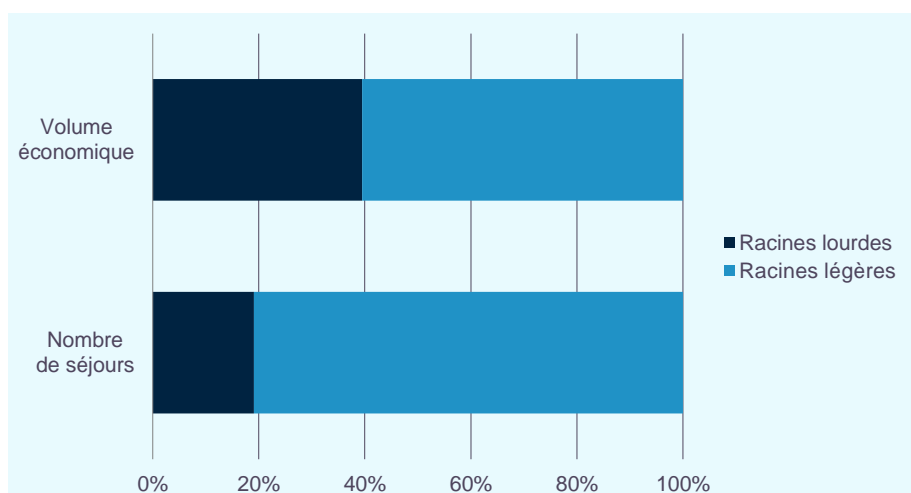
3.9.2. Racines « lourdes » et « légères » : répartition et évolutions

Les racines peuvent être classées selon la lourdeur médicale de la prise en charge. Cette répartition concerne uniquement les séjours en hospitalisation, hors séances.

La notion de lourdeur de l'activité retenue ici n'est pas la même que celle correspondant aux niveaux de sévérité. La sévérité du séjour du patient croît avec les complications qui surviennent lors du séjour tandis que la lourdeur est recherchée dans l'activité de base d'une racine (niveau de sévérité 1 ou A). Par ailleurs, une mesure de la lourdeur économique de la racine peut être obtenue en se basant notamment sur le tarif moyen par racine.

La part des racines «lourdes» et « légères» a peu évolué entre 2011 et 2012. 19,1% des séjours sont classés dans des racines « lourdes » soit 39,5% du volume économique.

F 25 I Répartition de l'activité 2012 selon les racines « lourdes » / « légères »



Le volume économique des racines dites «lourdes» augmente plus rapidement que celui des racines « légères». Ce différentiel d'évolution s'explique à la fois par une progression plus rapide des séjours des activités lourdes mais également par un effet structure plus élevé.

T 41 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 selon la classification « lourde » / « légère »

Séjours en milliers, Montants en M€	Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
Racines lourdes	2 081,52	10 560,68	+4,1%	+2,9%	+1,2%	52,5%
Racines légères	8 833,79	16 177,11	+2,4%	+1,4%	+0,9%	47,5%
Total hospitalisation	10 915,31	26 737,79	+3,0%	+1,7%	+1,3%	100,0%

La part de séjours concernant les racines « lourdes » est plus élevée dans les CHR, les CH et les SSA. A l'inverse, les EBNL et les CLCC concentrent une plus grande part de séjours d'hospitalisation complète sur les racines « légères ».

Le volume économique et le nombre de séjours associés aux racines lourdes augmente toutefois plus rapidement dans les CLCC.

T 42 I Evolution 2011/2012 des racines « lourdes » / « légères » par catégorie d'établissements

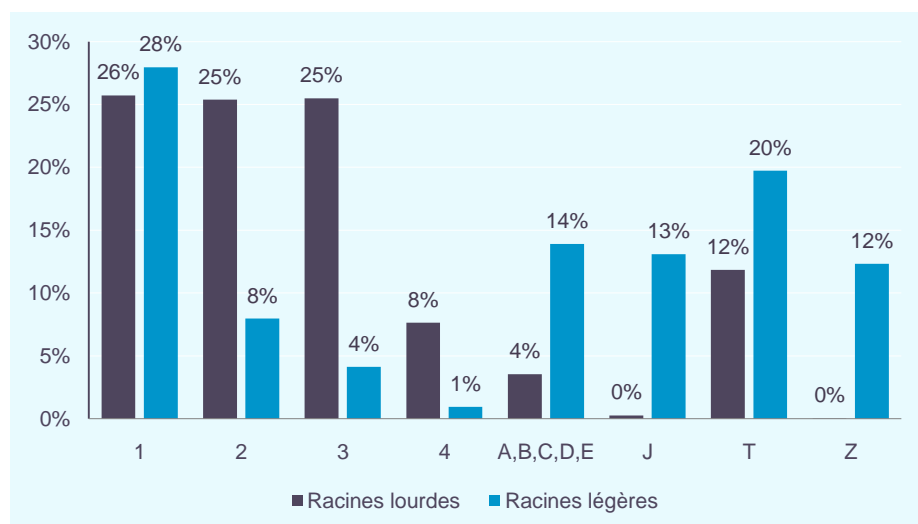
	Racines lourdes				Racines légères			
	Poids en séjours	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Poids en séjours	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
APHP	18,8%	+3,0%	+2,1%	+0,9%	81,2%	+3,2%	+2,0%	+1,2%
CH	19,8%	+4,8%	+3,3%	+1,5%	80,2%	+2,3%	+1,2%	+1,1%
CHR	19,2%	+3,3%	+1,8%	+1,4%	80,8%	+2,5%	+1,4%	+1,0%
CLCC	13,2%	+7,1%	+6,7%	+0,4%	86,8%	+0,8%	+2,6%	-1,8%
EBNL	14,7%	+2,8%	+2,6%	+0,2%	85,3%	+2,3%	+1,7%	+0,5%
SSA	24,2%	+8,9%	+7,3%	+1,5%	75,8%	+3,8%	+4,7%	-0,9%
Total hospitalisation	19,1%	+4,1%	+2,9%	+1,2%	80,9%	+2,4%	+1,4%	+0,9%

La répartition des séjours selon les niveaux de sévérité diffère en fonction du type de racines. Pour les racines « lourdes » les prises en charge en ambulatoire n'existent quasiment pas alors qu'elles représentent 13% des séjours des racines légères.

8% des séjours des racines lourdes possèdent la sévérité la plus élevée (niveau 4) ; cette caractéristique n'étant présente que pour 1% des séjours dans les racines légères.

Les séjours des racines lourdes se répartissent en proportion identique entre les niveaux 1, 2 et 3. Pour les racines légères, la proportion diminue avec le niveau de sévérité. Les séjours de ces racines sont plutôt sans sévérité, de courte durée ou classés dans des GHM indifférenciés.

F 26 I Répartition des séjours 2012 par niveau de sévérité selon la classification « lourde » / « légère »



3.9.3. Racines « chaudes » / « froides » : plus forte dynamique des affections chroniques

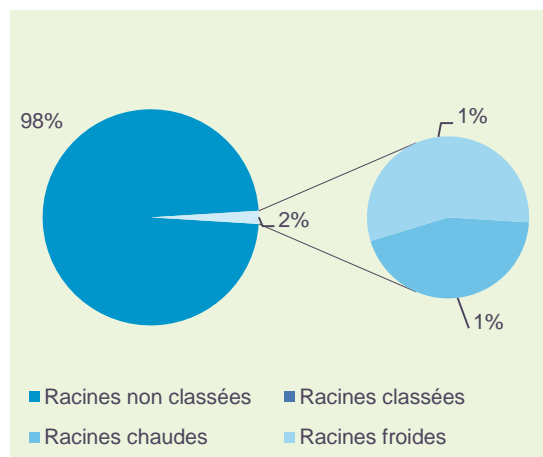
Pour un nombre limité d'hospitalisations, une expertise médicale permet de différencier les pathologies selon leur caractère aigu ou chronique et ainsi séparer les prises en charge non programmables (racines dites « chaudes ») de celles qui ne le sont pas (racines dites « froides »). Comme il n'existe pas de définition consensuelle ni de recueil dans le RSA pour distinguer les hospitalisations programmables et non programmables, cette notion est approchée via les diagnostics, certains relevant de l'urgence (ex. fracture), d'autres non (arthrose).

L'expertise permet à ce jour de cibler neuf couples de racines chaudes versus froides. Cinq de ces couples relèvent de la CMD 8 (*affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif*) dont la description a fait l'objet de travaux importants visant l'amélioration de la description des racines de sa partie médicale puis de sa partie chirurgicale.

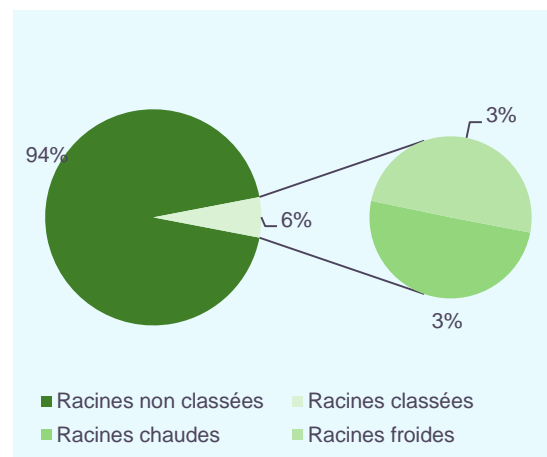
Les neuf couples de racines ciblées ici (« chaudes » versus « froides ») représentent 2% des séjours et 6% de la masse financière en 2012. Parmi ces neuf couples de racines, 56% des séjours, soit 50% du volume économique, sont classés dans des racines « froides ».

F 27 I Répartition de l'activité 2012 des racines « chaudes » / « froides »

En nombre de séjours 2012



En volume économique 2012



L'évolution du volume économique de ces 9 couples de racines est plus élevée (+4,5%) que l'évolution globale de l'ensemble des racines (+3,1%). Cette augmentation est principalement due à la hausse du nombre de séjours (+4,1%). L'activité des racines « froides » évolue bien plus vite que celle des racines « chaudes » : +6,0% vs +3,0% en volume économique, +5,3% vs +2,6% en nombre de séjours.

T 43 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 selon la classification « chaude » / « froide »

Séjours en milliers, Montants en M€	Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
Racines chaudes	140,79	863,33	+3,0%	+2,6%	+0,3%	33,9%
Racines froides	177,04	854,24	+6,0%	+5,3%	+0,7%	66,1%
Total des 9 couples de racines	317,83	1 717,57	+4,5%	+4,1%	+0,4%	100,0%

Pour l'ensemble des catégories d'établissement excepté les CH, la part des séjours relevant des racines froides est prédominante.

Les séjours classés dans les racines « chaudes » et réalisés dans les CH et dans les établissements du SSA augmentent plus rapidement que la tendance globale. Pour les activités des racines « froides », la progression est plus élevée pour celles réalisées par les CHR et l'APHP, croissance liée à l'évolution des séjours.

T 44 I Evolution 2011/2012 des racines « chaudes » / « froides » par catégorie d'établissements

	Racines chaudes				Racines froides			
	Poids en séjours	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Poids en séjours	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
APHP	37,31%	-2,6%	-1,4%	-1,2%	62,69%	+8,2%	+5,1%	+3,0%
CH	52,80%	+3,6%	+3,4%	+0,2%	47,20%	+5,7%	+6,0%	-0,3%
CHR	38,43%	+2,9%	+1,3%	+1,6%	61,57%	+6,7%	+5,1%	+1,5%
CLCC	13,48%	-	-	-	86,52%	-	-	-
EBNL	24,58%	+2,1%	+3,0%	-0,9%	75,42%	+4,1%	+4,2%	-0,1%
SSA	43,31%	+15,9%	+17,1%	-1,0%	56,69%	-2,2%	+2,2%	-4,4%
Total des 9 couples	44,30%	+3,0%	+2,6%	+0,3%	55,70%	+6,0%	+5,3%	+0,7%

NOMBRE : Le nombre de séjours concernés par les racines chaudes et froides étant très faibles pour les CLCC (environ 100 séjours), leurs évolutions ne sont pas affichées.

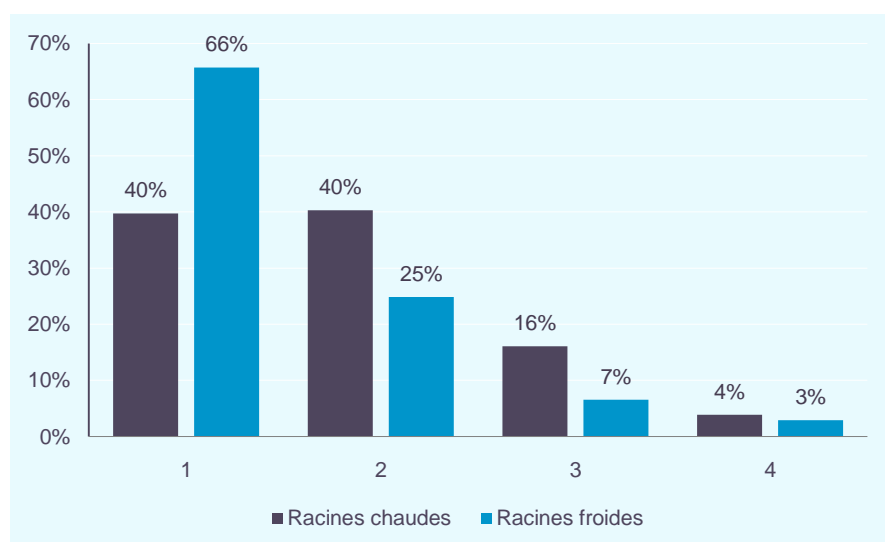
Pour quatre couples (01C03-01C04, 01K07-01K02, 07C13-07C14, 08C55-08C33) les séjours baissent dans les racines dites chaudes tandis qu'ils augmentent dans les racines dites froides.

T 45 I Evolution 2011/2012 par couples de racines selon la segmentation « chaude » / « froide »

		Racines chaudes			Racines froides		
		Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
01C03,01C04	Craniotomies âge supérieur à 17 ans	+0,6%	-2,0%	+2,6%	+7,1%	+3,8%	+3.1%
01K07,01K02	Embolisations intracrâniennes et médullaires	-5,8%	-1,0%	-4,9%	+8,5%	+7,4%	+1.0%
05K05,05K06	Endoprothèses vasculaires	+9,8%	+9,9%	-0,1%	+7,7%	+7,4%	+0.3%
07C13,07C14	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire	-0,5%	-0,5%	+0,1%	+4,5%	+5,0%	-0.5%
08C47,08C48	Prothèses de hanche	+2,0%	+0,9%	+1,1%	+3,7%	+3,1%	+0.6%
08C49,08C50	Interventions sur la hanche et le fémur âge supérieur à 17 ans	+2,2%	+1,3%	+0,9%	+1,9%	+1,5%	+0.4%
08C51,08C52	Interventions majeures sur le rachis	+10,1%	+9,5%	+0,5%	+10,2%	+9,2%	+0.9%
08C53,08C54	Interventions sur le genou	+4,8%	+3,1%	+1,6%	-1,8%	-0,6%	-1.1%
08C55,08C33	Interventions sur la cheville et l'arrière-pied	-11,4%	-9,8%	-1,7%	-1,9%	+0,6%	-2.5%
Total des 9 couples de racines		+3,0%	+2,6%	+0,3%	+6,0%	+5,3%	+0,7%

Les racines concernant une activité « froide » ont une part plus importante de séjours sans sévérité, et moins importante de séjours des niveaux 2, 3, et 4. Pour les activités « chaudes », les séjours sans sévérité sont moins prédominants.

F 28 I Répartition des séjours 2012 par niveau de sévérité selon la segmentation « chaude » / « froide »



3.10. Focus par GHM, hors séances

Hors séances, un seul GHM représente plus de 3% des séjours, 6 GHM ont un poids compris entre 1% et 2%, tous les autres GHM ayant un poids inférieur à 1%.

Selon le volume économique, 6 GHM ont un poids compris supérieur à 1%, tous les autres représentent moins de 1% de l'activité globale.

Les GHM qui ont le plus grand nombre de séjours sont :

- 15M05A « Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif » ;
- 14Z14A « Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative » ;
- 06K04J « Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire » ;
- 14Z13A « Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative » ;
- 02C05J « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire » ;
- 23M20T « Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée » ;
- 17M06T « Chimiothérapie pour autre tumeur, très courte durée » ;
- 20Z051 « Ethylisme aigu, niveau 1 » ;
- 15M05B « Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), avec autre problème significatif » ;
- 06K02Z « Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours ».

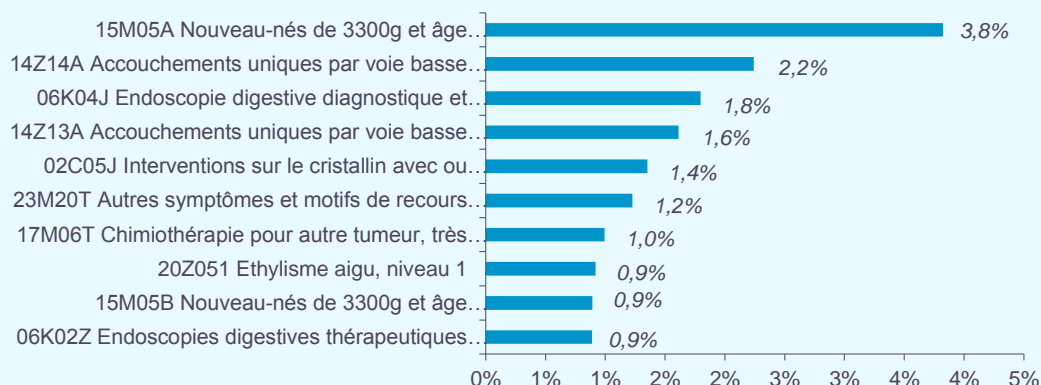
Les GHM avec le volume économique le plus important sont:

- 14Z14A « Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative » ;
- 23Z02Z « Soins Palliatifs, avec ou sans acte » ;
- 14Z13A « Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative » ;
- 15M05A « Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif » ;
- 04M053 « Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3 » ;
- 14C08A « Césariennes pour grossesse unique, sans complication significative » ;
- 23M20Z « Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23 » ;
- 05M092 « Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 2 » ;
- 05M093 « Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3 » ;
- 02C05J « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire ».

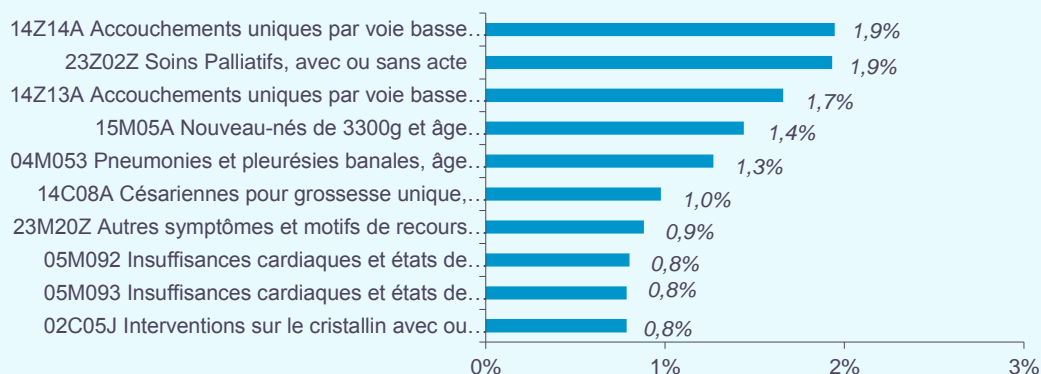
Parmi ces dix GHM, cinq d'entre eux ne figuraient pas parmi les GHM possédant le plus de séjours.

F 29 | Les 10 GHM ayant le poids le plus important en 2012

Part des 10 GHM dans le total des séjours (hors séances) en nombre en 2012 : 16%



Part des 10 GHM dans le total des séjours (hors séances) en volume économique en 2012 : 13%



En termes d'évolution, les GHM les plus contributeurs à l'augmentation du volume économique, hors séances, sont les mêmes que l'an passé :

- « Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3 » (04M053) avec +14,0% de séjours et +13,7% de volume économique ;
- « Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3 » (05M093) avec +13,2% de séjours et +13,1% de volume économique ;
- « Bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 3 » (04M203) avec +18,9% de séjours et +28,7% de volume économique ;
- « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire » (02C05J) avec +9,6% de séjours et +9,6% de volume économique, cette évolution étant notamment liée au vieillissement de la population ;
- « Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 3 » (01M303) avec +10,6% de séjours et +10,5% de volume économique.

Quatre des cinq GHM ayant la croissance la plus rapide sont de niveau 3.

T 46 I Palmarès des 20 GHM qui contribuent le plus à la croissance du volume économique

Séjours en milliers, Montants en M€		Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
04M053	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	74,30	339,35	+13,7%	+14,0%	-0,3%	5,2%
05M093	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3	43,38	210,08	+13,1%	+13,2%	-0,1%	3,1%
04M203	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 3	18,34	94,78	+28,7%	+28,9%	-0,1%	2,7%
02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	147,61	209,99	+9,6%	+9,6%	-0,0%	2,3%
01M303	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 3	24,65	170,60	+10,5%	+10,6%	-0,1%	2,1%
04M073	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	14,64	96,79	+18,2%	+18,1%	+0,1%	1,9%
06C043	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 3	16,26	175,51	+7,7%	+8,2%	-0,5%	1,6%
04M033	Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	17,17	61,71	+24,0%	+24,2%	-0,2%	1,5%
11M044	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	13,91	71,91	+19,7%	+18,7%	+0,8%	1,5%
06C044	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 4	6,87	118,75	+10,4%	+11,9%	-1,4%	1,4%
06K04J	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	196,27	145,14	+8,1%	+8,1%	+0,0%	1,4%
05C032	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 2	4,75	79,59	+14,6%	+14,8%	-0,2%	1,3%
01M302	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 2	28,16	136,61	+7,6%	+8,1%	-0,4%	1,2%
08C493	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	8,45	82,56	+12,8%	+13,3%	-0,4%	1,2%
10M13Z	Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques	80,52	59,01	+17,6%	+17,8%	-0,2%	1,1%
16M113	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	11,62	60,97	+16,1%	+15,9%	+0,2%	1,1%
10C131	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité, niveau 1	7,62	36,83	+29,7%	+30,1%	-0,3%	1,1%
19M063	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans, niveau 3	15,46	83,04	+11,0%	+11,3%	-0,3%	1,0%
14Z14A	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative	244,71	520,03	+1,6%	+1,5%	+0,0%	1,0%
08C563	Interventions pour infections ostéoarticulaires, niveau 3	5,05	56,38	+16,6%	+16,7%	-0,1%	1,0%

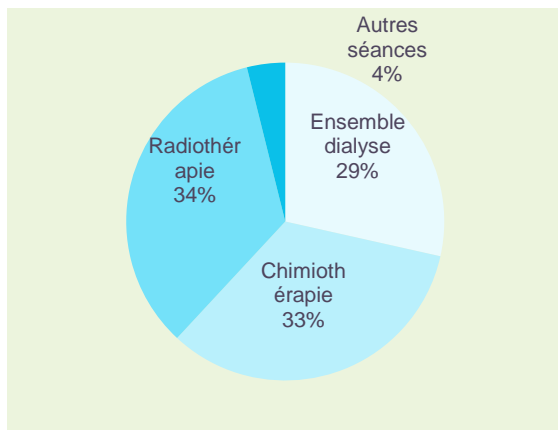
3.11. Focus sur les séances

5,5 millions de séances ont été réalisées en 2012 par les établissements de santé du secteur ex-DG, dont 0,1 million de séances de dialyse hors centre rémunérées en forfaits D.

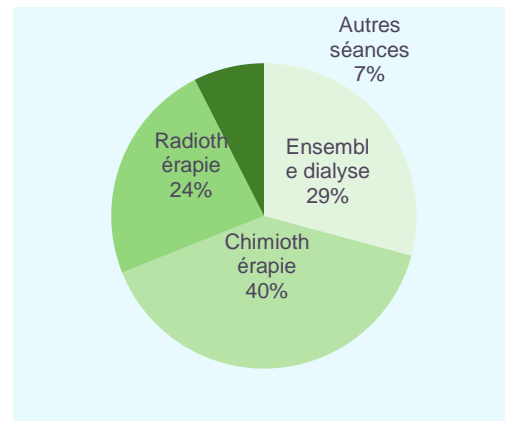
La radiothérapie représente 34% des séances et 24% du volume économique. 33% des séances (soit 40% du volume économique) sont des séances de chimiothérapie. Enfin, la dialyse couvre 29% des séances et 29% de la masse financière.

F 30 I Répartition de l'activité par type de séances

En nombre de séjours réalisés



En volume économique associé



L'augmentation des séances est liée aux activités de chimiothérapie et de radiothérapie. La progression des séances de chimiothérapie (+6,3%) explique plus de la moitié de la croissance globale des séances.

Sur la dialyse, le volume économique des forfaits de dialyse hors centre progresse très rapidement (+17%) indiquant ainsi un net développement de ces prises en charge (+18% de forfaits de dialyse hors centre).

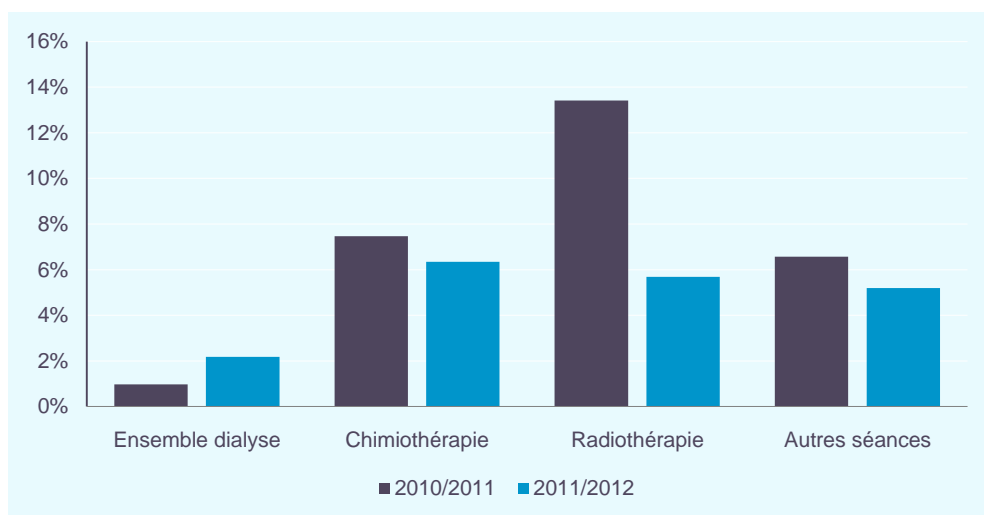
T 47 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 des séances par racine

Séjours en milliers, Montants en M€	Nombre de séances en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution des séances	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée (28Z01Z)	1,87	0,80	+29,3%	+29,2%	0,0%	0,2%
Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire (28Z02Z)	2,36	0,95	+14,8%	+14,4%	0,3%	0,1%
Entraînements à l'hémodialyse (28Z03Z)	17,35	9,46	-21,8%	-22,4%	0,7%	-3,1%
Hémodialyse (28Z04Z)	1431,78	496,48	+2,0%	+2,0%	0,0%	11,4%
Dialyse en centre	1 453,4	507,69	+1,5%	+1,7%	-0,2%	8,6%
Dialyse hors centre*	104,0	27,59	+17,5%	+18,5%	-0,8%	4,8%
Chimiothérapie pour tumeur (28Z07)	1449,77	586,80	+5,9%	+5,9%	0,0%	38,3%
Chimiothérapie pour affection non tumorale (28Z17)	382,08	141,83	+8,4%	+8,3%	0,0%	12,9%
Chimiothérapie	1831,84	728,63	+6,3%	+6,4%	0,0%	51,2%
Radiothérapie	1876,61	432,17	+5,7%	+0,8%	4,8%	27,4%
Transfusions (28Z14Z)	156,67	100,36	+2,5%	+2,6%	-0,1%	2,9%
Oxygénothérapie hyperbare (28Z15Z)	33,98	7,75	+10,7%	+10,8%	-0,1%	0,9%
Aphérèses sanguines (28Z16Z)	22,36	29,09	+14,0%	+14,0%	0,1%	4,2%
Autres séances	213,01	137,19	+5,2%	+4,9%	0,2%	8,0%

* Dialyse hors centre financée en forfaits D.

L'atténuation de l'évolution du volume économique de la radiothérapie est à prendre avec précaution puisque le groupage des données antérieures à 2011 est complexe. La progression 2010/2011 de cette activité est certainement très surestimée.

F 31 I Evolution du volume économique par type de séances



Le nombre de séances par patient est très différent d'une activité à l'autre (71 séances par patient pour la dialyse et 7 pour la chimiothérapie).

Il diminue pour la dialyse en centre. Il est en revanche stable pour la chimiothérapie.

T 48 I Nombre de patients et nombre moyen de séances ou forfaits par patient

Patients en milliers	Nombre de patients			Nombre moyen de séances ou forfaits par patient		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Dialyse en centre	19,43	19,74	20,26	72,0	72,1	71,4
Dialyse hors centre*	1,54	2,70	1,68	-	-	-
Radiothérapie	80,92	87,43	90,01	20,1	20,3	20,0
Chimiothérapie	223,79	235,25	246,45	7,1	7,3	7,4
Autres séances	41,75	44,40	47,01	4,5	4,5	4,5

* Dialyse hors centre financée en forfaits D. Pour les forfaits relatifs à la dialyse péritonéale il s'agit de forfaits hebdomadaires correspondant environ à 3 séances par semaine : étant donné le faible nombre de patients, le nombre exact de forfaits par patient est fluctuant et n'est pas présenté.

4. Fiches d'analyse du secteur ex-OQN

L'étude utilise des données d'activités groupées selon une seule et même version de classification, la version 11d, et valorisées par les tarifs en vigueur au 1^{er} mars 2012.

4.1. Régions

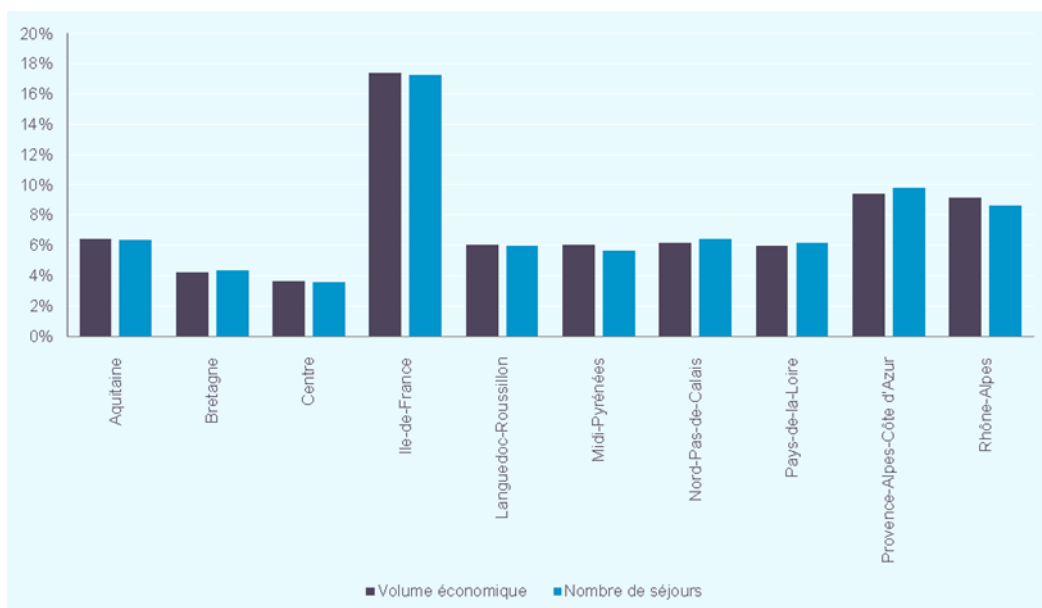
Les régions qui possèdent le plus grand nombre de séjours et séances sont :

- Ile-de-France (17,3%) ;
- Provence-Alpes-Côte d'Azur (8,9%) ;
- Rhône-Alpes (8,6%) ;
- Nord-Pas-de-Calais (6,4%) ;
- Aquitaine (6,4%).

Les mêmes régions présentent le volume économique le plus important :

- Ile-de-France (17,4%) ;
- Provence-Alpes-Côte d'Azur (9,4%) ;
- Rhône-Alpes (9,1%) ;
- Aquitaine (6,4%) ;
- Nord-Pas-de-Calais (6,2%).

F 32 I Les 10 régions ayant le poids le plus important en nombre de séjours et en volume économique



Les régions contribuant le plus à l'augmentation du volume économique entre 2011 et 2012 sont :

- Provence-Alpes-Côte d'Azur avec +1,8% de volume économique ;
- Languedoc-Roussillon, avec +2,7% de volume ;
- Midi-Pyrénées avec +2,1% de volume économique ;
- Nord-Pas-de-Calais avec +2,0% de volume économique ;
- Bretagne avec +2,6% de volume économique.

Une des tendances remarquables est la baisse d'activité des cliniques d'Ile-de-France.

T 49 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par région

Séjours en milliers, Montants en M€	Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
Alsace	141,22	135,15	+1,3%	+2,7%	-1,4%	2,6%
Aquitaine	453,45	447,72	+0,7%	+1,7%	-1,0%	4,7%
Auvergne	147,02	136,29	+0,3%	+1,2%	-0,9%	0,5%
Bourgogne	181,17	171,89	+2,0%	+1,8%	+0,2%	5,1%
Bretagne	307,71	294,48	+2,6%	+2,1%	+0,5%	11,4%
Centre	252,56	251,66	+2,2%	+1,4%	+0,7%	8,1%
Champagne-Ardenne	164,12	149,93	-3,0%	-1,7%	-1,3%	-7,0%
Corse	48,96	45,46	-3,9%	-2,7%	-1,2%	-2,8%
Franche-Comté	80,93	78,23	+0,3%	+1,5%	-1,2%	0,4%
Ile-de-France	1 229,46	1 210,58	-1,4%	-0,5%	-0,9%	-25,9%
Languedoc-Roussillon	422,99	421,05	+2,7%	+1,4%	+1,3%	16,7%
Limousin	84,31	88,90	-0,2%	-0,5%	+0,3%	-0,3%
Lorraine	208,25	203,50	+1,3%	+1,0%	+0,3%	4,0%
Midi-Pyrénées	403,82	419,51	+2,1%	+1,7%	+0,4%	12,9%
Nord-Pas-de-Calais	454,93	430,06	+2,0%	+1,1%	+0,9%	12,9%
Normandie-Basse	128,17	135,07	+4,0%	+3,0%	+1,0%	7,9%
Normandie-Haute	213,23	193,31	+1,3%	+0,4%	+0,8%	3,7%
Pays de la Loire	439,80	415,54	+1,6%	+1,5%	+0,1%	9,8%
Picardie	144,14	126,67	+3,7%	+2,4%	+1,2%	6,9%
Poitou-Charentes	154,76	149,12	-1,1%	-1,1%	+0,0%	-2,5%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	696,09	653,24	+1,8%	+1,7%	+0,2%	18,0%
Rhône-Alpes	612,56	635,72	+1,0%	+0,7%	+0,3%	9,6%
Guadeloupe	45,89	47,57	-1,1%	-0,1%	-1,1%	-0,8%
Guyane	6,86	6,66	+2,6%	+6,8%	-3,9%	0,3%
Martinique	21,16	25,30	+1,8%	+0,5%	+1,2%	0,7%
Réunion	66,71	80,58	+2,6%	+2,5%	+0,0%	3,1%
Total	7 110,26	6 953,19	+1,0%	+1,0%	-0,0%	100,0%

4.2. Catégories d'établissements

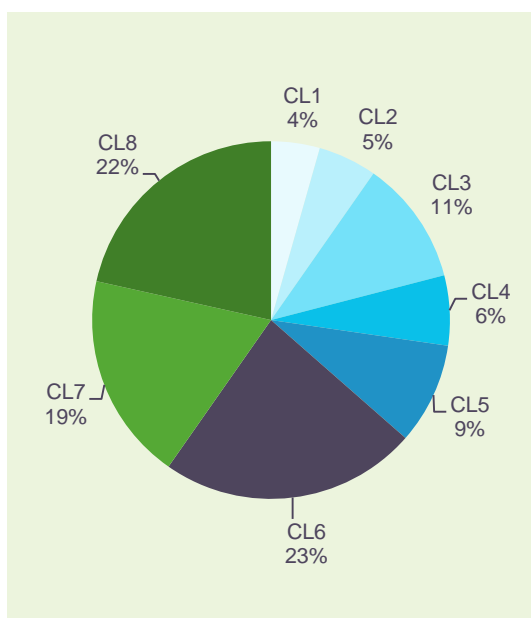
La répartition des séjours par catégorie d'établissements est similaire à celle du volume économique. Un peu moins de 70% de l'activité, mesurée en volume économique, est produite par des établissements dont le volume est supérieur à 13 M€. Ceux dont le volume est compris entre 6 et 13 M€ concentrent environ 25% de l'activité. Enfin, les établissements dont le volume est inférieur à 6 M€ représentent moins de 10% de l'activité.

T 50 I Description des catégories d'établissements du secteur ex-OQN

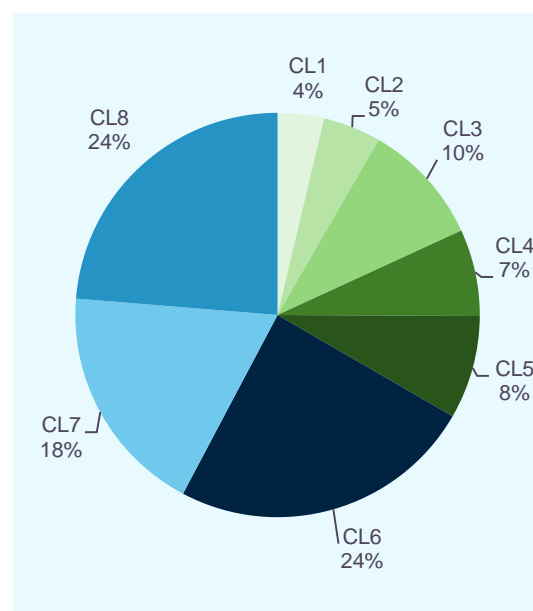
Catégorie d'établissements	Libellé de la Catégorie d'établissements
CL1	Volume économique < 6M€, activité diversifiée
CL2	Volume économique inférieur à 6M€, chirurgie
CL3	Volume économique compris entre 6M€ et 13M€, activité diversifiée
CL4	Volume économique compris entre 6M€ et 13M€, beaucoup de chirurgie dont peu de chirurgie ambulatoire
CL5	Volume économique compris entre 6M€ et 13M€, beaucoup de chirurgie dont beaucoup de chirurgie ambulatoire
CL6	Volume économique supérieur à 13M€, activité diversifiée
CL7	Volume économique supérieur à 13M€, peu de chirurgie mais beaucoup d'obstétrique
CL8	Volume économique supérieur à 13M€, chirurgie

F 33 I Répartition de l'activité 2012 par catégorie d'établissements

En nombre de séjours réalisés



En volume économique associé



Le volume économique de l'activité du secteur a augmenté de +1% en 2012.

Cette évolution diffère selon la catégorie d'établissements :

- l'activité des cliniques privées dont le volume est supérieur à 13 M€ augmente plus rapidement que la croissance globale du secteur, entraînant mécaniquement une contribution positive;
- le volume des établissements appartenant aux autres classes est en baisse en raison d'une baisse du nombre de séjours ;
- du fait de la croissance rapide de l'activité des cliniques privées dont le volume économique est supérieur à 13 M€ et ayant une activité diversifiée, cette classe d'établissements est celle qui contribue le plus fortement à la croissance du volume.

T 51 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par catégorie d'établissements

Séjours en milliers, Montants en M€	Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
Volume économique < 6M€, activité diversifiée	313,04	257,65	-4,4%	-4,9%	+0,5%	-18,0%
Volume économique inférieur à 6M€, chirurgie	377,07	321,30	-5,9%	-5,3%	-0,7%	-30,7%
Volume économique compris entre 6M€ et 13M€, activité diversifiée	800,73	682,25	-1,6%	-0,1%	-1,5%	-16,5%
Volume économique compris entre 6M€ et 13M€, beaucoup de chirurgie dont peu de chirurgie ambulatoire	450,08	482,76	+2,9%	+1,8%	+1,1%	20,5%
Volume économique compris entre 6M€ et 13M€, beaucoup de chirurgie dont beaucoup de chirurgie ambulatoire	651,88	574,82	-0,1%	-0,1%	+0,0%	-0,6%
Volume économique supérieur à 13M€, activité diversifiée	1 652,92	1 696,42	+2,4%	+2,4%	+0,1%	61,2%
Volume économique supérieur à 13M€, peu de chirurgie mais beaucoup d'obstétrique	1 335,12	1 289,76	+2,9%	+2,9%	-0,0%	55,6%
Volume économique supérieur à 13M€, chirurgie	1 529,42	1 648,24	+1,1%	+1,5%	-0,3%	28,4%
Total	7 110,26	6 953,19	+1,0%	+1,0%	-0,0%	100,0%

Le nombre de séjours par patient⁷ est stable entre 2010 et 2012. La progression de l'activité du secteur est liée à une progression du nombre de patients et non pas à l'augmentation du nombre de séjours réalisés par patient.

T 52 I Evolution du nombre moyen de séjours par patient

	Nombre moyen de séjours par patient		
	2010	2011	2012
Total secteur	1,24	1,24	1,24

⁷ Ces résultats portent uniquement sur les séjours/séances dont le chaînage est correct sur les périodes étudiées.

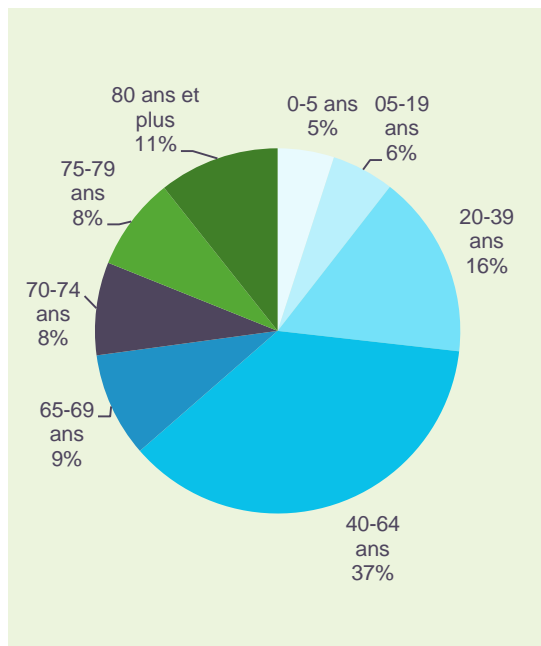
4.3. Âge des patients

En 2012, 11% des séjours soit 6% du volume économique concernent des jeunes patients de moins de 19 ans. Ce sont les prises en charge des personnes âgées entre 20 et 65 ans qui représentent environ la moitié de l'activité, que ce soit en nombre de séjours ou volume économique. Enfin, celles des patients âgés de plus de 65 ans représentent 36% des séjours et 45% du volume économique.

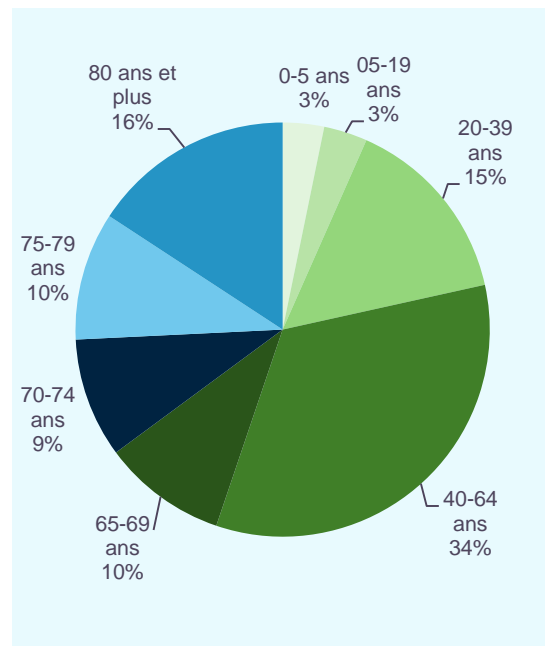
Comme pour le secteur ex-DG, pour les tranches d'âges supérieures à 65 ans, la part en volume économique est supérieure à la celle en nombre de séjours. La lourdeur des pathologies associée aux personnes âgées est à l'origine de ce phénomène.

F 34 I Répartition de l'activité 2012 par classe d'âge

En nombre de séjours réalisés



En volume économique associé



En termes d'évolution, la hausse du volume économique est particulièrement élevée pour deux classes d'âge: celles des patients âgés entre 65 et 69 ans et de celles des plus de 80 ans. La croissance globale de l'activité du secteur s'explique essentiellement par les séjours de ces deux classes d'âges. Le dynamisme des séjours associés aux personnes âgées entre 65 et 69 ans est notamment lié à l'entrée dans cette classe d'âge de la deuxième génération du « baby-boom ».

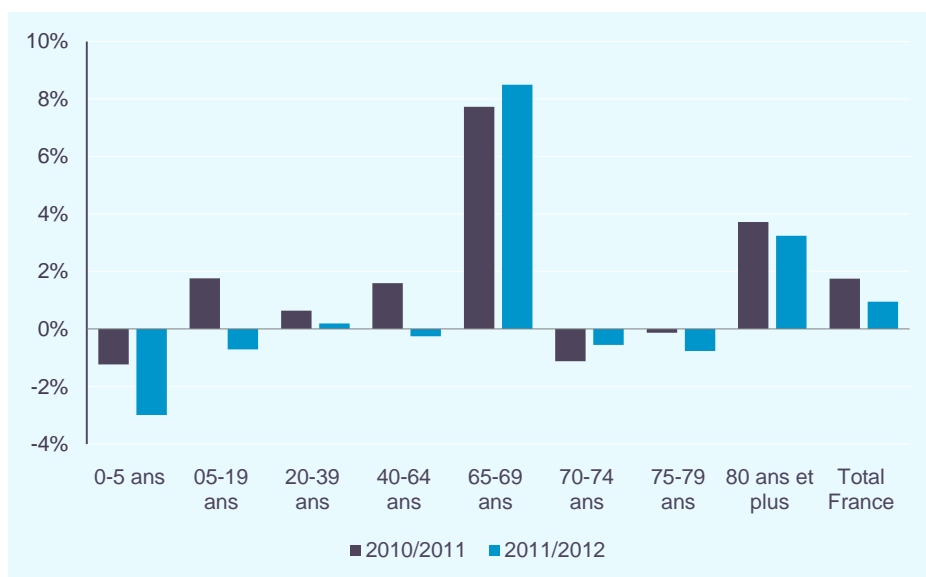
Pour toutes les autres classes d'âge, exceptée celle des patients âgés de 20-39 ans, le volume économique diminue, baisse souvent expliquée par celle du nombre de séjours.

T 53 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par classe d'âge

Séjours en milliers, Montants en M€	Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
0-5 ans	355,23	224,34	-3,0%	-3,1%	+0,2%	-10,5%
5-19 ans	393,54	236,33	-0,7%	-0,2%	-0,5%	-2,6%
20-39 ans	1 155,68	1 036,40	+0,2%	+0,6%	-0,4%	2,9%
40-64 ans	2 616,90	2 340,43	-0,3%	-0,3%	-0,0%	-9,1%
65-69 ans	658,90	673,92	+8,5%	+8,5%	-0,0%	80,5%
70-74 ans	585,18	650,01	-0,5%	+0,2%	-0,8%	-5,5%
75-79 ans	586,28	695,18	-0,8%	-0,1%	-0,6%	-8,2%
80 ans et plus	758,54	1 096,58	+3,2%	+3,8%	-0,5%	52,5%
Total	7 110,26	6 953,19	+1,0%	+1,0%	-0,0%	100,0%

L'infléchissement de la tendance du volume économique s'observe pour la plupart des classes d'âge. Ce constat n'est cependant pas valable les séjours des personnes âgées entre 65 et 69 ans. Pour cette tranche d'âge, l'accélération du volume économique peut être le résultat de l'entrée de la génération « 1947 » du « baby-boom » dans cette classe d'âge.

F 35 I Evolution du volume économique par classe d'âge



Le nombre de séjours par patient est stable entre 2010 et 2012 quelle que soit la classe d'âge.

La progression de l'activité par classe d'âge est donc liée à une progression du nombre de patients et non pas à l'augmentation du nombre de séjours réalisés par patient. De plus, le nombre moyen de séjours par patient augmente avec l'âge.

T 54 I Evolution du nombre moyen de séjours par patient

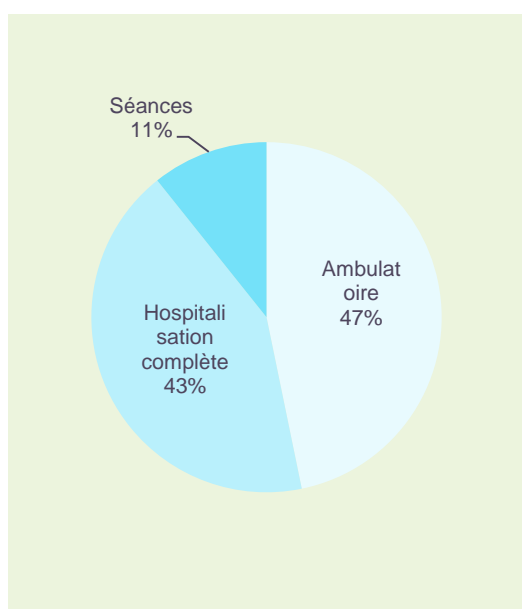
	Nombre moyen de séjours par patient		
	2010	2011	2012
0-5 ans	1,03	1,03	1,03
5-19 ans	1,06	1,06	1,06
20-39 ans	1,16	1,16	1,17
40-64 ans	1,23	1,23	1,23
65-69 ans	1,31	1,31	1,31
70-74 ans	1,35	1,35	1,36
75-79 ans	1,39	1,39	1,40
80 ans et plus	1,40	1,41	1,41
Total	1,24	1,24	1,24

4.4. Types d'hospitalisation

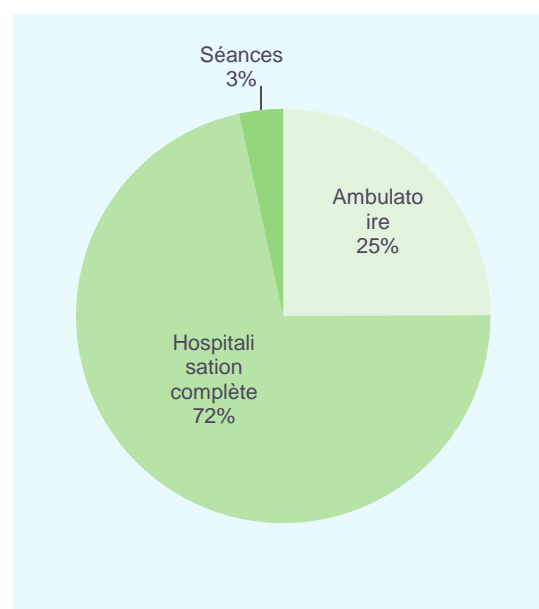
Près de 50% de l'activité du secteur ex-OQN est réalisée en ambulatoire. Ce type de prise en charge contribue à la quasi-totalité de la croissance du secteur.

F 36 I Répartition de l'activité 2012 par type d'hospitalisation

En nombre de séjours réalisés



En volume économique



Le volume économique évolue différemment selon le type de prise en charge :

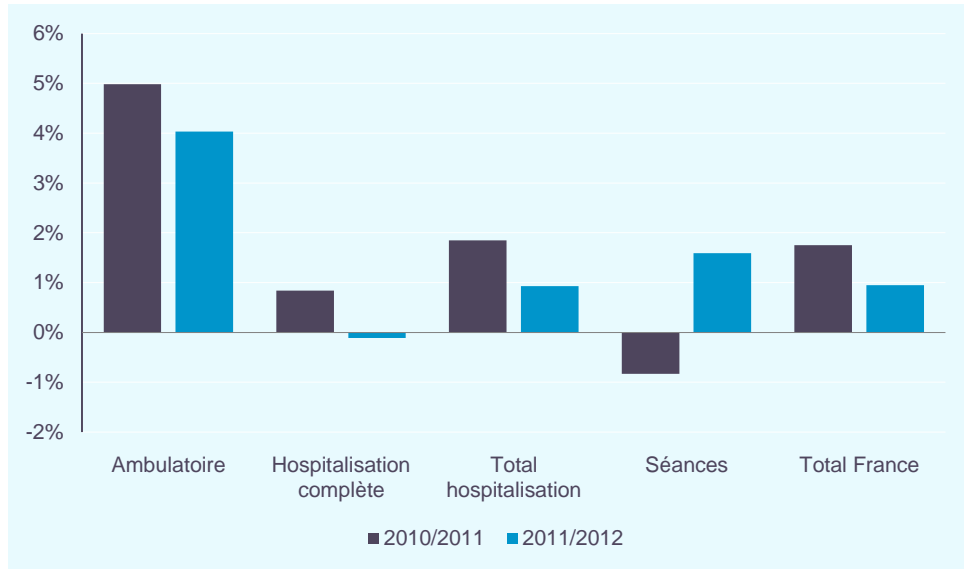
- en ambulatoire, il augmente de +4,0%. Cette évolution est le résultat de la hausse des séjours (+3,1%) ;
- en hospitalisation complète, le volume économique est stable. Cette stabilité est liée à la diminution du nombre de séjours (-1,5%) conjuguée à la hausse similaire de l'effet structure (+1,5%) ;
- les séances (principalement de chimiothérapie) augmentent de +1,8%.

T 55 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par type d'hospitalisation

Séjours en milliers, Montants en M€	Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
Ambulatoire	3 325,68	1 734,55	+4,0%	+3,1%	+0,9%	102,5%
Hospitalisation complète	3 022,04	4 980,32	-0,1%	-1,5%	+1,5%	-8,2%
Total hospitalisation	6 347,72	6 714,87	+0,9%	+0,9%	+0,1%	94,3%
Séances	762,54	238,32	+1,6%	+1,8%	-0,3%	5,7%
Total	7 110,26	6 953,19	+1,0%	+1,0%	-0,0%	100,0%

La décélération du volume économique ne concerne pas les séances. Au contraire, cette activité progresse en 2012 alors qu'elle était en diminution en 2011.

F 37 I Evolution du volume économique par type d'hospitalisation



Une baisse de la durée moyenne de séjours (DMS) entre 2010 et 2012

Entre 2010 et 2012, la DMS (calculée uniquement sur l'hospitalisation complète) diminue progressivement.

Elle était de 4,63 jours en 2010, puis 4,56 jours en 2011 et atteint 4,51 jours en 2012.

T 56 I Evolution du nombre moyen de séjours par patient

	Nombre moyen de séjours par patient		
	2010	2011	2012
Ambulatoire	1,13	1,14	1,14
Hospitalisation complète	1,20	1,20	1,20
Total hospitalisation	1,24	1,24	1,24

4.5. Catégories d'activité de soins, hors séances

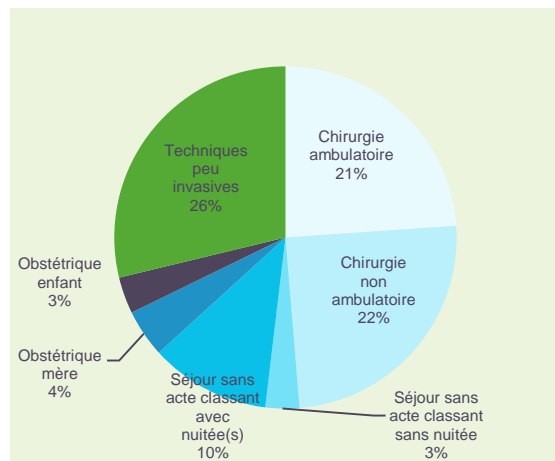
L'activité du secteur ex-OQN se concentre sur la **chirurgie** et les **techniques peu invasives** :

- La **chirurgie non ambulatoire** représente 22% des séjours et 48% du volume économique ;
- La **chirurgie ambulatoire** concentre 21% des séjours et 15% du volume économique ;
- Les **techniques peu invasives** représentent 26% des séjours et 15% du volume.

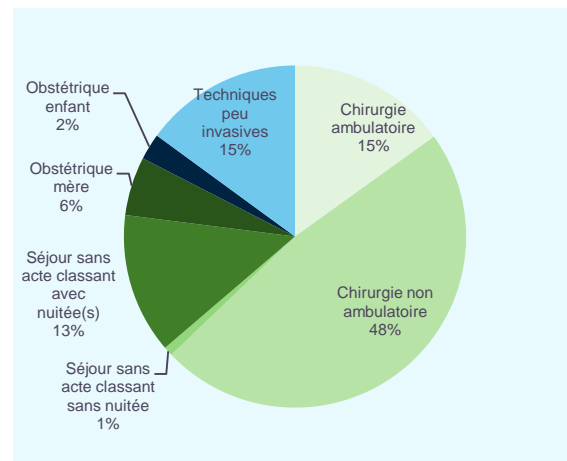
Moins de 15% de l'activité, que ce soit en nombre de séjours ou en volume économique concernent des **séjours de sans acte classant**. 7% des séjours sont des séjours d'**obstétrique/nouveau-nés**.

F 38 I Répartition de l'activité 2012 par catégorie d'activité de soins

En nombre de séjours réalisés



En volume économique associé



En termes d'évolution, l'évolution de l'effet structure est assez faible en dehors des séjours de chirurgie et des séjours sans acte classant d'au moins une nuit.

La progression des séjours correspondant à des prises en charge courtes (séjours ambulatoires ou de courte durée) est assez soutenue. Ces hausses (+3,7% pour les séjours chirurgicaux et +9,5% pour les séjours sans acte classant) sont concomitantes à une baisse des séjours dont moins une nuit.

L'activité d'obstétrique/nouveau-nés est en baisse pour ce secteur.

Les techniques peu invasives ont une évolution dynamique avec une augmentation du volume économique de +1,8% en raison d'une hausse équivalente du nombre de séjours.

T 57 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par catégorie d'activité de soins

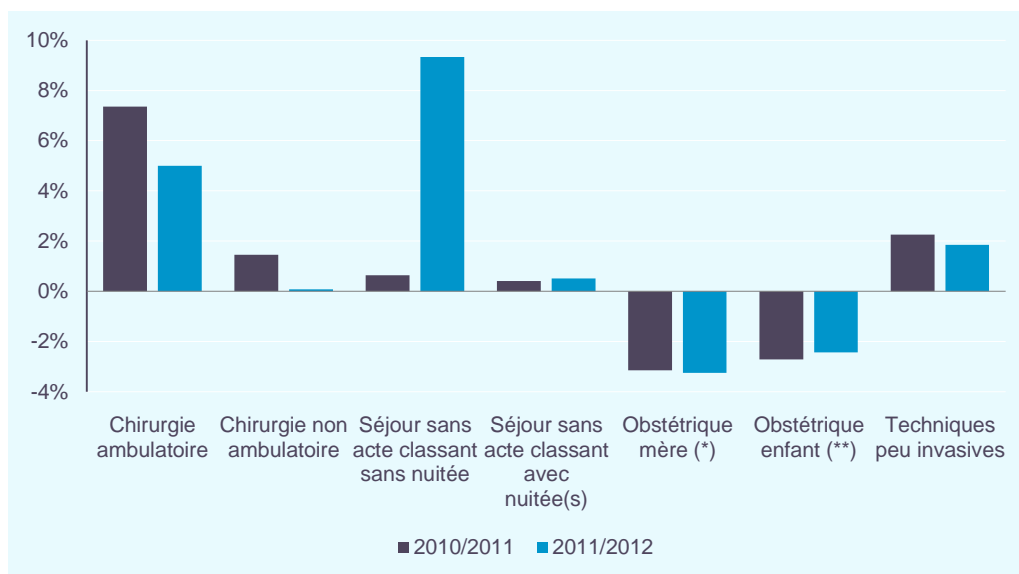
Séjours en milliers, Montants en M€	Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
Chirurgie ambulatoire	1 517,56	1 012,19	+5,0%	+3,7%	+1,3%	73,6%
Chirurgie non ambulatoire	1 573,03	3 209,21	+0,1%	-1,7%	+1,8%	3,9%
Total chirurgie	3 090,59	4 221,40	+1,2%	+0,9%	+0,3%	77,5%
Séjour sans acte classant sans nuitée	203,17	57,84	+9,3%	+9,5%	-0,2%	7,5%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	720,96	891,80	+0,5%	-1,0%	+1,5%	6,9%
Total séjour sans acte classant	924,13	949,64	+1,0%	+1,2%	-0,1%	14,5%
Obstétrique mère (*)	287,12	372,82	-3,2%	-3,2%	-0,0%	-19,1%
Obstétrique enfant (**)	219,54	167,17	-2,4%	-2,3%	-0,1%	-6,4%
Total Obstétrique	506,67	539,99	-3,0%	-2,8%	-0,2%	-25,4%
Techniques peu invasives	1 826,34	1 003,83	+1,8%	+1,7%	+0,1%	27,8%

(*) Cette catégorie ne porte pas que sur les accouchements.

(**) Cette catégorie ne porte pas que sur les naissances et couvre tous les séjours de nourrissons de moins de 120 jours.

En dehors du dynamisme des séjours sans acte classant de courte durée, les évolutions observées en 2012 sont dans la continuité de celles de 2011.

F 39 I Evolution du volume économique par CAS



Pour toute catégorie d'activités de soins, le nombre de séjours par patient⁸ est stable depuis 2010. Les évolutions constatées précédemment notamment sur la chirurgie sont donc imputables à la prise en charge de nouveaux patients. Le nombre moyen de séjour par patient est plus faible pour les séjours chirurgicaux que pour les séjours sans actes classant.

T 58 I Evolution du nombre moyen de séjours par patient

	Nombre moyen de séjours par patient		
	2010	2011	2012
Chirurgie ambulatoire	1,15	1,16	1,16
Chirurgie non ambulatoire	1,10	1,10	1,10
Séjours sans acte classant et sans nuitée	1,23	1,22	1,23
Séjours sans actes classant avec nuitée(s)	1,24	1,24	1,25
Obstétrique mère	1,14	1,14	1,14
Obstétrique enfant	1,01	1,01	1,01
Techniques peu invasives	1,07	1,07	1,07

⁸ Ces résultats portent uniquement sur les séjours dont le chaînage est correct sur les périodes étudiées.

4.6. Niveaux de sévérité, hors séances

En 2012, 26% de l'ensemble des séjours réalisés sont **sans sévérité** soit 34% de l'ensemble du volume économique.

Les séjours des **niveaux 2 et 3** représentent près de 25% du volume économique. 7% des séjours sont de niveau 2 et 2% de niveau 3.

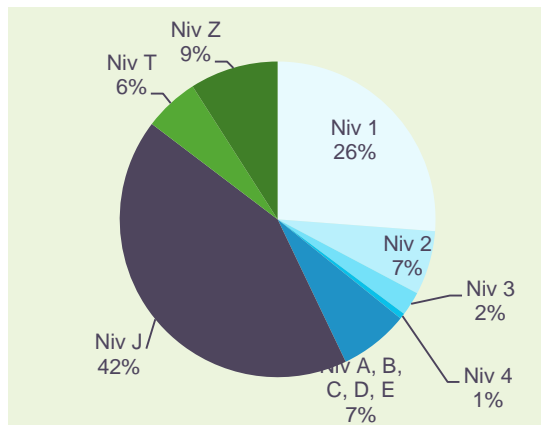
Les séjours de **niveau 4** sont très peu nombreux (1%) et concentrent moins de 3% du volume économique.

A l'inverse, les séjours **relevant de la prise en charge en ambulatoire ou de courte durée (niveau J et T)** représentent 48% des séjours et 24% du volume économique.

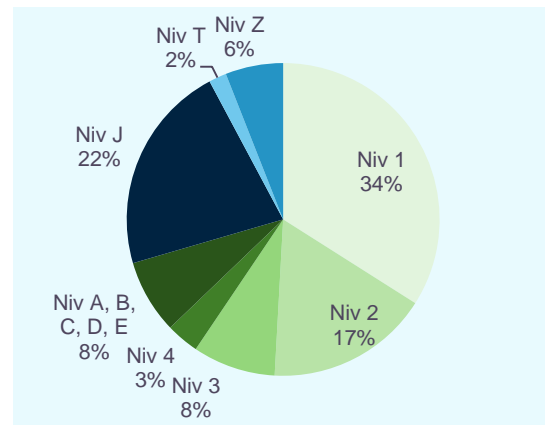
Moins de 10% de l'activité, que ce soit en séjours ou en volume économique sont classés dans des GHM indifférenciés (**niveau Z**).

F 40 I Répartition de l'activité 2012 par niveau de sévérité

En nombre de séjours réalisés

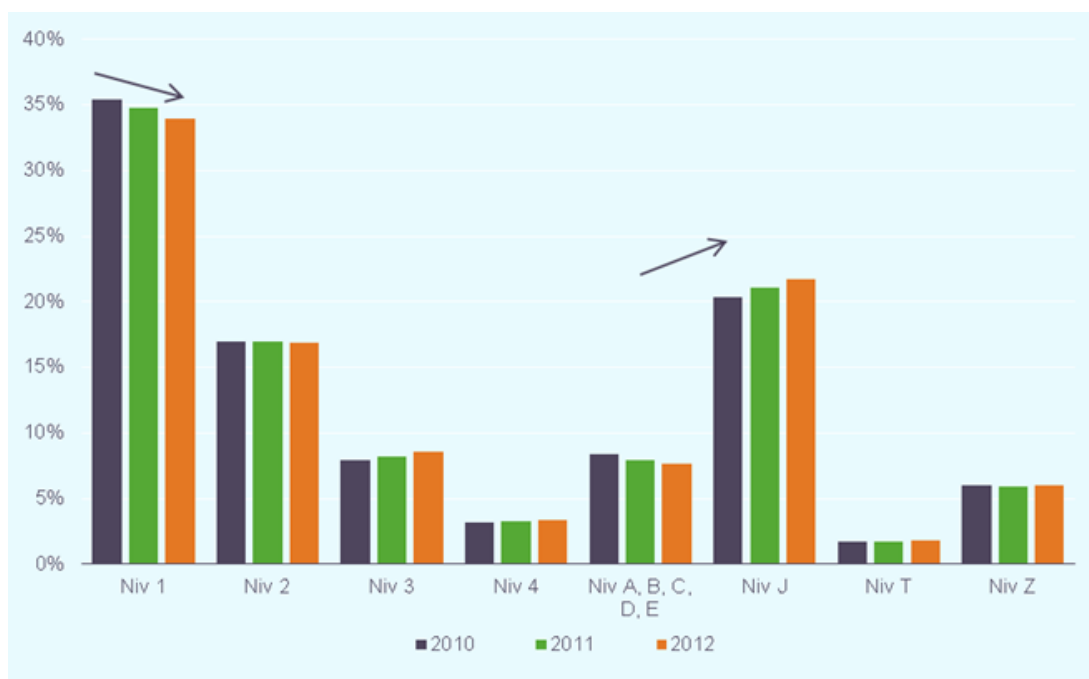


En volume économique associé



NOMBRE : Le niveau E est transversal et ne concerne pas uniquement les CMD 14 et 15.

F 41 I Répartition de l'activité de chaque niveau de sévérité en volume économique associé en 2010, 2011 et 2012



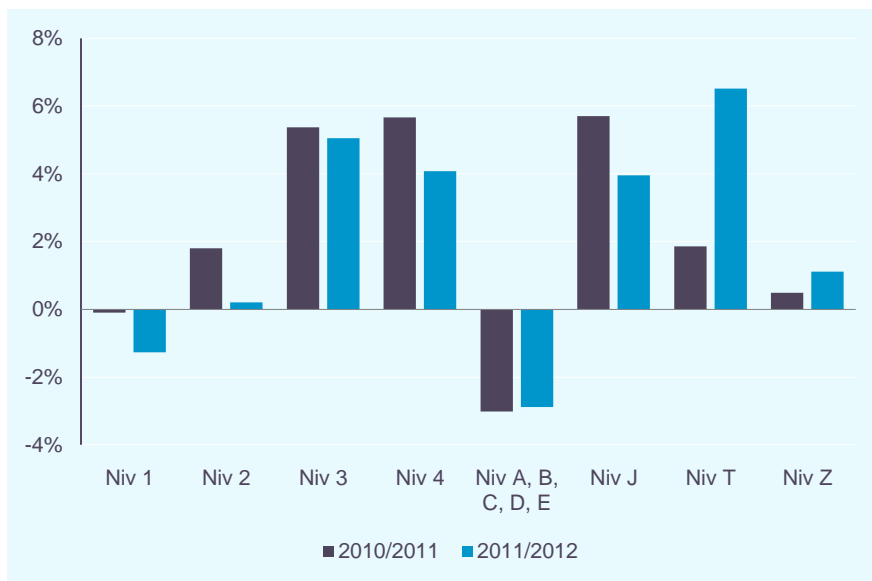
Le volume économique des séjours sans sévérité a diminué au profit de celui des séjours des niveaux 3, 4 et des prise en charge en ambulatoire (J). La croissance du volume économique total s'explique principalement par la progression de l'ambulatoire.

T 59 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par niveau de sévérité

Séjours en milliers, Montants en M€	Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
1	1 663,05	2 282,64	-1,3%	-2,6%	+1,3%	-44,6%
2	416,08	1 133,10	+0,2%	+0,3%	-0,1%	3,6%
3	156,45	575,46	+5,1%	+5,2%	-0,2%	42,2%
4	37,07	228,29	+4,1%	+5,2%	-1,1%	13,6%
J	2 693,43	1 458,24	+4,0%	+2,9%	+1,1%	84,5%
T	356,49	122,58	+6,5%	+5,3%	+1,2%	11,4%
Total 1, 2, 3, 4, J, T	5 322,57	5 800,30	+1,3%	+1,1%	+0,1%	110,8%
A	382,45	435,39	-3,7%	-3,7%	-0,1%	-25,8%
B	61,00	65,27	+2,7%	+3,2%	-0,5%	2,6%
C	4,62	10,68	-0,8%	+0,9%	-1,6%	-0,1%
D	0,50	1,14	+7,8%	+8,6%	-0,7%	0,1%
E	2,05	1,17	-3,3%	-1,4%	-2,0%	-0,1%
Total A, B, C, D, E	450,61	513,66	-2,9%	-2,7%	-0,2%	-23,2%
Z	574,54	400,91	+1,1%	+1,1%	+0,0%	6,8%

Un infléchissement de la dynamique d'activité s'observe pour les séjours des niveaux 2, 3 et 4 puisque l'augmentation du volume économique de 2012 est moindre que celle de 2011. En revanche, la croissance du volume des séjours de courte durée (niveau T) s'accélère.

F 42 I Evolution du volume économique par niveau de sévérité



4.7. Catégories majeures de diagnostics (CMD), hors séances

Parmi les séjours, hors séances, les cinq CMD qui concentrent le plus grand nombre de séjours sont :

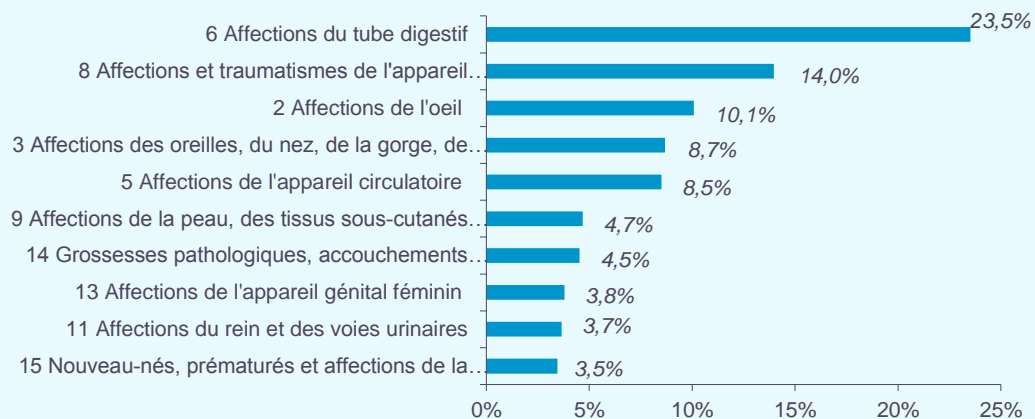
- la CMD 6 Affections du tube digestif ;
- la CMD 8 Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif ;
- la CMD 2 Affections de l'œil ;
- la CMD 3 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents ;
- la CMD 5 Affections de l'appareil circulatoire.

Les cinq CMD représentant le volume économique le plus important sont assez similaires à celles sélectionnées sur le nombre de séjours. Il s'agit de :

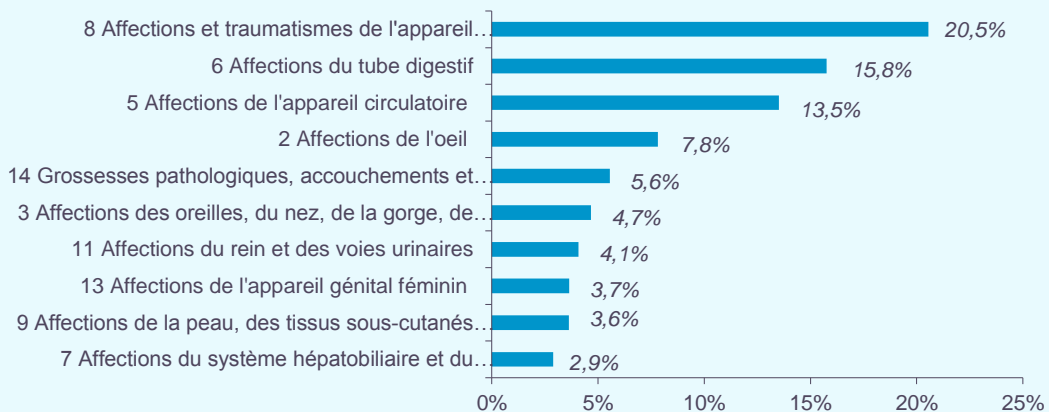
- la CMD 8 Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif ;
- la CMD 6 Affections du tube digestif ;
- la CMD 5 Affections de l'appareil circulatoire ;
- la CMD 2 Affections de l'œil ;
- la CMD 14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum.

F 43 I Les 10 CMD, hors séances, ayant le poids le plus important en 2012

Poids des 10 CMD dans le total des séjours (hors séances) en nombre, en 2012 : 85%



Poids des 10 CMD dans le total des séjours (hors séances) en volume économique en 2012 : 82%



T 60 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par CMD, hors séances

<i>Séjours en milliers, volume économique en M€</i>		Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
1	Affections du système nerveux	192,87	172,07	-1,0%	-0,2%	-0,9%	-2,9%
2	Affections de l'œil	640,17	525,48	+2,8%	+2,9%	-0,1%	23,1%
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	550,77	313,30	+0,6%	+0,2%	+0,4%	3,1%
4	Affections de l'appareil respiratoire	111,24	162,09	+4,5%	+3,8%	+0,7%	11,3%
5	Affections de l'appareil circulatoire	540,38	907,89	+1,0%	+0,4%	+0,5%	13,8%
6	Affections du tube digestif	1 493,28	1 058,04	-0,5%	+0,3%	-0,8%	-8,1%
7	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	121,08	193,86	+1,2%	+2,2%	-1,0%	3,7%
8	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	886,35	1 379,66	+2,1%	+1,1%	+1,0%	46,6%
9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	297,66	243,80	+2,6%	+4,0%	-1,3%	10,1%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	82,95	170,60	+14,6%	+8,2%	+6,0%	35,2%
11	Affections du rein et des voies urinaires	232,24	273,59	+1,3%	+0,9%	+0,4%	5,5%
12	Affections de l'appareil génital masculin	176,07	190,87	-6,4%	-4,4%	-2,1%	-21,1%
13	Affections de l'appareil génital féminin	241,37	245,11	-0,8%	+1,2%	-1,9%	-3,1%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	287,12	372,82	-3,2%	-3,2%	-0,0%	-20,2%
15	Nouveaux-nés, prématurés et affections de la période périnatale	219,54	167,17	-2,4%	-2,3%	-0,1%	-6,7%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques.	35,05	42,28	+3,0%	+2,6%	+0,4%	2,0%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	36,68	50,17	+0,7%	+3,2%	-2,4%	0,6%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	8,05	12,90	+1,0%	+0,8%	+0,2%	0,2%
19	Maladies et troubles mentaux	7,28	8,63	-1,5%	-1,0%	-0,5%	-0,2%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	11,54	11,46	+6,3%	+13,3%	-6,2%	1,1%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	25,18	34,12	-2,7%	-5,3%	+2,8%	-1,5%
22	Brûlures	0,41	0,51	+9,2%	+2,5%	+6,5%	0,1%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	150,12	176,88	+2,9%	+7,3%	-4,2%	7,9%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	0,14	0,43	+16,2%	-4,2%	+21,2%	0,1%
26	Traumatismes multiples graves	0,20	1,14	-20,5%	-13,5%	-8,0%	-0,5%
Total hors séances		6 347,72	6 714,87	+0,9%	+0,9%	+0,1%	100,0%

Cinq CMD contribuent à la majeure partie de la croissance du volume économique :

- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » avec une hausse du volume économique de +2,1% ;
- la CMD 10 « Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles » avec une hausse du volume économique de +14,6% ;
- la CMD 2 « Affections de l'œil » avec une hausse du volume économique de +2,8% ;
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » avec une hausse du volume économique de +1% ;
- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » avec une hausse du volume économique de +4,5%.

La suite du paragraphe analyse plus finement les cinq CMD en présentant les racines les plus contributrices à la croissance de chacune d'elles.

La CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif »

La CMD 8 contribue à 46,6% de la croissance globale de l'activité. Son volume économique augmente de +2,1% avec une évolution du nombre de séjours de +1,1%. Cette progression en 2012 est légèrement inférieure à celle qui avait été observée en 2011.

Cinq racines expliquent plus de 140% de la croissance de cette CMD. Pour ces cinq racines, l'augmentation du nombre de séjours explique la progression du volume économique de la CMD.

T 61 | Racines les plus contributrices à la croissance - CMD 8

Séjours en milliers, volume économique en M€		Nombre de séjours	Volume économique	Evolution du volume économiq ue	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance
08C24	Prothèses de genou	56,7	201,9	+6,9%	+6,9%	-0,1%	45,0%
08C40	Arthroscopies d'autres localisations	55,6	73,0	+8,2%	+8,2%	+0,0%	19,2%
08C52	Autres interventions majeures sur le rachis	15,6	51,6	+11,1%	+11,3%	-0,2%	17,9%
08C27	Autres interventions sur le rachis	40,8	78,3	+6,0%	+5,1%	+0,8%	15,4%
08C34	Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie	32,5	55,8	+8,3%	+8,3%	-0,1%	14,8%
Ensemble des racines de la CMD 8		886,3	1379,7	+2,1%	+1,1%	+1,0%	

La CMD 10 « Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles »

35,2% de la croissance globale de l'activité est liée à la croissance de la CMD 10. Son volume économique progresse +14,6% avec une évolution du nombre de séjours de +8,2%. L'évolution en 2012 est légèrement supérieure à celle observée en 2011.

L'essentiel de la croissance de cette CMD est lié à une racine : les interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité. L'augmentation du nombre de séjours explique la progression du volume économique de la racine.

T 62 I Racines les plus contributrices à la croissance - CMD 10

Séjours en milliers, volume économique en M€		Nombre de séjours	Volume économique	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance
10C13	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité	18,8	82,0	+38,0%	+39,8%	-1,3%	103,6%
Ensemble des racines de la CMD 10		83,0	170,6	+14,6%	+8,2%	+6,0%	

La CMD 2 « Affections de l'œil »

Les affections de l'œil contribuent à 23,1% de la croissance globale de l'activité. Le volume économique de ces séjours atteint +2,8% avec une progression physique des séjours de +2,9%. La progression de cette activité est légèrement inférieure en 2012 à celle qui avait été observée en 2011.

Une racine explique principalement la croissance du volume économique de cette CMD ; il s'agit des interventions sur le cristallin avec une hausse du nombre de séjours de +3,6%

T 63 I Racines les plus contributrices à la croissance - CMD 2

Séjours en milliers, volume économique en M€		Nombre de séjours	Volume économique	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	540,6	435,6	+3,6%	+3,6%	+0,1%	107,2%
Ensemble des racines de la CMD 2		640,2	525,5	+2,8%	+2,9%	-0,1%	

La CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire »

La CMD 5 contribue à 13,8% de la croissance globale de l'activité. L'évolution de cette activité est plus modeste avec une progression du volume économique à +1,0% liée à une augmentation des séjours de +0,4%. Cette progression est inférieure à celle qui avait été observée en 2011.

Sept racines contribuent essentiellement à la croissance du volume économique de cette CMD. L'effet nombre de séjours par racine est important pour cette CMD.

T 64 I Racines les plus contributrices à la croissance - CMD 5

Séjours en milliers, volume économique en M€		Nombre de séjours	Volume économique	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance
05C05	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	4,2	38,7	+13,9%	+12,9%	+0,9%	55,3%
05K06	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	67,6	141,3	+2,5%	+3,1%	-0,6%	40,4%
05K19	Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire	3,8	21,4	+19,3%	+20,9%	-1,3%	40,4%
05C19	Poses d'un défibrillateur cardiaque	3,4	55,4	+4,4%	+4,3%	+0,1%	27,2%
05K05	Endoprothèses vasculaires avec infarctus du myocarde	9,6	23,5	+8,1%	+9,6%	-1,4%	20,5%
05C03	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	5,0	57,1	+2,8%	+2,8%	+0,0%	18,2%
05M09	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	28,5	41,1	+2,6%	+2,2%	+0,4%	12,1%
Ensemble des racines de la CMD 5		540,4	907,9	+1,0%	+0,4%	+0,5%	

La CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire »

11,3% de la croissance globale de l'activité est liée à celle des affections de l'appareil respiratoire. Pour cette activité, le volume économique progresse +4,5% avec une augmentation du nombre de séjours de +3,9%. Cette progression est légèrement supérieure à celle qui avait été observée en 2011.

Quatre racines expliquent près de 80% de la croissance du volume économique de cette CMD. Pour ces cinq racines, l'augmentation du nombre de séjours explique la progression du volume économique de la CMD.

T 65 I Racines les plus contributrices à la croissance - CMD 4

Séjours en milliers, volume économique en M€		Nombre de séjours	Volume économique	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
04M05	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	14,0	19,9	+8,9%	+7,5%	+1,4%	23,4%
04M20	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	9,1	13,6	+12,2%	+11,1%	+1,0%	21,1%
04M03	Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans	7,6	8,3	+17,9%	+18,6%	-0,6%	18,0%
04C02	Interventions majeures sur le thorax	6,9	34,0	+3,4%	+3,0%	+0,4%	15,9%
Ensemble des racines de la CMD 4		111,2	162,1	+4,5%	+3,8%	+0,7%	

4.8. Domaines d'activité (DoAc), hors séances

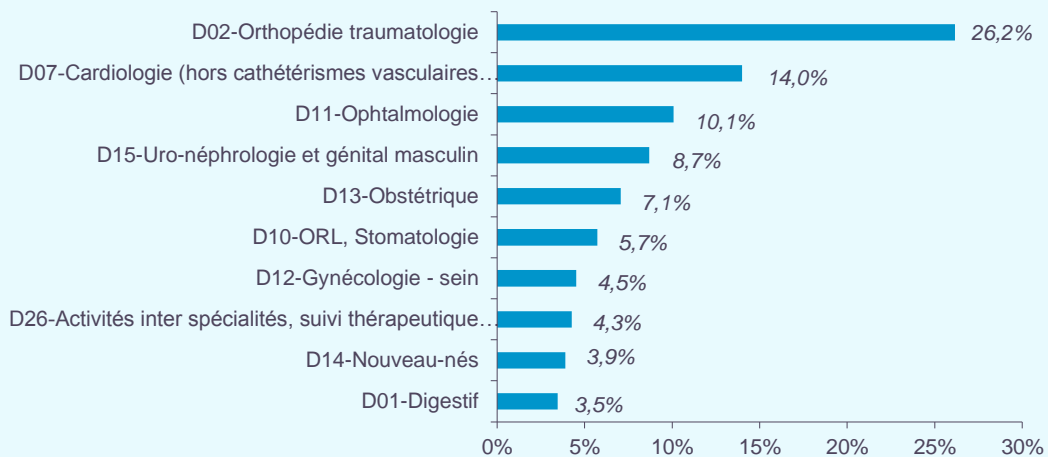
En nombre de séjours, hors séances, trois domaines d'activité ont un poids supérieur à 10% :

- l'orthopédie traumatologie (DoAc 2) ;
- la cardiologie (DoAc 7) ;
- l'ophtalmologie (DoAc 11).

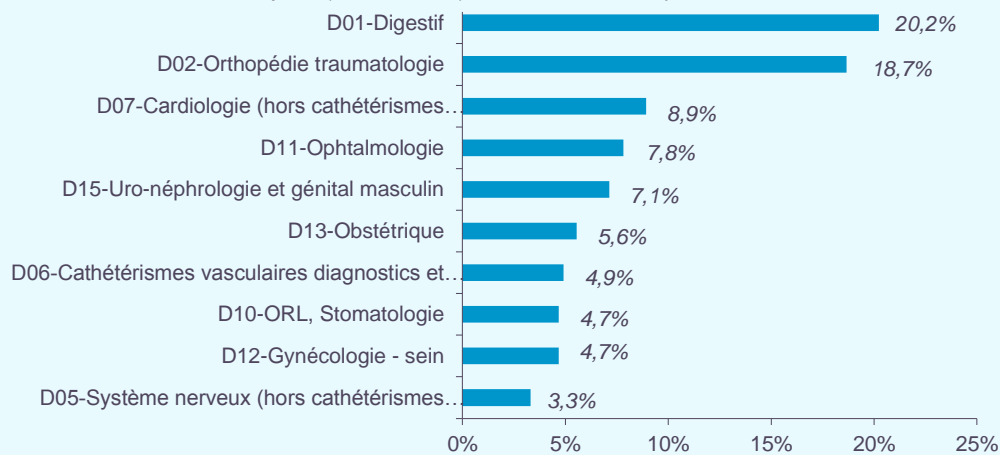
En volume économique, le digestif représente également plus de 20% de l'activité. Quatre autres domaines d'activité représentent entre 5% et 10% du volume économique.

F 44 I Les 10 DoAc, hors séances, ayant le poids le plus important en 2012

Part des 10 DoAc dans le total des séjours (hors séances) en nombre en 2012 : 88%



Part des 10 DoAc dans le total des séjours (hors séances) en volume économique en 2012 : 86%



T 66 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par domaine d'activité (DoAc), hors séances

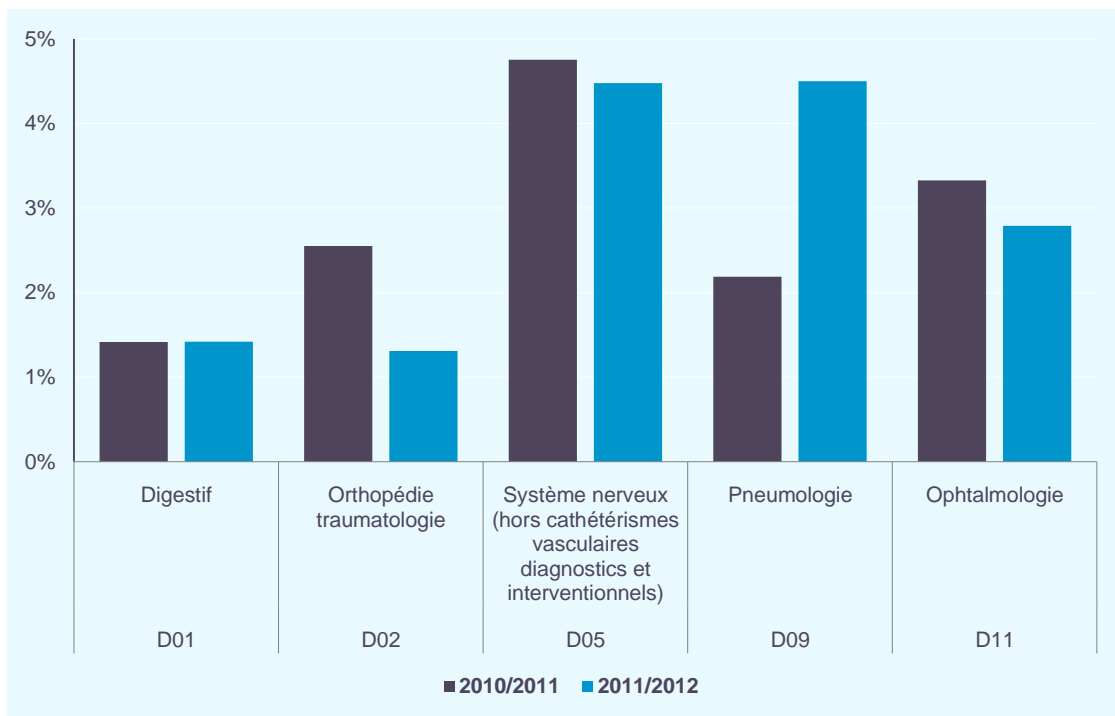
Séjours en milliers, Montants en M€		Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
D01	Digestif	1 660,22	1 358,47	+1,4%	+0,8%	+0,6%	30,8%
D02	Orthopédie traumatologie	887,80	1 253,16	+1,3%	+0,5%	+0,8%	26,2%
D03	Traumatismes multiples ou complexes graves	0,20	1,14	-20,5%	-13,5%	-8,0%	-0,5%
D04	Rhumatologie	50,69	39,28	-1,3%	-2,7%	+1,4%	-0,8%
D05	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels)	110,76	221,76	+4,5%	+4,1%	+0,4%	15,4%
D06	Cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels	188,09	329,86	+2,1%	+1,9%	+0,1%	10,9%
D07	Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels)	364,01	599,44	+0,3%	-0,4%	+0,7%	3,1%
D09	Pneumologie	111,24	162,09	+4,5%	+3,8%	+0,7%	11,3%
D10	ORL, Stomatologie	551,45	314,46	+0,6%	+0,2%	+0,4%	3,3%
D11	Ophthalmologie	640,17	525,48	+2,8%	+2,9%	-0,1%	23,1%
D12	Gynécologie - sein	270,42	314,06	+0,4%	+2,8%	-2,4%	1,8%
D13	Obstétrique	287,12	372,82	-3,2%	-3,2%	-0,0%	-20,2%
D14	Nouveau-nés	219,54	167,17	-2,4%	-2,3%	-0,1%	-6,7%
D15	Uro-néphrologie et génital masculin	448,81	479,17	-1,8%	-1,0%	-0,8%	-14,1%
D16	Hématologie	48,95	65,48	+0,2%	+0,2%	+0,0%	0,2%
D17	Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	22,74	26,64	+8,0%	+22,8%	-12,0%	3,2%
D18	Maladies infectieuses (dont VIH)	7,55	11,49	+2,1%	+1,5%	+0,6%	0,4%
D19	Endocrinologie	58,13	74,58	+1,0%	+3,4%	-2,4%	1,1%
D20	Tissu cutané et tissu sous-cutané	116,93	90,80	+0,4%	+1,5%	-1,1%	0,5%
D21	Brûlures	0,41	0,51	+9,2%	+2,5%	+6,5%	0,1%
D22	Psychiatrie	7,21	8,43	+1,0%	+2,3%	-1,3%	0,1%
D23	Toxicologie, Intoxications, Alcool	17,88	17,83	+5,6%	+6,7%	-1,0%	1,5%
D24	Douleurs chroniques, Soins palliatifs	29,52	107,34	+2,7%	+4,3%	-1,5%	4,6%
D26	Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	247,86	173,44	+1,7%	+3,9%	-2,2%	4,7%
Total hors séances		6 347,72	6 714,87	+0,9%	+0,9%	+0,1%	100,0%

Les cinq DoAc contribuant le plus à l'augmentation du volume économique hors séances sont :

- DoAc 01 « Digestif » avec +0,8% de séjours et +1,4% de volume économique ;
- DoAc 02 « Orthopédie traumatologie » avec +0,5% de séjours et +1,3% en volume économique ;
- DoAc 11 « Ophtalmologie » avec +2,9% de séjours et +2,8% en volume économique ;
- DoAc 05 « Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels) » avec +4,1% de séjours et +4,5% de volume économique ;
- DoAc 09 « Pneumologie » avec +3,8% de séjours et +4,5% en volume économique

L'activité « Digestif » progresse selon un rythme similaire à celui de 2011. Pour les autres domaines d'activité, la croissance décélère par rapport à la progression observée sur l'exercice précédent.

F 45 I Evolution du volume économique des 5 DoAc contribuant le plus à la croissance hors séances



4.9. Focus par racines, hors séances

4.9.1. Palmarès

Hors séances, les dix racines qui concentrent la plus grande part de séjours sont les racines:

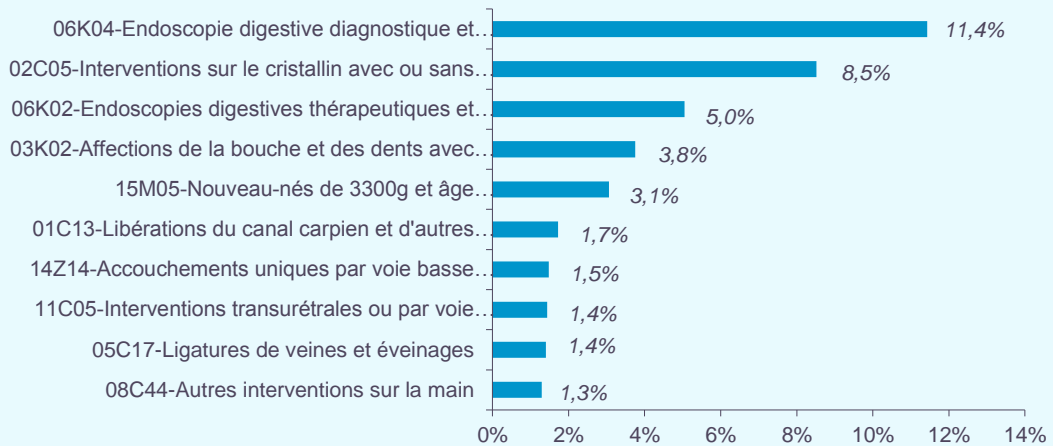
- 06K04 « Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire » ;
- 02C05 « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie » ;
- 06K02 « Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours » ;
- 03K02 « Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires » ;
- 15M05 « Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1) » ;
- 01C13 « Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels » ;
- 14Z14 « Accouchements uniques par voie basse chez une multipare » ;
- 11C05 « Interventions transurétrales ou par voie transcutanée » ;
- 05C17 « Ligatures de veines et éveinages » ;
- 08C44 « Autres interventions sur la main ».

Les dix racines qui représentant la plus grande part du volume économique hors séances sont :

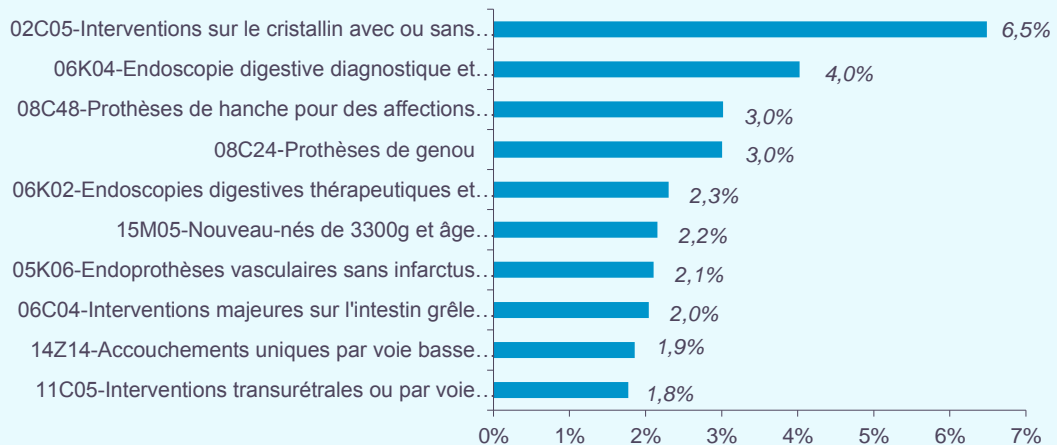
- 02C05 « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie » ;
- 06K04 « Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire » ;
- 08C48 « Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents » ;
- 08C24 « Prothèses de genou » ;
- 06K02 « Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours » ;
- 15M05 « Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1) » ;
- 05K06 « Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde » ;
- 06C04 « Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon » ;
- 14Z14 « Accouchements uniques par voie basse chez une multipare » ;
- 11C05 « Interventions transurétrales ou par voie transcutanée ».

F 46 I Les 10 racines ayant le poids le plus important en nombre de séjours réalisés en 2012

Poids des 10 racines dans le total des séjours (hors séances) en nombre en 2012 : 39%



Poids des 10 racines dans le total des séjours (hors séances) en volume économique en 2012 : 29%



La progression de l'activité de vingt racines explique plus de 45% de la croissance totale. Les cinq racines les plus contributrices sont :

- la racine 10C13 « Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité » avec +39,8% de séjours et +38,0% de volume économique ;
- la racine 02C05 « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie » avec +3,6% de séjours et de volume économique ;
- la racine 08C24 « Prothèses de genou » avec +6,9% de séjours et de volume économique ;
- la racine 08C40 « Arthroscopies d'autres localisations » avec +8,2% de séjours et de volume économique ;
- la racine 08C52 « Autres interventions majeures sur le rachis » avec +11,3% de séjours et +11,% de volume économique.

T 67 I Palmarès des 20 racines qui contribuent le plus à la croissance du volume économique

Séjours en milliers, Montants en M€		Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
10C13	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité	18,81	81,95	+38,0%	+39,8%	-1,3%	36,5%
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	540,61	435,60	+3,6%	+3,6%	+0,1%	24,7%
08C24	Prothèses de genou	56,75	201,89	+6,9%	+6,9%	-0,1%	21,0%
08C40	Arthroscopies d'autres localisations	55,57	73,01	+8,2%	+8,2%	-0,0%	9,0%
08C52	Autres interventions majeures sur le rachis	15,64	51,56	+11,1%	+11,3%	-0,2%	8,3%
06K04	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	725,59	270,23	+1,9%	+1,9%	+0,0%	8,2%
09C06	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale	38,32	35,72	+15,4%	+21,5%	-5,0%	7,7%
05C05	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	4,16	38,70	+13,9%	+12,9%	+0,9%	7,7%
11C05	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée	91,31	119,10	+4,0%	+4,4%	-0,4%	7,4%
08C27	Autres interventions sur le rachis	40,79	78,34	+6,0%	+5,1%	+0,8%	7,2%
08C34	Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie	32,54	55,80	+8,3%	+8,3%	-0,1%	6,9%
03K02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	238,04	107,54	+3,5%	+3,5%	-0,0%	5,9%
05K06	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	67,59	141,31	+2,5%	+3,1%	-0,6%	5,6%
05K19	Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire	3,83	21,37	+19,3%	+20,9%	-1,3%	5,6%
07C14	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës	39,96	63,03	+4,7%	+4,6%	+0,1%	4,6%
08C48	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	62,61	202,73	+1,3%	+1,2%	+0,0%	4,2%
05C19	Poses d'un défibrillateur cardiaque	3,35	55,41	+4,4%	+4,3%	+0,1%	3,8%
23Z02	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	18,79	98,12	+2,2%	+0,5%	+1,7%	3,4%
08C51	Interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scolioses	2,84	18,29	+11,6%	+14,2%	-2,3%	3,1%
05K05	Endoprothèses vasculaires avec infarctus du myocarde	9,62	23,52	+8,1%	+9,6%	-1,4%	2,8%

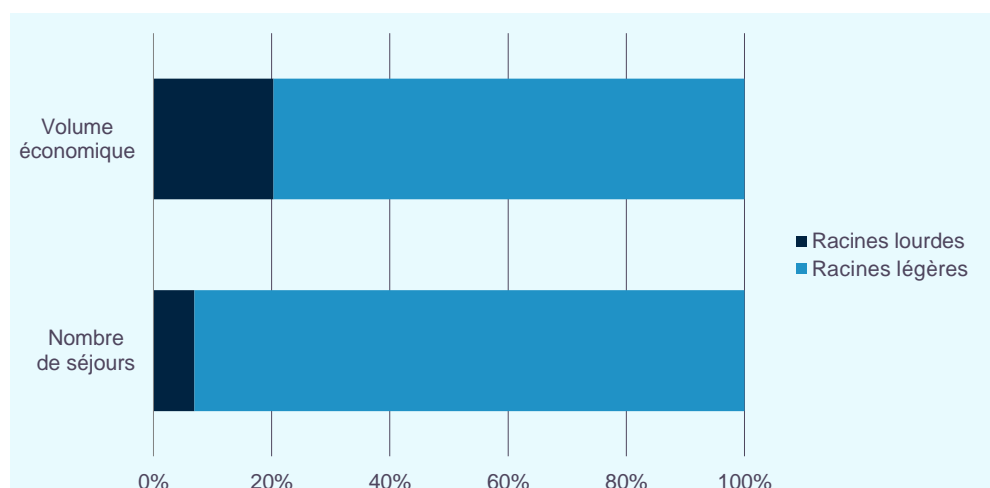
4.9.2. Racines « lourdes » et « légères » : répartition et évolutions

Les racines peuvent être classées selon la lourdeur médicale de la prise en charge. Cette répartition concerne uniquement les séjours en hospitalisation, hors séances.

La notion de lourdeur de l'activité retenue ici n'est pas la même que celle correspondant aux niveaux de sévérité. La sévérité du séjour du patient croît avec les complications qui surviennent lors du séjour tandis que la lourdeur est recherchée dans l'activité de base d'une racine (niveau de sévérité 1 ou A). Par ailleurs, une mesure de la lourdeur économique de la racine peut être obtenue en se basant notamment sur le tarif moyen par racine.

La répartition entre racines «lourdes» et «légères» stable entre 2011 et 2012. Les racines « légères » représentent 93% des séjours et 80% du volume économique.

F 47 I Part des racines « lourdes » / « légères » 2012



L'évolution du volume économique des racines dites «lourdes» est similaire à celui des racines dites « légères ».

T 68 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 selon la classification « lourde » / « légère »

Séjours en milliers, Montants en M€	Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
Racines lourdes	440,85	1 363,09	+1,0%	+1,1%	-0,1%	20,8%
Racines légères	5 906,87	5 351,78	+0,9%	+0,8%	+0,1%	79,2%
Total hospitalisation	6 347,72	6 714,87	+0,9%	+0,9%	+0,1%	100,0%

Le poids, en nombre de séjours, des racines « lourdes » est plus élevé dans les établissements où l'activité est diversifiée, et ce quelle que soit leur taille.

Les évolutions du volume économique et des séjours des racines « lourdes » sont très variables d'une catégorie d'établissements à l'autre. Ces activités sont en forte baisse dans les petits établissements spécialisés en chirurgie ; elles diminuent également notablement dans les établissements de taille moyenne avec une activité diversifiée. La hausse est supérieure à la moyenne nationale dans les établissements de grande taille, sauf ceux spécialisés en chirurgie, et dans les établissements de taille moyenne centrée sur l'activité de chirurgie.

Pour les racines « légères », l'évolution du nombre de séjours varie entre -6,2% pour les petits établissements de chirurgie à +3,1% pour les établissements de grande taille axés sur la chirurgie et l'obstétrique.

T 69 I Evolution 2011/2012 des racines « lourdes » / « légères » par catégorie d'établissements

	Racines lourdes				Racines légères			
	Poids en séjours	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Poids en séjours	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Volume économique < 6M€, activité diversifiée	7,8%	+0,9%	+0,5%	+0,5%	92,2%	-5,6%	-6,2%	+0,6%
Volume économique inférieur à 6M€, chirurgie	2,5%	-11,7%	-11,3%	-0,3%	97,5%	-5,2%	-4,9%	-0,4%
Volume économique compris entre 6M€ et 13M€, activité diversifiée	6,3%	-4,3%	-2,4%	-1,9%	93,7%	-1,3%	-0,6%	-0,8%
Volume économique compris entre 6M€ et 13M€, beaucoup de chirurgie dont peu de chirurgie ambulatoire	5,7%	+2,8%	+3,1%	-0,3%	94,3%	+2,9%	+1,5%	+1,3%
Volume économique compris entre 6M€ et 13M€, beaucoup de chirurgie dont beaucoup de chirurgie ambulatoire	3,9%	-2,8%	-2,3%	-0,5%	96,1%	+0,4%	+0,1%	+0,2%
Volume économique supérieur à 13M€, activité diversifiée	10,8%	+2,7%	+2,9%	-0,2%	89,2%	+2,3%	+2,3%	+0,0%
Volume économique supérieur à 13M€, peu de chirurgie mais beaucoup d'obstétrique	6,7%	+3,6%	+3,9%	-0,3%	93,3%	+2,8%	+3,1%	-0,2%
Volume économique supérieur à 13M€, chirurgie	6,6%	+0,0%	-0,3%	+0,3%	93,4%	+1,4%	+1,5%	-0,1%
Total hospitalisation	6,9%	+1,0%	+1,1%	-0,1%	93,1%	+0,9%	+0,8%	+0,1%

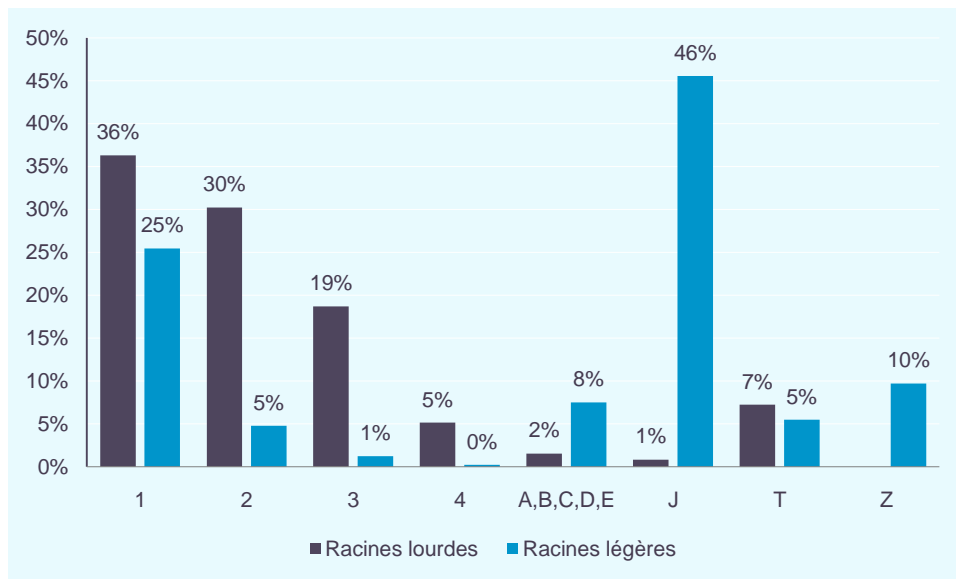
La part des racines « légères » est plus élevée en ambulatoire

La répartition des séjours selon les niveaux de sévérité diffère en fonction du type de racines. Pour les racines « légères » les prises en charge en ambulatoire représentent 46% des séjours des racines légères alors qu'elles n'existent quasiment pas dans les racines « lourdes ».

Les séjours des racines lourdes se répartissent en proportion identique entre les niveaux 1 et 2. Pour les racines légères, la proportion diminue avec le niveau de sévérité. 25% des séjours de ces racines sont sans sévérité.

5% des séjours des racines lourdes possèdent la sévérité la plus élevée (niveau 4) ; cette caractéristique n'existant pas pour les séjours dans les racines légères.

F 48 I Répartition des séjours 2012 par niveau de sévérité selon la classification « lourde » / « légère »



4.9.3. Racines « chaudes » / « froides » : plus forte dynamique des affections chroniques

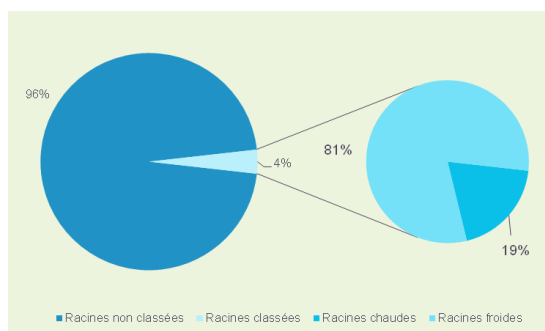
Pour un nombre limité d'hospitalisations, une expertise médicale permet de différencier les pathologies selon leur caractère aigu ou chronique et ainsi séparer les prises en charge non programmables (racines dites « chaudes ») de celles qui ne le sont pas (racines dites « froides »). Comme il n'existe pas de définition consensuelle ni de recueil dans le RSA pour distinguer les hospitalisations programmables et non programmables, cette notion est approchée via les diagnostics, certains relevant de l'urgence (ex. fracture), d'autres non (arthrose).

L'expertise permet à ce jour de cibler neuf couples de racines chaudes versus froides. Cinq de ces couples relèvent de la CMD 8 (*affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif*) dont la description a fait l'objet de travaux importants visant l'amélioration de la description des racines de sa partie médicale puis de sa partie chirurgicale.

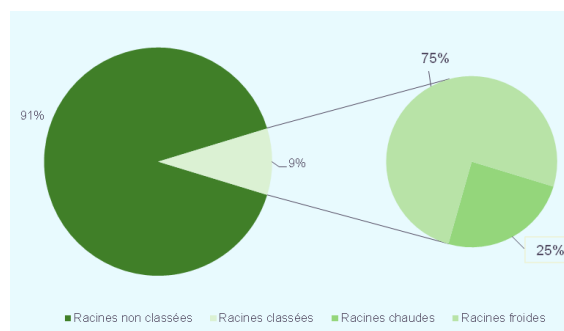
Dans le secteur ex-OQN, les neuf couples de racines ciblées « chaudes »/« froides » représentent 3,5% des séjours et 9,4% du volume économique du secteur. Parmi ces neuf couples de racines, les racines « froides » occupent 80% des séjours et 75% de la masse financière.

F 49 I Répartition de l'activité des racines « chaudes » / « froides »

En nombre de séjours 2012



En volume économique 2012



L'évolution du volume économique de ces neuf couples est plus importante (+2,0%) que l'évolution moyenne de l'ensemble des racines (+1,0%). Cette augmentation est principalement liée à une forte hausse de leur nombre de séjours (+2,4%). Les racines « froides » évoluent bien plus vite que les racines « chaudes » (+2,8% vs -0,5%), leur évolution étant essentiellement expliquée par une forte hausse du nombre de séjours (+3,2%).

T 70 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 selon la classification « chaude » / « froide »

Séjours en milliers, Montants en M€	Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
Racines chaudes	48,97	161,51	-0,5%	-0,8%	+0,3%	-6,4%
Racines froides	203,44	492,20	+2,8%	+3,2%	-0,3%	106,4%
Total des 9 couples de racines	252,41	653,71	+2,0%	+2,4%	-0,4%	100,0%

Pour l'ensemble des catégories d'établissements, les séjours classés dans des racines froides sont plus importants que ceux des racines chaudes.

Les évolutions de l'activité des racines « chaudes » sont très variables d'une catégorie d'établissements à l'autre. En volume économique, elles varient de -15,6% pour les petits établissements de chirurgie à +6,8% pour les petits établissements à l'activité diversifiée.

De même, pour les racines « froides », les progressions sont très différentes entre les catégories d'établissements. Ainsi, dans les petits établissements avec une activité diversifiée, la hausse du volume atteint +15,7% dans cette même catégorie. Le volume est en revanche en baisse dans les petits établissements de chirurgie et les établissements de taille moyenne à l'activité diversifiée.

T 71 I Evolutions 2011/2012 des racines « chaudes » / « froides » par catégorie d'établissement

	Racines chaudes				Racines froides			
	Poids en séjours	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Poids en séjours	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Volume économique < 6M€, activité diversifiée	32,9%	+6,8%	+10,3%	-3,2%	67,1%	+15,7%	+16,8%	-1,0%
Volume économique inférieur à 6M€, chirurgie	20,9%	-15,6%	-14,4%	-1,5%	79,1%	-1,1%	-1,6%	+0,4%
Volume économique compris entre 6M€ et 13M€, activité diversifiée	20,7%	-2,8%	-3,3%	+0,5%	79,3%	-2,3%	-2,7%	+0,4%
Volume économique compris entre 6M€ et 13M€, beaucoup de chirurgie dont peu de chirurgie ambulatoire	23,2%	+4,8%	+1,1%	+3,7%	76,8%	+6,5%	+7,0%	-0,5%
Volume économique compris entre 6M€ et 13M€, beaucoup de chirurgie dont beaucoup de chirurgie ambulatoire	17,7%	-4,7%	-5,9%	+1,3%	82,3%	+0,4%	+1,2%	-0,8%
Volume économique supérieur à 13M€, activité diversifiée	19,9%	+1,8%	+2,4%	-0,6%	80,1%	+4,9%	+5,2%	-0,4%
Volume économique supérieur à 13M€, peu de chirurgie mais beaucoup d'obstétrique	20,5%	+6,2%	+4,6%	+1,5%	79,5%	+3,8%	+4,1%	-0,3%
Volume économique supérieur à 13M€, chirurgie	15,9%	-5,5%	-5,1%	-0,4%	84,1%	+1,5%	+1,8%	-0,3%
Total des 9 couples	19,4%	-0,5%	-0,8%	+0,3%	80,6%	+2,8%	+3,2%	-0,3%

Pour trois couples (07C13-07C14, 08C47-08C48, 08C55-08C33), le nombre de séjours des racines dites chaudes baisse alors qu'il est en hausse pour les racines dites froides.

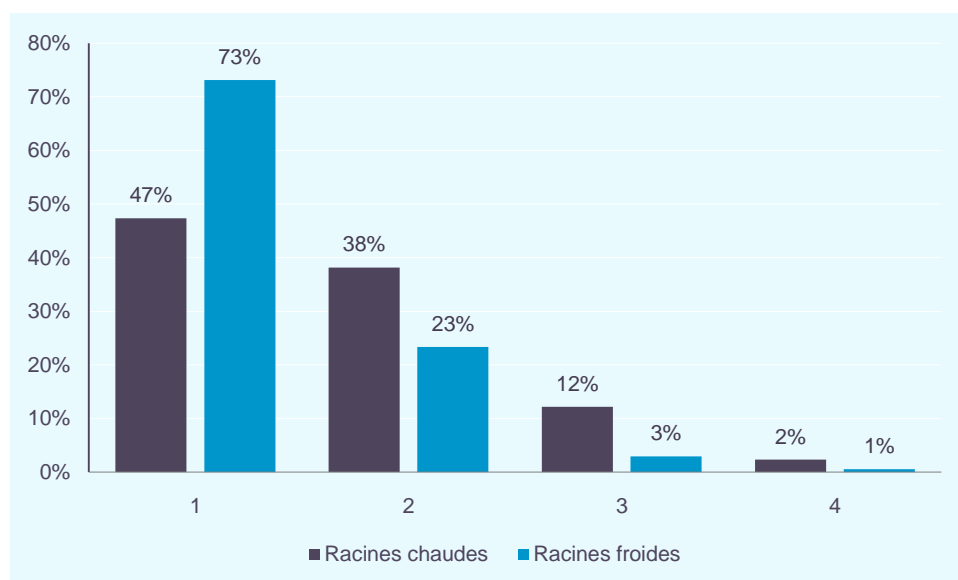
Pour le couple (01K07-01K02) le nombre de séjours est stable pour la racine dite froide tandis qu'il augmente pour les séjours de la racine chaude.

T 72 I Evolutions 2011/2012 par couple de racines selon la segmentation « chaude » / « froide »

		Racines chaudes			Racines froides		
		Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
01C03,01C04	Craniotomies âge supérieur à 17 ans	-0,7%	-6,6%	+6,4%	-1,6%	-1,4%	-0,2%
01K07,01K02	Embolisations intracrâniennes et médullaires	-24,6%	-25,0%	+0,5%	+0,3%	+0,0%	+0,3%
05K05,05K06	Endoprothèses vasculaires	+8,1%	+9,6%	-1,4%	+2,5%	+3,1%	-0,6%
07C13,07C14	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire	-5,8%	-5,7%	-0,1%	+4,7%	+4,6%	+0,1%
08C47,08C48	Prothèses de hanche	-4,2%	-4,2%	-0,1%	+1,3%	+1,2%	+0,0%
08C49,08C50	Interventions sur la hanche et le fémur âge supérieur à 17 ans	-1,5%	-1,9%	+0,5%	-1,8%	-0,6%	-1,3%
08C51,08C52	Interventions majeures sur le rachis	+11,6%	+14,2%	-2,3%	+11,1%	+11,3%	-0,2%
08C53,08C54	Interventions sur le genou	-2,7%	-3,1%	+0,5%	-2,7%	-1,2%	-1,5%
08C55,08C33	Interventions sur la cheville et l'arrière-pied	-10,1%	-7,1%	-3,2%	+2,1%	+4,4%	-2,2%
Total des 9 couples de racines		-0,5%	-0,8%	+0,3%	+2,8%	+3,2%	-0,3%

Les racines concernant une activité dite « froide » ont une part plus importante de séjours sans sévérité. Pour les racines chaudes, la proportion des séjours sans sévérité est proche de celle des séjours de niveaux 2. Les séjours de niveau 3 représentent 12% de l'activité.

F 50 I Répartition des séjours 2012 par niveau de sévérité selon type de racine (chaudes/froides)



4.10. Focus par GHM, hors séances

Hors séances, en 2012, un GHM a un poids en nombre de séjours supérieur en à 10%. Quatre GHM concentrent une part de séjours comprise entre 2 et 7%. Les autres GHM ont un poids inférieur à 1%.

Les GHM qui ont le plus de séjours sont :

- 06K04J « Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire » ;
- 02C05J « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire » ;
- 06K02Z « Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours » ;
- 03K02J « Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire » ;
- 15M05A « Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif » ;
- 01C13J « Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, en ambulatoire » ;
- 14Z14A « Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative » ;
- 02C051 « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, niveau 1 » ;
- 08C44J « Autres interventions sur la main, en ambulatoire » ;
- 08C45J « Ménisectomie sous arthroscopie, en ambulatoire ».

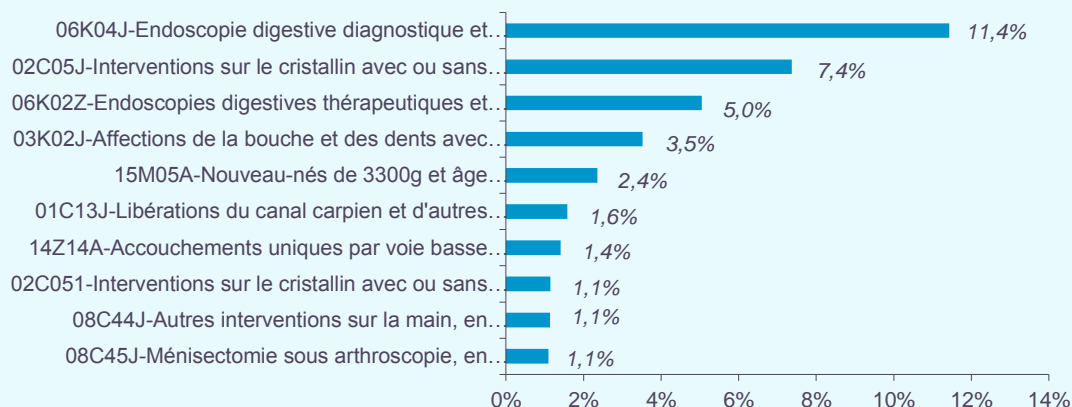
En volume économique, les GHM présentant le poids le plus élevé sont :

- 02C05J « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire » ;
- 06K04J « Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire » ;
- 06K02Z « Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours » ;
- 14Z14A « Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative » ;
- 08C481 « Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, niveau 1 » ;
- 15M05A « Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif » ;
- 08C241 « Prothèses de genou, niveau 1 » ;
- 14Z13A « Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative » ;
- 03K02J « Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire » ;
- 23Z02Z « Soins Palliatifs, avec ou sans acte ».

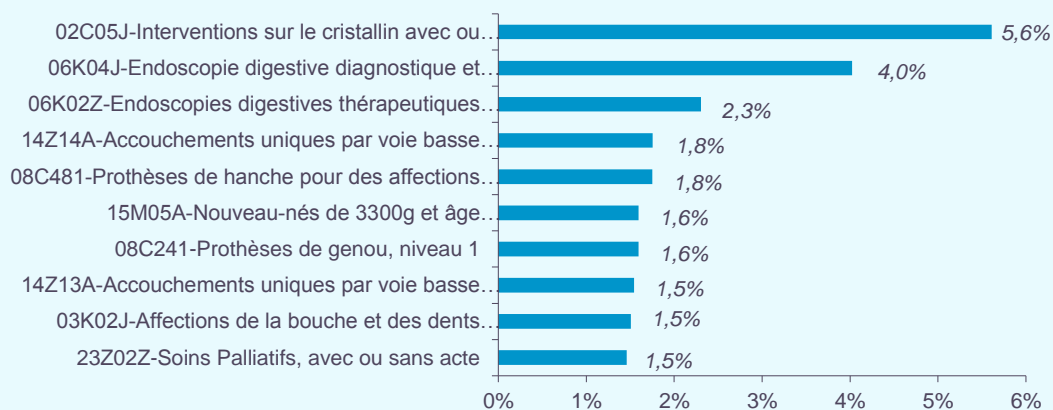
Les GHM 08C481, 08C241, 14Z13A, et 23Z02Z ne figurait pas dans liste des 10 GHM représentant le plus de séjours.

F 51 I Les 10 GHM ayant le poids le plus important en 2012

Part des 10 GHM dans le total des séjours (hors séances) en nombre en 2012 : 36%



Part des 10 GHM dans le total des séjours (hors séances) en volume économique en 2012 : 23%



En termes d'évolution, les GHM contribuant le plus à l'augmentation du volume économique sont les suivants :

- « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire » (02C05J) avec +5,9% de séjours et +6,0% de volume économique, cette évolution pouvant notamment s'expliquée par le vieillissement de la population ;
- « Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité, niveau 1 » (10C131), avec une hausse du nombre de séjours et du volume économique supérieure à +42% ;
- « Prothèses de genou, niveau 1 » (08C241), avec une hausse du nombre de séjour et du volume de +6,5% ;
- « Prothèses de genou, niveau 2 » (08C242), avec une augmentation des séjours et du volume économique supérieure à +7% ;
- « Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire » (06K04J), avec une hausse des séjours et du volume économique de +1,9%.

T 73 I Palmarès des 20 GHM qui contribuent le plus à la croissance du volume économique

Séjours en milliers, Montants en M€		Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	467,76	376,71	+6,0%	+5,9%	+0,1%	34,5%
10C131	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité, niveau 1	13,87	53,68	+42,4%	+42,5%	-0,1%	25,8%
08C241	Prothèses de genou, niveau 1	31,55	106,93	+6,5%	+6,5%	+0,0%	10,6%
08C242	Prothèses de genou, niveau 2	21,75	80,53	+7,6%	+7,7%	-0,1%	9,3%
06K04J	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	725,59	270,23	+1,9%	+1,9%	+0,0%	8,2%
10C132	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité, niveau 2	4,10	19,91	+30,8%	+31,5%	-0,5%	7,6%
03K02J	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	223,81	101,05	+4,6%	+4,6%	-0,0%	7,2%
08C341	Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie, niveau 1	31,86	54,46	+8,0%	+8,1%	-0,1%	6,5%
06C12J	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	35,44	40,76	+9,8%	+9,8%	+0,0%	5,9%
08C401	Arthroscopies d'autres localisations, niveau 1	44,72	57,40	+6,1%	+6,0%	+0,1%	5,3%
08C521	Autres interventions majeures sur le rachis, niveau 1	9,97	28,85	+11,5%	+11,7%	-0,2%	4,8%
09C06T	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale, très courte durée	16,79	9,24	+45,6%	+45,7%	-0,0%	4,7%
05C053	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 3	0,78	8,44	+44,4%	+44,2%	+0,1%	4,2%
08C272	Autres interventions sur le rachis, niveau 2	7,10	16,85	+16,9%	+17,0%	-0,1%	3,9%
08C482	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, niveau 2	21,63	73,99	+3,4%	+3,5%	-0,1%	3,9%
05K191	Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 1	2,59	12,56	+23,9%	+24,1%	-0,2%	3,9%
07C14J	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, en ambulatoire	2,89	4,25	+132,2%	+133,6%	-0,6%	3,9%
11C051	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 1	58,32	61,91	+4,0%	+4,2%	-0,3%	3,8%
05C191	Poses d'un défibrillateur cardiaque, niveau 1	2,25	36,97	+6,4%	+6,6%	-0,2%	3,6%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	18,62	98,05	+2,2%	+0,8%	+1,4%	3,5%

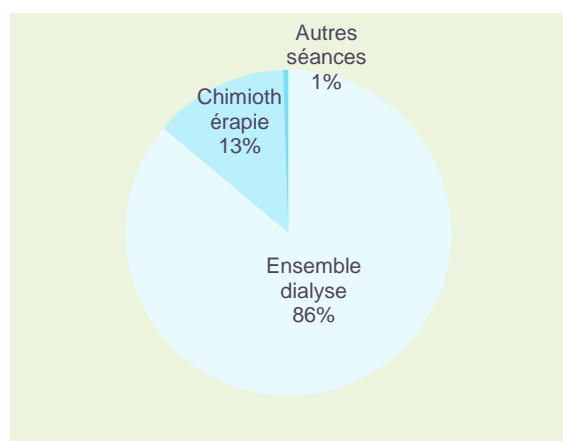
4.11. Focus sur les séances

5,5 millions de séances ont été réalisées en 2012 par les établissements de santé du secteur ex-OQN, dont 4,7 millions de séances de dialyse rémunérées en forfaits D.

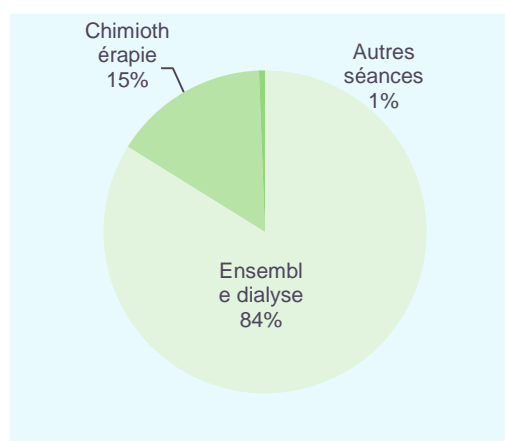
La dialyse représente 86% des séances et 84% du volume économique des séances.

F 52 I Répartition de l'activité par type de séances

En nombre de séjours réalisés



En volume économique associé



Sur la dialyse, le volume économique des forfaits de dialyse hors centre progresse très rapidement (+8,7%) indiquant ainsi un net développement de ces prises en charge (+6,8% de forfaits de dialyse hors centre). Les séances de dialyse en centre sont en progression de +2,6%.

Pour la chimiothérapie, l'augmentation est notable pour les affections non tumorales qui progressent en nombre de +10,5%.

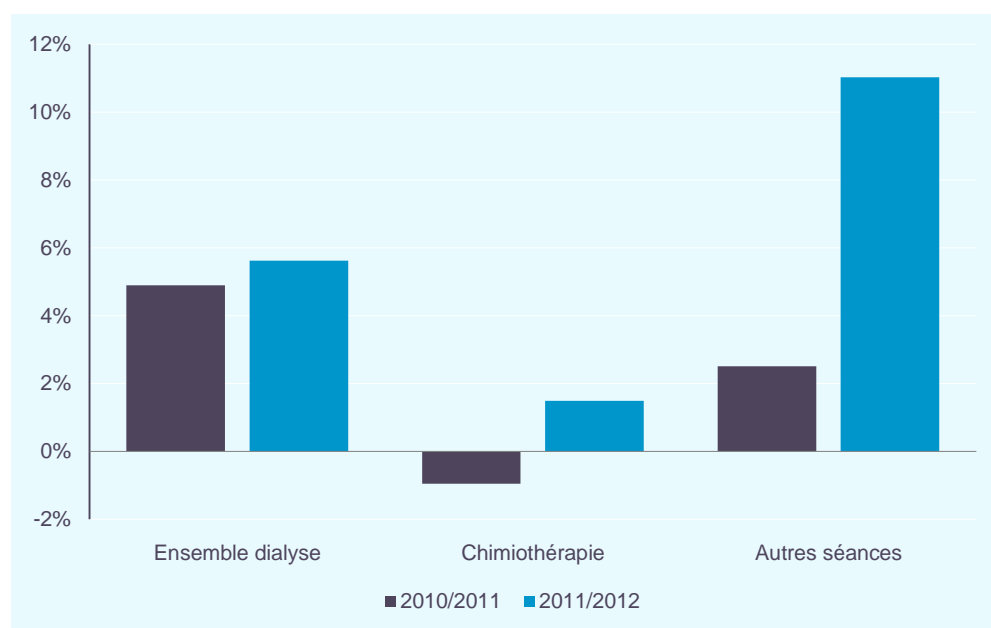
T 74 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 des séances par racine

Séjours en milliers, Montants en M€	Nombre de séances en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution des séances	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
Dialyse en centre*	2 117,2	612,5	+2,7%	+2,6%	0,1%	23,1%
Dialyse hors centre*	2 273,7	625,1	+8,7%	+6,8%	1,7%	71,6%
Chimiothérapie pour tumeur, en séances (28Z07)	700,02	221,93	+1,2%	+1,3%	-0,1%	3,8%
Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances (28Z17)	35,00	7,57	+10,3%	+10,5%	-0,2%	1,0%
Chimiothérapie	735,0	229,5	+1,5%	+1,7%	-0,2%	4,9%
Transfusions (28Z14Z)	16,77	8,01	+3,6%	+3,5%	0,1%	0,4%
Oxygénothérapie hyperbare (28Z15Z)	10,72	0,79	+11,0%	+11,0%	0,0%	0,1%
Aphérèses sanguines (28Z16Z)	0,04	0,02	+3,5%	+2,9%	0,7%	0,0%
Autres séances	27,5	8,8	+4,2%	+6,3%	-2,0%	0,5%

* Dialyse en centre et hors centre financées en forfaits D.

La tendance 2012 est dans la continuité de celle observée en 2011. Les séances de chimiothérapie sont de nouveau en hausse après une légère baisse en 2011.

F 53 I Evolution du volume économique par type de séances



Le nombre de séances par patient est très différent d'une activité à l'autre (80 séances par patient pour la dialyse en centre et 9 pour la chimiothérapie).

T 75 I Nombre de patients et nombre moyen de séances ou forfaits par patient

<i>Patients en milliers</i>	Nombre de patients			Nombre moyen de séances ou forfaits par patient		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Dialyse en centre	24,15	24,84	25,74	77,6	79,9	79,9
Dialyse hors centre*	19,40	21,04	23,09	87,1	87,8	91,1
Chimiothérapie	80,51	81,90	82,56	9,0	8,8	8,9
Autres séances	7,14	7,29	7,58	3,8	3,5	3,6

* Dialyse hors centre financée en forfaits D (pour les forfaits relatifs à la dialyse péritonéale il s'agit de forfaits hebdomadaires correspondant environ à 3 séances par semaine).

partie 3

Analyse de l'activité d'hospitalisation à domicile

1. Principaux résultats

En 2012, 317 établissements exercent une activité d'hospitalisation à domicile.

Deux notions de journées d'hospitalisation sont disponibles pour mesurer l'activité en HAD :

- le nombre **journées valorisées** qui correspond au nombre de journées facturées ;
- le nombre **journées hors erreur** qui correspond au nombre de journées présentées dans les résumés anonymes par sous-séquence (RAPSS) après exclusion des journées groupées dans un groupe homogène de prise en charge (GHPC) 9999.

La proportion de journées hors erreur a progressé de presque 3 points entre 2011 et 2012, passant de 95,2% à 97,9%.

L'analyse développée dans cette partie porte sur les journées hors erreur. Pour simplifier la lecture, elles sont désignées par le terme nombre journées.

En complément, la notion de **séjours terminés** correspond aux séjours terminés dans l'année qu'ils aient commencé lors d'une année antérieure ou non. Ils sont identifiés par l'indicateur qui détermine si la séquence est la dernière du séjour.

L'activité d'hospitalisation à domicile représente 4,1 millions de journées en 2012. Elle est équitablement répartie entre les établissements selon le secteur de financement. Cette activité est en nette augmentation depuis 2007, le nombre de journées ayant presque doublé en six ans. La progression entre 2012 et 2011 est d'environ +11%, légèrement plus rapide pour les établissements du secteur ex DG.

F 54 I Répartition du nombre de journées 2012 par catégorie

<i>Journées en milliers</i>	Nombre de journées en 2012	Evolution du nombre de journées 2011/2012
Journées valorisées*	4 123,1	+7,7%
Ex-DG	2 132,9	+8,6%
Ex-OQN	1 990,2	+6,8%
Journées hors erreur**	4 117,6	+10,9%
Ex-DG	2 129,5	+11,9%
Ex-OQN	1 988,1	+9,8%

* Journées déclarées dans les quatre zones tarifaires du RAPSS hors groupe homogène de tarif (GHT) n°99.

** Journées déclarées dans la variable « nombre de journée de la sous-séquence » du RAPSS hors GHPC n°9999.

Avertissement : l'étude est réalisée sur les données d'activité recueillies via le PMSI. Depuis la mise en place de la tarification à l'activité en 2005, ces données servent de support à la facturation pour les établissements ex DG. Pour ces derniers, l'exhaustivité des données est certainement très élevée. En revanche, les cliniques anciennement sous OQN facturent directement les soins à l'assurance maladie et transmettent en parallèle les données médicalisées. Pour ce secteur, un défaut d'exhaustivité peut exister notamment sur les années antérieures.

Les évolutions observées à la fois en nombre de journées et en nombre d'établissements traduisent pour partie l'amélioration de l'exhaustivité. Les interprétations des évolutions doivent donc tenir compte de cet effet.

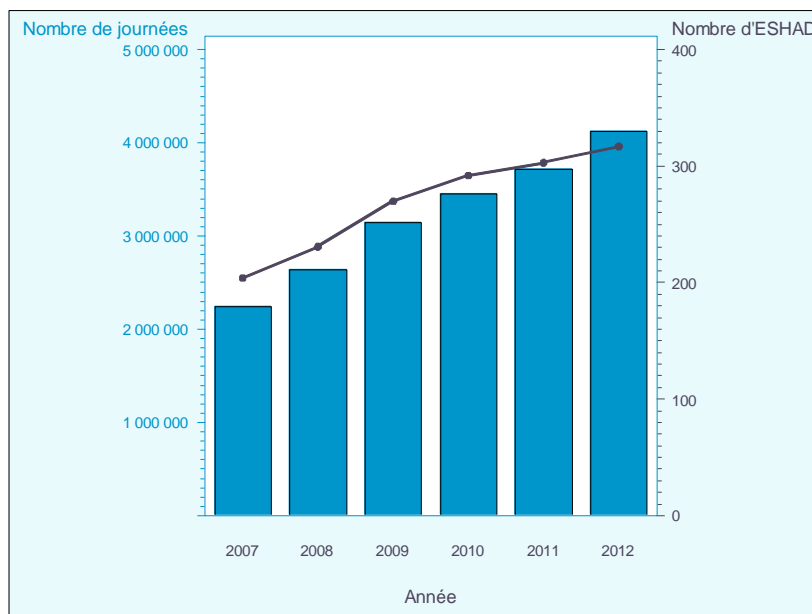
Sur l'ensemble des séjours en 2012, 152 815 (92,9%) sont terminés dans l'année. La durée moyenne de ces séjours est de 26,5 journées, soit un allongement de quatre jours de la durée moyenne d'hospitalisation à domicile depuis 2007.

Le nombre de patients pris en charge a presque doublé sur la période étudiée. Les 103 080 patients hospitalisés en 2012 sont âgés, en moyenne, de 64,4 ans (versus 62,3 ans en 2007).

T 76 I Synthèse de l'activité d'HAD depuis 2007

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Evolution 2011/2012
Nombre d'établissements	204	231	270	292	303	317	+4,6%
Nombre de journées (en milliers)	2 243,1	2 635,6	3 144,4	3 452,4	3 714,2	4 117,5	+10,9%
Nombre de patients	54 928	70 331	84 916	95 088	97 813	103 080	+5,4%
Nombre de séjours terminés (%)	85 581 (86,4%)	102 668 (87,2%)	124 392 (90,9%)	138 397 (93,1%)	145 065 (93,0%)	152 815 (92,9%)	+5,3%
DMS (Séj. terminés)	22,2	22,1	23,5	24,5	25,2	26,5	
Age moyen (en année)	62,3	62,8	63,2	63,5	63,8	64,4	

F 55 I Évolution du nombre de journées et d'établissements entre 2007 et 2012



2. Fiches d'analyse

2.1. Régions

Les régions où les journées d'HAD sont les plus nombreuses sont :

- Ile-de-France (21,0%) ;
- Rhône-Alpes (9,7%) ;
- Nord-Pas-de-Calais (7,7%) ;
- Provence-Alpes-Côte d'Azur (7,6%) ;
- Aquitaine (6,2%).

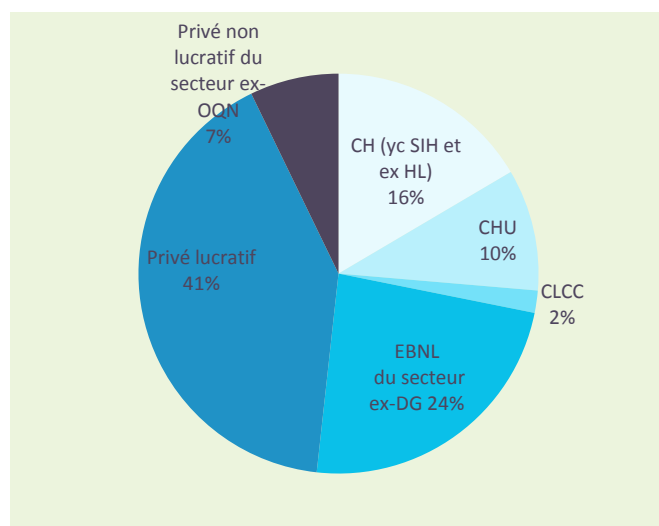
T 77 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par région

Journées en milliers	Nombre d'établissements en 2012	Nombre de journées en 2012	Evolution du nombre de journées de 2011/2012
Alsace	6	87,1	+10,1%
Aquitaine	15	257,0	+15,5%
Auvergne	8	75,3	+14,3%
Bourgogne	14	70,4	+2,6%
Bretagne	13	169,8	+20,2%
Centre	14	155,1	+6,3%
Champagne-Ardenne	11	66,2	+13,0%
Corse	5	31,5	+5,4%
Franche-Comté	6	53,4	+15,2%
Ile-de-France	18	863,5	+9,0%
Languedoc-Roussillon	14	113,8	+48,9%
Limousin	5	61,3	+8,5%
Lorraine	19	85,5	+10,9%
Midi-Pyrénées	16	142,6	+9,5%
Nord-Pas-de-Calais	16	318,4	+7,5%
Normandie-Basse	14	115,9	+21,4%
Normandie-Haute	12	77,1	-3,3%
Pays de la Loire	8	170,7	+14,5%
Picardie	18	140,0	+7,6%
Poitou-Charentes	11	103,4	+8,1%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	29	311,5	+3,4%
Rhône-Alpes	25	398,1	+7,5%
Guadeloupe	8	109,8	+20,6%
Guyane	1	22,4	+77,1%
Martinique	3	43,2	+6,1%
Réunion	8	74,6	+21,7%
Total	317	4 117,6	+10,9%

2.2. Catégories d'établissements

L'activité d'HAD est assez équitablement répartie entre les deux secteurs avec environ 2 millions de journées pour les 158 établissements ex-DG comme pour les 159 établissements ex-OQN. Au sein du secteur ex DG, la prise en charge à domicile est assurée en majorité par les établissements à but non lucratif (EBNL) et les centres hospitaliers généraux (CH).

F 56 I Répartition du nombre de journée 2012 par catégorie d'établissements

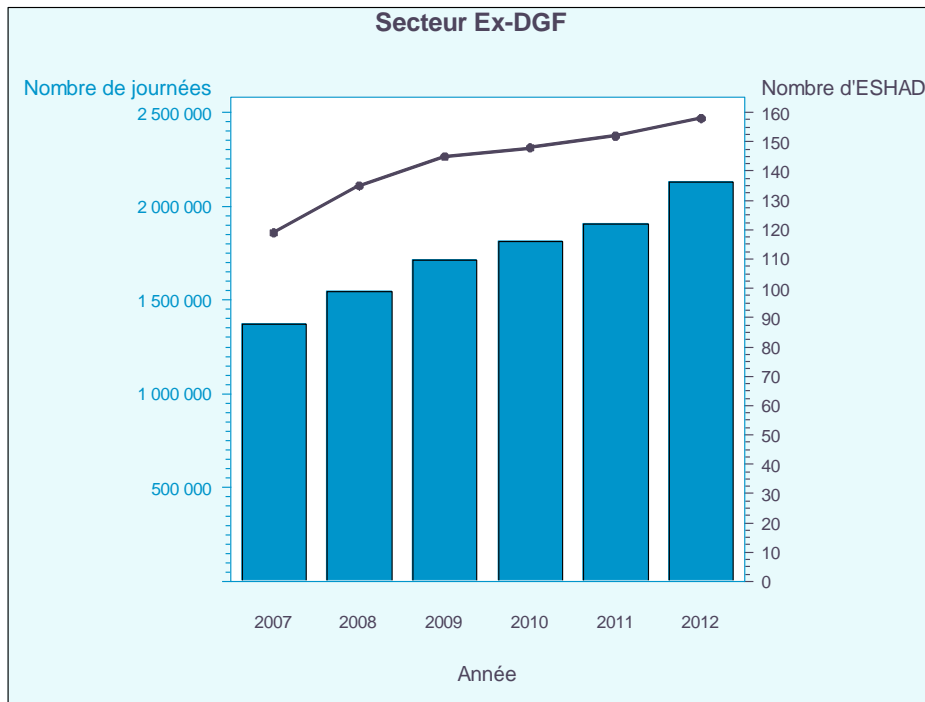


T 78 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par catégorie d'établissements

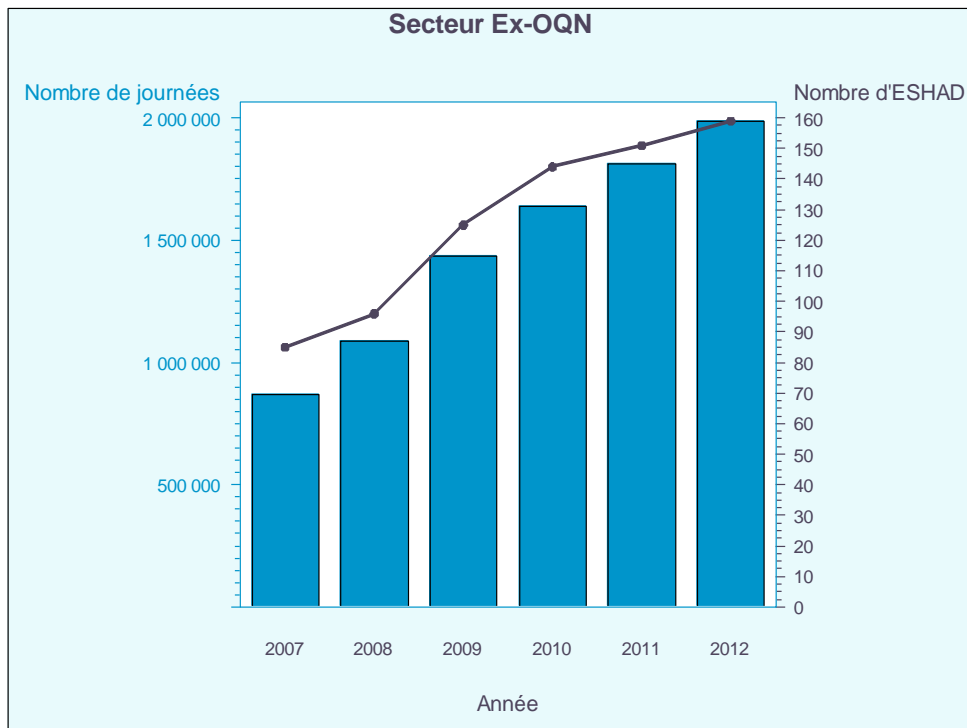
Journées en milliers	Nombre d'établissements en 2012	Nombre de journées en 2012	Evolution du nombre de journées
CH	115	680,1	+9,8%
CHR/U	14	405,0	+19,1%
CLCC	3	74,1	+31,0%
EBNL	26	970,2	+9,3%
Secteur ex-DG	158	2 129,4	+11,9%
Privé lucratif	135	1 691,2	+11,7%
Privé non lucratif	24	296,9	+0,1%
Secteur ex-OQN	159	1 988,1	+9,8%
Total	317	4 117,6	+10,9%

Pour le secteur ex DG, le développement de l'activité d'HAD est soutenu. La progression d'activité est continue depuis 2007 avec une nouvelle accélération en 2012 (+11,7%) après des progressions moins élevées depuis 2009. Le secteur privé n'a pas suivi la même évolution depuis 2007. Son activité a plus fortement augmenté entre 2008 et 2009 (+31,9% de journées) puis en 2010 pour suivre une évolution plus continue. Pour ce secteur, ces sauts de progression traduisent pour partie l'amélioration de l'exhaustivité de l'information.

F 57 I Évolution du nombre de journées et d'établissements dans le secteur ex-DG



F 58 I Évolution du nombre de journées et d'établissements dans le secteur ex-OQN



2.3. Hébergement en EHPAD

Depuis 2007, les établissements d'HAD peuvent intervenir sous conditions dans les établissements médicosociaux de type EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Le recueil de cette information est en place depuis mars 2007 expliquant ainsi le peu de journées recueillies lors de cette année. Le nombre de journées réalisées pour des personnes hébergées en EHPAD ne cesse de croître depuis 2007. En 2008, cette activité représente 1% du total de journée d'HAD et 4% en 2012. La durée moyenne des séjours concernant des personnes hébergées en EHPAD a fortement augmenté depuis 2007 atteignant 38 jours en 2012.

T 79 | Synthèse de l'activité d'HAD dans les EHPAD depuis 2007

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Evolution 2011/ 2012
Nombre d'ESHAD	26	99	154	195	217	247	+13,8%
Nombre de journées (en milliers)	2,8	27,2	59,9	82,5	109,9	165,5	+50,5%
Nombre de patients	109	620	1 373	1 936	2 563	3 621	+41,3%
Nombre de séjours terminés (%)	109 (86,5%)	687 (81,0%)	1 633 (88,9%)	2 367 (90,4%)	3 075 (90,5%)	4 117 (89,1%)	+33,9%
DMS (Séj. terminés)	24,3	29,6	33,6	33,7	35,4	38,1	
Age moyen (en année)	82,5	81,9	82,3	82,9	83,3	83,7	

Depuis le 1^{er} septembre 2012, l'intervention de l'HAD a été élargie aux établissements sociaux et médicosociaux hors EHPAD. Les premiers mois de recueil ont permis d'enregistrer 1 204 journées réalisées par 41 établissements d'HAD. Il faudra attendre l'information portant sur l'année 2013 pour pouvoir tirer davantage de conclusions sur ce nouveau secteur ouvert à l'HAD.

T 80 | Synthèse de l'activité d'HAD 2012 dans les établissements sociaux et médicosociaux hors EHPAD

	Septembre à décembre 2012
Nombre d'ESHAD	41
Nombre de journées	1 204
Nombre de patients	47
Nombre de séjours terminés (%)	49 (84,5%)
DMS (Séj. terminés)	20,2
Age moyen (en année)	73,2

2.4. Âge des patients

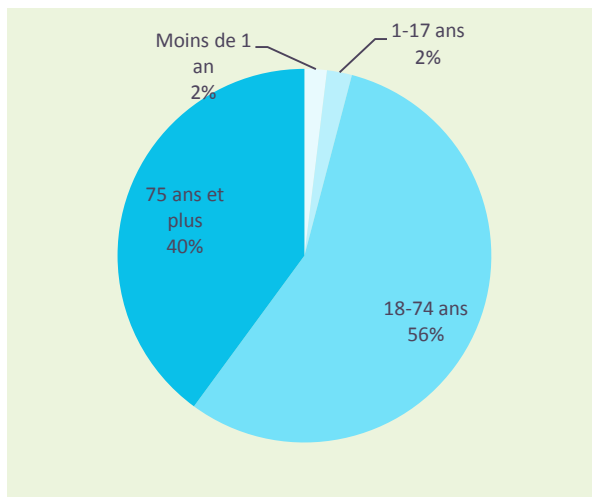
L'activité des établissements d'HAD concerne essentiellement des patients « adultes », de 18 ans et plus, 95,9% des journées leur étant consacrées en 2012. Parmi celles-ci, 41,6% correspondent à une prise en charge des personnes âgées (75 ans et plus). La durée moyenne de séjour pour cette population (39,6 jours) est nettement supérieure à la moyenne nationale (26,5 jours).

L'activité pédiatrique représente seulement 4,1% des journées d'HAD. Pour cette tranche d'âge, l'HAD concerne en majorité des enfants de moins d'un an (5 000 patients soit 74% de l'activité pédiatrique).

Le taux d'hospitalisation est plus élevé pour les enfants ayant entre 1 et 17 ans (3,1 séjours par patient) que celui des enfants de moins de un an (1,3 séjour par patient).

Les enfants âgés entre 1 et 17 ans sont hospitalisés plus longtemps, 16,4 jours en moyenne contre 11,6 jours pour les enfants de moins d'un an. Enfin, dans ces deux groupes de population « enfants », les soins concernent des enfants jeunes, en moyenne 7,4 ans pour la tranche d'âge « 1 à 17 ans » et 3 mois pour les « moins d'un an ».

F 59 I Répartition du nombre de journées 2012 selon l'âge des patients



T 81 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 selon l'âge des patients

	Nombre de patients	Age moyen*	Nombre de séjours terminés	DMS (Séjours terminés)	Nombre de journées (en milliers)	Evolution du nombre de journées 2011/2012
Moins de 1 an	5 000	90 jours	6 675	11,6	79,5	+14,7%
1-17 ans	1 720	7,4	5 187	16,4	89,0	+18,1%
18 et plus	96 421	67,0	140 953	27,5	3 949,0	+10,6%
<i>Dont 75 ans et plus</i>	<i>29 076</i>	<i>83,2</i>	<i>40 399</i>	<i>39,6</i>	<i>1 644,2</i>	<i>+14,9%</i>
Total	103 080	64,4	152 815	26,5	4 117,6	+10,9%

* en années ou en jours pour les patients de moins de 1 an.

Remarque : la somme des patients de chaque classe d'âge n'est pas égale au total puisqu'un patient peut appartenir à deux classes d'âge différentes au cours d'une année.

2.5. Modes de prise en charge

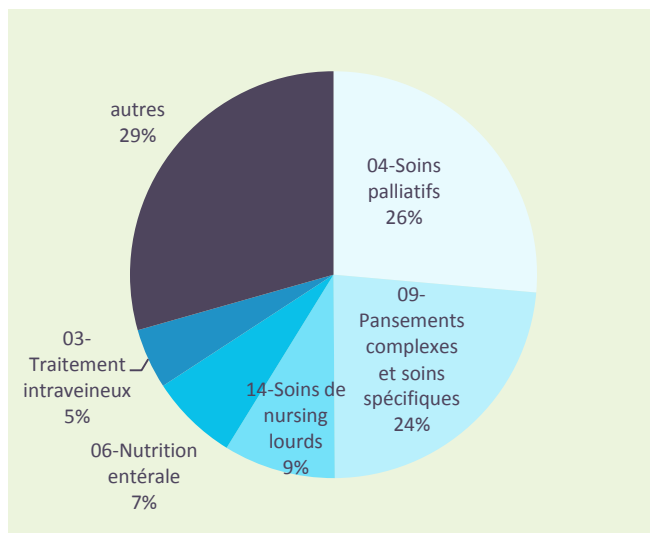
Le **mode de prise en charge principal** (MPP) est celui ayant suscité la consommation la plus importante de ressources : frais de personnels, frais de location de matériel, frais de médicaments, etc.

Si le patient a bénéficié d'un autre mode de prise en charge que le mode principal, ayant consommé moins de ressources, ce deuxième est le **mode de prise en charge associé** (MPA). S'il existe plusieurs modes associés, celui qui est retenu est celui qui, en termes de consommation de ressources, vient immédiatement après le mode principal.

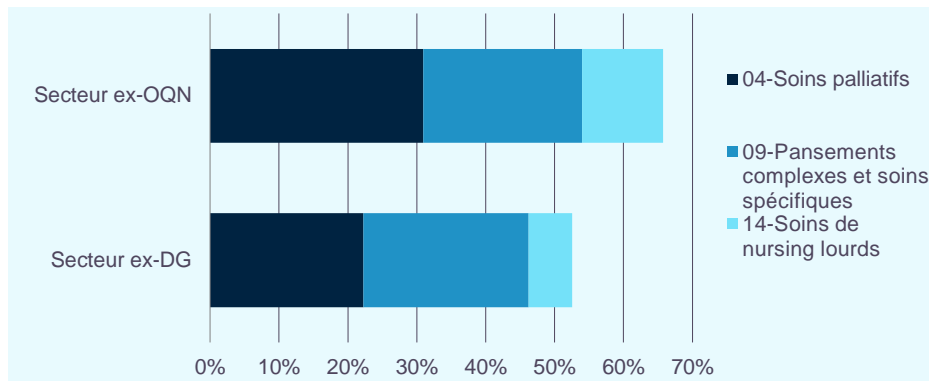
En 2012, huit modes de prise en charge principaux (MPP) parmi vingt-deux modes possibles concentrent 80% de l'activité d'HAD. Les deux premiers MPP représentent 50% de l'activité : il s'agit des « Soins palliatifs » avec 26,4% des journées et des « Pansements complexes et soins spécifiques » avec 23,5%. Les « Soins de nursing lourds » constituent le troisième mode de prise en charge principal le plus fréquent avec 9% des journées. Ce classement est similaire pour les deux secteurs d'établissements, avec des parts plus élevées pour les cliniques ex-OQN.

Les évolutions de l'activité de ces MPP sont soutenues notamment pour les pansements complexes et soins spécifiques et les soins de nursing lourds (respectivement +19,5% et +45,2% de journées). Les journées relatives au post-partum pathologique progressent également très fortement (+44,3%).

F 60 I Répartition du nombre de journées 2012 selon le MPP



F 61 I Les trois premiers MPP selon le secteur en nombre de journées en 2012



T 82 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 selon le MPP

Journées en milliers	Nombre de journées en 2012	Evolution du nombre de journées
04-Soins palliatifs	1 088,5	+6,3%
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	969,1	+19,5%
14-Soins de nursing lourds	368,0	+45,2%
06-Nutrition entérale	287,9	+8,2%
03-Traitement intraveineux	197,0	+16,5%
13-Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	148,4	+13,7%
01-Assistance respiratoire	135,5	+3,1%
21-Post-partum pathologique	117,2	+44,3%
02-Nutrition parentérale	115,7	+4,5%
10-Posttraitement chirurgical	112,9	-28,1%
19-Surveillance de grossesse à risque	112,0	+10,5%
08-Autres traitements	88,9	-30,0%
07-Prise en charge de la douleur	72,1	+4,8%
05-Chimiothérapie anticancéreuse	69,2	+7,5%
12-Rééducation neurologique	59,7	+24,0%
11-Rééducation orthopédique	56,7	-3,7%
15-Education du patient et/ou entourage	49,6	+12,3%
22-Prise en charge du nouveau-né à risque	28,5	+12,0%
20-Retour précoce à domicile après accouchement	27,3	-10,5%
24-Surveillance d'aplasie	6,4	+16,3%
17-Surveillance de radiothérapie	5,8	+22,6%
18-Transfusion sanguine	0,6	+0,8%
Total	4 117,6	+10,9%

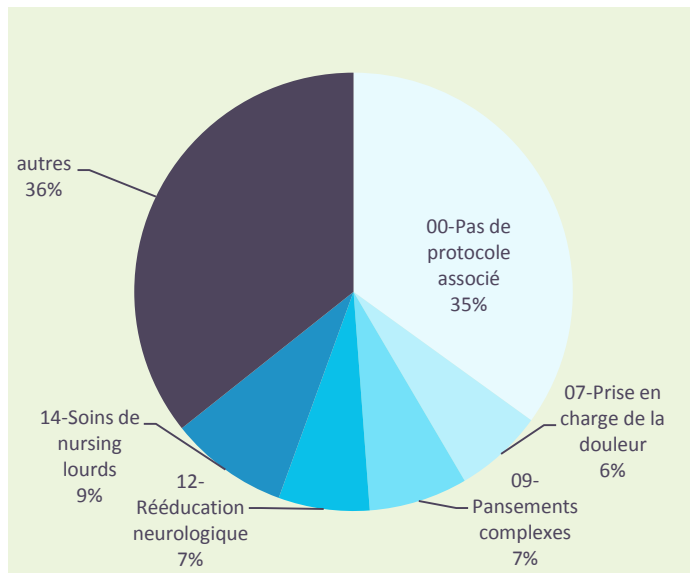
Les modes de prise en charge associés (MPA) les plus fréquents en 2012 sont :

- 00- Pas de protocole associé, avec 1,4 millions de journées, soit 35% ;
- 14-Soins de nursing lourds, avec 361 220 journées, soit 8,8% ;
- 09-Pansements complexes et soins spécifiques avec près de 300 000 journées, soit 7,3%.

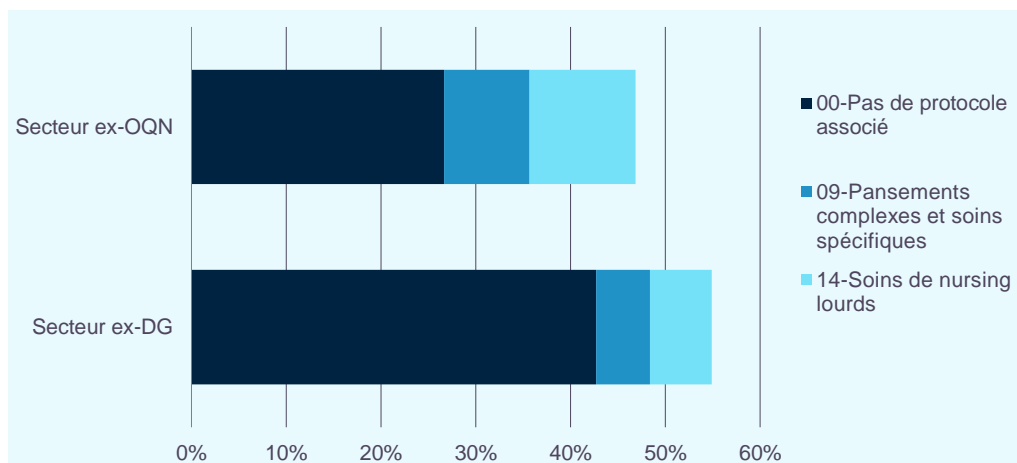
Le MPA « 00- Pas de protocole associé » est plus codé dans le secteur ex DG que dans le secteur ex OQN (42,7% contre 26,7% en 2012).

Ce MPA est de plus en plus renseigné et ce quel que soit le secteur (+24% de journées). Les journées ayant pour MPA la rééducation neurologique augmentent également de +22%.

F 62 I Répartition du nombre de journées 2012 selon le MPA



F 63 I Les trois premiers MPA selon le secteur en nombre de journées en 2012



T 83 | Activité 2012 et évolution 2011/2012 selon le MPA

<i>Journées en milliers</i>	Nombre de journées en 2012	Evolution du nombre de journées 2011/2012
00-Pas de protocole associé	1 439,7	+24,0%
01-Assistance respiratoire	189,2	+29,5%
02-Nutrition parentérale	145,7	-4,9%
03-Traitement intraveineux	21,9	+9,1%
04-Soins palliatifs	41,7	+104,6%
05-Chimiothérapie anticancéreuse	28,7	+43,9%
06-Nutrition entérale	190,4	+15,3%
07-Prise en charge de la douleur	270,7	-2,4%
08-Autres traitements	49,9	-10,1%
09-Pansements complexes	299,9	+4,9%
10-Posttraitement chirurgical	19,7	-7,6%
11-Rééducation orthopédique	250,0	+5,8%
12-Rééducation neurologique	276,7	+21,6%
13-Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	150,4	+12,7%
14-Soins de nursing lourds	361,2	-2,1%
15-Education du patient et/ou entourage	107,8	-19,1%
17-Surveillance de radiothérapie	17,7	+0,9%
18-Transfusion sanguine	0,3	-1,5%
19-Surveillance de grossesse à risque	1,0	+72,7%
20-Retour précoce à domicile après accouchement	0,5	-70,8%
21-Post-partum pathologique	7,4	-81,9%
24-Surveillance d'aplasie	20,7	+42,1%
25-Prise en charge psychologique ou sociale	226,4	+6,2%
Total	4 117,6	+10,9%

En 2012, les quatre principales associations (MPP X MPA) représentant 28% de l'activité en journées sont les suivantes :

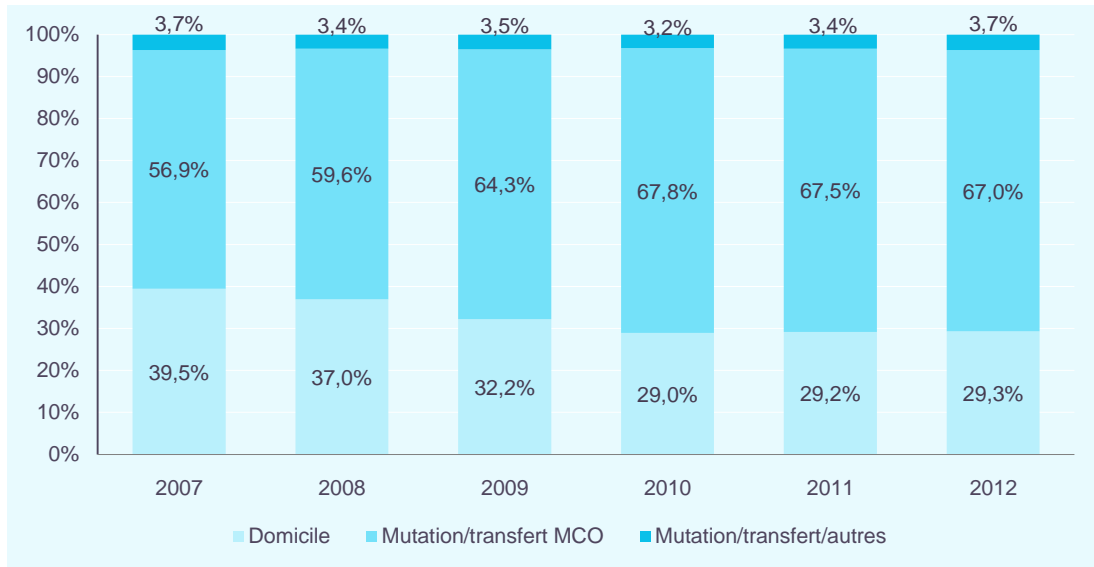
- 09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) X 00-Pas de protocole associé, avec 10,9% des journées ;
- 04-Soins palliatifs X 00-Pas de protocole associé avec 10,4% des journées ;
- 09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) X 14-Soins de nursing lourd (160 003 journées, avec 3,9% des journées ;
- 14-Soins de nursing lourds X 12-Rééducation neurologique, avec 2,8% des journées.

Le détail de ces associations est présenté en annexe.

Les prises en charge associées sont les mêmes pour les deux secteurs d'établissement.

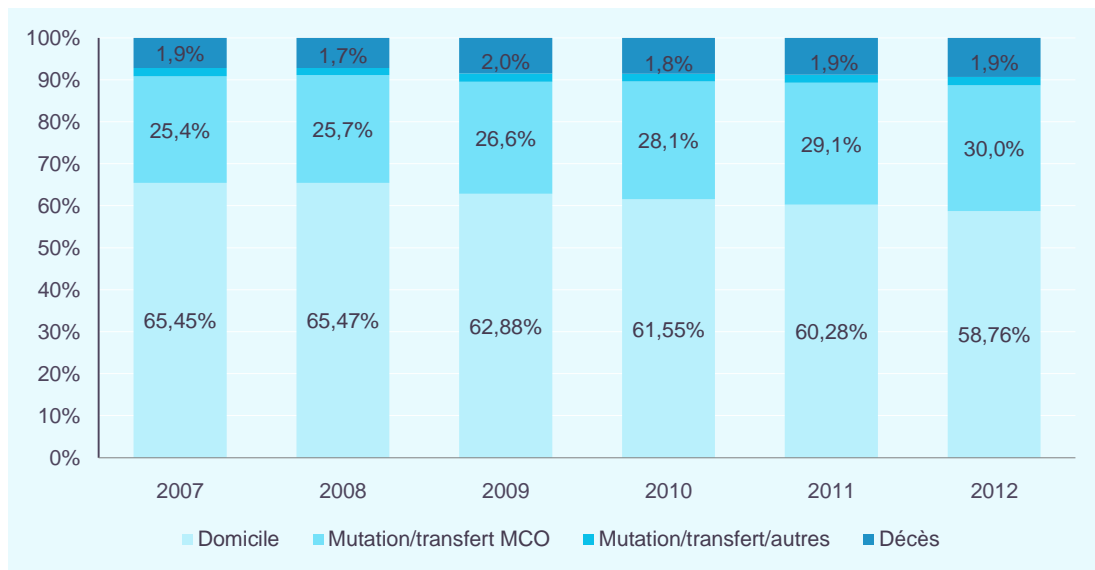
2.6. Modes d'entrée et sortie

F 64 I Évolution du mode d'entrée en HAD entre 2007 et 2012
(part sur le nombre de séjours terminés)



Entre 2007 et 2012, le mode de sortie d'un séjour en HAD reste globalement le même. Pour la majorité des séjours d'HAD (environ 60%), les patients restent à leur domicile suite à leur hospitalisation. Toutefois, la proportion des séjours de patients décédés a augmenté de deux points en cinq ans. Au cours de la même période, celle des hospitalisations à domicile suivies d'une mutation ou d'un transfert en MCO a progressé de presque cinq points.

F 65 I Évolution du mode de sortie de l'HAD entre 2007 et 2012 (part sur le nombre de séjours terminés)



L'analyse des trajectoires (cf. annexe 3.4.) montre qu'un patient hospitalisé en HAD entré par « transfert/mutation depuis le MCO » ou provenant de son « domicile » reste majoritairement chez lui à l'issue de l'hospitalisation. Ce constat se vérifie davantage pour les séjours des personnes hospitalisées à partir de leur domicile (67,2% demeurent à domicile) que pour les séjours des patients venant du MCO (56,1% restent à domicile).

Les prises en charges à domicile des patients se terminent plus fréquemment par une hospitalisation si la trajectoire du patient a débuté par une hospitalisation en MCO (35% des cas), en SSR (51% des cas) qu'à domicile (21% des cas).

Plus précisément, pour 34,3% des séjours de patients transférés ou mutés après un séjour en MCO, le patient retourne en MCO.

Enfin, la part des séjours se terminant par un décès est légèrement supérieure pour les séjours des patients provenant de leur « domicile » (11,4%) que pour ceux transférés ou mutés du MCO et SSR (respectivement 8,5% et 8,4%).

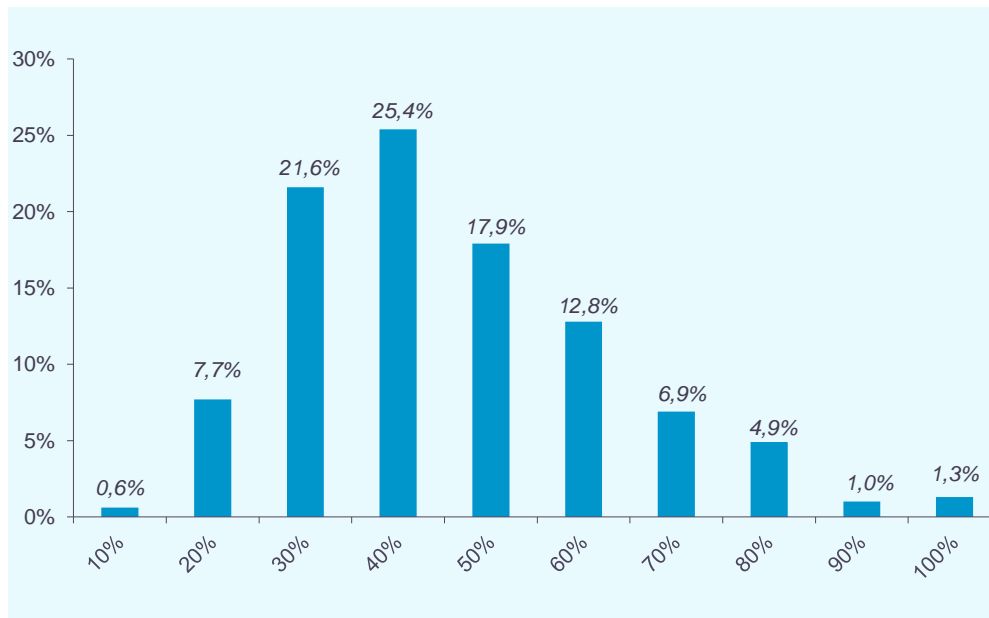
2.7. Etat de santé du patient : l'indice de Karnofsky

L'indice de Karnofsky (IK) décrit, sur une échelle synthétique de 0% (décès) à 100 % (aucun signe ou symptôme de maladie), l'état de santé global du patient, l'aide dont il a besoin pour les gestes de la vie courante (besoins personnels, habillage, etc.) et les soins médicaux qu'il requiert. Les patients pris en charge en HAD ont un IK variant de 10 % (« moribond ») à une autonomie quasi-totale (90-100%).

Quelle que soit l'année, l'HAD concerne en majorité des patients nécessitant des soins importants avec un IK compris entre 10% et 40% (55,3% des journées en 2012). Ce constat est également valable en 2010 et 2011 puisque, respectivement, 53,7% et 54,4% des journées sont consacrées à des patients avec un IK inférieur ou égal à 40%.

Les journées des patients présentant un indice de Karnofsky faible (10%, 20% ou 30%) progressent fortement (augmentation de +20% à +30%). Ainsi, l'HAD concerne des patients dont l'état de santé est de plus en plus fragile.

F 66 I Répartition du nombre de journées 2012 selon l'IK



T 84 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 selon l'IK

Signification de l'IK		Nombre de journées 2012 (en milliers)	Evolution du nombre de journées
10%	Le patient est moribond, le processus fatal progressant rapidement	25,6	+24,9%
20%	Le patient, très malade, nécessite un traitement de soutien actif	316,6	+21,2%
30%	Le patient est sévèrement handicapé	889,6	+31,4%
40%	Le patient est handicapé et nécessite une aide et des soins particuliers	1 044,4	-1,7%
50%	Le patient nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents	736,3	+9,3%
60%	Le patient nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart des soins personnels	525,6	+15,9%
70%	Le patient est capable de se prendre en charge, mais est incapable de mener une vie normale ou de travailler	283,4	+3,6%
80%	Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort, quelques symptômes ou signes mineurs	200,3	+3,5%
90%	Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie	42,7	-3,0%
100%	Le patient ne présente aucun signe ou symptôme de maladie)	52,9	-3,9%

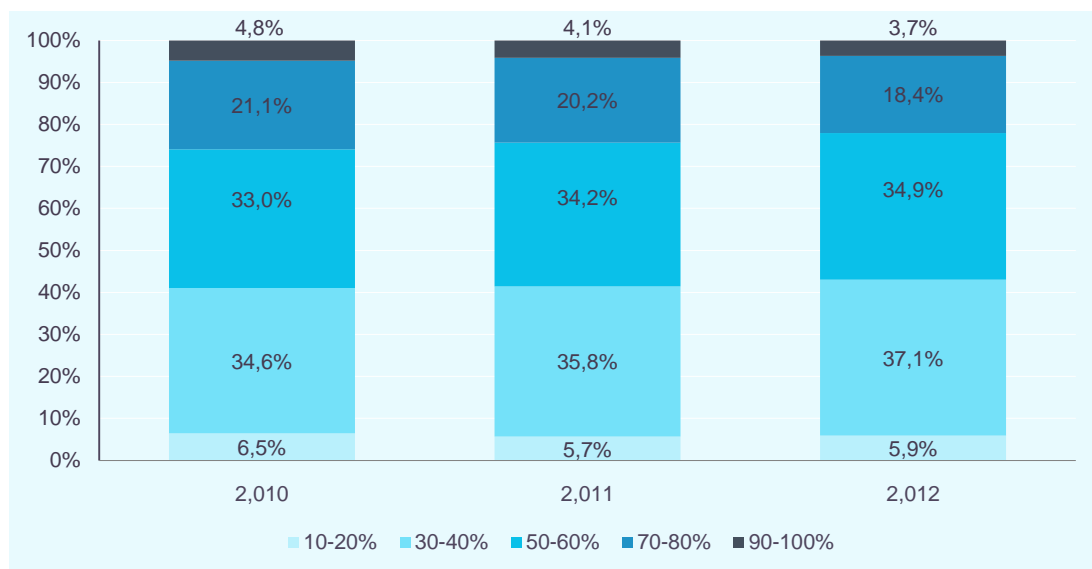
2.7.1. Secteur de financement

Dans le secteur ex-DG, sur les trois dernières années, la répartition des journées selon l'état de santé du patient a peu évolué. Elle tend vers une légère augmentation des journées consacrées à des patients handicapés (34,6% en 2010 et 37,1% en 2012 pour les journées avec un IK valant 30 à 40%).

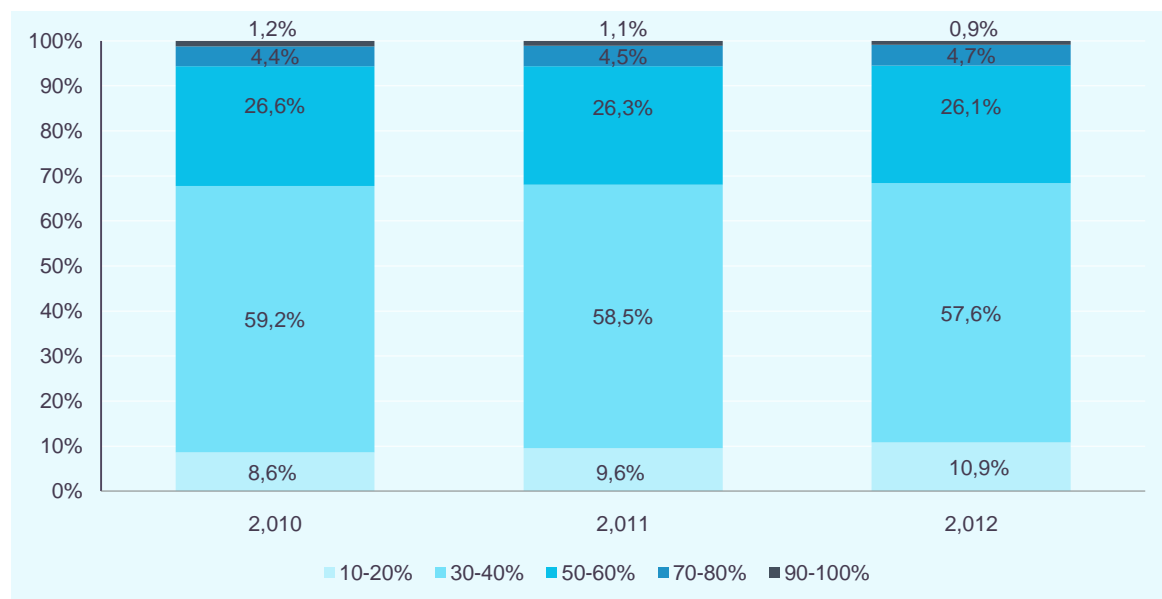
Le secteur ex-OQN connaît également peu de changement, au cours des trois dernières années, sur la répartition de ses journées selon la valeur de l'IK. La particularité de ce secteur est de réaliser près de 60% des journées pour des patients avec un IK valant 30 et 40%, c'est-à-dire des patients handicapés. La part des journées pour des patients dépendants (IK entre 10 et 20%) est en légère augmentation depuis 2010 et atteint 10,9% en 2012.

F 67 I Répartition des journées 2012 selon l'IK et le secteur

Secteur ex-DG



Secteur ex-QQN



2.7.2. Âge des patients

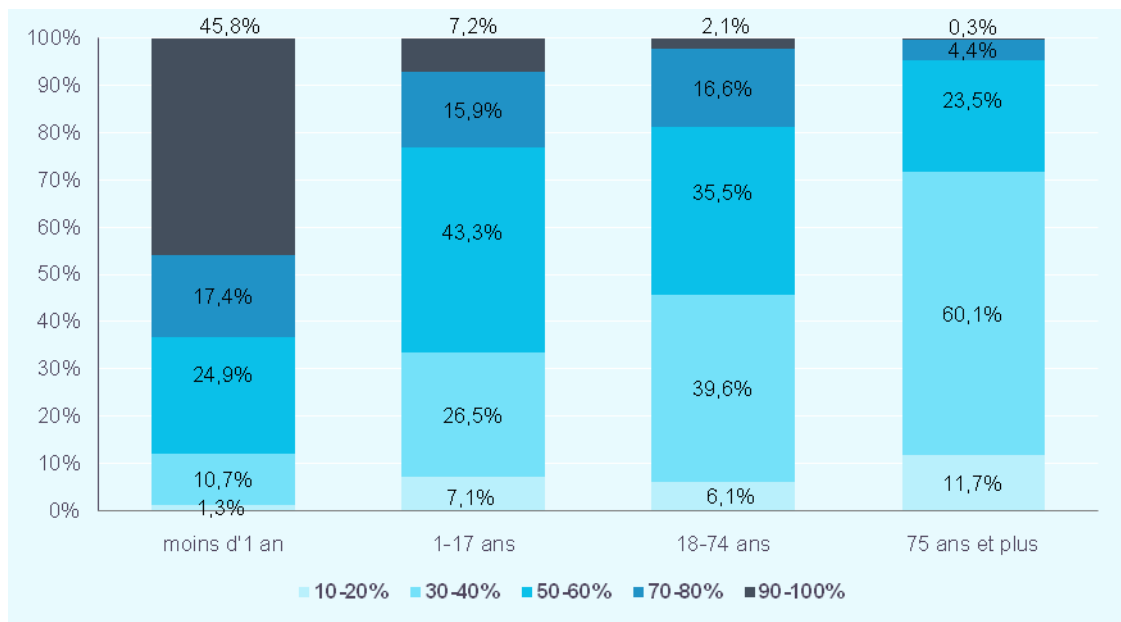
L'état de santé des patients pris en charge en HAD varie en fonction de l'âge.

Par convention, lorsque la prise en charge concerne un nouveau-né à risque (MPP 22 *Prise en charge du nouveau-né à risque*), la cotation de l'IK est toujours 100%, ce qui explique que les journées de prise en charge des enfants de moins d'un an soient pour près de la moitié avec un IK à 90% ou 100%.

Pour 60% des journées réalisées pour des patients âgés entre 1 et 17 ans, une aide occasionnelle, suivie ou fréquente pour cause d'handicap est requise (IK entre 30% et 60%). Pour la classe d'âge des adultes (18 à 74 ans), cette part atteint 75% avec un pourcentage de journées plus important pour des patients avec un handicap (39,6% contre 26,5% chez les patients de 1 à 17 ans).

Le facteur « âge » entraîne, en toute logique, une hausse de la part des journées liées à des personnes dépendantes. En effet, les journées d'hospitalisation des personnes de plus de 75 ans portent essentiellement (60%) sur des patients handicapés nécessitant des soins spécifiques (IK 30% à 40%). La part des journées pour des patients très dépendants dépasse 11% chez les personnes âgées.

F 68 | Répartition des journées 2012 selon l'IK et la classe d'âge du patient



partie 4

Analyse de l'activité de soins de suite et de réadaptation

1. Principaux résultats

Les prises en charge en SSR continuent de progresser selon un rythme plus soutenu que celui de 2011 (+2,0% de journées réalisées en 2012).

Le secteur sous DAF représente les deux tiers des journées de SSR. L'activité de ces établissements évolue très faiblement, alors que celle réalisée par les établissements du secteur sous OQN affiche une croissance plus soutenue.

Les journées de SSR sont presque exclusivement réalisées en hospitalisation complète (92% des journées) ; le nombre moyen de journées par patient est de 36 jours dans les deux secteurs.

Les patients hospitalisés sont plus souvent des femmes (57%) et surtout des personnes âgées de plus de 80 ans (39%). La prise en charge de cette patientèle est en forte hausse (+5,0%).

Jusqu'en 2012, les prises en charge en soins de suite et de réadaptation sont décrites sur la base des données du PMSI, en groupe de morbidités dominantes (GMD). Dans un premier temps, l'activité de SSR est présentée et décrite suivant cette classification.

Le poids moyen de la journée de présence (PMJP), qui traduit la consommation de ressources journalière, est beaucoup plus élevé pour les enfants (0-6 ans) que pour les autres classes d'âge : 2 260 contre 1 570 en moyenne.

Les prises en charge des enfants de moins de 6 ans et des personnes âgées de plus de 80 ans nécessitent de réaliser plus de journées par patient que la moyenne.

Les catégories majeures cliniques (CMC) les plus fréquentes sont :

- CMC 12 - Affections du système nerveux (21%) ;
- CMC 16 - Affections non traumatiques du système ostéoarticulaire (17%) ;
- CMC 17 - Affections traumatiques du système ostéoarticulaire (16%).

Le nombre de journées par patient et la consommation de ressources journalière diffèrent suivant la CMC.

Une nouvelle classification en groupes médico-économiques (GME) s'applique en 2013. Une description de l'activité 2012 regroupée dans cette classification est proposée. Elle a été réalisée dans le seul but de fournir une vision de l'activité des établissements selon cette nouvelle description puisqu'en 2012 cette classification n'était pas en vigueur.

Les catégories majeures (CM) les plus représentées en nombre de suites de RHA sont :

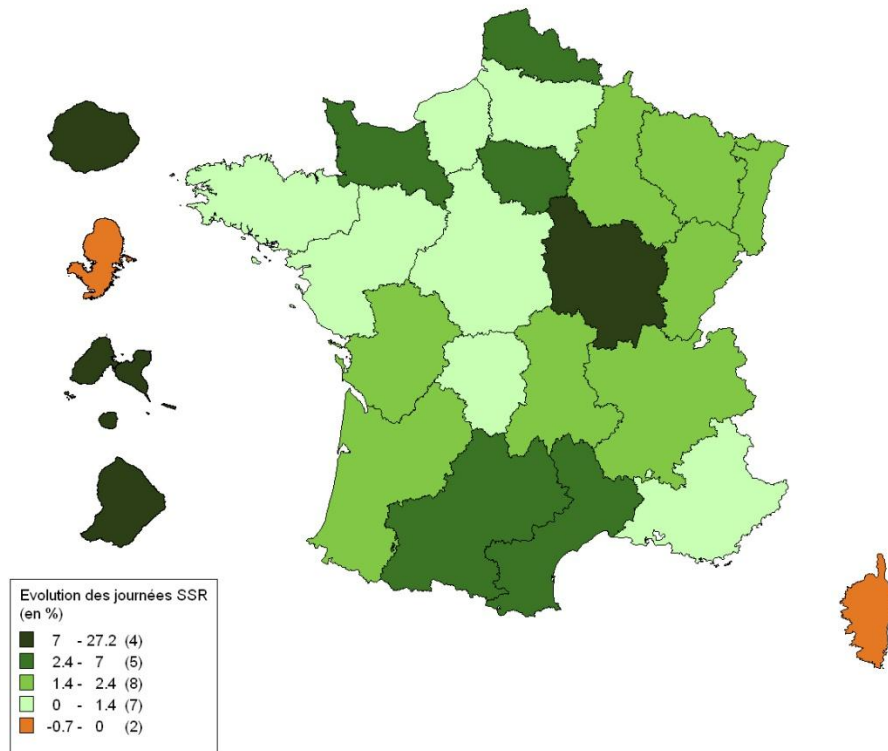
- CM 08 : Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire (37% des journées) ;
- CM 01 : Affections du système nerveux (22%).

La majorité des journées de SSR en 2012 (44%) sont réalisées sans mention spécialisée. Les trois mentions les plus courantes sont :

- Affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance (19%) ;
- Affections de l'appareil locomoteur (15%) ;
- Affections du système nerveux (10%).

Les évolutions du nombre de journées de SSR sont différentes d'une région à l'autre.

F 69 I Evolution du nombre de journées en SSR par région



2. Fiche d'analyse en GMD

Le volume de l'activité en SSR 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.

Cette analyse repose uniquement sur les établissements :

- en activité sur l'ensemble de la période (2010-2012) et ayant transmis leur activité pour chacune des trois années étudiées ;
- les établissements ayant ouvert ou fermé en cours de période ;
- une méthodologie détaillée est présentée en annexe.

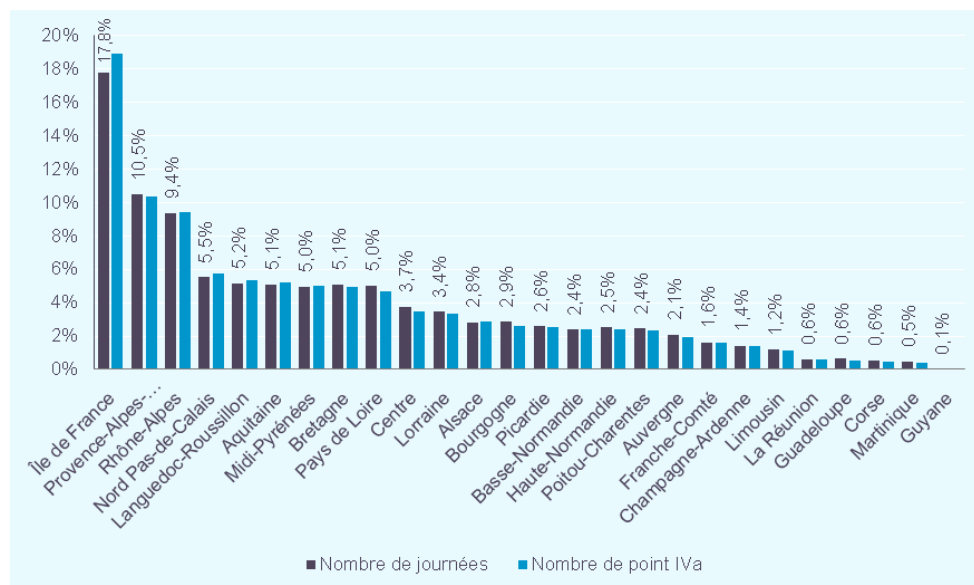
2.1. Régions

Les cinq premières régions en nombre de journées et en nombre de points IVA sont :

- Ile-de-France (17,8%) ;
- Provence-Alpes-Côte d'Azur (10,5%) ;
- Rhône-Alpes (9,4%) ;
- Nord-Pas-de-Calais (5,5%) ;
- Languedoc-Roussillon (5,2%).

Ces régions concentrent la moitié de l'activité nationale en 2012.

F 70 I Répartition de l'activité 2012 par région



Les trois régions qui contribuent le plus à la croissance – en nombre de journées – de l'activité SSR en 2012 sont :

- Ile-de-France qui contribue à 19% avec +2,5% de journées ;
- Rhône-Alpes (12,4% de contribution à la croissance), où le nombre de journées augmente de +1,6% ;
- Provence-Alpes-Côte d'Azur, qui contribue à 7,4% avec +2,4% de journées.

T 85 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par région

Journées et point IVA en millions	2012				Evolution 2011/2012			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	45	1,01	1 621,33	1 604	+1,9%	+4,9%	+2,9%	4,6%
Aquitaine	98	1,83	2 928,18	1 602	+1,5%	+3,8%	+2,3%	6,5%
Auvergne	43	0,74	1 097,54	1 474	+2,0%	+2,3%	+0,2%	1,5%
Bourgogne	60	1,03	1 463,02	1 424	+7,3%	+6,2%	-1,1%	5,2%
Bretagne	79	1,82	2 784,35	1 528	+1,0%	+2,0%	+1,0%	3,4%
Centre	68	1,34	1 967,45	1 468	+1,1%	+2,4%	+1,3%	2,9%
Champagne-Ardenne	30	0,51	807,95	1 592	+1,4%	+2,2%	+0,7%	1,0%
Corse	10	0,2	271,38	1 377	-0,6%	-2,7%	-2,1%	-0,5%
Franche-Comté	30	0,58	893,63	1 529	+1,8%	+0,7%	-1,0%	0,4%
Île-de-France	178	6,37	10 671,95	1 674	+2,5%	+3,0%	+0,5%	19,0%
Languedoc-Roussillon	85	1,85	3 017,50	1 628	+2,6%	+3,7%	+1,1%	6,6%
Limousin	21	0,42	640,72	1 525	+1,0%	+1,9%	+0,9%	0,7%
Lorraine	65	1,23	1 893,48	1 535	+2,0%	+3,1%	+1,1%	3,5%
Midi-Pyrénées	95	1,78	2 839,74	1 594	+2,7%	+3,3%	+0,6%	5,5%
Nord-Pas-de-Calais	83	1,99	3 252,74	1 638	+2,9%	+3,5%	+0,6%	6,6%
Normandie-Basse	49	0,86	1 359,36	1 583	+2,5%	+3,7%	+1,2%	2,9%
Normandie-Haute	42	0,9	1 352,52	1 495	+0,6%	+1,9%	+1,2%	1,5%
Pays de la Loire	81	1,8	2 630,95	1 465	+0,5%	+1,5%	+1,0%	2,4%
Picardie	46	0,93	1 445,18	1 561	+0,2%	+1,9%	+1,7%	1,6%
Poitou-Charentes	45	0,88	1 325,28	1 511	+1,8%	+1,9%	+0,2%	1,5%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	148	3,75	5 855,62	1 560	+1,1%	+2,1%	+0,7%	7,4%
Rhône-Alpes	156	3,36	5 323,26	1 584	+1,6%	+4,0%	+2,3%	12,4%
Guadeloupe	16	0,23	312,37	1 345	+7,0%	+7,1%	+0,1%	1,3%
Guyane	1	0,02	23,27	1 244	+27,2%	+27,2%	+0,0%	0,3%
Réunion	12	0,22	341,16	1 544	+8,8%	+10,3%	+1,4%	1,9%
Martinique	11	0,17	238,44	1 424	-0,5%	-0,8%	-0,3%	-0,1%
Total	1 597	35,82	56 349,77	1 573	+2,0%	+3,0%	+1,0%	100,0%

Le nombre de journées par patient varie entre les régions de 30 à 46 jours.

T 86 I Nombre moyen de journées par patient 2010-2012 et nombre de patients en 2012

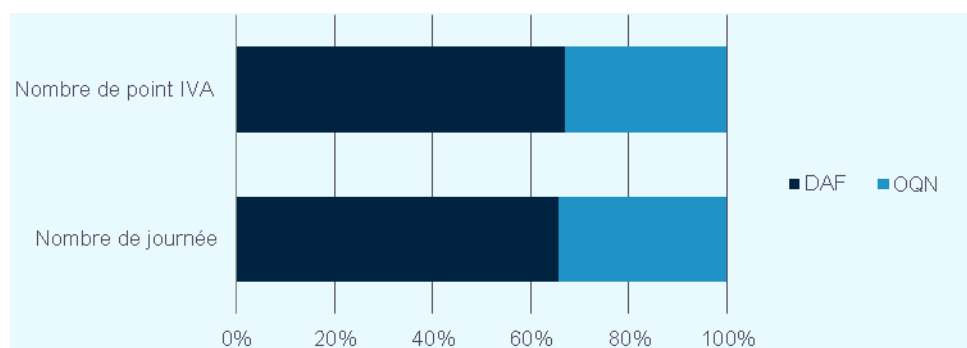
Nombre de patients en milliers	Nb moyen de journées par patient			Nombre de patients en 2012
	2010	2011	2012	
Alsace	32,08	32,23	32,23	31,25
Aquitaine	34,34	34,51	34,78	52,31
Auvergne	38,65	37,35	37,50	19,81
Bourgogne	36,17	36,13	36,32	27,40
Bretagne	32,96	33,00	33,08	54,98
Centre	35,60	35,97	36,79	36,21
Champagne-Ardenne	37,07	36,01	35,27	14,30
Corse	46,81	45,42	46,15	4,24
Franche-Comté	39,65	40,33	40,10	14,50
Île-de-France	45,16	45,87	45,68	137,18
Languedoc-Roussillon	35,81	35,29	35,40	52,12
Limousin	31,34	31,19	30,04	13,95
Lorraine	31,96	31,54	31,67	38,87
Midi-Pyrénées	35,64	35,35	35,50	49,67
Nord Pas-de-Calais	36,36	35,2	35,17	55,80
Normandie-Basse	33,86	34,05	34,47	24,63
Normandie-Haute	42,19	42,68	42,82	21,08
Pays de Loire	36,31	36,26	36,72	48,86
Picardie	39,39	38,77	38,83	23,52
Poitou-Charentes	31,94	32,00	31,64	27,68
Provence-Alpes-Côte d'Azur	38,97	38,81	38,64	95,85
Rhône-Alpes	34,58	34,51	34,91	95,75
Guadeloupe	36,90	34,74	38,56	5,94
Guyane	41,29	36,28	42,69	0,43
Réunion	30,80	31,95	31,97	6,87
Martinique	29,97	33,60	33,03	5,05
Total	37,42	37,37	37,47	947,32

2.2. Secteur de financement des établissements de santé

Pour les établissements SSR, il existe deux secteurs présentant des modalités de financement différentes : le secteur sous dotation annuelle de financement (DAF) financé par dotation et le secteur sous objectif quantifié national (OQN) financé selon des prix de journées déterminés par discipline médico-tarifaire et mode de traitement.

Le secteur sous dotation annuelle de financement représente les deux tiers de l'activité (en nombre de journées comme en nombre de points IVA).

F 71 | Répartition de l'activité 2012 par secteur de financement



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.

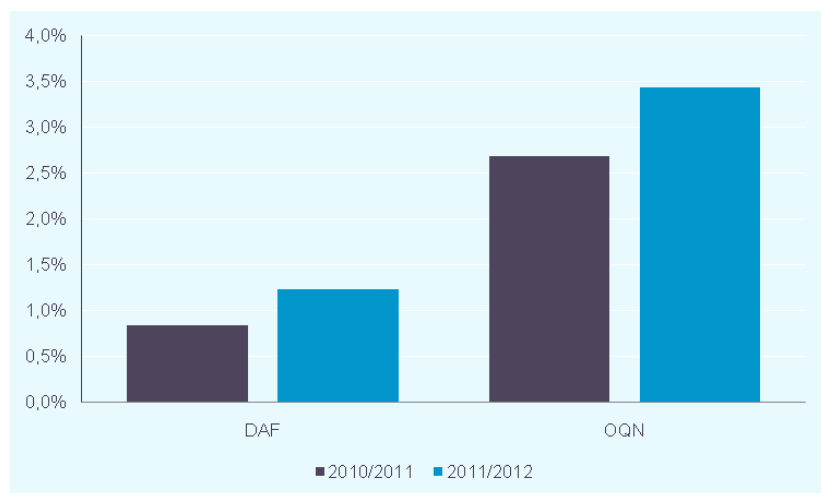
En termes d'évolution, l'activité des établissements sous OQN se révèle plus dynamique, à la fois en nombre de journées et en nombre de points IVA, que celle des établissements sous DAF. Les évolutions du PMJP sont similaires entre les deux secteurs et proches de +1%.

T 87 | Activité 2012 et évolution 2011/2012 par secteur de financement

Journées et point IVA en millions	2012				Evolution			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	1 104	23,50	37 680,19	1 603	+1,2%	+2,3%	+1,1%	51,9%
OQN	493	12,33	18 678,18	1 515	+3,4%	+4,4%	+0,9%	48,1%
Total	1 597	35,83	56 358,37	1 573	+2,0%	+3,0%	+1,0%	100,0%

La tendance 2012 s'inscrit dans la continuité de celle observée en 2011. La progression du nombre de journées du secteur sous OQN est importante depuis 2010.

F 72 I Evolution du nombre de journées par secteur de financement



950 000 patients ont eu recours à des soins de SSR en 2012, dont 635 000 dans le secteur sous DAF. Le nombre de journées par patient est identique dans les deux secteurs.

La hausse du nombre de journées dans le secteur OQN s'explique en partie par l'augmentation du nombre de journées par patient (35,8 jours en 2010 contre 36,4 en 2012).

Le nombre de journées par patient au total est supérieur à celui observé dans chacun des secteurs, certains patients vont donc dans des établissements des deux secteurs.

T 88 I Nombre moyen de journées par patient 2010-2012 et nombre de patients en 2012

Nombre de patients en milliers	Nombre moyen de journées par patient			Nombre de patients en 2012
	2010	2011	2012	
DGF	36,95	36,87	36,71	635,18
OQN	35,80	35,77	36,35	335,11
Total	37,42	37,37	37,47	947,32

2.3. Âge et sexe des patients

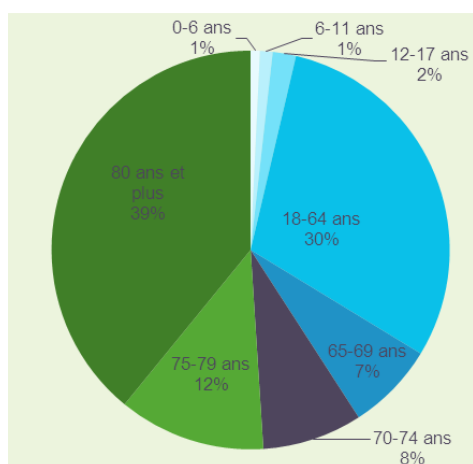
2.3.1. Âge des patients

L'activité de soins de suite et de réadaptation se caractérise par une part importante des personnes âgées : en 2012, plus de la moitié des journées et des points IVA concernent des patients âgés de plus de 70 ans. Les patients de plus de 80 ans représentent à eux seuls 39% du nombre de journées et du nombre de points IVA.

La répartition en nombre de journées et en nombre de points IVA est identique.

F 73 I Répartition de l'activité 2012 selon l'âge des patients

En nombre de journées réalisées



Les patients âgés entre 65 et 69 ans et ceux de plus de 80 ans ont un nombre de journées qui augmente rapidement entre 2011 et 2012. A contrario, celui des enfants (0-18 ans) baisse ou demeure stable.

Le PMJP décroît avec l'âge. Il est plus élevé pour les moins de 18 ans, et plus particulièrement pour les enfants de moins de 6 ans, indiquant une consommation de ressources plus élevée pour ces patients.

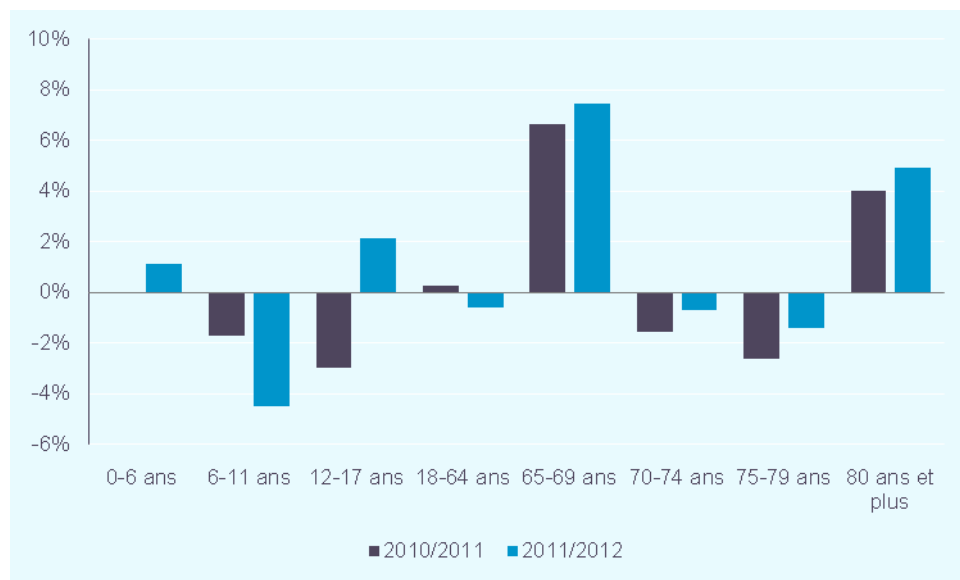
La croissance des journées est presque entièrement expliquée par le dynamisme de l'activité concernant les patients âgés entre 65 et 69 ans et de plus de 80 ans. Pour la tranche d'âge 65-69 ans, la progression s'explique par l'arrivée dans cette classe d'âge des personnes nées du baby-boom.

T 89 | Activité 2012 et évolution 2011/2012 selon l'âge des patients

Journées et point IVA en millions	2012				Evolutions			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	
0-6 ans	125	0,27	607,61	2 261	+1,1%	+0,7%	-0,4%	0,2%
6-11 ans	167	0,37	713,13	1 935	-4,5%	-5,0%	-0,5%	-2,3%
12-17 ans	421	0,68	1 322,63	1 955	+2,1%	+1,7%	-0,4%	1,4%
18-64 ans	1 560	10,76	16 595,23	1 543	-0,6%	+0,3%	+0,9%	3,3%
65-69 ans	1 515	2,57	3 984,02	1 552	+7,5%	+8,7%	+1,2%	19,5%
70-74 ans	1 511	2,91	4 542,15	1 561	-0,9%	+0,5%	+1,2%	1,4%
75-79 ans	1 496	4,27	6 556,44	1 534	-1,4%	-0,2%	+1,2%	-0,9%
80 ans et plus	1 477	14,01	22 037,16	1 573	+4,9%	+6,1%	+1,1%	77,4%
Total	1 597	35,83	56 358,37	1 573	+2,0%	+3,0%	+1,0%	100,0%

L'évolution des prises en charges des patients âgés entre 12 et 17 ans est marquée par une rupture dans la tendance. Le nombre de journées de cette tranche d'âge augmentent en 2012 alors qu'il diminuait en 2011. Pour les patients âgés de plus de 65 ans, l'évolution de l'activité en 2012 est plus forte que celle de 2011.

F 74 | Evolution du nombre de journées selon l'âge des patients



Par classe d'âge, le nombre de journées par patient varie largement, allant de 31 journées pour les enfants âgés de 6 à 11 ans à 39,6 jours pour les patients de plus de 80 ans. Il est le plus élevé pour les prises en charge concernant des enfants de moins de 6 ans.

Sur trois années, le nombre moyen de journées par tranche d'âge reste stable.

T 90 I Nombre moyen de journées par patient 2010-2012 et nombre de patients en 2012

Nombre de patients en milliers	Nombre moyen de journées par patient			Nombre de patients en 2012
	2010	2011	2012	
0-6 ans	44,29	41,16	41,82	6,17
6-11 ans	31,52	31,38	30,99	11,43
12-17 ans	37,60	37,51	37,56	17,42
18-64 ans	35,92	35,74	35,70	297,50
65-69 ans	34,21	34,05	34,22	74,49
70-74 ans	34,48	34,63	34,84	82,99
75-79 ans	36,13	35,91	36,07	117,71
80 ans et plus	39,46	39,55	39,60	351,71
Total	37,42	37,37	37,47	947,32

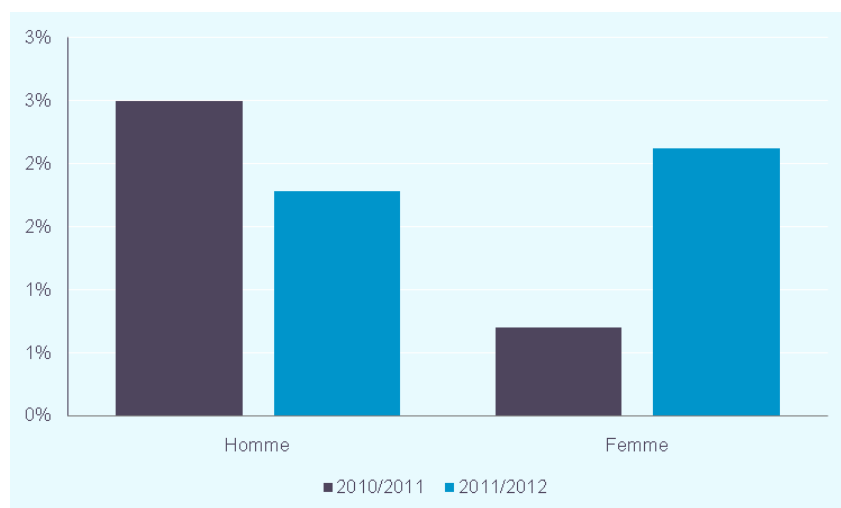
2.3.2. Sexe des patients

Les journées réalisées en 2012 concernent pour 57% des femmes. La prise en charge de patientes (+2,1% en journées) augmente un peu plus rapidement que les soins destinés aux hommes (+1,8%). Depuis 2011, la dynamique s'infléchit pour les prises en charge masculines alors que la progression de l'activité des femmes s'amplifie.

T 91 | Activité 2012 et évolution 2011/2012 selon le sexe des patients

Journées et point IVA en millions	2012				Evolution 2011/2012			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	
Hommes	1 595	15,22	24 125,97	1 585	+1,8%	+2,7%	+0,9%	38,8%
Femmes	1 594	20,61	32 232,41	1 564	+2,1%	+3,2%	+1,1%	61,2%
Total	1 597	35,83	56 358,37	1 573	+2,0%	+3,0%	+1,0%	100,0%

F 75 | Evolution du nombre de journées selon le sexe des patients



Le nombre de journées par patient est identique quel que soit le sexe.

T 92 | Nombre moyen de journées par patient 2010-2012 et nombre de patients en 2012

Nombre de patients en milliers	Nombre moyen de journées par patient			Nombre de patients en 2012
	2010	2011	2012	
Hommes	36,84	37,06	37,09	405,87
Femmes	37,83	37,59	37,75	541,60
Total	37,42	37,37	37,47	947,32

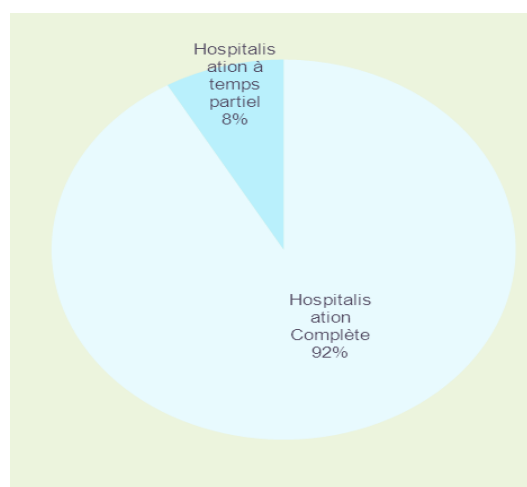
2.4. Type d'hospitalisation

En SSR, le type de prise en charge qui prévaut est l'hospitalisation complète (92% du nombre de journées). L'hospitalisation à temps partiel représente uniquement 8%.

La répartition selon le type d'hospitalisations est identique qu'elle soit calculée sur les journées ou sur les points IVA.

F 76 I Répartition de l'activité 2012 par type d'hospitalisation

En nombre de journées réalisées



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 celui de l'hospitalisation à temps partiel.

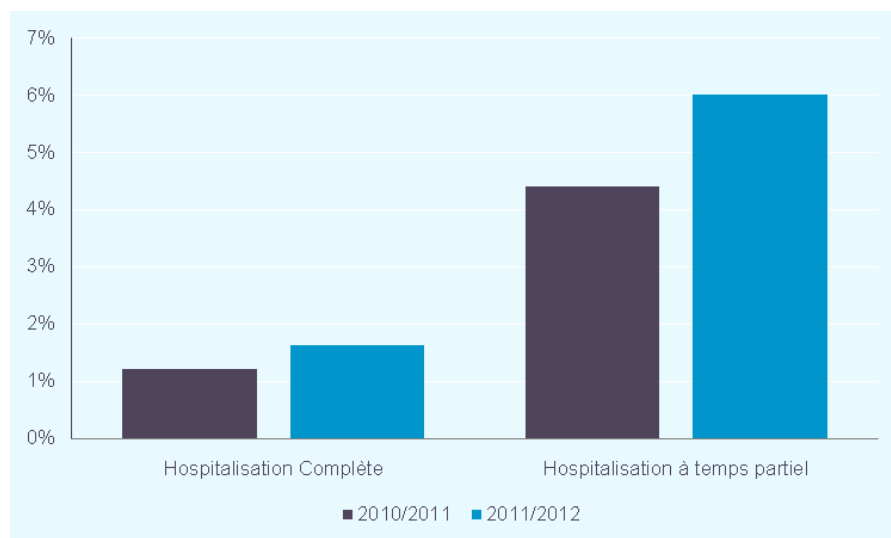
En 2012, comme en 2011, l'activité est environ quatre fois plus dynamique en hospitalisation à temps partiel tant en nombre de journées qu'en nombre de points IVA. Elle contribue cependant moins fortement à la croissance globale compte tenu de son poids.

T 93 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par type d'hospitalisation

Journées et point IVA en millions	2012				Evolution 2011/2012			
	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	Contribution à la croissance
Hospitalisation Complète	1 565	32,84	51 983,89	1 583	+1,6%	+2,7%	+1,1%	76,1%
Hospitalisation à temps partiel	586	2,99	4 374,48	1 464	+6,0%	+6,5%	+0,4%	24,6%
Total	1 597	35,82	56 349,77	1 573	+2,0%	+3,0%	+1,0%	100,0%

Pour chacun des types de prise en charge, la tendance s'accroît en 2012 par rapport à celle de 2011.

F 77 I Evolution du nombre de journées par type d'hospitalisation



Le nombre de journées par patient est stable quel que soit le type d'hospitalisation. En moyenne, la croissance observée est donc liée à l'accueil de nouveaux patients.

Les patients admis en hospitalisation à temps partiel ont un nombre de journées plus faible que ceux admis en hospitalisation complète.

T 94 I Nombre moyen de journées par patient 2010-2012 et nombre de patients en 2012

Nombre de patients en milliers	Nombre moyen de journées par patient			Nombre de patients en 2012
	2010	2011	2012	
Hospitalisation complète	38,68	39,63	39,91	815,48
Hospitalisation à temps partiel	16,95	16,98	16,94	174,57
Total	37,42	37,37	37,47	947,32

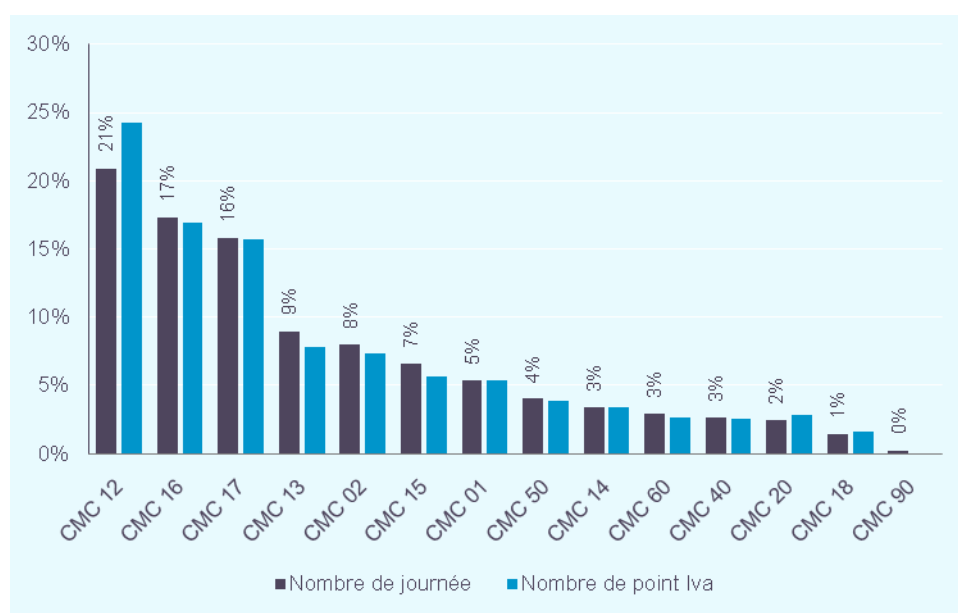
2.5. Catégories Majeures Cliniques (CMC)

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

- CMC 12 - Affections du système nerveux (21%) ;
- CMC 16 - Affections non traumatiques du système ostéoarticulaire (17%) ;
- CMC 17 - Affections traumatiques du système ostéoarticulaire (16%) ;
- CMC 13 - Troubles mentaux et du comportement (9%) ;
- CMC 02 - Affections de l'appareil circulatoire (8%).

Ces mêmes CMC, classées dans le même ordre, cumulent 72% du nombre de points IVA.

F 78 | Répartition de l'activité 2012 par CMC



Le poids moyen de la journée de présence n'est pas le même suivant les CMC. Il est compris entre 1 348 pour la CMC 15 (Hémopathies malignes et affections des organes digestifs et génitaux urinaires) et 1 827 pour la CMC 12 (Affections du système nerveux).

Les cinq premières CMC qui contribuent le plus à la croissance en nombre de points IVA (hors erreur et autres affections) sont :

- CMC 12 - Affections du système nerveux (+5,9% en points IVA et +5,1% en journées) ;
- CMC 02 - Affections de l'appareil circulatoire (+4,5% en points IVA et +3,6% en journées) ;
- CMC 13 - Troubles mentaux et du comportement (+3,6% en points IVA et +1,8% en journées) ;
- CMC 01 - Affections de l'appareil respiratoire (+5,4% en points IVA et +4,0% en journées) ;
- La CMC 16 - Affections non traumatiques du système ostéoarticulaire (+1,2% en points IVA et +0,4% en journées).

T 95 | Activité 2012 et évolution 2011/2012 par CMC

Journées et point IVA en millions	2012				Evolution 2011/2012			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	1 405	1,92	3 003,57	1 561	+4,0%	+5,4%	+1,3%	9,4%
02-Affections de l' appareil circulatoire	1 402	2,86	4 161,45	1 456	+3,7%	+4,5%	+0,8%	10,9%
12-Affections du système nerveux	1 473	7,49	13 682,54	1 827	+5,1%	+6,0%	+0,8%	47,0%
13-Troubles mentaux et du comportement	1 409	3,22	4 392,79	1 365	+2,6%	+3,8%	+1,1%	9,8%
14-Affections de la peau et des organes des sens	1 403	1,21	1 923,96	1 594	+2,2%	+2,8%	+0,5%	3,2%
15-Hémopathies malignes et affections des organes digestifs et génitaux urinaires	1 428	2,36	3 187,57	1 348	+0,6%	+2,3%	+1,7%	4,5%
16-Affections non traumatiques du système ostéoarticulaire	1 436	6,19	9 516,49	1 537	+0,4%	+1,2%	+0,8%	6,9%
17-Affections traumatiques du système ostéoarticulaire	1 425	5,65	8 872,67	1 570	-1,0%	+0,4%	+1,4%	2,2%
18-Amputations	1 057	0,52	897,72	1 733	+3,6%	+4,7%	+1,1%	2,5%
20-Soins palliatifs	1 137	0,89	1 611,81	1 819	-1,1%	-0,1%	+0,9%	-0,1%
40-Réadaptation / Réinsertion	1 171	0,94	1 417,31	1 503	+0,7%	+1,5%	+0,8%	1,3%
50-Affections nutritionnelles	1 270	1,45	2 194,50	1 513	+0,9%	+1,6%	+0,7%	2,1%
60-Autres affections	1 382	1,04	1 487,40	1 430	-0,1%	+0,6%	+0,7%	0,5%
90-Erreurs / Sans objet	352	0,08	0,00	-	+53,0%	+0,0%	+0,0%	0,0%
Total	1 597	35,82	56 349,77	1 573	+2,0%	+3,0%	+1,0%	100,0%

Le nombre de journées par patient diffère d'une CMC à l'autre : de 24,6 jours pour les affections de l'appareil circulatoire (CMC 02) à 51,5 pour les amputations (CMC18).

T 96 I Nombre moyen de journées par patient 2010-2012 et nombre de patients en 2012

Nombre de patients en milliers	Nombre moyen de journées par patient			Nombre de patients en 2012
	2010	2011	2012	
01 - Affections de l'appareil respiratoire	29,16	29,00	28,76	65,79
02 - Affections de l'appareil circulatoire	24,78	24,60	24,60	115,54
12 - Affections du système nerveux	43,29	43,16	42,95	172,95
13-Troubles mentaux et du comportement	35,53	35,68	35,90	88,47
14 - Affections de la peau et des organes des sens	27,07	26,98	26,77	44,60
15 - Hémopathies malignes et affections des organes digestifs et génitaux urinaires	28,26	28,41	28,66	82,04
16 - Affections non traumatiques du système ostéoarticulaire	27,90	27,78	27,98	219,94
17 - Affections traumatiques du système ostéoarticulaire	41,18	41,15	41,32	135,99
18 – Amputations	47,64	50,74	51,48	9,91
20 - Soins palliatifs	29,07	28,92	28,47	31,02
40 - Réadaptation/Réinsertion	25,17	24,93	24,91	37,62
50 - Affections nutritionnelles	29,35	29,55	29,39	48,98
60 - Autres affections	25,33	25,22	25,26	40,58
90 - Erreurs/Sans objet	12,25	12,20	14,56	3,34
Total	37,42	37,37	37,47	947,32

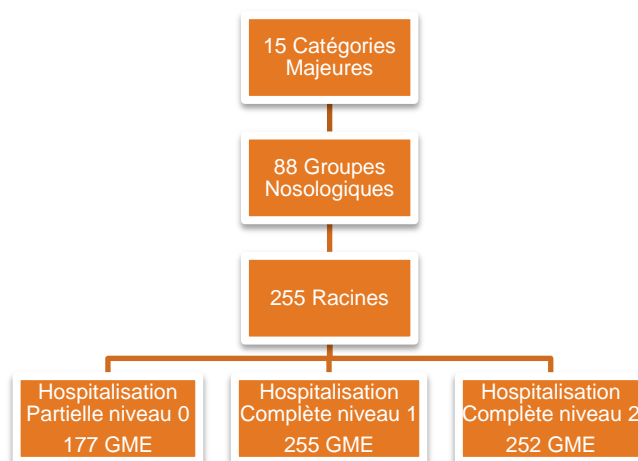
3. Nouveautés

3.1. Classification en GME

En 2013, afin de préparer la mise en place d'une tarification à l'activité en SSR, de nouveaux outils sont déployés : une nouvelle nomenclature d'actes de rééducation et réadaptation (CSARR) et une nouvelle classification médico-économique.

Mise en place d'une nouvelle classification médico-économique

Cette classification en groupes médico-économiques (GME) a remplacé la classification en GMD. Elle comporte 684 GME et se décline en :



Elle se base sur le séjour du patient pour l'hospitalisation complète et sur la journée pour l'hospitalisation à temps partiel. Elle se veut plus lisible en termes de description médicale que le système actuel de points IVA (indice de valorisation de l'activité).

Dans la suite de ce rapport l'activité groupée dans un GME est analysée :

- pour l'hospitalisation complète, en **suites de RHA** portant le même numéro de séjour SSR (assimilables à un séjour) ;
- pour l'hospitalisation à temps partiel, en **RHA**.

Pour illustrer cette partie, trois scores sont utilisés (plus ces scores sont élevés plus le patient est dépendant) :

- le **score de dépendance physique** est calculé en additionnant la cotation des quatre variables de dépendance physique du RHS : « habillage », « alimentation », « déplacement » et « continence ». Le score minimal est de 4 et le score maximal de 16 ;
- le **score de dépendance cognitive** est calculé en additionnant la cotation des deux variables de dépendance cognitive du RHS : « relation-communication » et « comportement ». Ce score varie de 2 à 8 ;
- le **score d'activité de rééducation-réadaptation** (RR) résulte de l'addition du nombre d'activités de rééducation-réadaptation distinctes (parmi les douze activités de rééducation-réadaptation) en fonction du nombre de jours de présence, et de la pondération des actes codés. Chaque acte possède une pondération en fonction de la consommation de ressources qu'il représente.

Ces scores sont ceux du patient à l'entrée de son séjour.

3.1.1. Catégorie Majeure

Deux catégories concentrent la **moitié** des suites de RHA :

- CM 08 : Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire (37%) ;
- CM 01 : Affections du système nerveux (22%).

T 97 I Activité 2012 par CM

<i>Suites de RHA en milliers</i> <i>Journées de présence en millions</i>		Nombre de suites de RHA en hospitalisation complète	Nombre de journées de présence en hospitalisation complète	Nombre de journées de présence en hospitalisation à temps partiel	Nombre de journées de présence totale
01	Affections du système nerveux	176,11	6,99	0,80	7,79
02	Affections de l'œil	2,83	0,08	0,02	0,10
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	6,79	0,20	0,01	0,21
04	Affections de l'appareil respiratoire	67,22	1,95	0,07	2,03
05	Affections de l'appareil circulatoire	107,97	2,65	0,43	3,08
06	Affections des organes digestifs	52,27	1,40	0,00	1,40
08	Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire	380,06	12,05	1,40	13,45
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	27,12	0,86	0,03	0,90
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	54,46	1,49	0,04	1,53
11	Affections de l'appareil génito-urinaire	27,22	0,71	0,01	0,72
16	Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire, et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus	12,78	0,34	0,00	0,34
18	Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires	3,77	0,11	0,00	0,11
19	Troubles mentaux et du comportement	59,15	1,93	0,12	2,05
23	Autres motifs de recours aux services de santé	68,93	2,10	0,04	2,14
27	Posttransplantation d'organe	0,98	0,03	0,00	0,03
90	Erreurs et recueils inclassables	2,15	0,10	0,01	0,10
Total		1 049,78	32,98	3,00	35,98

Les patients hospitalisés pour troubles mentaux et du comportement (47 ans en moyenne) sont plus jeunes que ceux hospitalisés pour affections des organes digestifs (73 ans en moyenne).

T 98 | Caractéristiques des patients par CM en 2012

	Age moyen	Dépendance physique moyenne	Dépendance cognitive moyenne	Score de réadaptation et de rééducation moyen
01 Affections du système nerveux	55,8	8,7	3,9	113,3
02 Affections de l'œil	60,9	6,4	2,8	97,0
03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	55,0	6,9	3,6	81,4
04 Affections de l'appareil respiratoire	67,6	7,4	3,2	63,2
05 Affections de l'appareil circulatoire	65,7	5,6	2,6	76,3
06 Affections des organes digestifs	73,6	8,4	3,2	29,7
08 Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire	58,7	6,8	2,6	92,3
09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	59,2	8,4	3,4	70,2
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	48,5	6,0	3,0	84,2
11 Affections de l'appareil génito-urinaire	73,1	8,5	3,3	24,9
16 Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire, et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus	69,9	8,6	3,6	39,7
18 Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires	73,0	9,8	3,9	41,7
19 Troubles mentaux et du comportement	47,9	6,3	4,0	91,3
23 Autres motifs de recours aux services de santé	72,7	10,5	4,3	48,6
27 Post transplantation d'organe	49,2	5,0	2,6	65,9
90 Erreurs et recueils inclassables	57,7	36,0	18,0	68,5

3.1.2. Groupes nosologiques

Les 20 premiers groupes nosologiques en nombre de suites de RHA représentent 56% de l'activité.

Les premiers groupes sont :

- 0841 : Arthroses du genou avec implant articulaire (9,4%) ;
- 0112 : Accidents vasculaires cérébraux (8,8%).

T 99 | Activité 2012 par groupe nosologique

<i>Suites de RHA en milliers Journées de présence en millions</i>		Nombre de suite de RHA en hospitalisation complète	Nombre de journées de présence en hospitalisation complète	Nombre de journées de présence en hospitalisation à temps partiel	Nombre de journées de présence total
0112	Accidents vasculaires cérébraux	51,97	2,36	0,21	2,58
0127	Maladies d'Alzheimer et démences apparentées	40,33	1,49	0,08	1,57
0841	Arthroses du genou avec implant articulaire	55,82	1,34	0,13	1,47
0856	Affections non traumatiques de la colonne vertébrale	41,80	1,01	0,28	1,29
0833	Fractures du membre inférieur	26,04	1,20	0,08	1,28
0824	Fractures multiples et traumatismes associés	22,56	0,92	0,10	1,02
0840	Arthroses de la hanche avec implant articulaire	41,13	0,97	0,04	1,01
0512	Insuffisances cardiaques	32,96	0,90	0,04	0,94
0831	Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire	26,23	0,92	0,01	0,93
1006	Obésités	31,66	0,85	0,04	0,89
0406	Insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives	26,75	0,81	0,06	0,87
2303	Soins palliatifs	29,95	0,85	0,00	0,85
0836	Fractures du membre supérieur	18,68	0,71	0,05	0,76
0832	Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant extra articulaire	18,50	0,75	0,01	0,76
1903	Toxicomanies avec dépendance	24,42	0,73	0,02	0,76
0863	Ostéocondropathies et arthropathies non infectieuses	22,70	0,65	0,09	0,75
2315	Troubles de la marche (non rattachés à une étiologie)	20,99	0,71	0,02	0,73
0130	Autres affections neuro-dégénératives (à l'exclusion des Maladies d'Alzheimer et démences apparentées)	19,41	0,62	0,10	0,72
1909	Autres troubles psycho-comportementaux	15,10	0,57	0,09	0,66
1906	Troubles dépressifs et anxieux	19,63	0,62	0,02	0,64

Les patients hospitalisés pour obésités (41 ans en moyenne) sont plus jeunes que ceux hospitalisés pour des fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire (81 ans en moyenne). Dans ce top 20, le groupe nosologique où les patients sont les plus dépendants physiquement et cognitivement est le groupe CM 2303 – Soins palliatifs.

T 100 I Caractéristiques des patients par groupe nosologique en 2012

		Age moyen	Dépendance physique moyenne	Dépendance cognitive moyenne	Score de réadaptation et de rééducation moyen
0112	Accidents vasculaires cérébraux	61,10	8,80	3,80	124,40
0127	Maladies d'Alzheimer et démences apparentées	81,60	8,60	5,00	96,50
0841	Arthroses du genou avec implant articulaire	69,50	6,70	2,40	98,10
0856	Affections non traumatiques de la colonne vertébrale	51,30	5,20	2,40	110,10
0833	Fractures du membre inférieur	59,40	7,70	2,70	81,20
0824	Fractures multiples et traumatismes associés	53,00	7,20	2,70	95,60
0840	Arthroses de la hanche avec implant articulaire	71,00	7,40	2,50	83,20
0512	Insuffisances cardiaques	75,20	7,70	3,20	52,60
0831	Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire	81,00	10,70	3,60	58,30
1006	Obésités	41,30	5,00	2,70	95,70
0406	Insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives	65,50	6,40	2,90	79,80
2303	Soins palliatifs	75,80	12,70	5,00	27,30
0836	Fractures du membre supérieur	65,80	7,80	2,80	79,50
0832	Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant extra articulaire	78,40	10,70	3,60	63,10
1903	Toxicomanies avec dépendance	47,20	4,50	3,70	80,30
0863	Ostéocondropathies et arthropathies non infectieuses	57,30	6,60	2,70	90,40
2315	Troubles de la marche (non rattachés à une étiologie)	79,80	9,30	3,70	59,00
0130	Autres affections neuro-dégénératives (à l'exclusion des Maladies d'Alzheimer et démences apparentées)	57,00	8,60	3,30	104,30
1909	Autres troubles psycho-comportementaux	38,10	7,20	4,20	112,40
1906	Troubles dépressifs et anxieux	66,60	6,40	3,80	63,90

3.1.3. Racines

Les 20 premières racines en nombre de suites de RHA en représentent un tiers. Les premières racines sont :

- 0841a: Arthroses du genou avec implant articulaire score physique ≤ 8 ;
- 2303a: Soins palliatifs, score ARR ≤ 60 ;
- 0840a : Arthroses de la hanche avec implant articulaire, score physique ≤ 8 ;
- 0512a : Insuffisances cardiaques, score physique ≤ 12 ;
- 0127a : Maladie d'Alzheimer et démences apparentées, score physique ≤ 12 .

T 101 I Activité 2012 par racine

<i>Suites de RHA en milliers Journées de présence en millions</i>		Nombre de suite de RHA en hospitalisation complète	Nombre de journées de présence en hospitalisation complète	Nombre de journées de présence en hospitalisation à temps partiel	Nombre de journées de présence total
0127a	Maladies d'Alzheimer et démences apparentées , score phy <= 12	23,88	0,90	0,08	0,93
0841a	Arthroses du genou avec implant articulaire , score phy <= 8	35,32	0,87	0,13	0,90
2303a	Soins palliatifs , score arr <= 60	26,71	0,73	0,00	0,76
0512a	Insuffisances cardiaques , score phy <= 12	24,24	0,65	0,04	0,68
1903a	Toxicomanies avec dépendance , score cog <= 6	21,82	0,64	0,02	0,66
0127b	Maladies d'Alzheimer et démences apparentées , score phy >= 13	16,45	0,63	0,00	0,64
0840a	Arthroses de la hanche avec implant articulaire , score phy <= 8	24,73	0,53	0,03	0,56
2315b	Troubles de la marche (non rattachés à une étiologie) , score phy >= 9	14,16	0,51	0,01	0,52
0835a	Lésions traumatiques du rachis et du bassin	14,37	0,50	0,01	0,51
0833c	Fractures du membre inférieur , score phy >= 9 , score cog >= 3	10,18	0,50	0,00	0,51
0841b	Arthroses du genou avec implant articulaire , score phy [9,12]	18,13	0,47	0,00	0,49
0838a	Lésions articulaires et ligamentaires de l'épaule	9,37	0,46	0,19	0,47
1906a	Troubles dépressifs et anxieux , score phy <= 8	14,55	0,44	0,01	0,46
0832b	Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant extra articulaire , score phy >= 9 , score cog <= 4	9,95	0,42	0,00	0,43
0833a	Fractures du membre inférieur , score phy <= 8	8,67	0,40	0,08	0,40
2318a	Autres états et symptômes (non rattachés à une étiologie)	12,80	0,38	0,01	0,40
0863b	Ostéocondropathies et arthropathies non infectieuses , age >= 18 , score phy <= 8	12,42	0,38	0,08	0,39
0406d	Insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives , score phy >= 5 , score cog >= 3	11,46	0,36	0,01	0,37
0833b	Fractures du membre inférieur , score phy >= 9 , score cog <= 2	7,20	0,36	0,00	0,37
0856c	Affections non traumatiques de la colonne vertébrale , age >= 18 , score phy <= 8 , score cog <= 2 , score arr >= 61 , ho	9,56	0,36	0,18	0,37

T 102 I Caractéristiques des patients par racine en 2012

		Age moyen	Dépendance physique moyenne	Dépendance cognitive moyenne	Score de réadaptation et de rééducation moyen
0127a	Maladies d'Alzheimer et démences apparentées , score phy <= 12	81,20	7,20	4,60	107,60
0841a	Arthroses du genou avec implant articulaire , score phy <= 8	68,40	5,60	2,20	99,20
2303a	Soins palliatifs , score arr <= 60	76,40	12,70	5,00	15,60
0512a	Insuffisances cardiaques , score phy <= 12	72,80	6,20	2,80	56,90
1903a	Toxicomanies avec dépendance , score cog <= 6	47,20	4,40	3,30	79,30
0127b	Maladies d'Alzheimer et démences apparentées , score phy >= 13	83,60	14,60	6,50	49,30
0840a	Arthroses de la hanche avec implant articulaire , score phy <= 8	69,00	5,90	2,20	83,40
2315b	Troubles de la marche (non rattachés à une étiologie) , score phy >= 9	81,40	12,10	4,40	50,10
0835a	Lésions traumatiques du rachis et du bassin	68,90	9,10	3,10	63,50
0833c	Fractures du membre inférieur , score phy >= 9 , score cog >= 3	76,60	12,60	4,70	51,40
0841b	Arthroses du genou avec implant articulaire , score phy [9,12]	73,20	10,00	2,80	96,20
0838a	Lésions articulaires et ligamentaires de l'épaule	56,10	5,50	2,20	106,40
1906a	Troubles dépressifs et anxieux , score phy <= 8	62,80	4,90	3,40	69,30
0832b	Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant extra articulaire , score phy >= 9 , score cog <= 4	81,80	11,90	2,90	59,20
0833a	Fractures du membre inférieur , score phy <= 8	50,20	5,20	2,30	96,90
2318a	Autres états et symptômes (non rattachés à une étiologie)	69,10	8,60	3,90	53,50
0863b	Ostéocondropathies et arthropathies non infectieuses , age >= 18 , score phy <= 8	58,80	5,10	2,30	95,20
0406d	Insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives , score phy >= 5 , score cog >= 3	64,60	10,20	4,70	72,90
0833b	Fractures du membre inférieur , score phy >= 9 , score cog <= 2	73,80	11,10	2,00	57,70
0856c	Affections non traumatiques de la colonne vertébrale , age >= 18 , score phy <= 8 , score cog <= 2 , score arr >= 61	49,40	4,30	2,00	151,00

3.1.4. Groupes médico-économiques

La moitié de l'activité en hospitalisation **complète** est concentrée sur 50 GME, le tableau ci-après liste les 20 premiers représentant 27% de l'activité.

T 103 I **Activité 2012 par GME en hospitalisation complète**

<i>Suites de RHA en milliers Journées de présence en millions</i>		Nombre de suites de RHA en hospitalisation complète	Nombre de journées de présence en hospitalisation complète	Part dans la racine
2303a1	Soins palliatifs , score arr <= 60- niveau 1	26,71	0,76	100%
0841a1	Arthroses du genou avec implant articulaire , score phy <= 8- niveau 1	34,61	0,76	84%
1903a1	Toxicomanies avec dépendance , score cog <= 6- niveau 1	20,77	0,60	91%
0127a1	Maladies d'Alzheimer et démences apparentées , score phy <= 12- niveau 1	18,38	0,59	64%
0512a1	Insuffisances cardiaques , score phy <= 12- niveau 1	22,31	0,57	84%
0840a1	Arthroses de la hanche avec implant articulaire , score phy <= 8- niveau 1	24,07	0,51	91%
0841b1	Arthroses du genou avec implant articulaire , score phy [9,12]- niveau 1	17,61	0,47	96%
0835a1	Lésions traumatiques du rachis et du bassin- niveau 1	13,13	0,44	86%
0833c1	Fractures du membre inférieur , score phy >= 9 , score cog >= 3- niveau 1	8,87	0,43	85%
0127b1	Maladies d'Alzheimer et démences apparentées , score phy >= 13- niveau 1	11,66	0,41	63%
1906a1	Troubles dépressifs et anxieux , score phy <= 8- niveau 1	13,59	0,40	89%
2315b1	Troubles de la marche (non rattachés à une étiologie) , score phy >= 9- niveau 1	11,35	0,39	74%
0832b1	Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant extra articulaire , score phy >= 9 , score cog <= 4- niveau 1	8,89	0,37	87%
0840b1	Arthroses de la hanche avec implant articulaire , score phy [9,12]- niveau 1	13,40	0,35	95%
0833b1	Fractures du membre inférieur , score phy >= 9 , score cog <= 2- niveau 1	6,64	0,33	90%
1006c1	Obésités , age >= 18 , score phy <= 8 , score arr <= 60- niveau 1	11,66	0,32	95%
0833a1	Fractures du membre inférieur , score phy <= 8- niveau 1	8,13	0,30	75%
2318a1	Autres états et symptômes (non rattachés à une étiologie)- niveau 1	10,82	0,30	76%
0863b1	Ostéochondropathies et arthropathies non infectieuses , age >= 18 , score phy <= 8- niveau 1	11,85	0,30	76%
0406d1	Insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives , score phy >= 5 , score cog >= 3- niveau 1	9,23	0,27	73%

T 104 I Caractéristiques des patients en hospitalisation complète par GME en 2012

		Age moyen	Dépendance physique moyenne	Dépendance cognitive moyenne	Score de réadaptation et de rééducation moyen
2303a1	Soins palliatifs , score arr <= 60- niveau 1	76,40	12,70	5,00	15,60
0841a1	Arthroses du genou avec implant articulaire , score phy <= 8- niveau 1	70,90	6,20	2,30	91,30
1903a1	Toxicomanies avec dépendance , score cog <= 6- niveau 1	46,90	4,40	3,40	80,60
0127a1	Maladies d'Alzheimer et démences apparentées , score phy <= 12- niveau 1	82,90	8,50	4,90	29,60
0512a1	Insuffisances cardiaques , score phy <= 12- niveau 1	81,10	7,50	3,00	34,70
0840a1	Arthroses de la hanche avec implant articulaire , score phy <= 8- niveau 1	72,30	6,30	2,30	73,20
0841b1	Arthroses du genou avec implant articulaire , score phy [9,12]- niveau 1	73,40	10,00	2,80	96,80
0835a1	Lésions traumatiques du rachis et du bassin- niveau 1	76,80	10,20	3,30	46,40
0833c1	Fractures du membre inférieur , score phy >= 9 , score cog >= 3- niveau 1	77,30	12,60	4,70	48,80
0127b1	Maladies d'Alzheimer et démences apparentées , score phy >= 13- niveau 1	84,10	14,70	6,60	31,00
1906a1	Troubles dépressifs et anxieux , score phy <= 8- niveau 1	60,50	4,80	3,40	48,70
2315b1	Troubles de la marche (non rattachés à une étiologie) , score phy >= 9- niveau 1	84,80	12,10	4,40	37,60
0832b1	Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant extra articulaire , score phy >= 9 , score cog <= 4- niveau 1	82,20	11,90	2,80	56,20
0840b1	Arthroses de la hanche avec implant articulaire , score phy [9,12]- niveau 1	75,00	10,10	2,80	85,00
0833b1	Fractures du membre inférieur , score phy >= 9 , score cog <= 2- niveau 1	75,50	11,20	2,00	53,60
1006c1	Obésités , age >= 18 , score phy <= 8 , score arr <= 60- niveau 1	56,70	4,60	2,40	34,80
0833a1	Fractures du membre inférieur , score phy <= 8- niveau 1	63,00	6,10	2,40	62,80
2318a1	Autres états et symptômes (non rattachés à une étiologie)- niveau 1	80,50	9,60	4,00	27,90
0863b1	Ostéocondropathies et arthropathies non infectieuses , age >= 18 , score phy <= 8- niveau 1	68,80	5,80	2,50	66,20
0406d1	Insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives , score phy >= 5 , score cog >= 3- niveau 1	74,70	9,90	4,50	58,50

Plus de deux tiers de l'activité en hospitalisation à **temps partiel** est concentrée sur 20 GME.

T 105 I Activité 2012 par GME en hospitalisation à temps partiel

<i>Journées de présence en millions</i>		Nombre de journées de présence en hospitalisation à temps partiel	Part dans la racine
0838a0	Lésions articulaires et ligamentaires de l'épaule- niveau 0	0,19	40%
0856c0	Affections non traumatiques de la colonne vertébrale , age >= 18 , score phy <= 8 , score cog <= 2 , score arr >= 61 , ho	0,18	48%
0839c0	Lésions articulaires et ligamentaires du genou , age >= 18 , score phy <= 8 , score arr >= 61- niveau 0	0,14	61%
0112a0	Accidents vasculaires cérébraux , age <= 74 , score phy <= 8- niveau 0	0,14	37%
0509a0	Coronaropathies (à l'exclusion des coronaropathies avec pontage) , score phy <= 8 , score arr <= 90- niveau 0	0,13	42%
0841a0	Arthroses du genou avec implant articulaire , score phy <= 8- niveau 0	0,13	14%
0509b0	Coronaropathies (à l'exclusion des coronaropathies avec pontage) , score phy <= 8 , score arr >= 91- niveau 0	0,10	58%
0824a0	Fractures multiples et traumatismes associés , age <= 74 , score phy <= 8- niveau 0	0,09	35%
0127a0	Maladies d'Alzheimer et démences apparentées , score phy <= 12- niveau 0	0,08	8%
0863b0	Ostéochondropathies et arthropathies non infectieuses , age >= 18 , score phy <= 8- niveau 0	0,08	20%
0833a0	Fractures du membre inférieur , score phy <= 8- niveau 0	0,08	19%
0869a0	Autres affections du système ostéoarticulaire , age <= 74 , score phy <= 8- niveau 0	0,06	41%
0130a0	Autres affections neuro-dégénératives (à l'exclusion des Maladies d'Alzheimer et démences apparentées) , age <= 74 , scor	0,06	33%
0836a0	Fractures du membre supérieur , score phy <= 8- niveau 0	0,05	21%
0406a0	Insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives , score phy <= 4 , score cog <= 2- niveau 0	0,05	22%
1909b0	Autres troubles psycho-comportementaux , age <= 17 , score arr >= 91- niveau 0	0,04	77%
0506b0	Coronaropathies avec pontage , score arr >= 61- niveau 0	0,04	22%
0512a0	Insuffisances cardiaques , score phy <= 12- niveau 0	0,04	6%
0856b0	Affections non traumatiques de la colonne vertébrale , age >= 18 , score phy <= 8 , score cog <= 2 , score arr <= 60 , ho	0,04	23%
0138a0	Affections médullaires non traumatiques avec paraplégie- niveau 0	0,04	16%

T 106 I Caractéristiques des patients en hospitalisation à temps partiel par GME en 2012

		Age moyen	Dépendance physique moyenne	Dépendance cognitive moyenne	Score de réadaptation et de rééducation moyen
0838a0	Lésions articulaires et ligamentaires de l'épaule- niveau 0	54,80	5,10	2,20	109,30
0856c0	Affections non traumatiques de la colonne vertébrale , age >= 18 , score phy <= 8 , score cog <= 2 , score arr >= 61 , ho	49,20	4,20	2,00	153,30
0839c0	Lésions articulaires et ligamentaires du genou , age >= 18 , score phy <= 8 , score arr >= 61- niveau 0	32,70	4,70	2,10	126,70
0112a0	Accidents vasculaires cérébraux , age <= 74 , score phy <= 8- niveau 0	51,20	5,20	2,90	148,80
0509a0	Coronaropathies (à l'exclusion des coronaropathies avec pontage) , score phy <= 8 , score arr <= 90- niveau 0	58,50	4,10	2,20	52,60
0841a0	Arthroses du genou avec implant articulaire , score phy <= 8- niveau 0	66,10	5,00	2,10	106,30
0509b0	Coronaropathies (à l'exclusion des coronaropathies avec pontage) , score phy <= 8 , score arr >= 91- niveau 0	57,70	4,10	2,30	145,40
0824a0	Fractures multiples et traumatismes associés , age <= 74 , score phy <= 8- niveau 0	41,40	4,80	2,20	118,90
0127a0	Maladies d'Alzheimer et démences apparentées , score phy <= 12- niveau 0	80,40	6,70	4,50	139,20
0863b0	Ostéochondropathies et arthropathies non infectieuses , age >= 18 , score phy <= 8- niveau 0	54,30	4,80	2,20	108,30
0833a0	Fractures du membre inférieur , score phy <= 8- niveau 0	45,50	4,80	2,20	109,60
0869a0	Autres affections du système ostéoarticulaire , age <= 74 , score phy <= 8- niveau 0	42,50	4,60	2,20	103,10
0130a0	Autres affections neuro-dégénératives (à l'exclusion des Maladies d'Alzheimer et démences apparentées) , age <= 74 , scor	51,00	5,30	2,50	116,70
0836a0	Fractures du membre supérieur , score phy <= 8- niveau 0	51,10	4,80	2,20	117,80
0406a0	Insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives , score phy <= 4 , score cog <= 2- niveau 0	62,70	4,00	2,00	92,60
1909b0	Autres troubles psycho-comportementaux , age <= 17 , score arr >= 91- niveau 0	8,20	7,50	4,40	213,40
0506b0	Coronaropathies avec pontage , score arr >= 61- niveau 0	62,90	4,10	2,20	125,00
0512a0	Insuffisances cardiaques , score phy <= 12- niveau 0	60,60	4,30	2,40	89,60
0856b0	Affections non traumatiques de la colonne vertébrale , age >= 18 , score phy <= 8 , score cog <= 2 , score arr <= 60 , ho	51,80	4,30	2,00	35,90
0138a0	Affections médullaires non traumatiques avec paraplégie- niveau 0	47,10	6,80	2,60	102,60

3.2. Mentions spécialisées

Le décret de 2004 relatif à la liste des activités et des équipements soumis à autorisation avait distingué l'activité de soins de suite de l'activité de rééducation et réadaptation fonctionnelle. Le décret de 2008 les réunit en une seule activité de « soins de suite et réadaptation » tout en distinguant les différentes spécialités médicales du champ SSR.

Ce décret structure l'activité SSR en un tronc commun : SSR polyvalent adulte avec possibilité de mentions. Les établissements peuvent être autorisés pour une catégorie d'âge de leurs patients (adultes, juvéniles, ou enfants) et pour une ou plusieurs des neuf affections listées ci-dessous :

- affections de l'appareil locomoteur ;
- affections du système nerveux ;
- affections cardio-vasculaires ;
- affections respiratoires ;
- affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien ;
- affections onco-hématologiques ;
- affections des brûlés ;
- affections liées aux conduites addictives ;
- affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.

Un même établissement peut être autorisé au titre de plusieurs de ces prises en charge.

La majorité des journées de SSR (43%) sont sans mention spécialisée. Pour les journées avec mention, les trois mentions les plus courantes sont :

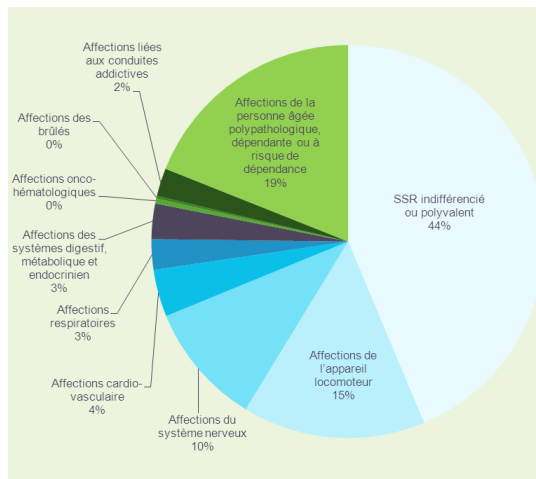
- Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance ;
- Affections de l'appareil locomoteur ;
- Affections du système nerveux.

T 107 I Activité 2012 typée par mention spécialisée

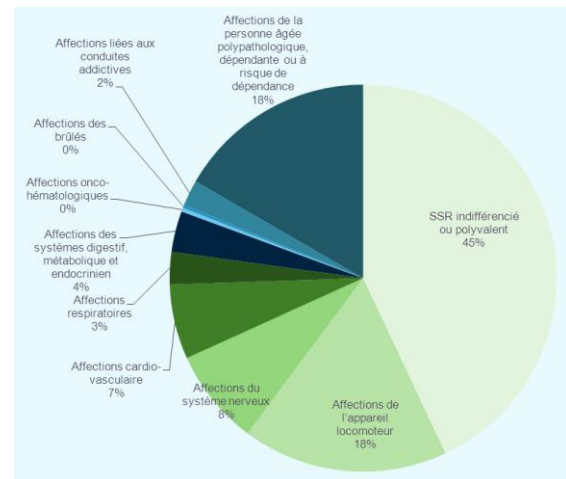
<i>Journées en millions et patients en milliers</i>	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de patients
Sans mention spécialisée	1 206	15,57	430,67
Affections de l'appareil locomoteur	339	5,36	172,21
Affections du système nerveux	291	3,59	80,49
Affections cardio-vasculaire	156	1,38	62,56
Affections respiratoires	114	0,89	27,14
Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	101	1,04	34,21
Affections onco-hématologiques	31	0,15	3,17
Affections des brûlés	20	0,08	2,57
Affections liées aux conduites addictives	86	0,82	21,68
Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	439	6,76	166,90

F 79 I Répartition de l'activité 2012 selon les mentions spécialisées

En nombre de journées



En nombre de patients



La grande majorité des journées (97%) est réalisée dans des établissements avec une autorisation pour « adultes ».

T 108 I Activité 2012 selon l'autorisation par catégorie d'âge

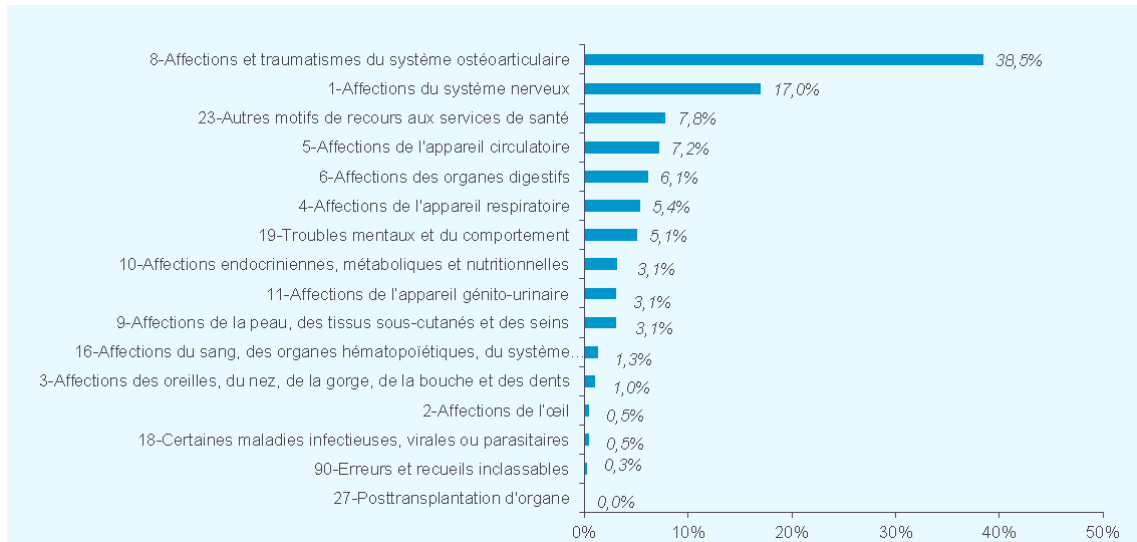
Journées en millions et patients en milliers	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de patients
A = Adultes (>=18 ans)	1 554	34,35	917,93
J = Juvéniles (>=6 ans et <18 ans)	82	0,32	6,30
E = Enfants (<6 ans)	158	0,63	15,32
P = Mineurs (<18 ans)	30	0,33	12,40
Total	1 824	35,64	947,32

3.2.1. Journées sans mention spécialisée

Parmi les journées sans mention spécialisée, les catégories majeures (CM) les plus courantes sont :

- CM 1 affections du système nerveux ;
- CM 8 affections et traumatismes du système ostéoarticulaire ;
- CM 23 autres motifs de recours aux services de santé.

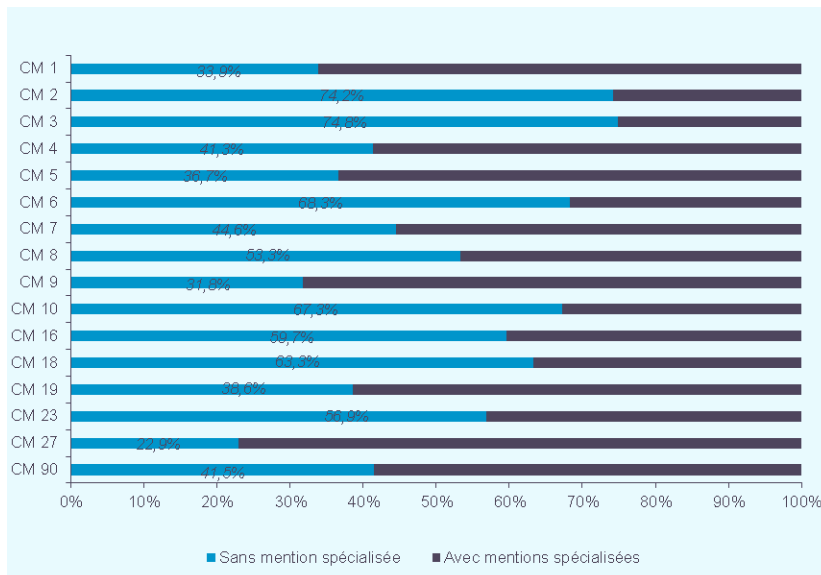
F 80 I Répartition des journées sans mention spécialisée par CM



Pour la CM 2 (affections de l'œil) et la CM 3 (affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents), les trois quarts des journées sont effectués sans mention spécialisée.

A l'inverse, dans la CM 27 (posttransplantation d'organe), seulement un tiers des journées est sans mention spécialisée.

F 81 I Répartition des journées sans mention dans les CM



Les journées sans mention spécialisée concernent en grande majorité des patients adultes.

T 109 I Activité 2012 sans mention spécialisée distinguée suivant la mention par l'âge

Journées en millions et patients en milliers	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de patients
A = Adultes (>=18 ans)	1 166	15,16	419,26
J = Juvéniles (>=6 ans et <18 ans)	59	0,12	2,55
E = Enfants (<6 ans)	43	0,12	2,28
P = Mineurs (<18 ans)	25	0,16	6,76
Total	1 293	15,57	430,67

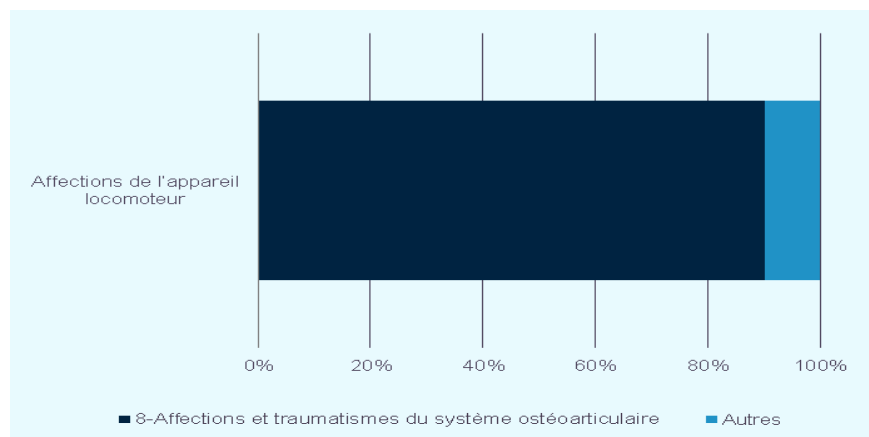
3.2.2. Journées avec mention spécialisée

Cette partie analyse la répartition des journées, pour chacune des mentions spécialisées.

- **Affections de l'appareil locomoteur**

Les journées avec la mention « Affections de l'appareil locomoteur » sont à 90% des journées de la CM 8 - Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire.

F 82 I Répartition des journées avec mentions « Affections de l'appareil locomoteur » par CM



Par ailleurs, ces journées représentent 36% de l'activité de la CM 8.

Les journées avec la mention « Affections de l'appareil locomoteur » concernent en grande majorité des patients adultes.

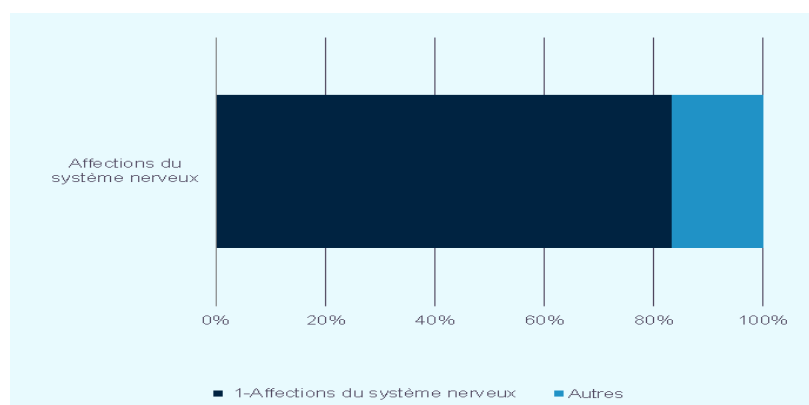
T 110 I Activité 2012 avec mention « Affections de l'appareil locomoteur » distinguée suivant la mention par l'âge

Journées en millions et patients en milliers	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de patients
A = Adultes (>=18 ans)	327	5,20	166,21
J = Juvéniles (>=6 ans et <18 ans)	88	0,10	3,62
E = Enfants (<6 ans)	32	0,02	0,65
P = Mineurs (<18 ans)	8	0,04	1,98
Total	455	5,36	172,21

- **Affections du système nerveux**

Les journées avec la mention « Affections du système nerveux » sont à 83% des journées de la CM 1 - Affections du système nerveux.

F 83 I Répartition des journées avec mentions « Affections du système nerveux » par CM



Par ailleurs ces journées représentent 38% de la CM 1 - Affections du système nerveux.

Les journées avec la mention « Affections du système nerveux » concernent en grande majorité des patients adultes.

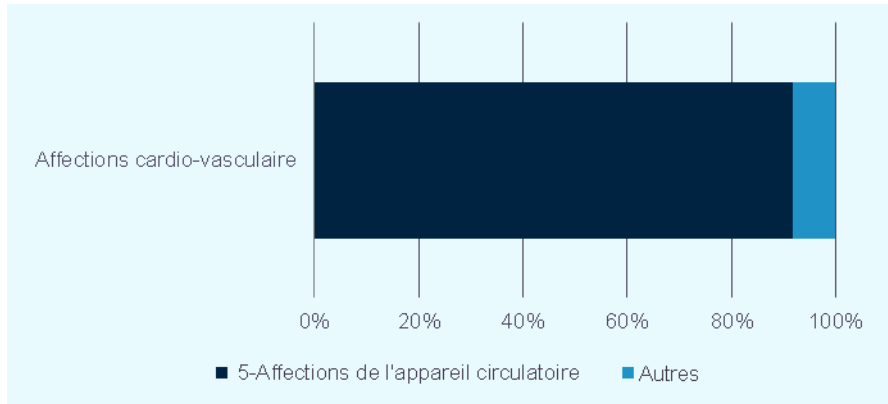
T 111 I Activité 2012 avec mention « Affections du système nerveux » distinguée suivant la mention par l'âge

Journées en millions et patients en milliers	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de patients
A = Adultes (>=18 ans)	279	3,25	71,49
J = Juvéniles (>=6 ans et <18 ans)	66	0,17	4,49
E = Enfants (<6 ans)	34	0,08	1,66
P = Mineurs (<18 ans)	10	0,09	3,25
Total	389	3,59	80,49

- **Affections cardio-vasculaire**

Les journées avec la mention « Affections cardio-vasculaire » sont à 92% des journées de la CM 5 - Affections de l'appareil circulatoire.

F 84 I Répartition des journées avec mention « Affections cardio-vasculaire » par CM



Par ailleurs, ces journées représentent 41% de la CM 5 - Affections de l'appareil circulatoire.

Les journées avec la mention « Affections cardio-vasculaire » concernent quasiment uniquement des patients adultes.

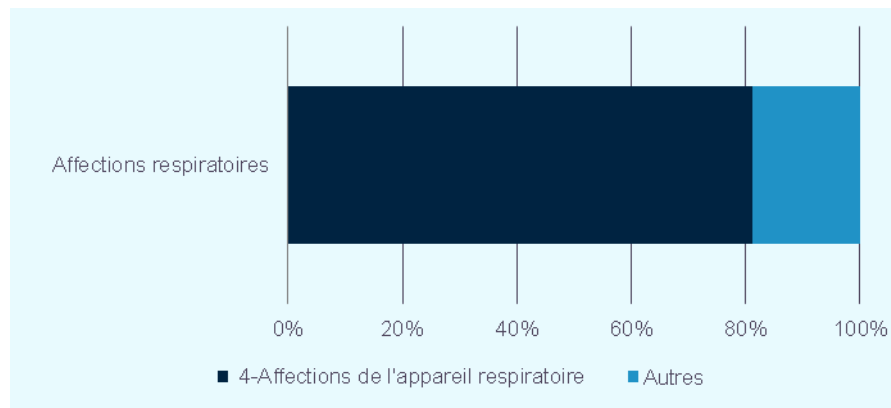
T 112 I Activité 2012 avec mention « Affections cardio-vasculaire » distinguée suivant la mention par l'âge

Journées en millions et patients en milliers	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de patients
A = Adultes (>=18 ans)	152	1,38	62,53
J = Juvéniles (>=6 ans et <18 ans)	6	0,00	0,02
E = Enfants (<6 ans)	3	0,00	0,01
P = Mineurs (<18 ans)			
Total	161	1,38	62,56

- **Affections respiratoires**

Les journées avec la mention « Affections respiratoires » sont à 83% des journées de la CM 4 - Affections de l'appareil respiratoire.

F 85 I Répartition des journées avec mention « Affections respiratoires » par CM



Par ailleurs, ces journées représentent 36% de la CM 4 - Affections de l'appareil respiratoire.

Les journées avec la mention « Affections cardio-vasculaire » concernent en grande majorité des patients adultes.

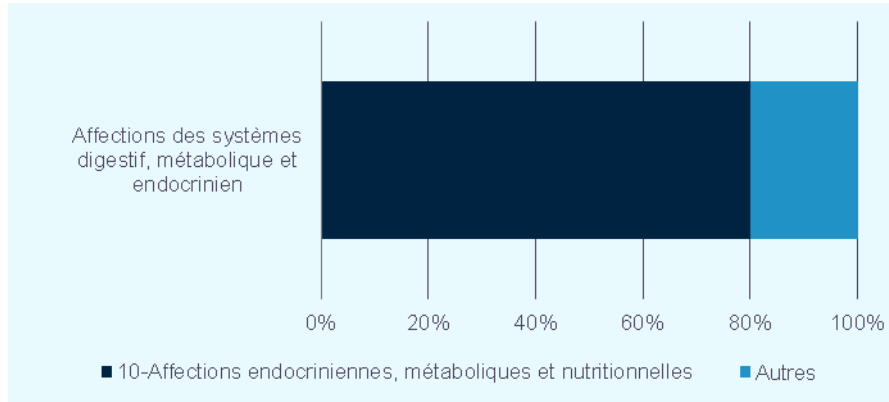
T 113 I Activité 2012 avec mention « Affections respiratoires » distinguée suivant la mention par l'âge

Journées en millions et patients en milliers	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de patients
A = Adultes (>=18 ans)	105	0,84	26,46
J = Juvéniles (>=6 ans et <18 ans)	13	0,03	0,36
E = Enfants (<6 ans)	10	0,01	0,08
P = Mineurs (<18 ans)	5	0,01	0,29
Total	133	0,89	27,14

- **Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien**

Les journées avec la mention « Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien » sont à 80% des journées de la CM 10 - Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles.

F 86 I Répartition des journées avec mention « Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien » par CM



Par ailleurs, ces journées représentent 54% de la CM 10 - Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles.

Les journées avec la mention « Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien » concernent en grande majorité des patients adultes.

T 114 I Activité 2012 avec mention « Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien » distinguée suivant la mention par l'âge

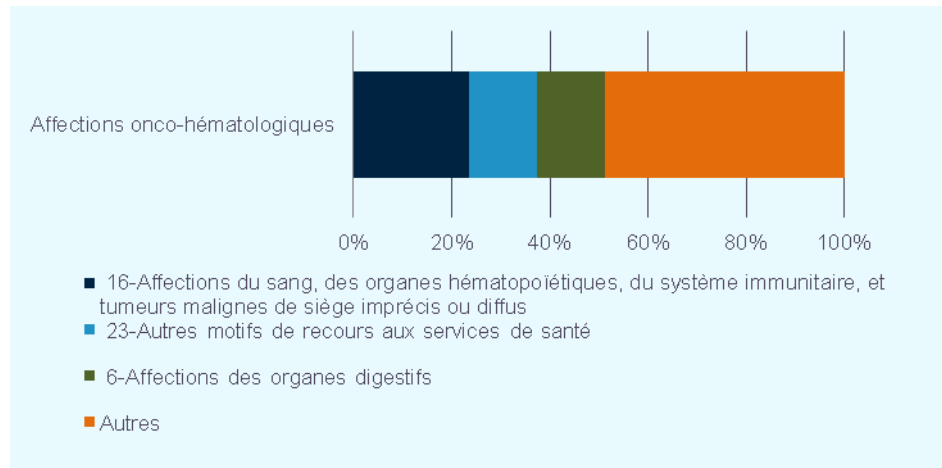
Journées en millions et patients en milliers	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de patients
A = Adultes (>=18 ans)	73	0,77	28,92
J = Juvéniles (>=6 ans et <18 ans)	37	0,16	3,61
E = Enfants (<6 ans)	14	0,08	1,19
P = Mineurs (<18 ans)	3	0,03	0,58
Total	127	1,04	34,21

- **Affections onco-hématologiques**

Les journées avec la mention « Affections onco-hématologiques » sont à :

- 23% des journées de la CM 16 - Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire, et tumeurs ;
- 14% des journées de la CM 23 – Autres motifs de recours aux services de santé ;
- 14% des journées de la CM 6 – Affections des organes digestifs.

F 87 I Répartition des journées avec mention « Affections onco-hématologique » par CM



Par ailleurs, les journées avec la mention « Affections onco-hématologiques » représentent :

- 10% des journées de la CM 16 - Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire, et tumeurs ;
- 1% des journées de la CM 23 – Autres motifs de recours aux services de santé ;
- 1% des journées de la CM 6 – Affections des organes digestifs.

Les journées avec la mention « Affections onco-hématologiques » concernent en grande majorité des patients adultes.

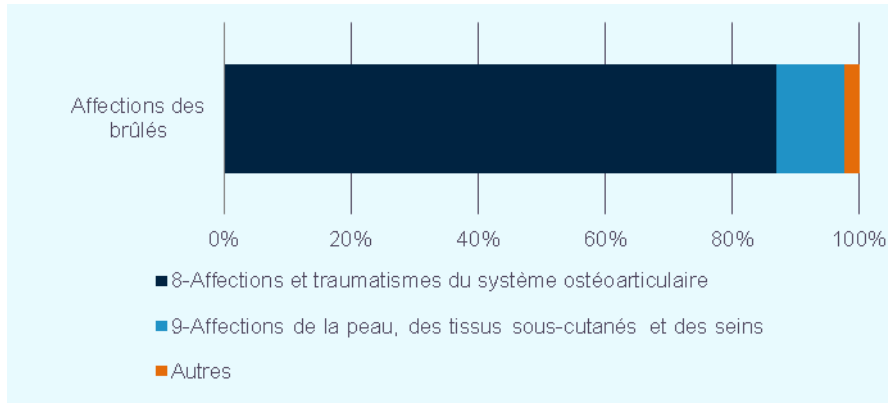
T 115 I Activité 2012 avec mention « Affections onco-hématologique » distinguée suivant la mention par l'âge

Journées en millions et patients en milliers	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de patients
A = Adultes (>=18 ans)	25	0,13	3,00
J = Juvéniles (>=6 ans et <18 ans)	6	0,01	0,10
E = Enfants (<6 ans)	4	0,01	0,06
P = Mineurs (<18 ans)	1	0,00	0,02
Total	36	0,15	3,17

- **Affections des brûlés**

Les journées avec la mention « Affections des brûlés » sont à 87% des journées de la CM 8 – Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire.

F 88 I Répartition des journées avec mention « Affections des brûlés » par CM



Par ailleurs, les journées avec la mention « Affections des brûlés » représentent 0,1% des journées de la CM 8 – Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire et à 7% des journées de la CM 9 – Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins.

Les journées avec la mention « Affections des brûlés » concernent pour moitié des patients adultes et pour l'autre moitié des patients mineurs.

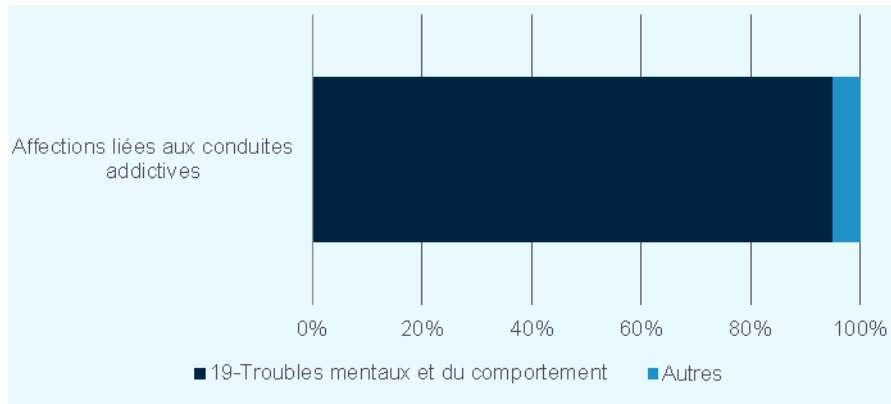
T 116 I Activité 2012 avec mention « Affections des brûlés » distinguée suivant la mention par l'âge

Journées en millions et patients en milliers	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de patients
A = Adultes (>=18 ans)	15	0,06	1,54
J = Juvéniles (>=6 ans et <18 ans)	7	0,01	0,51
E = Enfants (<6 ans)	8	0,01	0,52
P = Mineurs (<18 ans)	1	0,00	0,00
Total	31	0,08	2,57

- **Affections liées aux conduites addictives**

Les journées avec la mention « Affections liées aux conduites addictives » sont à 95% des journées de la CM 19 – Troubles mentaux et du comportement.

F 89 I Répartition des journées avec mention « Affections liées aux conduites addictives » par CM



Par ailleurs, les journées avec la mention « Affections liées aux conduites addictives » représentent 38% de la CM 19 – Troubles mentaux et du comportement.

Les journées avec la mention « Affections liées aux conduites addictives » concernent majoritairement des patients adultes.

T 117 I Activité 2012 avec mention « Affections liées aux conduites addictives » distinguée suivant la mention par l'âge

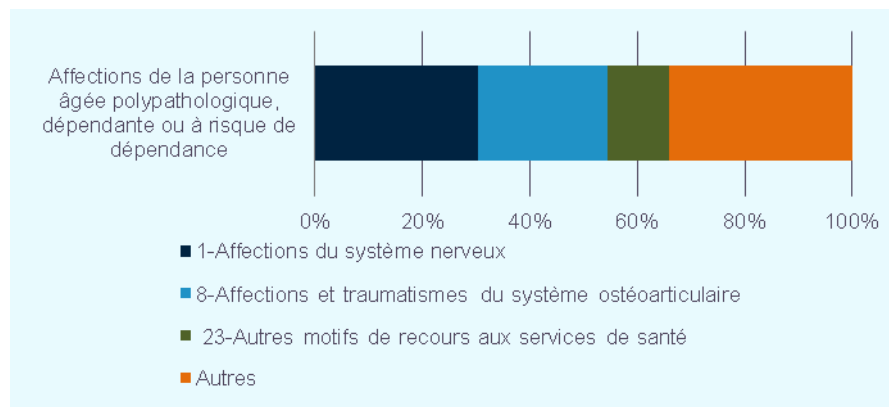
Journées en millions et patients en milliers	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de patients
A = Adultes (>=18 ans)	84	0,79	20,94
J = Juvéniles (>=6 ans et <18 ans)	5	0,03	0,74
E = Enfants (<6 ans)	2	0,00	0,00
P = Mineurs (<18 ans)			
Total	91	0,82	21,68

- **Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance**

Les journées avec la mention « Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance » sont à :

- 30% des journées de la CM 1 – Affections du système nerveux ;
- 24% des journées de la CM 8 – Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire ;
- 11% des journées de la CM 23 – Autres motifs de recours aux services de santé.

F 90 I Répartition des journées avec mention « Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance » par CM



Par ailleurs, les journées avec la mention « Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance » représentent :

- 21% des journées de la CM 1 – Affections du système nerveux ;
- 15% des journées de la CM 8 – Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire ;
- 36% des journées de la CM 23 – Autres motifs de recours aux services de santé.

Les journées avec la mention « Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance » concernent uniquement des patients adultes.

T 118 I Activité 2012 avec mention « Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance » distinguée suivant la mention par l'âge

Journées en millions et patients en milliers	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre de patients
A = Adultes (>=18 ans)	439	6,76	166,90
J = Juvéniles (>=6 ans et <18 ans)			
E = Enfants (<6 ans)			
P = Mineurs (<18 ans)			
Total	439	6,76	166,90

partie 5

Analyse de l'activité de psychiatrie

1. Principaux résultats

26 millions de journées de psychiatrie pour 430 000 patients ont été réalisées en 2012, dont 82% dans le secteur sous dotation annuelle de financement (DAF). Dans le secteur sous DAF, 18 millions d'actes en ambulatoire ont également été effectués pour 1,9 millions de patients. Les actes et consultations externes du secteur sous OQN ne sont pas identifiés dans ce rapport puisque relevant de l'enveloppe des soins de ville.

Le nombre de journée en hospitalisation reste stable entre 2011 et 2012, alors que le nombre d'actes et consultations externes augmente de +3,4%.

En 2012, les journées en hospitalisation concernent pour 79% des patients âgés de 18 à 64 ans, les actes et consultations externes concernent pour plus d'un quart des enfants (0-17 ans), cette activité étant en forte augmentation (+15%) pour les enfants de 6 à 11 ans.

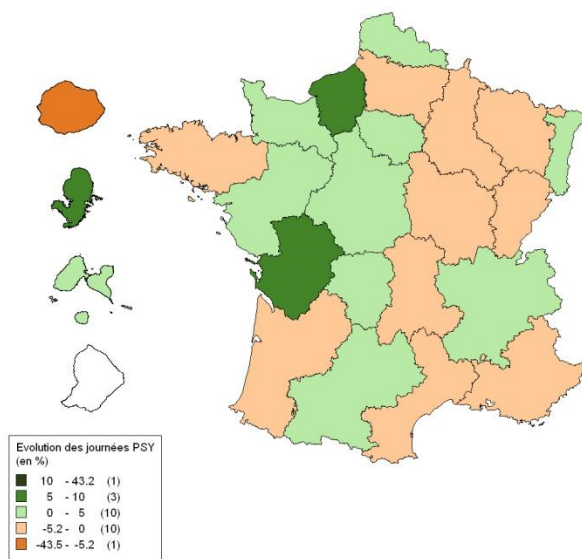
Pour l'hospitalisation, les deux tiers des journées sont réalisées en hospitalisation complète, dont 92% à temps plein. 18,6% de ces journées d'hospitalisation sont réalisées sans consentement et 1,9% en isolement thérapeutique.

En hospitalisation comme pour les actes et consultations externes, les deux regroupements de diagnostics principaux les plus courants sont :

- la schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F2*, selon la CIM-10) ;
- les troubles de l'humeur (affectifs) (F3*).

Les évolutions des journées de psychiatrie diffèrent d'une région à l'autre.

F 91 | Evolution du nombre de journées en psychiatrie par région



2. Activité en hospitalisation

Pour le secteur sous DAF, les actes en ambulatoire ou les consultations externes, qui font l'objet d'un recueil RIM-P, sont analysés en plus de l'hospitalisation. Les actes et consultations externes des praticiens exerçant dans les établissements sous OQN, comptabilisés dans l'enveloppe de soins de ville, ne sont en revanche pas analysés.

Cette étude repose uniquement sur les établissements :

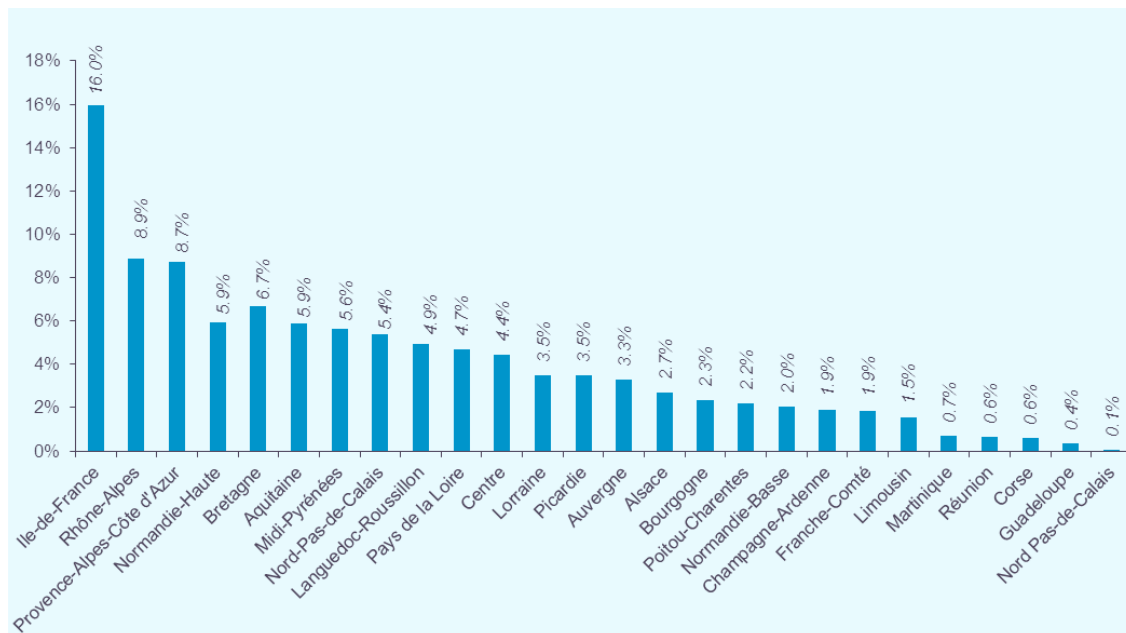
- en activité sur l'ensemble de la période (2010-2012) et ayant transmis leurs données d'activité ;
- les établissements ayant ouvert ou fermé en cours de période (détails en annexe).

2.1. Régions

Les cinq régions réalisant le plus grand nombre de journées de psychiatrie à temps complet ou temps partiel représentent la moitié de l'activité nationale :

- Ile-de-France ;
- Rhône-Alpes ;
- Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
- Bretagne ;
- Aquitaine.

F 92 I Répartition des journées 2012 par région



T 119 I Nombre moyen de journées par patient et nombre de patients en 2012

Patients en milliers	Nombre moyen de journées par patient			Nombre de patients en 2012
	2010	2011	2012	
Alsace	45,99	45,15	44,67	15,6
Aquitaine	65,43	64,92	62,47	22,5
Auvergne	67,17	67,78	69,57	12,2
Bourgogne	45,31	45,32	45,99	12,8
Bretagne	51,67	51,08	50,10	34,7
Centre	62,27	62,55	66,13	15,5
Champagne-Ardenne	51,31	58,46	59,10	7,2
Corse	46,81	50,80	80,85	1,6
Franche-Comté	56,62	54,02	55,45	8,4
Ile-de-France	58,60	58,34	58,36	57,6
Languedoc-Roussillon	54,83	53,38	54,60	23,2
Limousin	51,77	51,50	50,14	8,0
Lorraine	57,65	57,33	55,11	16,5
Midi-Pyrénées	53,66	54,37	56,06	25,5
Nord-Pas-de-Calais	49,28	47,79	46,36	29,8
Normandie-Basse	59,12	59,46	59,00	8,8
Normandie-Haute	60,47	58,79	57,44	12,1
Pays de la Loire	51,97	50,26	47,57	24,0
Picardie	83,53	80,06	79,02	11,4
Poitou-Charentes	41,68	44,10	49,56	10,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	65,47	62,43	62,29	36,0
Rhône-Alpes	55,29	53,75	54,48	41,2
Guadeloupe	59,71	58,57	59,70	1,5
Martinique	117,46	94,68	99,52	1,6
Réunion	45,66	50,49	27,43	2,5
Total	58,10	57,35	57,36	430,1

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

- Corse (+43,1%) ;
- Haute-Normandie (+9,6%) ;
- Martinique (+8,3%) ;
- Poitou-Charentes (+8,0%).

Remarque : l'amélioration de l'exhaustivité du codage RIM-P par les établissements explique probablement une part de ces évolutions.

T 120 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par région

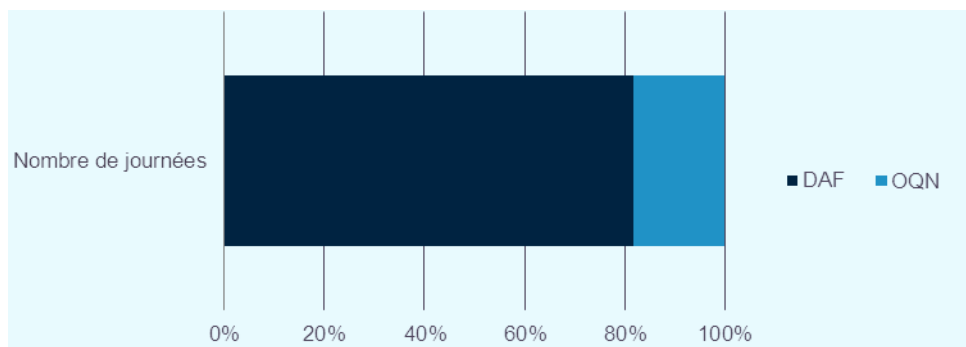
<i>Journées en millions</i>	Nombre d'établissement 2012	Nombre de journées 2012	Evolution du nombre de journées
Alsace	8	0,70	+1,2%
Aquitaine	34	1,54	-1,4%
Auvergne	15	0,86	-2,2%
Bourgogne	11	0,61	-5,2%
Bretagne	29	1,76	-0,1%
Centre	27	1,16	+0,8%
Champagne-Ardenne	7	0,49	-2,5%
Corse	2	0,16	+43,1%
Franche-Comté	6	0,49	-1,2%
Ile-de-France	101	3,92	+1,1%
Languedoc-Roussillon	27	1,30	-0,0%
Limousin	7	0,40	+0,4%
Lorraine	15	0,92	-2,2%
Midi-Pyrénées	30	1,48	+3,8%
Nord-Pas-de-Calais	37	1,42	+3,2%
Normandie-Basse	12	0,53	+0,1%
Normandie-Haute	14	0,70	+9,6%
Pays de la Loire	26	1,23	+2,8%
Picardie	10	0,92	-3,1%
Poitou-Charentes	9	0,57	+8,0%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	53	2,29	-4,3%
Rhône-Alpes	43	2,33	+1,5%
Guadeloupe	3	0,09	+1,0%
Martinique	2	0,18	+8,3%
Réunion	3	0,17	-43,4%
Total	531	26,23	+0,1%

2.2. Secteur de financement des établissements de santé

Comme pour les soins de suite et réadaptation, les établissements dispensant des soins en psychiatrie se distinguent selon deux modes de financement : la **dotation annuelle** de financement (DAF) et l'objectif quantifié national (OQN) qui repose sur des **prix de journées** fixés par discipline médico-tarifaire et mode de traitement.

Les établissements relevant du secteur sous dotation annuelle de financement réalisant environ 82% des journées d'hospitalisation et ceux appartenant au secteur sous objectif national quantifié seulement 18%.

F 93 I Répartition des journées 2012 par secteur de financement



430 000 patients ont eu recours à des soins de psychiatrie à temps complet ou à temps partiel en 2012, dont 356 000 dans un établissement du secteur sous DAF. Le nombre de journées par patient est un peu plus élevé pour ces établissements que pour les cliniques sous OQN.

Les évolutions observées sur les journées s'expliquent pour partie par la tendance observée sur cet indicateur. Ainsi, la diminution globale des journées pour les établissements du secteur DAF s'explique par la baisse du nombre de jours par patient. Pour les cliniques, une partie de l'augmentation d'activité provient de la hausse du nombre de jour moyen réalisé par patient.

T 121 I Nombre moyen de journées par patient et nombre de patients en 2012

Patients en milliers	Nombre moyen de journées par patient			Nombre de patients en 2012
	2010	2011	2012	
DAF	57,2	56,33	56,01	355,7
OQN	48,89	48,55	49,58	95,8
Total	58,10	57,35	57,36	430,1

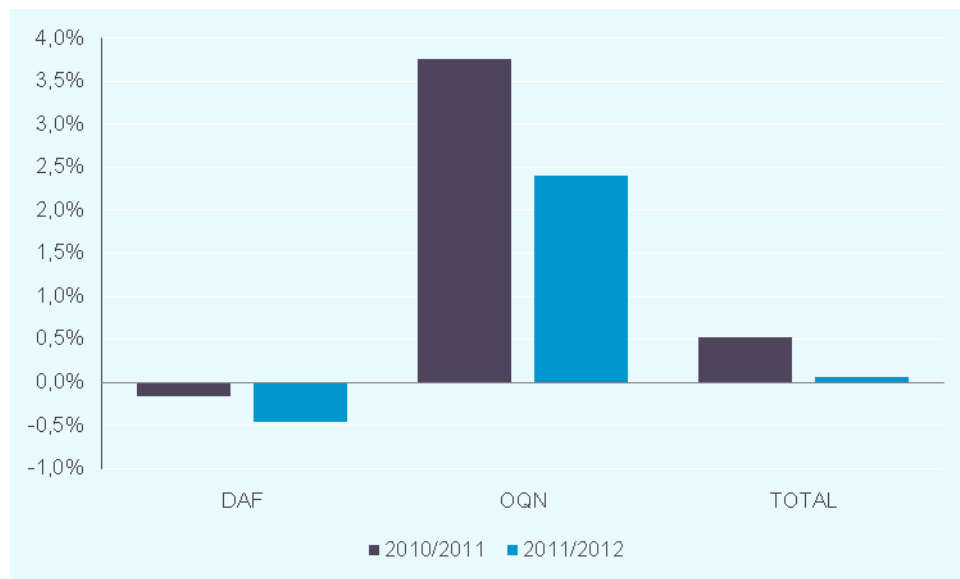
L'activité des établissements sous OQN augmente alors que celle des établissements sous DAF diminue légèrement.

T 122 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par secteur de financement

Journées en millions	Nombre d'établissements 2012	Nombre de journées 2012	Evolution du nombre de journées
DAF	359	21,43	-0,5%
OQN	172	4,81	+2,4%
Total	531	26,23	+0,1%

Le nombre de journées progresse moins rapidement entre 2011 et 2012 qu'entre 2010 et 2011.

F 94 I Evolution du nombre de journées par secteur de financement

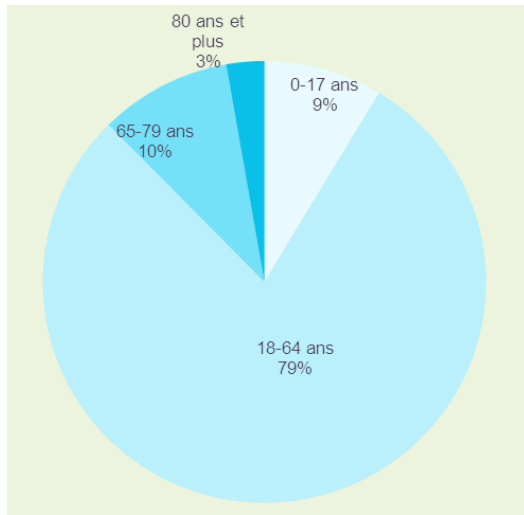


2.3. Âge et sexe des patients

2.3.1. Âge des patients

La majorité des journées de psychiatrie réalisées en 2012 concernent des patients âgés entre 18 et 64 ans (79%).

F 95 | Répartition des journées 2012 par classe d'âge



Par classe d'âge, le nombre de journées par patient est très différent. La prise en charge psychiatrique des enfants (0-18 ans) et des personnes de plus de 80 ans mobilise moins de journées par patient que celle des patients des autres classes d'âge, en moyenne.

La forte baisse du nombre de journées des enfants de moins de 6 ans est principalement expliquée par la baisse du nombre de journées par patient (48 jours en 2010 contre 45 en 2012).

T 123 | Nombre moyen de journées par patient et nombre de patients en 2012

Patients en milliers	Nombre moyen de journées par patient			Nombre de patients en 2012
	2010	2011	2012	
0-6 ans	47,62	46,28	44,52	9,5
6-11 ans	42,91	41,11	41,05	20,6
12-17 ans	38,50	38,15	38,04	20,6
18-64 ans	60,84	60,13	60,38	322,5
65-69 ans	57,86	57,45	57,61	18,1
70-74 ans	56,63	55,37	57,14	13,3
75-79 ans	49,74	49,82	51,90	12,2
80 ans et plus	43,12	43,38	41,90	16,8
Total	58,10	57,35	57,36	430,1

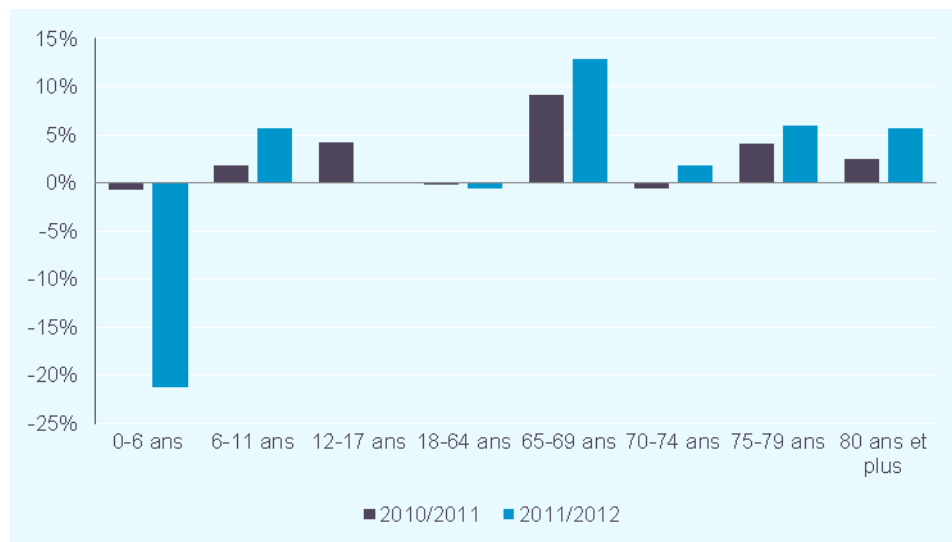
Le nombre de journées des enfants de moins de 6 ans est en très forte baisse. Les enfants âgés de 6 à 11 ans ont un nombre de journée en hausse de +5,7%, hausse qui s'accroît (+1,7% entre 2010 et 2011).

La progression la plus forte concerne les patients appartenant à la tranche d'âge 65-69 ans, dynamisme déjà amorcé en 2011.

T 124 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par classe d'âge

Journées en millions	Nombre d'établissements 2012	Nombre de journées 2012	Evolution du nombre de journées 2011/2012
0-6 ans	235	0,47	-21,3%
6-11 ans	246	0,95	+5,7%
12-17 ans	379	0,86	+0,1%
18-64 ans	505	20,71	-0,6%
65-69 ans	438	1,09	+12,9%
70-74 ans	430	0,79	+1,7%
75-79 ans	420	0,65	+6,0%
80 ans et plus	408	0,72	+5,7%
Total	531	26,23	+0,1%

F 96 I Evolution du nombre de journées par classe d'âge



2.3.2. Sexe des patients

Les journées de psychiatrie réalisées en 2012 concernent plus souvent des hommes (56%). Cependant, l'activité de psychiatrie pour des patients masculins diminue, et ce depuis 2011. Les journées sont en augmentation chez les femmes même si la tendance s'atténue en 2012.

La part prépondérante de la prise en charge des hommes en psychiatrie s'explique en partie par le fait qu'elles durent en moyenne dix jours de plus que pour les femmes.

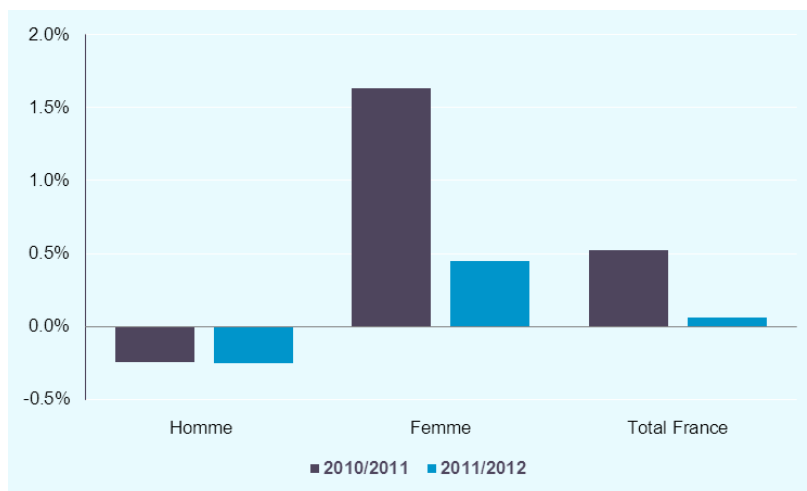
T 125 I Nombre moyen de journées par patient et nombre de patients en 2012

Patients en milliers	Nombre moyen de journées par patient			Nombre de patients en 2012
	2010	2011	2012	
Homme	63,42	62,14	61,97	220,9
Femme	52,45	52,27	52,48	209,2
Total	58,10	57,35	57,36	430,1

T 126 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 selon le sexe des patients

Journées en millions	Nombre d'établissements 2012	Nombre de journées 2012	Evolution du nombre de journées 2011/2012
Homme	525	14,59	-0,3%
Femme	531	11,64	+0,4%
Total	531	26,23	+0,1%

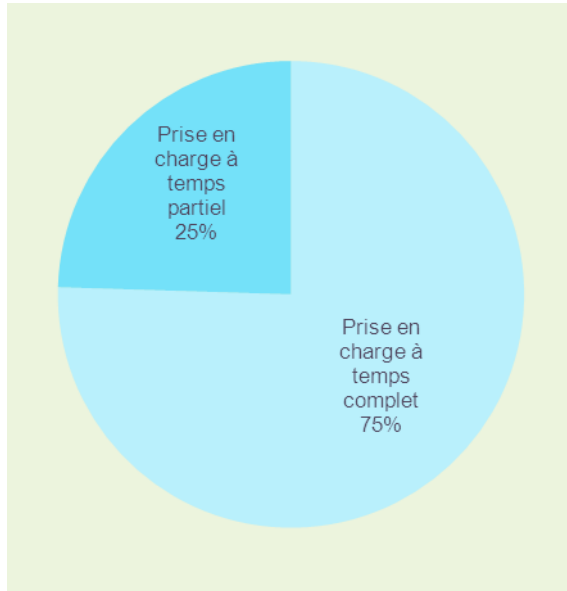
F 97 I Evolution du nombre de journées selon le sexe des patients



2.4. Type de prise en charge

Hors actes dispensés en ambulatoire, la prise en charge en psychiatrie se fait soit à temps complet soit temps partiel. Les trois quarts des journées en psychiatrie sont réalisées à **temps complet** et un quart à **temps partiel**.

F 98 I Répartition des journées 2012 par type de prise en charge



En 2012, une prise en charge à temps complet dure en moyenne 56 jours alors que celle à temps partiel s'effectue en 39 journées environ. La durée moyenne des prises en charge à temps complet est stable tandis que celle du temps partiel diminue régulièrement depuis 2010.

T 127 I Nombre moyen de journées par patient 2010-2012 et nombre de patients en 2012

Patients en milliers	Nombre moyen de journées par patient			Nombre de patients en 2012
	2010	2011	2012	
Hospitalisation complète	56,12	55,74	56,13	338,1
Hospitalisation à temps partiel	41,16	39,62	38,85	146,6
Total	58,10	57,35	57,36	430,1

Les prises en charge à temps partiel évoluent de +1,4% en nombre de journées entre 2011 et 2012 alors que celles à temps complet sont en légère baisse.

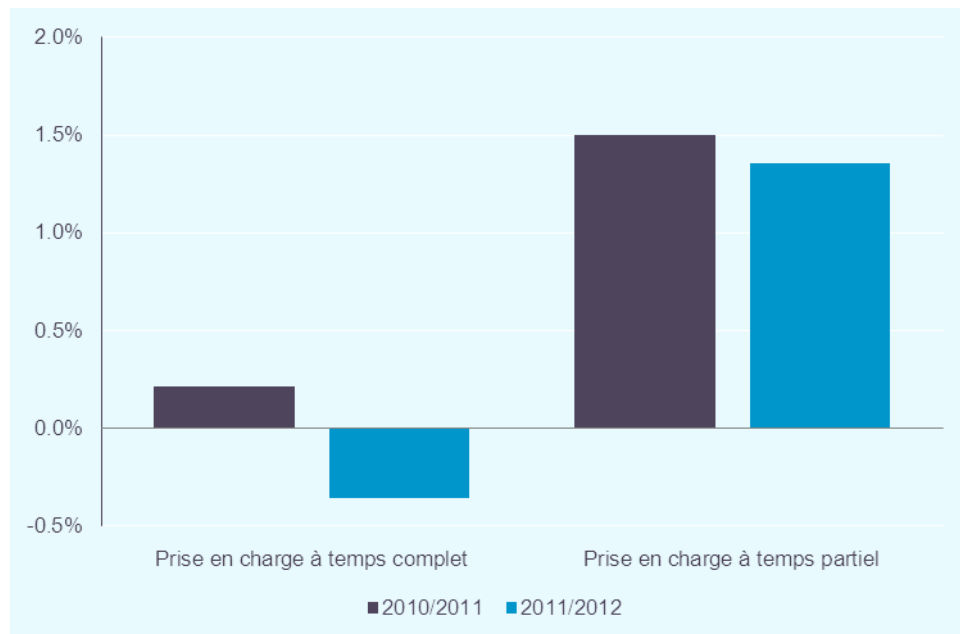
T 128 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par type de prise en charge

Journées en millions	Nombre d'établissement 2012	Nombre de journée 2012	Evolution du nombre de journée	Part des journées en soins sans consentement* en 2012
Hospitalisation complète	492	19,80	-0,4%	17,3%
Hospitalisation à temps partiel	403	6,43	+1,4%	3,3%
Total	531	26,23	+0,1%	13,8%

*Hors placement familiale thérapeutique

Pour chacun des types de prise en charge, l'évolution entre 2011 et 2012 est moins marquée qu'entre 2011 et 2010.

F 99 I Evolution du nombre de journées par type d'hospitalisation



2.5. Focus sur l'hospitalisation à temps plein

Parmi les sept formes d'activité à temps complet (cf. annexe 5.2), l'hospitalisation à temps plein est largement majoritaire avec 91,6% des journées. Dans le secteur OQN, la quasi-totalité des journées sont faites à temps plein. Ce mode de prise en charge diminue néanmoins légèrement dans le secteur sous DAF.

La majorité des patients en hospitalisation complète sont pris en charge à temps plein.

T 129 I Nombre de patients 2012 en hospitalisation à temps plein

<i>Patients en milliers</i>	Nombre de patients hospitalisés à temps plein	Part des patients hospitalisés à temps plein en 2012
DAF	251,8	94,4%
OQN	89,1	98,4%
Total	323,6	95,7%

T 130 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 de l'hospitalisation à temps plein par secteur

<i>Journées en millions</i>	Nombre de journées à temps plein	Part des journées à temps plein en 2012	Evolution en nombre de journées 2010/2011	Evolution en nombre de journées 2011/2012
DAF	13,8	89,9%	-0,5%	-0,7%
OQN	4,4	97,3%	+3,6%	+1,8%
Total	18,1	91,6%	+0,4%	-0,1%

2.5.1. Soins sans consentement

Les soins sans consentement représentent 18,6% des journées à temps plein. Le nombre de journées en soins sans consentement a diminué de -4,0% entre 2011 et 2012.

Le nombre de journées à temps plein par patient en soins sans consentement a baissé entre 2010 et 2012, passant de 53 jours à 49 ; ceci explique ainsi la diminution du nombre de journées globales.

T 131 I Nombre moyen de journées par patient et nombre de patients en 2012

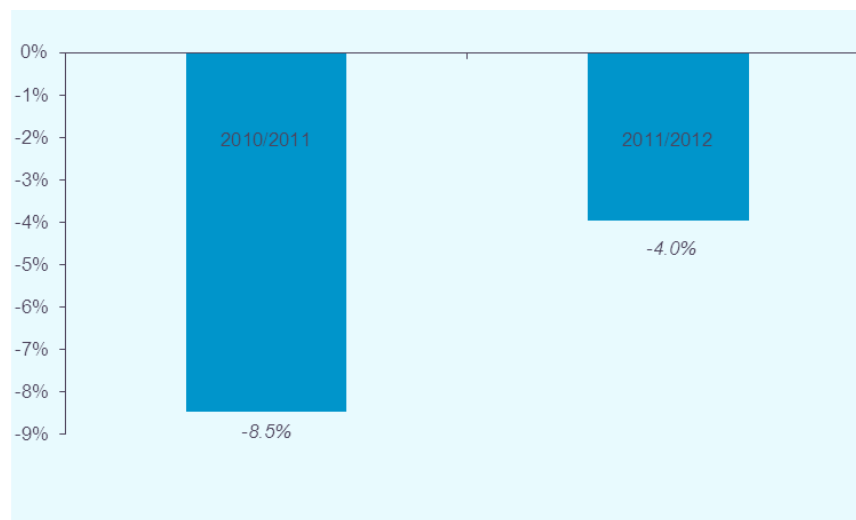
<i>Patients en milliers</i>	Nombre moyen de journées par patient			Nombre de patient 2012
	2010	2011	2012	
Soins sans consentement	53,1	50,6	48,9	66,2

L'évolution du périmètre de description par le RIM-P des soins sans consentement, entre 2011 et 2012, explique probablement cette évolution (cf. annexe 5.2).

T 132 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 de l'hospitalisation à temps plein sans consentement

Journées en millions	Nombre d'établissements 2012	Nombre de journées 2012	Evolution du nombre de journées 2011/2012
Soins sans consentement	253	3,38	-4,0%

F 100 I Evolution du nombre de journées de soins sans consentement



2.5.2. Soins en isolement thérapeutique

Les soins en isolement thérapeutique représentent 1,9% des journées d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie en 2012. Ils sont en hausse de +4,5% entre 2011 et 2012.

Le nombre de journées par patient en isolement thérapeutique est stable entre 2010 et 2012. 24 300 patients ont eu au moins un jour en isolement thérapeutique en 2012.

T 133 I Nombre moyen de journées par patient et nombre de patients en 2012

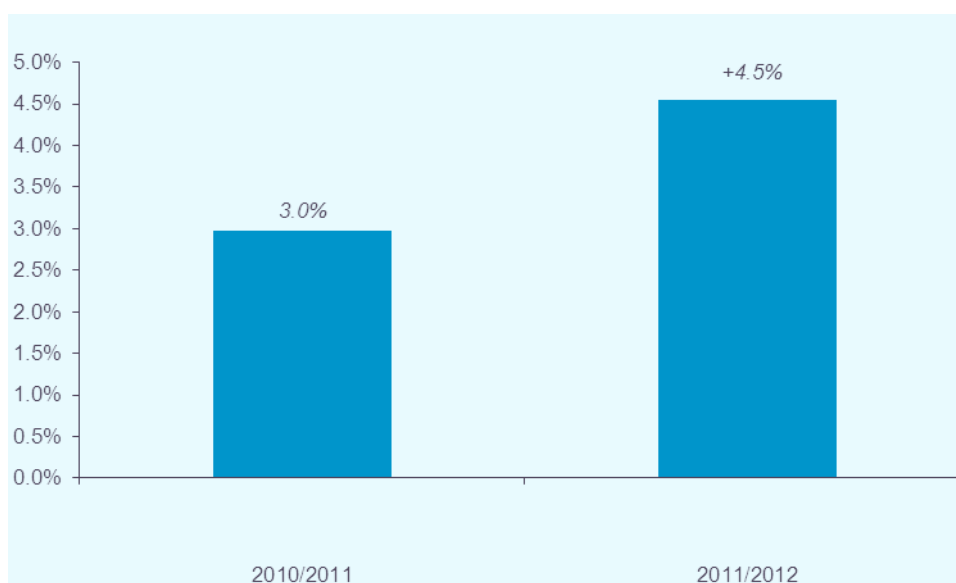
Patients en milliers	Nombre moyen de journées par patient			Nombre de patient 2012
	2010	2011	2012	
Isolement thérapeutique	13,8	14,1	13,8	24,3

L'évolution du périmètre de description par le RIM-P des journées en isolement thérapeutique, entre 2011 et 2012, explique probablement pour une part cette évolution.

T 134 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 des journées en isolement thérapeutique

Journées en millions	Nombre d'établissements 2012	Nombre de journées 2012	Evolution du nombre de journées 2011/2012
Isolement thérapeutique	445	0,33	+4,5%

F 101 I Evolution du nombre de journées en isolement thérapeutique



2.6. Diagnostic principal

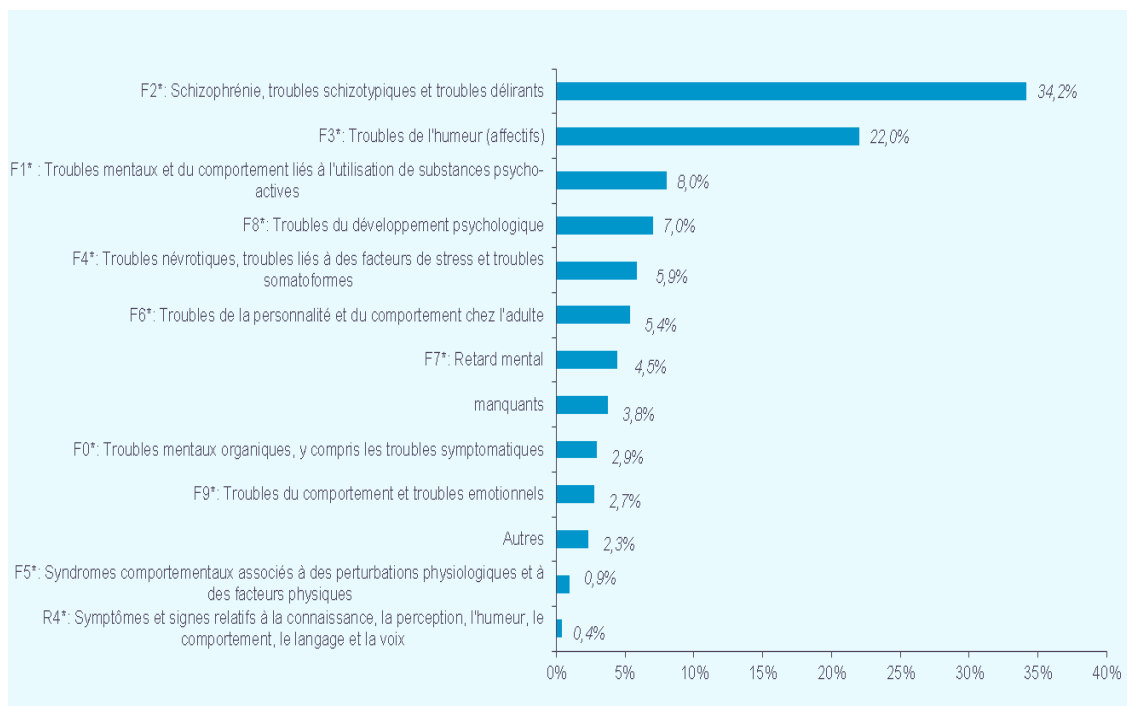
Le diagnostic principal est renseigné pour 96,3% de l'ensemble des journées de prises en charge en psychiatrie (temps complet ou temps partiel) en 2012. Ce taux a augmenté par rapport à 2011.

Les deux regroupements de diagnostics principaux les plus courants sont :

- F2* : Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants ;
- F3* : Troubles de l'humeur (affectifs).

Ils concentrent plus de la moitié des journées en psychiatrie.

F 102 I Répartition des journées 2012 selon les 10 premières catégories de diagnostics principaux



Les deux regroupements de diagnostics principaux qui augmentent le plus sont :

- F3* : Troubles de l'humeur (affectifs) ;
- F4* : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes.

T 135 I Nombre moyen de journées par patient 2010-2012 et nombre de patients en 2012

Patients en milliers	Nombre moyen de journées par patient			Nombre de patients en 2012
	2010	2011	2012	
F0*: Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	59,05	58,89	58,46	12,7
F1* : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	37,35	37,36	37,82	53,7
F2*: Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	87,79	85,63	85,76	98,7
F3*: Troubles de l'humeur (affectifs)	39,37	39,78	40,83	136,5
F4*: Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	26,28	26,38	26,64	54,8
F5*: Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	41,01	41,53	41,34	5,9
F6*: Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	43,05	42,28	43,22	30,8
F7*: Retard mental	125,06	117,77	115,62	9,7
F8*: Troubles du développement psychologique	84,70	79,46	76,74	22,3
F9*: Troubles du comportement et troubles émotionnels	36,13	34,62	32,74	20,4
R4*: Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur, le comportement, le langage et la voix	29,05	31,18	28,86	3,7
Autres diagnostics	28,66	28,57	27,33	20,8
Diagnostics manquants	33,09	33,45	30,32	21,5
Total	58,10	57,35	57,36	430,1

Le nombre de journées par patient varie fortement selon les catégories de diagnostics principaux : de 27 jours pour les troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F4*) à 116 jours pour les retards mentaux.

T 136 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par catégorie de diagnostic principal

Journées en millions	Nombre d'établissement 2012	Nombre de journée 2012	Evolution du nombre de journée
F0*: Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	419	0,77	-1,5%
F1* : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	465	2,10	-4,0%
F2*: Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	508	8,97	-0,5%
F3*: Troubles de l'humeur (affectifs)	498	5,77	+3,7%
F4*: Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	499	1,54	+4,2%
F5*: Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	420	0,25	-0,1%
F6*: Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	494	1,41	+1,5%
F7*: Retard mental	401	1,17	-3,9%
F8*: Troubles du développement psychologique	399	1,84	-1,5%
F9*: Troubles du comportement et troubles émotionnels	387	0,72	-0,8%
R4*: Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur, le comportement, le langage et la voix	179	0,11	+1,3%
Autres diagnostics	385	0,61	+4,8%
Diagnostics manquants	194	0,99	-7,0%
Total	531	26,23	+0,1%

3. Activité ambulatoire

Pour mémoire, cette partie ne concerne que l'activité des établissements sous DAF.

En 2012, 18 millions d'actes en ambulatoire ont été réalisés par les établissements de ce secteur. Ainsi, 1,9 millions de patient ont bénéficié d'au moins un acte. Ces actes sont en hausse de +3,4% entre 2011 et 2012.

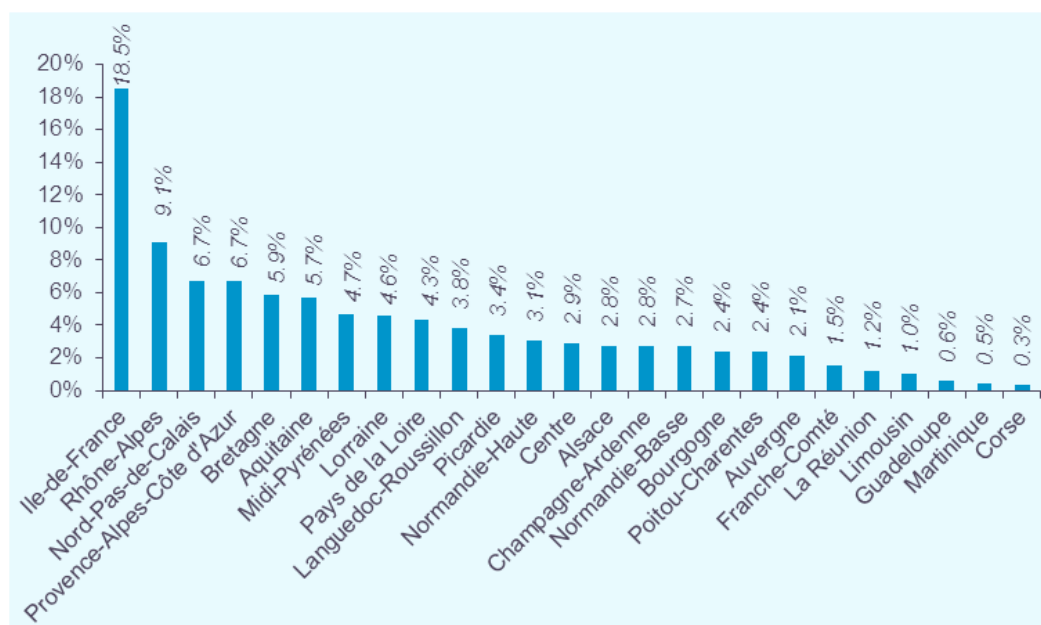
L'amélioration de l'exhaustivité du codage RIM-P par les établissements explique probablement une part de cette évolution.

3.1. Régions

Les cinq régions les plus fréquentes en nombre d'actes représentent 47% de l'activité nationale :

- Ile-De-France (18,5%) ;
- Rhône-Alpes (9,1%) ;
- Nord-Pas-de-Calais (6,7%) ;
- Provence-Alpes-Côte d'Azur (6,7%) ;
- Bretagne (5,9%).

F 103 I Répartition de l'activité 2012 par région en nombre d'actes



Le nombre d'actes évolue particulièrement vite en Alsace (+10,1%), en Poitou-Charentes (+8,4%), en Languedoc-Roussillon (+6,8%) et en Ile-de-France (+6,4%).

Ces augmentations très marquées reflètent en partie une amélioration significative du codage RIM-P par tout ou partie des établissements dans ces régions.

Le nombre d'actes moyen par patient varie d'une région à l'autre : de 6,7 actes à la Réunion à 12 en Corse.

T 137 I Nombre moyen d'actes par patient 2010-2012 et nombre de patients en 2012

Patients en milliers	Nombre moyen d'actes par patient			Nombre de patients en 2012
	2010	2011	2012	
Alsace	7,55	7,59	7,39	59,2
Aquitaine	10,43	10,42	10,04	93,8
Auvergne	8,71	8,96	9,16	38,0
Bourgogne	7,61	7,66	7,90	48,8
Bretagne	8,61	8,67	8,50	111,8
Centre	8,43	8,36	8,28	57,1
Champagne-Ardenne	11,09	10,88	10,75	42,3
Corse	13,44	13,21	11,97	4,8
Franche-Comté	8,02	8,12	8,49	29,5
Ile-de-France	10,09	10,28	10,31	324,6
Languedoc-Roussillon	7,78	8,18	9,17	67,9
Limousin	6,95	7,08	6,85	24,0
Lorraine	8,34	8,42	8,41	88,3
Midi-Pyrénées	8,77	8,54	8,58	88,0
Nord-Pas-de-Calais	7,91	7,72	7,62	141,2
Normandie-Basse	8,45	8,42	7,98	55,2
Normandie-Haute	9,24	9,20	8,90	56,4
Pays de la Loire	7,79	7,41	7,07	96,8
Picardie	10,86	11,00	10,76	52,6
Poitou-Charentes	7,23	7,14	7,54	50,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	8,41	8,74	8,55	127,1
Rhône-Alpes	8,95	8,77	8,82	168,0
Guadeloupe	7,08	8,38	8,78	11,0
Martinique	8,22	7,92	8,01	9,4
Réunion	6,92	6,43	6,70	28,9
Total	8,65	8,66	8,63	1 875,0

T 138 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par région

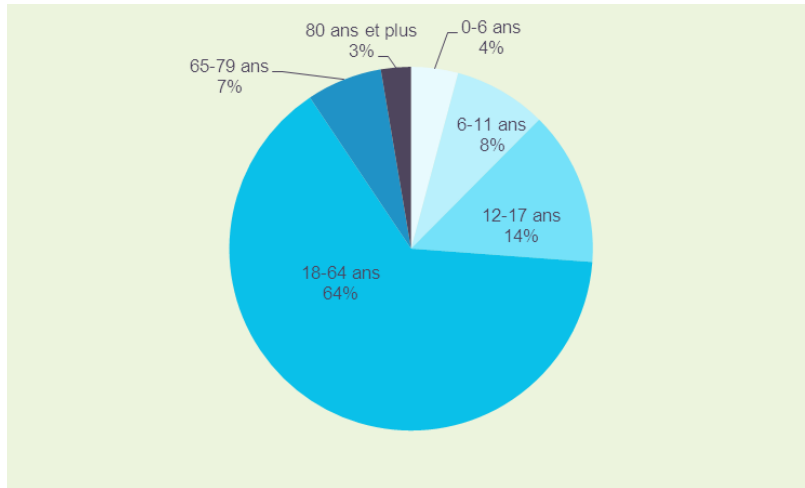
<i>Actes en millions</i>	Nombre d'établissement 2012	Nombre d'actes 2012	Evolution du nombre de journées
Alsace	7	0,50	+10,1%
Aquitaine	18	1,04	+4,0%
Auvergne	11	0,39	+2,9%
Bourgogne	7	0,43	+3,6%
Bretagne	16	1,06	+2,6%
Centre	15	0,53	+0,5%
Champagne-Ardenne	5	0,50	+4,4%
Corse	1	0,06	-8,1%
Franche-Comté	6	0,28	+3,1%
Ile-de-France	57	3,35	+6,4%
Languedoc-Roussillon	12	0,69	+6,8%
Limousin	5	0,19	-0,6%
Lorraine	12	0,83	+3,7%
Midi-Pyrénées	14	0,84	+4,1%
Nord-Pas-de-Calais	23	1,22	+4,3%
Normandie-Basse	9	0,50	-3,5%
Normandie-Haute	11	0,56	+1,4%
Pays de la Loire	15	0,78	-2,8%
Picardie	7	0,62	-1,7%
Poitou-Charentes	5	0,43	+8,4%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	20	1,21	+0,8%
Rhône-Alpes	23	1,65	+3,3%
Guadeloupe	3	0,11	+4,7%
Martinique	1	0,09	+2,9%
Réunion	2	0,22	+3,8%
Total	305	18,06	+3,4%

3.2. Âge et sexe des patients

3.2.1. Âge des patients

Les actes de psychiatrie en ambulatoire concernent principalement des patients âgés de 18 à 64 ans (64%) et les enfants (0-17 ans) pour un quart.

F 104 I Répartition du nombre d'actes 2012 par classe d'âge



T 139 I Nombre moyen d'actes par patient et nombre de patients en 2012

Patients en milliers	Nombre moyen d'actes par patient			Nombre de patients en 2012
	2010	2011	2012	
0-6 ans	9,38	9,37	9,49	79,6
6-11 ans	7,58	7,62	8,42	177,2
12-17 ans	11,46	11,45	12,32	201,3
18-64 ans	9,84	9,85	9,79	1 189,4
65-69 ans	8,38	8,30	9,16	61,1
70-74 ans	7,52	7,51	8,11	43,4
75-79 ans	6,61	6,70	7,20	42,3
80 ans et plus	5,65	5,67	5,66	85,1
Total	9,65	9,66	9,63	1 875,0

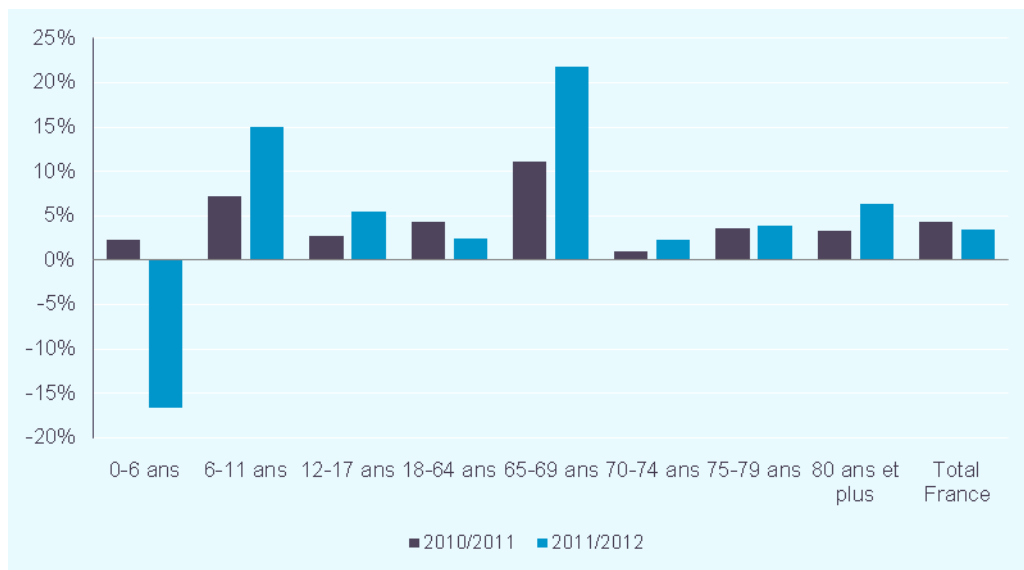
Le nombre d'actes évolue particulièrement vite pour les patients âgés de 65 à 69 ans. Il est en baisse uniquement pour les enfants de moins de 6 ans (comme pour l'hospitalisation).

T 140 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par classe d'âge

Actes en millions	Nombre d'établissement 2012	Nombre d'actes 2012	Evolution du nombre d'actes 2011/2012
0-6 ans	247	0,76	-16,7%
6-11 ans	291	1,49	+15,1%
12-17 ans	248	2,48	+5,4%
18-64 ans	302	11,64	+2,4%
65-69 ans	274	0,56	+21,8%
70-74 ans	272	0,35	+2,3%
75-79 ans	267	0,30	+3,8%
80 ans et plus	269	0,48	+6,3%
Total	305	18,06	+3,4%

L'évolution du nombre d'actes pour les adolescents (12-17 ans) et les personnes âgées de 65-69 ans sont plus marquées entre 2011 et 2012 qu'entre 2010 et 2011. Pour la tranche d'âge 65-69 ans, l'accroissement de l'évolution est à mettre en perspective avec l'arrivée dans cette tranche d'âge des personnes nées à partir de 1946 au début de la période du *baby-boom*.

F 105 I Evolution du nombre d'actes par an par classe d'âge



Les patients les plus âgés totalisent moins d'actes par patient et par an. Les patients de 18 à 64 ans ont en moyenne 12 actes.

3.2.2. Sexe des patients

En 2012, les hommes (52%) sont plus concernés que les femmes par les actes de psychiatrie en ambulatoire. La progression du nombre d'actes est plus élevée pour les hommes. Les patients bénéficient en moyenne de 9,6 actes quel que soit le sexe.

T 141 I Nombre moyen d'actes par patient et nombre de patients en 2012

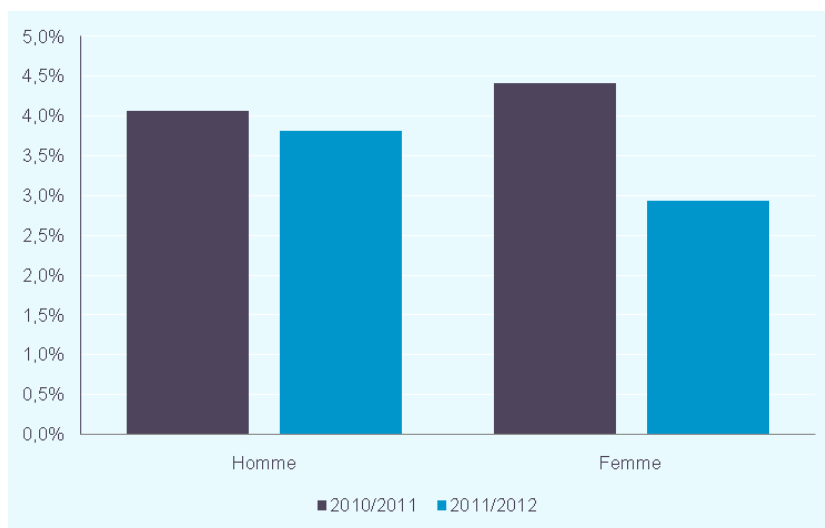
Patients en milliers	Nombre moyen d'actes par patient			Nombre de patients en 2012
	2010	2011	2012	
Homme	10,21	10,22	10,20	934,9
Femme	9,10	9,09	9,04	943,1
Total	9,65	9,66	9,63	1 875,0

T 142 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 des actes ambulatoires

Actes en millions	Nombre d'établissements 2012	Nombre d'actes 2012	Evolution du nombre d'actes 2011/2012
Homme	305	9,54	+3,8%
Femme	305	8,52	+2,9%
Total	305	18,06	+3,4%

La tendance de l'activité relative aux femmes s'est infléchie en 2012 par rapport à 2011.

F 106 I Evolution du nombre d'actes selon le sexe des patients



3.3. Regroupement de diagnostics principaux

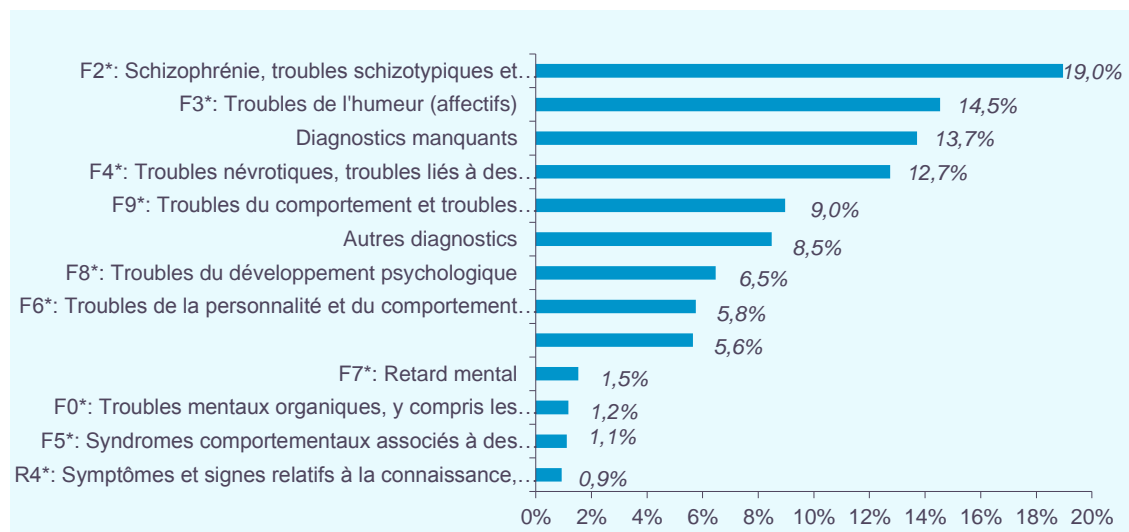
Le diagnostic principal n'est pas toujours bien renseigné lorsqu'il s'agit de l'activité ambulatoire. Cette information est indisponible pour 13,7% des résumés d'actes ambulatoires (R3A) en 2012.

Les deux regroupements de diagnostics principaux les plus courants sont :

- F2*: Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants ;
- F3*: Troubles de l'humeur (affectifs).

Il s'agit des deux mêmes regroupements prépondérants que pour l'hospitalisation à temps plein ou partiel, bien que l'activité ambulatoire soit plus hétérogène.

F 107 I Répartition de l'activité par regroupement de diagnostics principaux en 2012



Le nombre d'actes moyen par patient est très différent d'une catégorie de diagnostics à l'autre : de 6 actes pour les catégories F0* et R4* à 18 actes pour la catégorie F2*.

T 143 I Nombre moyen d'actes par patient et nombre de patients en 2012

<i>Patients en milliers</i>	Nombre moyen d'actes par patient			Nombre de patients en 2012
	2010	2011	2012	
F0*: Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	6,20	6,10	6,12	34,4
F1*: Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	8,33	8,50	8,37	121,8
F2*: Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	17,63	17,70	17,64	194,2
F3*: Troubles de l'humeur (affectifs)	8,64	8,73	8,70	301,8
F4*: Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	7,15	7,09	7,08	325,2
F5*: Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	6,48	6,69	6,92	28,9
F6*: Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	10,04	10,00	9,84	105,7
F7 : Retard mental	11,53	11,26	11,16	24,7
F8*: Troubles du développement psychologique	15,60	15,66	15,33	76,3
F9*: Troubles du comportement et troubles émotionnels	9,19	9,24	9,37	172,9
R4*: Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur, le comportement, le langage et la voix	5,92	5,94	5,82	28,8
Autres diagnostics	6,03	6,03	5,98	255,9
Diagnostics manquants	6,85	6,78	6,96	355,7
Total	9,65	9,66	9,63	1875,0

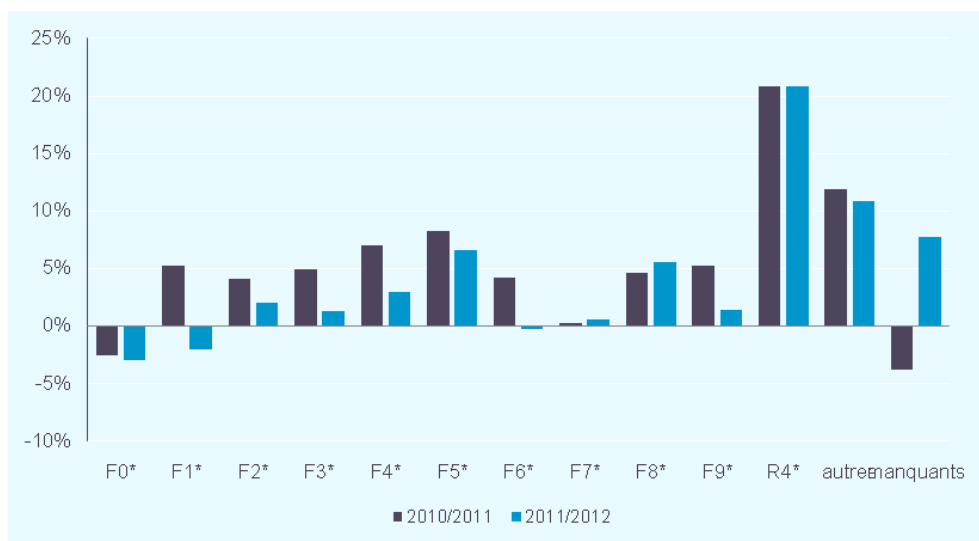
Le nombre d'actes codés évolue particulièrement vite pour les symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur, le comportement, le langage et la voix (catégorie R4*).

L'amélioration de l'exhaustivité du codage RIM-P par les établissements expliquerait une part de cette évolution pour cette catégorie de codes diagnostics (R4*).

T 144 I Activité 2012 et évolution 2011/2012 par regroupement de diagnostics principaux

Actes en millions	Nombre d'établissements 2012	Nombre d'actes 2012	Evolution du nombre d'actes 2011/2012
F0*: Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	272	0,21	-2,9%
F1* : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	281	1,02	-2,1%
F2*: Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	294	3,43	+2,0%
F3*: Troubles de l'humeur (affectifs)	300	2,63	+1,3%
F4*: Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	298	2,30	+3,0%
F5*: Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	287	0,20	+6,6%
F6*: Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	296	1,04	-0,3%
F7*: Retard mental	285	0,28	+0,6%
F8*: Troubles du développement psychologique	291	1,17	+5,6%
F9*: Troubles du comportement et troubles émotionnels	286	1,62	+1,4%
R4*: Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur, le comportement, le langage et la voix	225	0,17	+20,8%
Autres diagnostics	290	1,53	+10,8%
Diagnostics manquants	198	2,48	+7,7%
Total	305	18,06	+3,4%

F 108 I Evolution du nombre d'actes par regroupement de diagnostics



Annexes

Annexe 1

Suivi des financements

Annexe 1.1. Sources de données

Les financements par l'assurance maladie relatifs à l'activité MCO et HAD des **établissements du secteur ex-DG** soumis à la tarification à l'activité sont issus du PMSI. Les données complémentaires d'activité de soins de 2010 et 2011 ont été transmises en 2012 grâce au logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité (LAMDA).

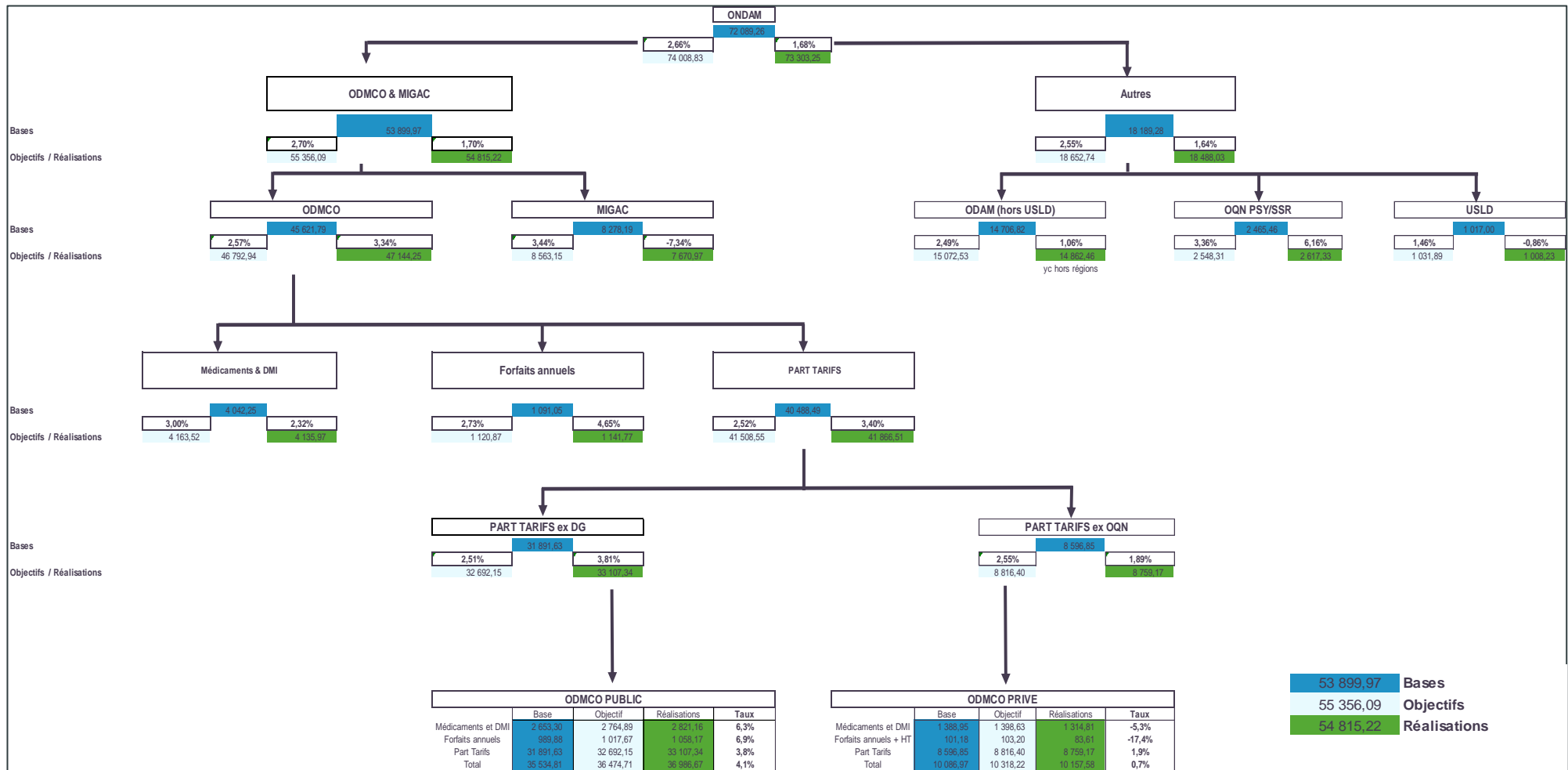
Contrairement aux établissements publics, les cliniques privées du **secteur ex-OQN** utilisent un circuit de facturation directe vers les caisses d'assurance maladie. Les données de facturation sont connues via le système national d'information inter régime d'assurance maladie (SNIIRAM). Cette source complète les données PMSI disponibles à l'ATIH pour réaliser l'analyse de l'activité de ces établissements. Ces données de facturation sont utilisées pour assurer l'exhaustivité des données PMSI.

En revanche, compte tenu du calendrier, seules les données du SNIIRAM sont pour l'instant mobilisables pour l'analyse des versements réalisés pour financer les activités de psychiatrie et de soins de suite et de la réadaptation (SSR) des cliniques du **secteur OQN**.

Les **dotations annuelles (MIGAC, DAF, USLD)** sont suivies via l'outil ARBUST : cet outil a été développé par l'ATIH et permet aux agences régionales de santé de saisir les montants délégués aux établissements au titre des dotations annuelles et également au titre des **forfaits annuels** (urgence, greffe et prélèvement d'organes).

Les informations d'ARBUST sont régulièrement confrontées aux versements mensuels des caisses d'assurance maladie centralisés par la direction financière et comptable de la CNAMTS, notamment en fin d'exercice. Dans l'immense majorité des cas, les deux constats sont cohérents établissement par établissement, et les écarts résiduels ne sauraient remettre en cause les résultats présentés ici. Le constat présenté dans ce rapport se veut donc **exhaustif** au titre de l'exercice 2012.

Annexe 1.2. Arbre de décomposition des réalisations 2012 estimées de l'ONDAM hospitalier (hors crédits MIGAC transférés vers le fonds d'intervention régional [FIR]) (montants en millions d'euros)



Annexe 1.3. Constats 2010-2012 des financements de l'ONDAM hospitalier (hors FIR) (montants en millions d'euros)

	2010				2011				2012			
	objectifs	révision 2012	écart réalisations / objectifs	écart après fongibilité	objectifs	révision en N+1	écart réalisations / objectifs	écart après fongibilité et prise ne compte d'une marge de provision	objectifs	estimation	écart réalisations / objectifs	écart réalisations/ objectifs après tranfert vers FIR et prise en compte d'une marge de provision
Total	70 251,2	70 359,6	108,4	119,1	72 102,4	72 047,1	-55,3	-47,5	74 008,8	73 303,3	23,3	51,3
établissements de santé tarifés à l'activité	52 441,5	52 717,5	276,0	279,8	53 889,8	53 933,0	43,2	49,7	55 356,1	54 815,2	188,0	216,0
ODMCO	44 299,2	44 918,4	619,2	619,2	45 596,2	45 812,7	216,5	222,9	46 792,9	47 144,2	351,3	379,3
ODMCO public	34 467,7	35 111,3	643,6	643,6	35 498,1	35 818,0	319,8	326,2	36 474,7	36 986,7	512,0	540,0
activité - part tarifs	30 497,5	31 399,7	902,2	902,2	31 670,0	32 106,7	436,6	443,0	32 692,1	33 107,3	415,2	443,2
médicaments et DMI	2 970,7	2 729,0	- 241,7	- 241,7	2 808,6	2 724,6	- 83,9	- 83,9	2 764,9	2 821,2	56,3	56,3
forfaits annuels	999,5	982,6	- 16,9	- 16,9	1 019,5	986,7	- 32,9	- 32,9	1 017,7	1 058,2	40,5	40,5
ODMCO privé	9 831,5	9 807,1	- 24,3	- 24,3	10 098,1	9 994,7	- 103,3	- 103,3	10 318,2	10 157,6	- 160,6	- 160,6
activité	8 052,6	8 201,2	148,6	148,6	8 538,6	8 510,9	- 27,7	- 27,7	8 816,4	8 759,2	- 57,2	- 57,2
médicaments et DMI	1 602,4	1 410,1	- 192,3	- 192,3	1 428,5	1 345,0	- 83,5	- 83,5	1 398,6	1 314,8	- 83,8	- 83,8
forfaits annuels	176,5	195,8	19,3	19,3	131,0	138,8	7,8	7,8	103,2	83,6	- 19,6	- 19,6
MIGAC	8 142,3	7 799,1	- 343,2	- 339,4	8 293,6	8 120,3	- 173,3	- 173,2	8 563,2	7 671,0	- 163,3	- 163,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17 809,7	17 642,1	- 167,6	- 160,7	18 212,6	18 114,0	- 98,5	- 97,2	18 652,7	18 488,0	- 164,7	- 164,7
ODAM	15 455,3	15 314,0	- 141,3	- 134,4	15 768,2	15 657,7	- 110,6	- 109,4	16 104,4	15 870,7	- 233,7	- 233,7
DAF (hors USLD)	14 430,2	14 313,0	- 117,2	- 114,3	14 728,7	14 643,7	- 84,9	- 84,6	15 072,5	14 862,5	- 210,1	- 210,1
USLD	1 025,1	1 001,0	- 24,1	- 20,2	1 039,6	1 013,9	- 25,7	- 24,8	1 031,9	1 008,2	- 23,7	- 23,7
QQN psy-ssr	2 354,4	2 328,1	- 26,3	- 26,3	2 444,3	2 456,4	12,1	12,1	2 548,3	2 617,3	69,0	69,0
Total dotations (ODAM + MIGAC)	23 597,7	23 113,1	- 484,6	- 473,8	24 061,9	23 778,0	- 283,9	- 282,5	24 667,6	23 541,7	- 397,0	- 397,0

* La ligne ODMCO public intègre une provision complémentaire de 28 M€. Cette marge ne peut être attribuée à une catégorie de prestations en particulier et n'est donc pas prise en compte dans les résultats détaillés de ce rapport.

Annexe 1.4. Financements 2012 par région (montants en millions d'euros)

Région	Etablissements ex-DG					Etablissements ex-OQN et OQN					Total financements des établissements de santé ex-OQN et OQN
	ODMCO	MIGAC	Total des financements de l'activité MCO	DAF (hors USLD)	USLD	Total financements établissements de santé ex-DG	ODMCO	MIGAC	Total des financements de l'activité MCO	OQN	
Alsace	1 306,19	205,09	1 511,28	435,17	33,32	1 979,78	219,87	1,66	221,52	13,29	234,82
Aquitaine	1 729,63	320,88	2 050,50	689,84	46,34	2 786,69	647,57	5,66	653,23	144,33	797,56
Auvergne	797,47	154,33	951,80	357,19	30,81	1 339,80	196,29	1,50	197,79	33,43	231,22
Basse-Normandie	929,81	182,60	1 112,41	350,71	20,31	1 483,43	187,92	0,93	188,85	63,83	252,69
Bourgogne	1 008,67	191,94	1 200,61	328,22	24,55	1 553,38	235,03	0,81	235,84	87,94	323,77
Bretagne	1 764,33	291,28	2 055,62	850,51	50,09	2 956,22	419,24	3,20	422,44	67,98	490,42
Centre	1 259,07	216,99	1 476,06	486,50	40,47	2 003,04	384,53	4,95	389,48	84,99	474,47
Champagne-Ardenne	743,41	154,85	898,26	269,93	20,41	1 188,60	220,64	0,98	221,62	23,55	245,17
Corse	123,72	53,24	176,96	67,61	5,16	249,74	62,25	2,27	64,53	31,21	95,74
Franche-Comté	713,87	123,25	837,12	282,24	18,38	1 137,73	111,65	2,41	114,06	27,53	141,58
Haute-Normandie	904,90	188,07	1 092,96	381,63	26,69	1 501,28	280,69	1,47	282,16	40,72	322,88
Île-de-France	7 046,44	1 829,56	8 876,00	2 845,01	186,81	11 907,83	1 723,49	12,66	1 736,15	580,42	2 316,57
Languedoc-Roussillon	1 268,00	253,57	1 521,57	520,13	45,22	2 086,93	604,93	8,90	613,83	254,17	868,00
Limousin	498,49	102,40	600,89	227,99	28,64	857,52	119,37	1,09	120,46	8,43	128,89
Lorraine	1 447,80	277,51	1 725,31	624,88	37,54	2 387,73	299,45	1,46	300,91	17,02	317,93
Midi-Pyrénées	1 394,20	316,06	1 710,26	642,95	52,35	2 405,56	593,29	9,65	602,94	172,34	775,28
Nord-Pas-de-Calais	2 456,86	424,55	2 881,41	921,11	51,45	3 853,97	671,12	4,04	675,17	122,83	798,00
Pays de la Loire	1 760,14	315,80	2 075,94	788,25	53,56	2 917,75	564,19	6,59	570,78	40,31	611,09
Picardie	1 085,87	176,92	1 262,79	480,73	39,43	1 782,95	198,70	0,89	199,58	30,74	230,32
Poitou-Charentes	971,59	150,46	1 122,04	385,26	31,01	1 538,31	186,33	1,79	188,12	32,81	220,93
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 834,85	538,16	3 373,01	937,24	51,66	4 361,91	979,16	5,24	984,41	422,21	1 406,61
Rhône-Alpes	3 512,00	628,76	4 140,77	1 424,26	94,55	5 659,57	894,58	9,29	903,86	196,45	1 100,31
<i>France métropolitaine</i>	35 557,32	7 096,25	42 653,58	14 297,36	988,75	57 939,69	9 800,29	87,44	9 887,74	2 496,52	12 384,26
Guadeloupe	208,43	103,82	312,25	103,61	8,53	424,39	105,72	0,68	106,40	50,36	156,76
Guyane	110,44	59,96	170,40	26,12	1,13	197,65	21,46	0,48	21,94	5,75	27,69
Martinique	268,58	169,41	438,00	132,55	5,76	576,30	52,24	0,39	52,63	9,81	62,44
La Réunion	443,63	111,38	555,01	253,36	4,06	812,43	177,87	4,13	182,00	54,89	236,89
<i>DOM</i>	1 031,08	444,58	1 475,65	515,64	19,48	2 010,77	357,29	5,68	362,97	120,81	483,78
<i>Service santé des armées (SSA)</i>	398,27	37,02	435,29	21,76	-	457,04	-	-	-	-	-
France entière	36 986,67	7 577,85	44 564,52	14 834,75	1 008,23	60 407,50	10 157,58	93,12	10 250,71	2 617,33	12 868,04
France entière yc hors région	36 986,67	7 577,85	44 564,52	14 862,46	1 008,23	60 435,21	10 157,58	93,12	10 250,71	2 617,33	12 868,04

Annexe 1.5. Synthèse régionale des dotations annuelles déléguées aux établissements sur l'ensemble des trois enveloppes : MIGAC, DAF et dotation de soins USLD, en 2012.

Montants en M€	Montants de l'arrêté DR 2012 en vigueur (24/12/2012) au titre de la DAF, des MIGAC et de la dotation de soins USLD	Montant délégué par les ARS	Ecart	Niveau de consommation des crédits de la circulaire
Alsace	675,25	675,25	0,00	100,0%
Aquitaine	1 062,74	1 062,72	0,02	100,0%
Auvergne	543,84	543,83	0,02	100,0%
Bourgogne	545,51	545,51	0,00	100,0%
Bretagne	1 196,15	1 195,09	1,06	99,9%
Centre	748,91	748,91	0,00	100,0%
Champagne-Ardenne	446,17	446,17	0,00	100,0%
Corse	128,29	128,29	0,00	100,0%
Franche-Comté	426,27	426,27	0,00	100,0%
Ile-de-France	4 874,18	4 874,05	0,13	100,0%
Languedoc-Roussillon	827,72	827,83	-0,10	100,0%
Limousin	360,30	360,12	0,18	99,9%
Lorraine	941,39	941,39	0,00	100,0%
Midi-Pyrénées	1 021,01	1 021,01	0,00	100,0%
Nord-Pas-de-Calais	1 401,15	1 401,16	-0,01	100,0%
Normandie-Basse	554,55	554,55	0,01	100,0%
Normandie-Haute	597,86	597,86	0,00	100,0%
Pays de la Loire	1 164,21	1 164,20	0,01	100,0%
Picardie	698,01	697,96	0,05	100,0%
Poitou-Charentes	568,67	568,51	0,16	100,0%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 532,37	1 532,30	0,07	100,0%
Rhône-Alpes	2 157,66	2 156,85	0,81	100,0%
Métropole	22 472,21	22 469,81	2,40	100,0%
Guadeloupe	216,64	216,64	0,00	100,0%
Guyane	87,70	87,70	0,00	100,0%
Martinique	308,10	308,10	0,00	100,0%
Réunion	372,93	372,93	0,00	100,0%
DOM	985,38	985,37	0,00	100,0%
SSA	58,77	58,77	0,00	100,0%
Total	23 516,37	23 513,96	2,41	100,0%

Annexe 1.6. Synthèse régionale des dotations annuelles relatives aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation déléguées aux établissements (tous secteurs) en 2012.

Montants en M€	Montants de l'arrêté DR 2012 en vigueur (24/12/2012) au titre des MIGAC	Montant délégué par les ARS	Ecart	Niveau de consommation des crédits de la circulaire
Alsace	206,75	206,75	0,00	100,0%
Aquitaine	326,08	326,53	0,46	100,1%
Auvergne	154,65	155,83	1,18	100,8%
Bourgogne	192,74	192,74	0,00	100,0%
Bretagne	292,60	294,48	1,89	100,6%
Centre	221,94	221,94	0,00	100,0%
Champagne-Ardenne	155,83	155,83	0,00	100,0%
Corse	55,52	55,52	0,00	100,0%
Franche-Comté	125,65	125,65	0,00	100,0%
Ile-de-France	1 842,28	1 842,22	-0,06	100,0%
Languedoc-Roussillon	262,12	262,47	0,35	100,1%
Limousin	103,77	103,48	-0,28	99,7%
Lorraine	278,97	278,97	0,00	100,0%
Midi-Pyrénées	325,71	325,71	-0,01	100,0%
Nord-Pas-de-Calais	428,58	428,59	0,01	100,0%
Normandie-Basse	183,53	183,53	-0,01	100,0%
Normandie-Haute	189,54	189,54	0,00	100,0%
Pays de la Loire	323,44	322,39	-1,05	99,7%
Picardie	177,85	177,81	-0,04	100,0%
Poitou-Charentes	150,84	152,25	1,40	100,9%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	543,47	543,40	-0,07	100,0%
Rhône-Alpes	637,93	638,05	0,12	100,0%
Métropole	7 179,80	7 183,70	3,89	100,1%
Guadeloupe	104,51	104,51	0,00	100,0%
Guyane	60,45	60,45	0,00	100,0%
Martinique	168,80	169,80	1,00	100,6%
Réunion	112,23	115,51	3,28	102,9%
DOM	445,98	450,26	4,27	101,0%
SSA	37,02	37,02	0,00	100,0%
Total	7 662,81	7 670,97	8,17	100,1%

Le montant délégué par les ARS est supérieur de 8 M€ à celui arrêté par le ministère de la santé. En effet, pour certains crédits, les ARS sont autorisées à faire des ajustements entre enveloppe (MIGAC/DAF/USLD), ces mouvements devant être globalement neutres et pour des montants non significatifs.

Annexe 1.6a Synthèse régionale des dotations annuelles de financement déléguées aux établissements en 2012.

Montants en M€	Montants de l'arrêté DR 2012 en vigueur (24/12/2012) au titre de la DAF	Montant délégué par les ARS	Ecart	Niveau de consommation des crédits de la circulaire
Alsace	435,17	435,17	0,00	100,0%
Aquitaine	690,32	689,84	-0,48	99,9%
Auvergne	358,09	357,19	-0,90	99,7%
Bourgogne	328,22	328,22	0,00	100,0%
Bretagne	853,00	850,51	-2,49	99,7%
Centre	486,50	486,50	0,00	100,0%
Champagne-Ardenne	269,93	269,93	0,00	100,0%
Corse	67,61	67,61	0,00	100,0%
Franche-Comté	282,24	282,24	0,00	100,0%
Ile-de-France	2 845,09	2 845,01	-0,07	100,0%
Languedoc-Roussillon	520,17	520,13	-0,04	100,0%
Limousin	227,89	227,99	0,10	100,0%
Lorraine	624,88	624,88	0,00	100,0%
Midi-Pyrénées	642,94	642,95	0,01	100,0%
Nord-Pas-de-Calais	921,11	921,11	0,00	100,0%
Normandie-Basse	350,71	350,71	0,00	100,0%
Normandie-Haute	381,63	381,63	0,00	100,0%
Pays de la Loire	787,42	788,25	0,82	100,1%
Picardie	480,73	480,73	0,00	100,0%
Poitou-Charentes	386,73	385,26	-1,47	99,6%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	937,19	937,24	0,05	100,0%
Rhône-Alpes	1 425,18	1 424,26	-0,92	99,9%
Métropole	14 302,76	14 297,36	-5,39	100,0%
Guadeloupe	103,61	103,61	0,00	100,0%
Guyane	26,13	26,12	-0,01	100,0%
Martinique	131,71	132,55	0,84	100,6%
Réunion	256,63	253,36	-3,28	98,7%
DOM	518,08	515,64	-2,44	99,5%
SSA	21,76	21,76	0,00	100,0%
Total	14 842,59	14 834,75	-7,84	99,9%

Annexe 1.6b Synthèse régionale et par activité, des dotations annuelles de financement déléguées aux établissements en 2012.

Montants en M€	Total DAF PSY	Total DAF SSR	Total DAF MCO	Total DAF
Alsace	214,59	220,59	0,00	435,17
Aquitaine	460,52	221,91	7,41	689,84
Auvergne	214,10	128,56	14,53	357,19
Bourgogne	205,53	106,93	15,76	328,22
Bretagne	474,35	359,81	16,35	850,51
Centre	275,16	202,17	9,17	486,50
Champagne-Ardenne	168,61	93,73	7,59	269,93
Corse	44,02	17,98	5,62	67,61
Franche-Comté	180,40	95,06	6,78	282,24
Ile-de-France	1 604,76	1 230,58	9,68	2 845,01
Languedoc-Roussillon	270,03	213,79	36,32	520,13
Limousin	133,21	87,21	7,57	227,99
Lorraine	343,21	275,85	5,82	624,88
Midi-Pyrénées	395,70	231,87	15,38	642,95
Nord-Pas-de-Calais	535,28	382,71	3,12	921,11
Normandie-Basse	224,60	115,81	10,29	350,71
Normandie-Haute	224,13	153,05	4,45	381,63
Pays de la Loire	409,88	350,47	27,90	788,25
Picardie	284,32	194,30	2,11	480,73
Poitou-Charentes	222,78	154,57	7,91	385,26
Provence-Alpes-Côte d'Azur	599,24	327,61	10,39	937,24
Rhône-Alpes	773,37	632,76	18,12	1 424,26
Métropole	8 257,77	5 797,32	242,27	14 297,36
Guadeloupe	65,91	32,64	5,05	103,61
Guyane	25,09	1,04		26,12
Martinique	77,33	53,13	2,09	132,55
Réunion	86,04	32,61	134,71	253,36
DOM	254,37	119,42	141,85	515,64
SSA	13,68	8,08		21,76
Total	8 525,81	5 924,82	384,12	14 834,75

Annexe 1.6c Répartition par région et par activité des dotations annuelles de financement déléguées aux établissements, en structure, en 2012.

Part (en %)	Total DAF PSY	Total DAF SSR	Total DAF MCO	Total DAF
Alsace	49%	51%	0%	100%
Aquitaine	67%	32%	1%	100%
Auvergne	60%	36%	4%	100%
Bourgogne	63%	33%	5%	100%
Bretagne	56%	42%	2%	100%
Centre	57%	42%	2%	100%
Champagne-Ardenne	62%	35%	3%	100%
Corse	65%	27%	8%	100%
Franche-Comté	64%	34%	2%	100%
Ile-de-France	56%	43%	0%	100%
Languedoc-Roussillon	52%	41%	7%	100%
Limousin	58%	38%	3%	100%
Lorraine	55%	44%	1%	100%
Midi-Pyrénées	62%	36%	2%	100%
Nord-Pas-de-Calais	58%	42%	0%	100%
Normandie-Basse	64%	33%	3%	100%
Normandie-Haute	59%	40%	1%	100%
Pays de la Loire	52%	44%	4%	100%
Picardie	59%	40%	0%	100%
Poitou-Charentes	58%	40%	2%	100%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	64%	35%	1%	100%
Rhône-Alpes	54%	44%	1%	100%
Métropole	58%	41%	2%	100%
Guadeloupe	64%	32%	5%	100%
Guyane	96%	4%	0%	100%
Martinique	58%	40%	2%	100%
Réunion	34%	13%	53%	100%
DOM	49%	23%	28%	100%
SSA	63%	37%	0%	100%
Total	57%	40%	3%	100%

Annexe 1.6d Synthèse régionale des dotations annuelles de soins USLD déléguées aux établissements en 2012.

Montants en M€	Montants de l'arrêté DR 2012 en vigueur (24/12/2012) au titre de la dotation de soins USLD	Montant délégué par les ARS	Ecart	Niveau de consommation des crédits de la circulaire
Alsace	33,32	33,32	0,00	100,0%
Aquitaine	46,34	46,34	0,00	100,0%
Auvergne	31,11	30,81	-0,31	99,0%
Bourgogne	24,55	24,55	0,00	100,0%
Bretagne	50,55	50,09	-0,46	99,1%
Centre	40,47	40,47	0,00	100,0%
Champagne-Ardenne	20,41	20,41	0,00	100,0%
Corse	5,16	5,16	0,00	100,0%
Franche-Comté	18,38	18,38	0,00	100,0%
Ile-de-France	186,81	186,81	0,00	100,0%
Languedoc-Roussillon	45,43	45,22	-0,21	99,5%
Limousin	28,64	28,64	0,00	100,0%
Lorraine	37,54	37,54	0,00	100,0%
Midi-Pyrénées	52,35	52,35	0,00	100,0%
Nord-Pas-de-Calais	51,45	51,45	0,00	100,0%
Normandie-Basse	20,31	20,31	0,00	100,0%
Normandie-Haute	26,69	26,69	0,00	100,0%
Pays de la Loire	53,35	53,56	0,21	100,4%
Picardie	39,43	39,43	0,00	100,0%
Poitou-Charentes	31,10	31,01	-0,09	99,7%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	51,71	51,66	-0,05	99,9%
Rhône-Alpes	94,55	94,55	0,00	100,0%
Métropole	989,65	988,75	-0,90	99,9%
Guadeloupe	8,53	8,53	0,00	100,0%
Guyane	1,12	1,13	0,00	100,4%
Martinique	7,60	5,76	-1,84	75,8%
Réunion	4,06	4,06	0,00	100,0%
DOM	21,31	19,48	-1,83	91,4%
SSA				
Total	1 010,97	1 008,23	-2,73	99,7%

Annexe 1.6e Distinction des enveloppes MIG/AC de la dotation MIGAC, par région et secteur, (source ARBUST, tableaux ARBUST MIGAC 2012).

Montants en M€	Total des deux secteurs				Secteur ex-DG				Secteur ex-OQN			
	Total MIG	Total AC	Part AC	Total MIGAC	Total MIG	Total AC	Part AC	Total MIGAC	Total MIG	Total AC	Part AC	Total MIGAC
Alsace	143,00	63,75	30,8%	206,75	142,20	62,89	30,7%	205,09	0,80	0,85	51,4%	1,66
Aquitaine	232,47	94,07	28,8%	326,53	229,14	91,74	28,6%	320,88	3,33	2,32	41,1%	5,66
Auvergne	108,54	47,29	30,3%	155,83	107,55	46,78	30,3%	154,33	0,99	0,51	33,8%	1,50
Bourgogne	113,29	79,46	41,2%	192,74	112,56	79,37	41,4%	191,94	0,72	0,08	10,4%	0,81
Bretagne	205,56	88,93	30,2%	294,48	204,29	86,99	29,9%	291,28	1,27	1,93	60,4%	3,20
Centre	140,67	81,28	36,6%	221,94	139,28	77,72	35,8%	216,99	1,39	3,56	71,9%	4,95
Champagne-Ardenne	96,79	59,04	37,9%	155,83	96,10	58,75	37,9%	154,85	0,69	0,29	30,0%	0,98
Corse	18,62	36,90	66,5%	55,52	18,28	34,96	65,7%	53,24	0,34	1,94	85,2%	2,27
Franche-Comté	77,78	47,87	38,1%	125,65	77,55	45,70	37,1%	123,25	0,23	2,18	90,5%	2,41
Ile-de-France	1 428,47	413,75	22,5%	1 842,22	1 420,12	409,44	22,4%	1 829,56	8,35	4,31	34,1%	12,66
Languedoc-Roussillon	201,20	61,27	23,3%	262,47	196,14	57,43	22,6%	253,57	5,07	3,84	43,1%	8,90
Limousin	68,86	34,62	33,5%	103,48	68,21	34,18	33,4%	102,40	0,65	0,43	40,0%	1,09
Lorraine	160,89	118,08	42,3%	278,97	160,00	117,51	42,3%	277,51	0,89	0,57	39,3%	1,46
Midi-Pyrénées	206,33	119,37	36,6%	325,71	201,40	114,65	36,3%	316,06	4,93	4,72	48,9%	9,65
Nord-Pas-de-Calais	300,60	127,99	29,9%	428,59	297,84	126,71	29,8%	424,55	2,76	1,28	31,7%	4,04
Normandie-Basse	110,85	72,68	39,6%	183,53	110,19	72,41	39,7%	182,60	0,66	0,27	29,1%	0,93
Normandie-Haute	127,76	61,78	32,6%	189,54	126,47	61,59	32,8%	188,07	1,29	0,18	12,3%	1,47
Pays de la Loire	232,33	90,06	27,9%	322,39	228,66	87,14	27,6%	315,80	3,67	2,92	44,3%	6,59
Picardie	114,14	63,67	35,8%	177,81	113,51	63,41	35,8%	176,92	0,63	0,26	29,6%	0,89
Poitou-Charentes	107,34	44,90	29,5%	152,25	106,77	43,69	29,0%	150,46	0,57	1,21	67,9%	1,79
Provence-Alpes-Côte d'Azur	403,52	139,88	25,7%	543,40	400,01	138,15	25,7%	538,16	3,51	1,73	33,0%	5,24
Rhône-Alpes	473,53	164,52	25,8%	638,05	469,69	159,07	25,3%	628,76	3,84	5,45	58,6%	9,29
Métropole	5 072,55	2 111,15	29,4%	7 183,70	5 025,95	2 070,30	29,2%	7 096,25	46,60	40,85	46,7%	87,44
Guadeloupe	32,50	72,01	68,9%	104,51	31,81	72,01	69,4%	103,82	0,68	0,00	0,0%	0,68
Guyane	39,46	20,99	34,7%	60,45	39,24	20,72	34,6%	59,96	0,22	0,26	54,3%	0,48
Martinique	32,83	136,97	80,7%	169,80	32,41	137,01	80,9%	169,41	0,43	-0,04	-10,7%	0,39
Réunion	61,71	53,80	46,6%	115,51	59,91	51,47	46,2%	111,38	1,81	2,32	56,3%	4,13
DOM	166,50	283,76	63,0%	450,26	163,36	281,22	63,3%	444,58	3,14	2,54	44,8%	5,68
SSA	36,92	0,10	0,3%	37,02	36,92	0,10	0,3%	37,02				
Total	5 275,97	2 395,00	31,2%	7 670,97	5 226,24	2 351,61	31,0%	7 577,85	49,73	43,39	46,6%	93,12

Annexe 2

Analyse de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique

Les données afférentes au champ MCO proviennent du PMSI MCO et résultent de l'exploitation des fichiers RSA.

Annexe 2.1. Champ des établissements

S'agissant des établissements, pour le secteur anciennement sous dotation globale, seuls les établissements soumis à la tarification à l'activité sont pris en compte.

Pour le secteur anciennement sous objectifs quantifiés nationaux, seuls les établissements ayant transmis leur activité sur l'ensemble de la période ont été sélectionnés (les établissements ayant fermés ou ouverts sur la période ont également été conservés). Les établissements présents en 2012 représentent 99,5% des recettes 2012 de l'ensemble du secteur.

Typologie des établissements ex-OQN

Les établissements de ce secteur ont été regroupés selon les mêmes critères descriptifs que pour l'analyse de l'activité 2011, à savoir :

- le volume économique annuel, avec comme seuil les percentiles 33 et 66, soit 6 M€ et 13 M€ ;
- la part de séjours de chirurgie (en nombre de séjours) , avec comme seuil la médiane, soit 44,41%.

Selon la pertinence de l'information :

- pour les établissements réalisant peu de séjours en chirurgie, le taux d'obstétrique dans le nombre de séjours, avec comme seuil la médiane de ce sous-groupe soit 9,08% ;
- pour les établissements réalisant beaucoup de séjours en chirurgie, le taux de chirurgie ambulatoire dans le nombre de séjours en chirurgie, avec comme seuil la médiane de ce sous-groupe soit 50,12%.

Huit groupes d'établissements avaient ainsi été retenus en 2011.

Pour 2012, ces mêmes critères de classification sont retenus. Cependant du fait de l'évolution de l'activité des établissements, un même établissement a pu changer de catégorie d'une année sur l'autre.

T 145 I Typologie d'établissement ex-OQN

Libellé de la Catégorie d'établissements		Nombre d'établissements exercice 2011	Nombre d'établissements exercice 2012
CL1	Volume économique < 6M€, activité diversifiée	100	103
CL2	Volume économique inférieur à 6M€, chirurgie	90	93
CL3	Volume économique compris entre 6M€ et 13M€, activité diversifiée	71	76
CL4	Volume économique compris entre 6M€ et 13M€, beaucoup de chirurgie dont peu de chirurgie ambulatoire	63	53
CL5	Volume économique compris entre 6M€ et 13M€, beaucoup de chirurgie dont beaucoup de chirurgie ambulatoire	67	65
CL6	Volume économique supérieur à 13M€, activité diversifiée	61	69
CL7	Volume économique supérieur à 13M€, peu de chirurgie mais beaucoup d'obstétrique	62	55
CL8	Volume économique supérieur à 13M€, chirurgie	74	81
Total		588	595

Champ des séjours

S'agissant du champ des séjours, tous les séjours MCO transmis sont pris en compte y compris les séjours en attente de valorisation et non pris en charge par l'assurance maladie inclus dans la transmission des données par les établissements du secteur ex-DG.

Il convient de noter que les données 2010 et 2011 intègrent les séjours qui n'avaient pas été initialement transmis au cours de l'exercice mais qui ont fait l'objet d'une transmission au cours des deux exercices suivants. Ainsi :

- les réalisations 2010 ont été complétées en 2011 et 2012, elles sont désormais définitives ;
- l'activité 2011 a été complétée en 2012 et pourra encore être complétée par des transmissions en 2012 ;
- l'activité 2012 sera complétée par des transmissions en 2012 et 2013.

Annexe 2.2. Classification des GHM et valorisation des séjours

Ce rapport présente l'évolution de l'activité à classification constante, en retenant la classification la plus récente. Ainsi les données d'activité 2010, 2011, ainsi que janvier et février 2012 ont été regroupées en version v11d des GHM.

L'analyse de l'évolution de l'activité peut se mesurer par le nombre de séjours mais ne traduit pas le volume au sens où il ne tient pas compte de la lourdeur économique et médicale de chaque séjour. Il est donc nécessaire de pondérer chaque séjour par sa valeur monétaire (i.e. : le tarif auquel il est payé).

Les données d'activité de l'ensemble de la période analysée sont ainsi valorisées selon les tarifs en vigueur au 1^{er} mars 2012.

La valorisation monétaire des séjours, appelée **volume économique**, inclut la valorisation des extrêmes mais exclue celle des suppléments journaliers qui ne sont pas analysés dans ce rapport.

Le taux de remboursement assuré par l'assurance maladie, variable d'un séjour à l'autre, ainsi que le coefficient de transition propre à chaque établissement ne sont pas pris en compte

dans la valorisation monétaire. En revanche, la pondération du volume par le coefficient géographique s'applique.

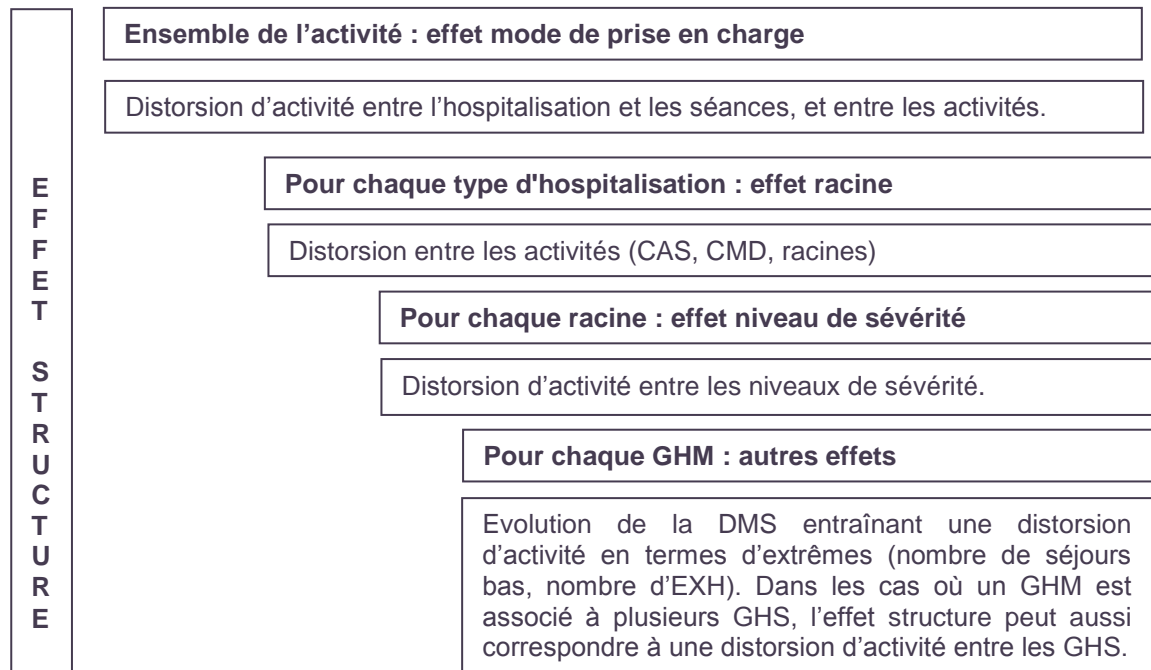
L'évolution du « **volume économique** » peut alors se décomposer en deux notions :

- l'évolution liée au nombre de séjours ;
- l'effet structure, qui correspond à l'évolution du volume économique moyen par séjour, aussi appelé poids moyen du cas traité (PMCT) relatif.

L'effet structure traduit ainsi l'évolution de la structure d'activité induite, soit par une augmentation de la lourdeur des séjours, soit par une amélioration du codage des informations médicales.

Quelques éléments relatifs à l'interprétation de l'effet structure sont apportés dans le tableau ci-après. En effet selon le niveau d'agrégat analysé, l'effet structure reflète l'évolution des caractéristiques du cas-mix à des niveaux différents.

F 109 I Eléments d'interprétation de l'effet structure selon l'agrégat d'activité analysé



Annexe 2.3. Agrégats utilisés pour l'analyse de l'activité

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

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 catégories d'activité de soins (CAS)

Il s'agit d'une proposition de classification qui a la particularité de s'affranchir des évolutions de regroupement des séjours selon les différentes versions de classification de GHM car elle repose de façon automatique sur la troisième lettre du code de la racine de GHM (C, M, K, Z) et la durée de séjour (avec ou sans nuitée).

Il en résulte une répartition en 8 catégories :

- Médecine sans nuitée ;
- Médecine avec au moins une nuitée ;
- Chirurgie ambulatoire ;
- Chirurgie non ambulatoire ;
- Obstétrique – femme ;
- Obstétrique – bébé ;
- Techniques peu invasives (diagnostics ou thérapeutiques) ;
- Séances.

Les catégories majeures de diagnostic (CMD)

Correspondant aux deux premiers caractères (numériques) du GHM.

Les domaines d'activité (DoAc)

Dans chaque CMD, la distinction entre la discipline médicale et la discipline chirurgicale peut poser un problème d'interprétation. Pour y répondre, le regroupement en domaines d'activité s'est inspiré des « segments d'activité » qui existaient dans la nomenclature OAP. Les principales modifications sont les suivantes :

- distinction de l'orthopédie traumatologie et de la rhumatologie ;
- distinction de la psychiatrie et de la toxicologie, intoxications, alcool ;
- regroupement des maladies infectieuses et du VIH ;
- création d'un groupe « *transplantations d'organes* » ;
- création d'un groupe « *séances* » ;
- création d'un groupe « *douleurs chroniques, soins palliatifs* » ;
- un domaine « *activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues* » a été créé, regroupant notamment un certain nombre de racines de la CMD 23 (facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé) et les racines du type « *autres...de la CMD XX...* » dans la mesure où cette CMD XX a été ventilée entre plusieurs domaines d'activité ;
- le dernier domaine d'activité « *autres symptômes ou motifs médicaux* » regroupe trois racines de la CMD 23 qui correspondent à des insuffisances de codage.

En procédant ainsi, **29 domaines d'activité** (DoAc) sont obtenus. Ils ont la particularité d'être transversaux à la répartition en M, C, O.

Annexe 2.4. Evolution de l'activité par catégorie d'établissements et type d'hospitalisation pour le secteur ex-DG.

<i>CHR (y compris AP-HP)</i>	Part des séjours 2012	Part du volume économique 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
Ambulatoire	22,7%	8,7%	+4,4%	+2,6%	+1,7%	12,7%
Hospitalisation complète	47,3%	85,8%	+2,7%	+1,1%	+1,6%	79,6%
Total hospitalisation	70,0%	94,5%	+2,9%	+1,6%	+1,3%	92,3%
Séances	30,0%	5,5%	+4,2%	+2,9%	+1,2%	7,7%
Total	100,0%	100,0%	+3,0%	+2,0%	+0,9%	100,0%

<i>CH</i>	Part des séjours 2012	Part du volume économique 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
Ambulatoire	17,2%	7,8%	+5,7%	+3,3%	+2,3%	13,4%
Hospitalisation complète	55,4%	86,9%	+3,0%	+1,1%	+1,9%	80,4%
Total hospitalisation	72,6%	94,7%	+3,2%	+1,6%	+1,6%	93,8%
Séances	27,4%	5,3%	+3,8%	+3,2%	+0,6%	6,2%
Total	100,0%	100,0%	+3,2%	+2,0%	+1,2%	100,0%

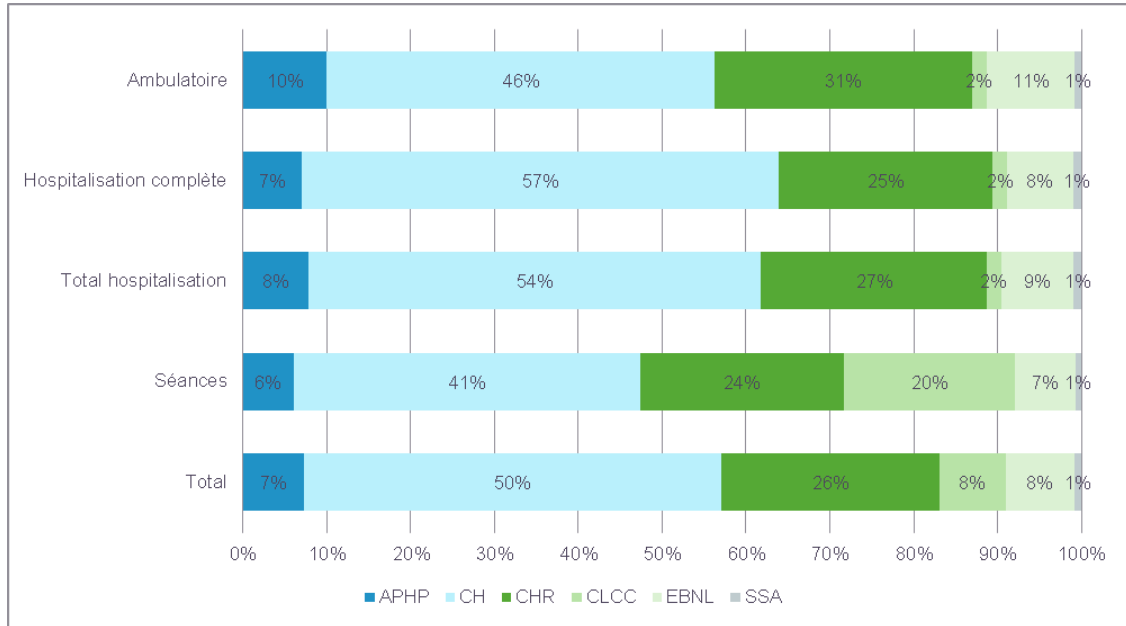
<i>CLCC</i>	Part des séjours 2012	Part du volume économique 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
Ambulatoire	4,0%	4,5%	+12,2%	+10,2%	+1,8%	11,4%
Hospitalisation complète	10,8%	58,0%	+2,2%	+0,7%	+1,4%	28,7%
Total hospitalisation	14,9%	62,6%	+2,8%	+3,1%	-0,3%	40,0%
Séances	85,1%	37,4%	+7,4%	+2,4%	+4,9%	60,0%
Total	100,0%	100,0%	+4,5%	+2,5%	+1,9%	100,0%

<i>EBNL</i>	Part des séjours 2012	Part du volume économique 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
Ambulatoire	24,0%	11,7%	+6,5%	+4,8%	+1,6%	28,4%
Hospitalisation complète	46,8%	83,2%	+1,9%	+0,4%	+1,5%	62,4%
Total hospitalisation	70,8%	94,9%	+2,5%	+1,9%	+0,6%	90,8%
Séances	29,2%	5,1%	+4,8%	+4,3%	+0,5%	9,2%
Total	100,0%	100,0%	+2,6%	+2,6%	+0,0%	100,0%

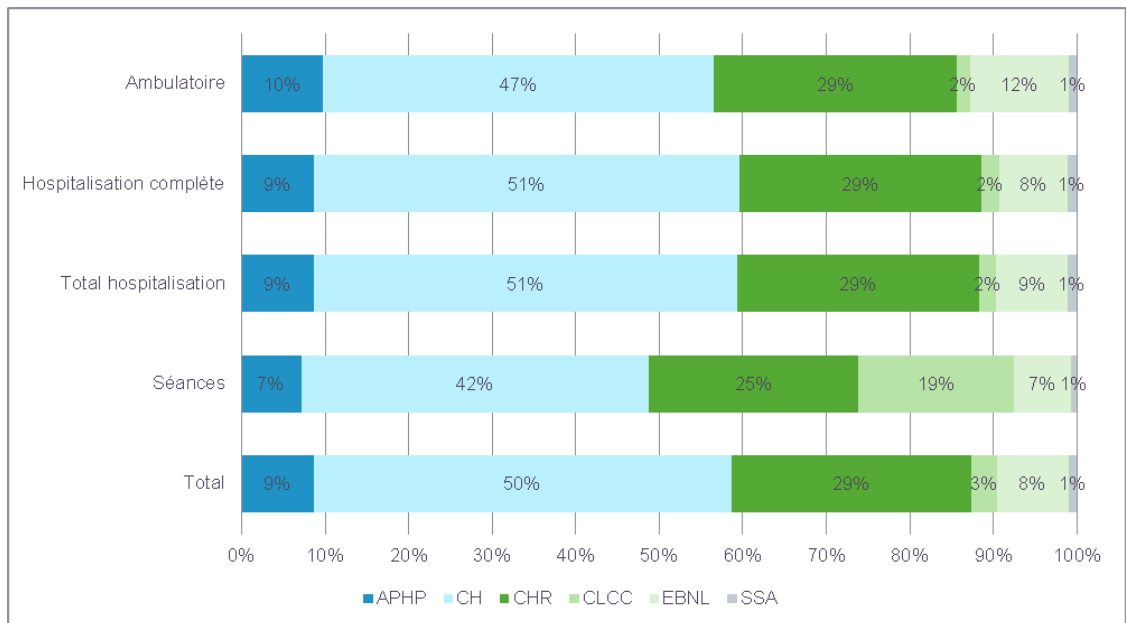
<i>SSA</i>	Part des séjours 2012	Part du volume économique 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
Ambulatoire	17,6%	7,6%	+15,0%	+10,9%	+3,7%	17,4%
Hospitalisation complète	55,4%	88,2%	+5,3%	+3,7%	+1,6%	78,7%
Total hospitalisation	73,0%	95,8%	+6,0%	+5,3%	+0,7%	96,2%
Séances	27,0%	4,2%	+5,4%	+2,8%	+2,6%	3,8%
Total	100,0%	100,0%	+6,0%	+4,6%	+1,3%	100,0%

Annexe 2.5. Répartition des types d'hospitalisations par catégories d'établissements ex-DG.

En nombre de séjours



En volume économique



Annexe 3

Analyse de l'activité d'hospitalisation à domicile

Les données du champ HAD proviennent du PMSI HAD et résultent de l'exploitation des fichiers RAPSS.

Annexe 3.1. Champ des établissements

En 2012, 317 établissements ont transmis une activité d'hospitalisation à domicile, ils sont tous inclus dans cette analyse.

Depuis 2007, les établissements d'HAD peuvent intervenir sous conditions dans les établissements médicosociaux (EMS) de type EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)⁹. Toutefois, les modes de prise en charge autorisés pour les interventions de l'hospitalisation à domicile dans les EHPAD bénéficiant de l'autorisation prévue au 4e alinéa de l'article L.313-3 du code de l'action sociale et des familles restent limités¹⁰. Depuis le 1er septembre 2012, l'HAD peut également être pratiqué dans des établissements sociaux non médicalisés (ES) et dans des établissements médicosociaux (EMS) autres qu'EHPAD.

Un patient pris en charge en HAD alors qu'il est domicilié dans un ES ou EMS est identifié grâce à la modalité 3 de la variable du RPSS décrivant le « Type de lieu de domicile du patient », la modalité 3 signifiant « Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA) » jusqu'au 31 août 2012 inclus. Depuis lors, lors d'une prise en charge d'un patient hébergé en ES ou EMS hors EHPAD, le « Type de lieu de domicile du patient » reste à 3 mais ces établissements sont identifiés, par déduction, grâce à la liste des FINESS correspondants aux établissements EHPAD.

Annexe 3.2. Agrégats utilisés pour l'analyse de l'activité

Les résultats décrivant l'activité d'HAD de l'année étudiée sont exprimés en nombre total de journées réalisées dans l'année. Ils sont établis à partir des résumés anonymes par sous-séquence (RAPSS) transmis par les établissements.

L'analyse développée dans ce rapport ne concerne que les journées hors erreur (i.e. les journées présentées dans les RAPSS après exclusion des journées avec GHPC 9999). Pour simplifier la lecture, elles sont désignées par le terme de nombre journées.

Le taux de journées hors erreur a nettement évolué entre 2011 et 2012, passant de 95,2% à 97,9%.

⁹ Cf. Arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique.

¹⁰ MPP autorisés en EHPAD : N° 03, 04, 05 (la chimiothérapie anticancéreuse peut être assurée par l'ESHAD à l'exception de la chimiothérapie par voie orale), 07, 08, 09, 18, 24 ; MPA autorisés en EHPAD : N° 01, 02, 03, 04, 05 (même restriction pour la chimiothérapie par voie orale), 06, 07, 08, 09, 11, 12, 14, 18, 24.

T 146 I Nombre de journées hors erreur et part dans l'ensemble des journées transmises

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ESHAD	2 243 115 (94,3%)	2 635 610 (94,9%)	3 144 437 (95,3%)	3 452 447 (95,1%)	3 714 225 (95,2%)	4 117 575 (97,9%)
- dont EPHAD	2 854 (60,4%)	27 243 (81,3%)	59 928 (83,4%)	82 470 (84,6%)	109 936 (84,1%)	165 490 (95,5%)

Le séjour et les journées d'hospitalisation

Un séjour en HAD est composé d'une ou plusieurs séquences au cours de laquelle (desquelles) l'état du patient peut varier et la prise en charge évoluer entraînant des changements de modes de prise en charge et/ou d'Indice de Karnofsky.

Le nombre de séjours désigne uniquement les séjours terminés dans l'année qu'ils aient commencé lors d'une année antérieure ou non. Ils sont identifiés par le biais de l'indicateur qui détermine si la séquence est la dernière du séjour.

Mode d'entrée et mode de sortie

À partir de mars 2010, le renseignement du mode d'entrée devient obligatoire et est soumis à un contrôle bloquant au niveau de la fonction de groupage (GHPC 9999 et GHT 99) en cas d'absence ou de valeur non autorisée. Les graphiques portant sur ce mode d'entrée peuvent ainsi contenir la modalité « Non renseigné » entre 2007 et 2010 (janvier – février).

La DMS

La durée moyenne de séjour (DMS) est calculée uniquement pour les séjours terminés dans l'année étudiée. La DMS prend en compte l'ensemble des journées, celles ayant eu lieu dans le courant de l'année ainsi que celles ayant eu lieu avant le 1er janvier de l'année étudiée. Les journées d'une séquence groupée en GHPC 9999 sont également incluses dans le calcul de la DMS lorsque le séjour n'est pas entièrement groupé en erreur.

Le patient

L'âge du patient s'exprime en années pour les patients d'un an et plus et en jours pour les enfants de moins d'un an. L'âge du patient qui figure dans le RAPSS est calculé :

- avant le 01/01/2012, à partir de la date d'entrée du séjour HAD. Cette variable reste donc constante tout au long d'un séjour même si le patient a son anniversaire pendant le séjour. Ainsi par exemple, pour un enfant de moins de 1 an hospitalisé en HAD dans l'année étudiée et qui aurait son premier anniversaire lors de son séjour sera considéré pour tout son séjour comme un enfant âgé de moins d'un an. Cependant, les contrôles de cohérence sur la date de naissance au sein d'un séjour n'existent que depuis mars 2010, il est donc possible de trouver des incohérences. Dans ce cas, l'âge à la dernière sous-séquence de l'année est prise en compte ;
- à partir du 01/01/2012, le calcul de l'âge est modifié. Il est déterminé par rapport à la date de début de la sous-séquence. Il n'est donc plus constant sur le séjour. Pour l'ensemble des analyses, l'âge du patient a été fixé pour chaque séjour en prenant l'âge indiqué à la dernière sous-séquence de l'année.

Le nombre de patients indiqué dans les tableaux de synthèse correspond à des patients distincts ayant une clé de chaînage correcte.

Annexe 3.3. Associations MPP*MPA

Le tableau ci-après décrit les associations MPP X MPA en 2012 en journées hors RAPSS erreurs (MPP en ligne, MPA en colonne).

T 147 I Les associations MPP X MPA décrites en 2012 en journées hors RAPSS erreurs

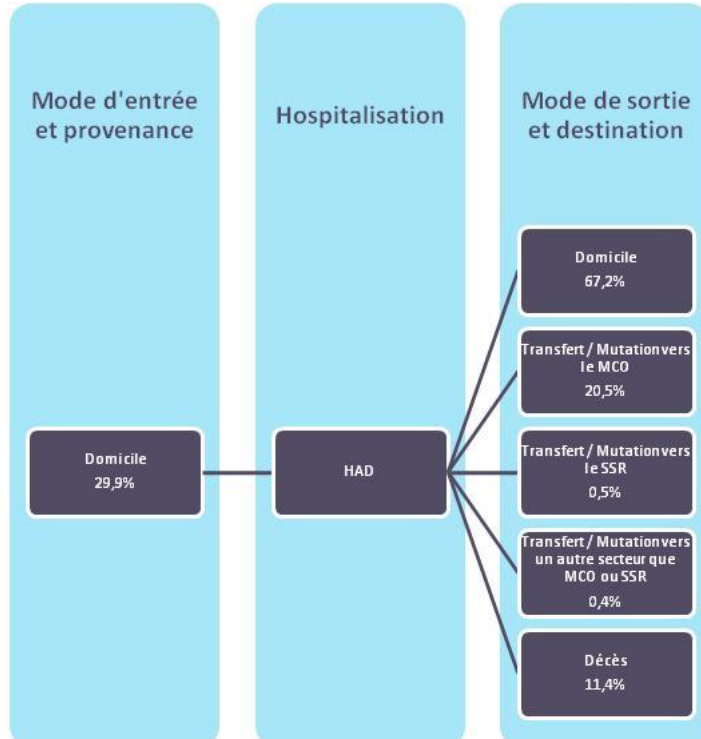
MPP \ MPA	00-Pas de protocole associé	01-Assistance respiratoire	02-Nutrition parentérale	03-Traitement intraveineux	04-Soins palliatifs	05-Chimiothérapie anticancéreuse	06-Nutrition entérale	07-Prise en charge de la douleur	08-Autres traitements	09-Pansements complexes et soins spécifiques	10-Posttraitement chirurgical	11-Rééducation orthopédique
01-Assistance respiratoire	0,9	0,1	1,9	1,2	24,2	0,4	30,3	3,0	2,4	15,1	0,3	6,1
02-Nutrition parentérale	3,8	3,7	0,3	8,2	2,5	1,6		13,4	2,5	18,0	1,1	3,1
03-Traitement intraveineux	52,4	7,8	26,4			0,5	4,3	15,4	5,0	38,2	6,4	8,4
04-Soins palliatifs	428,5	103,0	98,0			17,2	110,0	65,9		107,2	2,3	37,1
05-Chimiothérapie anticancéreuse	56,5	0,5	0,2	0,1	0,5		0,4	3,1	0,4	1,2	0,2	0,6
06-Nutrition entérale	3,5	21,3		0,6	1,6	0,5	0,3	11,5	5,6	42,1	2,1	13,1
07-Prise en charge de la douleur	10,2	1,2	4,0	3,4	5,6	4,8	5,0		2,4	11,2	0,4	2,9
08-Autres traitements	22,4	3,7	1,5	0,4		0,6	4,7	2,9		10,1	0,4	5,2
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	450,7	19,9	7,9	4,7	3,1	1,6	15,0	86,5	13,9		3,1	74,6
10-Posttraitement chirurgical	35,7	1,2	1,3	0,7	0,1	0,3	3,1	7,4	1,4	7,5		27,5
11-Rééducation orthopédique	2,7	3,5	0,0	0,1	0,5	0,1	0,3	6,0	2,0	3,8	2,0	0,3
12-Rééducation neurologique	3,0	1,3	0,1	0,2	1,6	0,0	1,5	3,8	2,5	1,4	0,1	1,0
13-Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	77,1	3,6	1,7	0,8	1,9		2,2	18,5	1,3	2,9	0,1	5,6
14-Soins de nursing lourds	12,7	17,3	2,1	1,0		1,0	13,0	28,1	7,5	40,3	0,7	63,7
15-Education du patient et/ou entourage	29,9	1,0					0,0	1,6	0,3	0,2	0,1	0,4
17-Surveillance de radiothérapie	0,7	0,1	0,1	0,4		0,0	0,3	1,4	0,0	0,4	0,0	0,3
18-Transfusion sanguine	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0		
19-Surveillance de grossesse à risque	86,2		0,0	0,1				0,2	2,4	0,0		
20-Retour précoce à domicile après accouchement	24,9		0,0	0,0				0,8	0,0		0,3	
21-Post-partum pathologique	109,5		0,0	0,0				0,9	0,3	0,1	0,1	0,0
22-Prise en charge du nouveau-né à risque	23,9											
24-Surveillance d'aplasie	4,1	0,1	0,0	0,0	0,1		0,1	0,4	0,1	0,0	0,0	0,1
Total	1 439,7	189,2	145,7	21,9	41,7	28,7	190,4	270,7	49,9	299,9	19,7	250,0

MPP \ MPA	12- Rééducation neurologique	13- Surveillance postchimio- thérapie anticancé- reuse	14-Soins de nursing lourds	15- Education du patient et/ou entourage	17- Surveillance de radiothérapie	18- Transfusion sanguine	19- Surveillance de grossesse à risque	20-Retour précoce à domicile après accouchement	21-Post- partum pathologique	24- Surveillance d'aplasie	25-Prise en charge psycho- logique ou sociale
01-Assistance respiratoire	11,9	1,2	26,7	4,5	0,1	0,0				0,4	4,9
02-Nutrition parentérale	3,1	29,8	10,7	3,0	2,4		0,1			2,3	6,2
03-Traitement intraveineux	2,5	6,1	12,5	2,2	0,8	0,0	0,1		0,1	1,1	7,0
04-Soins palliatifs	43,9	64,5				0,2				10,6	
05-Chimiothérapie anticancéreuse	0,5		1,2	0,3	1,1	0,0					2,4
06-Nutrition entérale	48,8	14,4	86,4	14,7	4,4	0,0			0,0	0,4	16,5
07-Prise en charge de la douleur	0,9	6,2	5,4	0,6	1,7					4,0	2,2
08-Autres traitements	6,7	3,0	7,3	9,3	0,1	0,0	0,5		0,1	0,9	9,0
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	31,8	16,7	160,0	21,0	1,5	0,0	0,1	0,0	0,1	0,7	56,4
10-Posttraitement chirurgical	1,8	1,3	7,7	2,5	0,2		0,0	0,5	7,1	0,0	5,5
11-Rééducation orthopédique	1,6	0,7	16,6	9,0	0,2			0,0	0,0	0,1	7,4
12-Rééducation neurologique	0,1	0,5	21,5	10,0	0,4					0,0	10,7
13-Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	4,7		3,7	4,3	3,6	0,0					16,4
14-Soins de nursing lourds	117,4	5,5	0,6	10,6	1,1	0,0	0,1		0,0	0,2	45,1
15-Education du patient et/ou entourage	0,5	0,2	0,2		0,0		0,2		0,0	0,0	14,9
17-Surveillance de radiothérapie	0,3	0,2	0,5	0,3	0,0					0,0	0,6
18-Transfusion sanguine		0,0	0,0	0,0						0,0	0,0
19-Surveillance de grossesse à risque			0,0	10,3							12,8
20-Retour précoce à domicile après accouchement				0,7							0,6
21-Post-partum pathologique				1,5							4,9
22-Prise en charge du nouveau-né à risque				2,8							1,8
24-Surveillance d'aplasie	0,1		0,1	0,1	0,1	0,0					1,1
Total	276,7	150,4	361,2	107,8	17,7	0,3	1,0	0,5	7,4	20,7	226,4

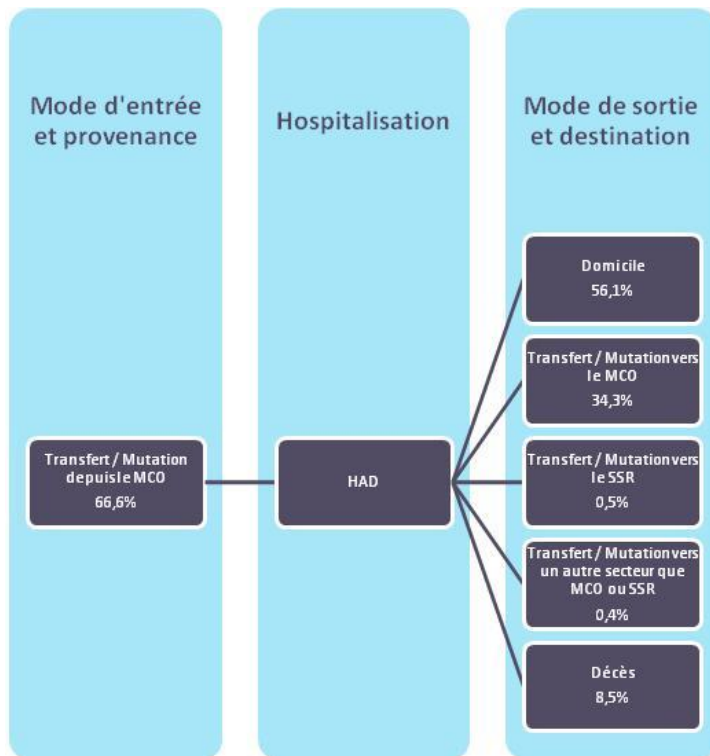
Annexe 3.4. Trajectoires

Les trois schémas ci-dessous illustrent, selon le mode d'entrée du séjour, les différents modes de sortie existants.

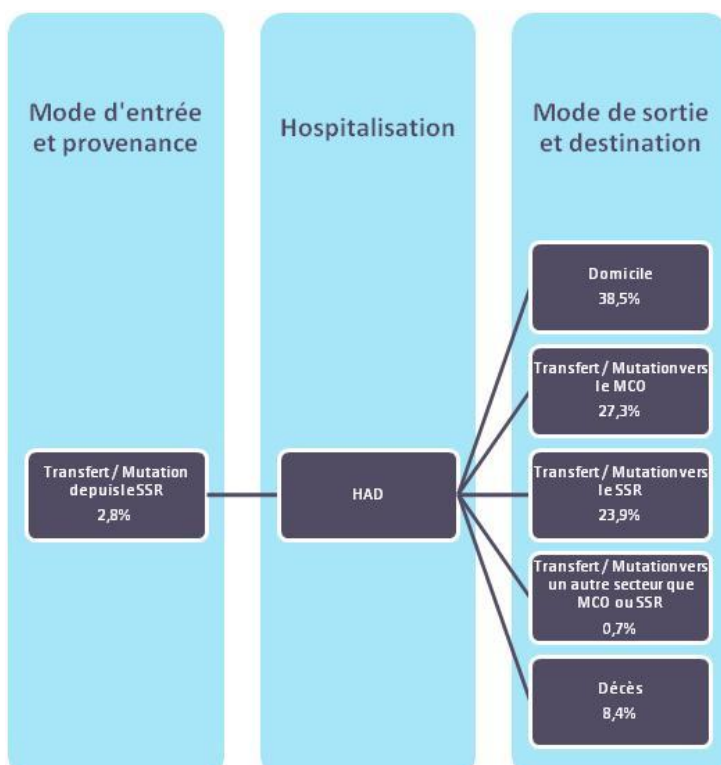
F 110 I Trajectoire globale entrée/sortie d'un patient hospitalisé en HAD depuis son domicile en 2012



F 111 I Trajectoire globale entrée/sortie d'un patient hospitalisé en HAD suite à un transfert depuis le MCO en 2012



F 112 I Trajectoire globale entrée/sortie d'un patient hospitalisé en HAD suite à un transfert depuis le SSR en 2012



Annexe 3.5. Actes CCAM

Le recueil des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) existe depuis 2010 en HAD. Peu d'actes sont renseignés encore aujourd'hui même si le nombre de séjours avec au moins un acte a légèrement augmenté pour atteindre 5,4% en 2012.

T 148 I Aperçu du recueil des actes CCAM depuis 2010

	2010	2011	2012
Nombre de séjours*	148 671	155 941	164 578
Dont avec au moins un acte renseigné	2 451	6 057	8 824
% de séjours avec au moins un acte	1,6%	3,9%	5,4%
Nombre d'actes différents	291	485	554
Nombre moyen d'actes par séjour	11,1	9,5	6,6

*La notion de séjour terminé n'a pas été retenue pour cette analyse. Tous les séjours sont pris en compte.

En 2012, 77,1% des actes CCAM décrits sur un total de 45 249 actes concernent cinq MPP :

- les soins palliatifs (36,2%) ;
- la nutrition entérale (12,6%) ;
- la surveillance de grossesse à risque (9,7%) ;
- les pansements complexes et soins spécifiques (9,6%) ;
- la prise en charge de la douleur (9,1%).

T 149 I Aperçu du recueil des actes CCAM en 2012 selon les MPP

MPP	Nombre de réalisations de l'acte	%
04-Soins palliatifs	21 211	36,2%
06-Nutrition entérale	7 367	12,6%
19-Surveillance de grossesse à risque	5 708	9,7%
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	5 632	9,6%
07-Prise en charge de la douleur	5 331	9,1%
02-Nutrition parentérale	4 295	7,3%
03-Traitement intraveineux	2 164	3,7%
01-Assistance respiratoire	1 766	3,0%
08-Autres traitements	1 531	2,6%
14-Soins de nursing lourds	1 228	2,1%
13-Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	647	1,1%
10-Posttraitement chirurgical	342	0,6%
15-Education du patient et/ou entourage	269	0,5%
11-Rééducation orthopédique	249	0,4%
12-Rééducation neurologique	245	0,4%
05-Chimiothérapie anticancéreuse	228	0,4%
17-Surveillance de radiothérapie	155	0,3%
18-Transfusion sanguine	128	0,2%
21-Post-partum pathologique	117	0,2%
22-Prise en charge du nouveau-né à risque	20	0,0%
24-Surveillance d'aplasie	16	0,0%
20-Retour précoce à domicile après accouchement	4	0,0%
Total	58 653	100,0%

Annexe 4

Analyse de l'activité de soins de suite et de réadaptation

Les données du champ SSR proviennent du PMSI SSR et résultent de l'exploitation des fichiers RHA.

Annexe 4.1. Champ des établissements

L'activité de SSR 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 (2010-2012) 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, 493 sont analysés, ils représentent 96% de l'ensemble des établissements et 99% de la masse financière.

Pour les établissements sous DAF, 1 104 sont analysés, ils représentent 97% de l'ensemble des établissements et 99% de la masse financière.

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

Annexe 4.2. Classification des GMD

Pour les SSR, 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 à 2012.

Annexe 4.2. Classification en GME

En 2013, en préparation d'un nouveau modèle de financement en SSR, de nouveaux outils sont disponibles : une nouvelle nomenclature d'actes de rééducation et réadaptation (CSARR) et une nouvelle classification médico-économique. Cette classification en groupes médico-économiques (GME) a remplacé la classification en GMD. Elle comporte 684 GME.

Annexe 4.2. Agrégats utilisés pour l'analyse de l'activité

Pour les SSR, et par opposition à l'activité MCO, la notion de séjour 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 **poind 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.

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

- la classe d'âge : elle distingue les patients suivant leur âge. 6 classes d'âge ont ainsi été retenues :
 - les enfants entre 0 et 5 ans ;
 - les enfants entre 6 et 11 ans ;
 - les enfants entre 12 et 17 ans ;
 - les personnes entre 18 et 64 ans ;
 - les personnes entre 65 et 69 ans ;
 - les personnes entre 70 et 74 ans ;
 - les personnes entre 75 et 79 ans ;
 - les personnes de plus de 80 ans.
- le type d'hospitalisation: il dissocie les séjours en hospitalisation partielle (hospitalisation partielle de jour, de nuit et les séances) et en hospitalisation complète.
- les catégories majeures cliniques (CMC) : elles sont identifiées à partir des deux premiers caractères des 6 caractères qui composent le GMD.

Annexe 5

Analyse de l'activité de psychiatrie

Les données afférentes au champ psychiatrie proviennent du RIM P et résultent de l'exploitation des fichiers RPSA et R3A.

Annexe 5.1. 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 (2010-2012) 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, 172 sont ainsi présents sur la période étudiée. Ils représentent 80% de l'ensemble des établissements et 95% de la masse financière de psychiatrie sous OQN.

Pour les établissements sous DAF, 359 sont ainsi présents sur la période étudiée. Ils représentent 85% de l'ensemble des établissements et 96% de la masse financière de psychiatrie sous DAF.

Annexe 5.2. Agrégats utilisés pour l'analyse de l'activité

Pour le secteur sous DAF, les actes en ambulatoire ou les consultations externes sont décrits par des résumés par acte ambulatoire anonymisés (R3A) qui sont analysés dans cette partie du rapport en plus de l'hospitalisation. Le financement de cette activité est couvert par la dotation annuelle de financement dont le montant et l'évolution ont été analysés dans la *partie 1. Le suivi des financements*. Alors que, les actes et consultations externes des praticiens des établissements sous OQN, sont eux comptabilisés dans le sous-objectif ONDAM des soins de ville et ne sont donc pas repérés dans ce rapport.

Le volume de l'activité à temps complet ou à temps partiel peut être analysé par :

- le nombre de journées (somme des journées de présence, des venues d'une journée et des venues d'une demi-journée) ;
- le nombre de patients (identifiés à partir du numéro anonyme de chaînage pour éviter les double-comptes).

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

Le nombre de patients est donné uniquement à titre informatif. En effet, cet indicateur peut être analysé seulement si le numéro de chaînage est correctement produit par les établissements. Or, l'exhaustivité de cette variable augmente régulièrement, il est passé de 90% en 2010 à 94% en 2012, l'évolution des nombres de patients est donc fortement induite par cette amélioration du chaînage.

Le volume de l'activité ambulatoire peut être analysé par:

- **le nombre d'actes ;**
- le nombre de patients (identifiés à partir du couple « n° IPP – n° finess »). Ce décompte n'interdit pas les; double-comptes.

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 enfants âgés entre 0 et 5 ans ;
 - Les enfants âgés entre 6 et 11 ans ;
 - Les enfants âgés entre 12 et 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 de prise en charge : il permet de distinguer les prises en charge à temps complet, les prises en charge à temps partiel et les actes et consultations externes;
- les natures de prise en charge de collecte de l'information dans le cadre du RIM-P¹¹ sont :
 - Formes d'activité 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).
 - Formes d'activité 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 (CATTP) et en atelier thérapeutique.
 - Formes d'activité ambulatoires :
 - Code 30 accueil et soins en centre médicopsychologique (CMP) ;
 - Code 31 activité d'accueil et de soins dans un lieu autre que le CMP.
- les modes légaux de séjours ou de soins : cet agrégat caractérise le contexte juridique des soins psychiatriques (soins libres ou sous contrainte).

Jusqu'à l'année 2011 incluse, la nomenclature des modes légaux d'hospitalisation (pour l'hospitalisation à temps plein) était la suivante :

- 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.

¹¹ Cf. Guide de production du RIM-P (version 2012) : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0002F0006FFF>.

À compter de 2012, le mode légal des soins doit être décrit pour toutes les formes d'activité selon la nomenclature suivante :

- Code 1 *Soins psychiatriques libres*
- Code 3 *Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État* (article [L. 3213-1](#) du code ; de la santé publique, CSP) ;
- Code 4 *Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables* (articles ; [L. 3213-7](#) du CSP et [706-135](#) du code de procédure pénale) ;
- Code 5 *Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement (OPP)* ;
- Code 6 *Soins psychiatriques aux détenus* ([article D. 398](#) du code de procédure pénale) ;
- Code 7 *Soins psychiatriques à la demande d'un tiers* (2 certificats) ou *soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence* (1 certificat) ;
- Code 8 *Soins psychiatriques pour péril imminent* (1 certificat, sans tiers).

Annexe 6

Synthèse des sources de données pour l'analyse des quatre champs d'activité

	MCO	HAD	SSR	PSY
Source	PMSI MCO Fichiers RSA	PMSI HAD Fichiers RAPSS	PMSI SSR Fichiers RHA	RIM-P Fichiers RPSA et R3A
Sélection de l'activité	Séjours financés en GHS Exclusion GHS 9999 et PIE	Journées financées en GHT Exclusion GHPC en erreur		Exclusion des séquences en essai
Etablissements	Soumis à la tarification à l'activité (T2A) Exclusion des ex-HL			
<i>dont secteur public ayant transmis en 2012 inclus dans l'analyse part inclus dans l'analyse (en %)</i>	626 626 = 100%	158 158 = 100%	1110 1104 =99,4%	372 359 =96,5%
<i>dont secteur privé ayant transmis en 2012 inclus dans l'analyse part inclus dans l'analyse (en %)</i>	578 576 = 99,7%	159 159 = 100%	502 493 =98,2%	177 172 =97,1%
Activité	Séjours (en milliers)	Journées (en milliers)	Journées (en millions)	Journées (en millions)
<i>dont secteur public transmis en 2012 inclus dans l'analyse part inclus dans l'analyse (en %)</i>	16 290,13 16 290,13 = 100%	2 171,8 2 129,5 = 98%	23,5 23,5 =99,8%	21,6 21,4 =98,9%
<i>dont secteur privé transmis en 2012 inclus dans l'analyse part inclus dans l'analyse (en %)</i>	7 117,23 7 110,26 = 99,9%	2 035,4 1 988,1 = 97,7%	12,4 12,3 =99,1%	4,9 4,8 =98,2%

Glossaire

Actes et consultations externes : prestations dispensées dans les établissements de santé en dehors des séjours hospitaliers. Elles se composent de trois groupes de prestations :

- les prestations relatives aux interruptions volontaires de grossesses (IVG)
- les prestations hospitalières réalisées en ambulatoire : accueils et traitements en urgence (ATU), les forfaits sécurité environnement hospitalier (SE), forfaits hebdomadaires de dialyse hors centre (ou alternative à la dialyse en centre), forfaits petits matériels (FFM)
- les actes et consultations externes référencées dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la classification commune des actes médicaux (CCAM) et les forfaits techniques de radiologie (FTN).

Ambulatoire : séjour hospitalier sans nuitée

ARS : agence régionale de santé

CAS : catégories d'activité de soins. Il s'agit d'un regroupement selon huit catégories de l'ensemble de l'activité MCO selon une combinaison de la troisième lettre du GHM (C, M, K, Z) et de la durée de séjour (avec ou sans nuitée).

Catégories d'établissements : catégorisation juridique des établissements du secteur ex-DG

CH : centre hospitalier (général)

CHR/CHU : centre hospitalier régional et/ou universitaire

CLCC : centre de lutte contre le cancer

EBNL : établissement à but non lucratif

CMD : catégories majeures de diagnostics, regroupement selon 27 catégories de l'ensemble de l'activité MCO, correspondant aux deux premiers caractères du GHM

CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire

DAF : dotation annuelle de financement

Effet structure : effet lié à la déformation de la structure d'activité entre deux périodes. Cela correspond à l'évolution du volume économique moyen par séjour, aussi appelé poids moyen du cas traité (PMCT) relatif.

Effet volume : effet standard quantifiant l'évolution du nombre de séjours dispensés. Il s'agit donc d'une des composantes de l'évolution du volume économique défini plus loin.

GHM : groupe homogène de malades, identifié par un code à 6 caractères pour l'activité MCO. Très schématiquement, le séjour hospitalier est d'abord classé en CMD (catégorie majeure de diagnostic, deux premiers caractères du GHM) selon son diagnostic principal (motif pour lequel le patient a été hospitalisé). Ensuite, il est qualifié de chirurgical ou médical selon la présence (ou non) d'actes opératoires classant (3e caractère du GHM). Puis, il est classé dans une racine en fonction des informations du résumé de sortie, concernant les diagnostics, les actes, l'âge, le sexe, le mode de sortie. Enfin, il est classé dans un GHM selon les CMA (complications et morbidités associées) pour déterminer les niveaux de sévérité (1 à 4), et la durée de séjour pour distinguer notamment l'activité ambulatoire ou de très courte durée.

GHPC : groupe homogène de prise en charge : résulte d'une combinaison de trois éléments essentiels dans la structuration des activités d'hospitalisation à domicile (HAD) : le mode de prise en charge principal (MPP), le mode de prise en charge associé (MPA) et l'indice de Karnofsky mesurant l'état de santé du patient. Cette analyse permet donc de définir un schéma standard de tarification: à chaque GHPC est associé un indice de pondération (durée de prise en charge), donnant ainsi naissance à un Groupe homogène de tarifs (GHT).

GHS : groupe homogène de séjours, permet d'associer un tarif à un GHM pour l'activité MCO

GHT : groupe homogène de tarifs, permet d'associer un tarif à un GHPC pour l'activité HAD

GMD : groupe de morbidités dominantes pour l'activité SSR

GME : groupe médico-économique pour l'activité SSR

HAD : hospitalisation à domicile

Indice de Karnofsky (IK) : pour les activités prises en charge en HAD, cet indice décrit sur une échelle synthétique de 0% (décès) à 100% (aucun signe ou symptôme de maladie) l'état de santé global du patient, l'aide dont il a besoin pour les gestes de la vie courante (besoins personnels, habillage, etc.) et les soins médicaux qu'il requiert. Les patients pris en charge en HAD ont un IK variant de 10% (« moribond ») à une autonomie quasi-totale (90-100%).

IVA : l'indicateur de valorisation de l'activité est une traduction quantitative de l'activité SSR 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).

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique. Ensemble des activités médicales de courts séjours hospitaliers soumises à la tarification à l'activité.

Liste en sus : spécialités pharmaceutiques dispensées aux patients lors d'un séjour hospitaliers et facturées en plus du financement par le tarif des GHS

MIGAC (MIG et AC) : dotation annuelle de financement des missions d'intérêt général (MIG) et d'aides à la contractualisation (AC) allouées par les agences régionales de santé aux établissements relevant de leurs compétences en plus des prestations tarifées à l'activité.

MPA : mode de prise en charge associé (MPA) pour l'activité en HAD. Si le patient a bénéficié d'un autre mode de prise en charge que le mode principal, ayant consommé moins de ressources que lui, ce deuxième est le mode de prise en charge associé. S'il existe plusieurs modes associés, il faut retenir celui qui, en termes de consommation de ressources, vient immédiatement après le mode principal.

MPP : mode de prise en charge principal (MPP) pour l'activité en HAD : mode de prise en charge ayant suscité la consommation la plus importante de ressources : frais de personnels, frais de location de matériel, frais de médicaments, etc.

Niveaux de sévérité : indique la lourdeur de la prise en charge pour un séjour en MCO induite par des complications, il est identifié par le 6^{ème} caractère du GHM

ODMCO : objectif de dépenses en médecine, chirurgie, obstétrique

ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie

OQN : objectif quantifié national

Part tarifs : regroupement de l'ensemble des prestations de l'activité MCO valorisées à l'aide d'échelles tarifaires nationales, soit les séjours hospitaliers (y compris les suppléments journaliers), les actes et consultations externes et autres prestations hospitalières délivrées en externe, les hospitalisations à domicile.

PMJP : le poids moyen de la journée de présence est obtenu en faisant le rapport du nombre total de points IVA sur le nombre de journées de présence SSR pour une période donnée.

Racine : regroupe sur le champ MCO un ensemble de séjours correspond à une même activité. Elle est identifiée par les cinq premiers caractères du GHM (cf. GHM).

R3A : résumé par acte ambulatoire anonymisé pour l'activité de psychiatrie

RAPSS : résumé anonyme par sous-séquence pour l'activité HAD

RHA : résumé hebdomadaire de sortie anonyme pour l'activité SSR

RPSA : résumé par séquence anonyme pour l'activité de psychiatrie

RSA : résumé de sortie anonyme pour l'activité MCO

Secteur Ex-DG : établissements de santé anciennement sous dotation globale, notamment les établissements publics de santé

Secteur Ex-OQN : établissements de santé anciennement sous objectifs quantifiés nationaux, notamment les cliniques privées lucratives

SSR : soins de suite et réadaptation

Suppléments journaliers aux séjours : valorisation spécifique rattachée à des séjours MCO dans le cas de prises en charge donnant lieu à une facturation journalière supplémentaire du tarif GHS (réanimation, soins intensifs, etc.)

Type de prise en charge : en MCO il permet de distinguer les séjours pris en charge en ambulatoire (sans nuitée), les séjours en hospitalisation complète (au moins une nuitée) et les séances.

Volume économique : valorisation monétaire des séjours hospitaliers en MCO groupés selon une classification de GHM donnée. Les suppléments journaliers, le taux de remboursement et le coefficient de transition propres à chaque séjour et établissement ne sont pas pris en compte. En revanche le volume économique est pondéré par le coefficient géographique.

L'analyse de l'activité hospitalière

2012

Le recueil de l'information des établissements de santé, coeur de métier de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), donne lieu à différentes formes de restitution comme cette analyse de l'activité hospitalière. Réalisée chaque année, elle vise à éclairer les acteurs de santé en offrant une vision globale des financements des établissements et de leur activité comparée à celle des années précédentes.

L'étude commence par le suivi des financements par l'assurance maladie de 2012 des établissements de santé, d'un montant d'environ 74 milliards d'euros annuels. Les évolutions annuelles des masses financières en jeu sont présentées en distinguant le secteur public et privé à but non lucratif et le secteur privé commercial.

Au-delà des dépenses, l'intérêt est de définir la nature des activités et sa traduction en profils de patients, pathologies, modes prise en charge, niveau de sévérité... Au vu de ces éléments, les singularités des établissements publics et privés peuvent être décelées.

Les activités sont détaillées par champ hospitalier : court-séjour en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et réadaptation (SSR) et psychiatrie. Les informations sont présentées sous forme de fiches selon le type d'hospitalisation, les diagnostics, l'âge des patients, la région, etc.

Ce rapport propose une photographie de l'activité des établissements de santé en 2012 et la compare avec celle des années passées. Ainsi, les tendances confirment notamment le développement de la chirurgie ambulatoire, le dynamisme des établissements spécialisés en HAD et en SSR.
