

***MINISTERE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITE***

DIRECTION DES HÔPITAUX


Personne chargée du dossier :

Caryn MATHY


Tel : 01 40 56 51 93

Fax : 01 40 56 50 37

e-mail : dh-pmsi@sante.gouv.fr



***L'IMPACT DE LA PRISE EN
CHARGE DES PATIENTS EN
SITUATION DE PRECARITE SUR
LES HOSPITALISATIONS DE
COURT SEJOUR***



**MISSION PMSI/CTIP
Caryn MATHY, Max BENSADON- décembre 1999**

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	3
2. OBJECTIF DES TRAVAUX	4
2.1 COMMENT MESURER LE COUT DE LA PRECARITE	4
2.2 METHODOLOGIE DE L'ENQUETE "PRECARITE".....	4
2.2.1 Repérer la précarité	5
2.2.2 Influence de la précarité sur le coût des séjours	6
3. TRAITEMENT DES DONNEES ET RESULTATS.....	7
3.1 CARACTERISER LA PRECARITE	7
3.1.1 Base de données	7
3.1.2 Patients précaires et non-précaires.....	7
3.1.2.1 Les codes.....	8
3.1.2.2 Les établissements.....	8
3.1.2.3 Les GHM.....	9
3.1.2.4 Les modes d'entrée et de sortie	9
3.1.2.5 L'âge	10
3.1.3 Types de précarité	11
3.2 IMPACT DE LA PRECARITE.....	12
3.2.1 La base de données.....	12
3.2.2 Précarité et durée de séjour	12
3.2.2.1 Variations observées de la durée	13
3.2.2.1.1 L'effet brut	13
3.2.2.1.2 L'effet case-mix	13
3.2.2.1.3 L'effet durée de séjour	14
3.2.2.2 Modélisation statistique.....	15
3.2.2.2.1 Régressions linéaires	15
3.2.2.2.2 La variance expliquée du modèle GHM.....	16
3.2.2.3 Analyse des GHM.....	16
3.2.3 Précarité et coût du séjour	17
3.2.3.1 variations observées du coûts	17
3.2.3.1.1 L'effet brut	17
3.2.3.1.2 L'effet case-mix	17
3.2.3.1.3 L'effet coût de séjour	18
3.2.3.1.4 La décomposition de l'effet coût de séjour.....	19
3.2.3.2 Modélisation statistique.....	19
3.2.3.2.1 Régressions linéaires	19
3.2.3.2.2 La variance expliquée du modèle GHM.....	20
3.2.3.3 Analyse des GHM.....	20
4. CONCLUSION.....	22
5. ANNEXES.....	23
5.1 LISTE DES PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL POIDS DU SOCIAL.....	23
5.2 LISTE DES ETABLISSEMENTS EXPERIMENTATEURS.....	23
5.3 LISTE DES CODES UTILISES POUR L'ENQUETE PRECARITE	25
5.4 TABLEAUX ET GRAPHIQUES DES TRAITEMENTS STATISTIQUES	27
5.5 REGROUPEMENT DES CODES Z	37
5.6 REPARTITION DES PRECAIRES ET NON-PRECAIRES PAR GHM.....	39
5.7 BIBLIOGRAPHIE.....	52

1. INTRODUCTION

L'élaboration d'une échelle de pondération des GHM, commune aux secteurs public et privé de l'hospitalisation, fait l'objet de travaux visant à identifier et à quantifier les éléments susceptibles d'influencer les coûts de l'hospitalisation : missions spécifiques assignées à certains établissements, obligations, sujétions, contraintes particulières...

En l'occurrence, la prise en charge des patients en situation de précarité pourrait être un des éléments pesant sur la performance médico-économique des établissements de santé dans la mesure où ces patients sont susceptibles d'être plus coûteux que les autres, à pathologie égale. Cette question a été étudiée par un groupe de travail et a donné lieu à une enquête.

L'objectif de cette enquête était de mesurer le potentiel surcoût lié à la prise en charge des patients en situation de précarité. Le champ de l'étude ne portait que sur les patients hospitalisés (et non sur les éventuels accompagnants qui bénéficient parfois d'une "prise en charge"). En outre, le surcoût devait être identifié au niveau des GHM puisque cette étude s'inscrivait dans le cadre de la construction d'une échelle de pondération des GHM, commune au secteur public et privé de l'hospitalisation. L'enquête ne visait donc pas à calculer un coût général, lié aux moyens humains ou aux dispositifs mis en œuvre pour prendre en charge ces patients, mais visait à identifier un différentiel de coût entre patients précaires et non-précaires, à GHM constant (section 2.1). Cet objectif nécessitait donc, d'une part, de "repérer" les patients précaires parmi les patients hospitalisés, d'autre part, de calculer pour chaque séjours un coût, pour observer un possible différentiel entre les deux sous-populations (section 2.2).

L'enquête a permis de recueillir un très grand nombre de données puisqu'elle a été menée dans une vingtaine d'établissements de santé publics et PSPH sur une durée maximale de 3 mois. Ces données ont d'abord été étudiées pour vérifier leur cohérence (section 3.1). Ensuite les effets de la précarité ont été mesurés (section 3.2). L'analyse a porté en premier lieu sur la durée de séjour (section 3.2.2) puis sur le coût de séjour (section 3.2.3). A chaque fois, plusieurs séries de traitements ont été réalisés : observation à partir de l'échantillon, modélisation des effets et analyse des GHM.

Les conclusions de cette enquête devraient permettre d'infirmer ou de confirmer les présupposés concernant l'ampleur du surcoût lié à la prise en charge des patients en situation de précarité.

2. OBJECTIF DES TRAVAUX

La prise en charge des patients en situation de précarité est un des éléments généralement avancés pour justifier des surcoûts de l'hôpital public : la prise en charge des populations défavorisées serait plus coûteuse dans la mesure où ces patients resteraient plus longtemps, ces prises en charge seraient caractérisées par davantage d'actes et ces patients ne paieraient pas toujours la prestation dont ils ont bénéficié.

Ces arguments, dont certains ont été tantôt confirmés, tantôt invalidés par des études étrangères¹, relèvent bien souvent de la pétition de principe ; peu nombreux sont les établissements qui ont étudié ce phénomène notamment en raison de la difficulté à repérer ces patients (à l'exception des grands marginaux, mieux à même d'être identifiés dès le bureau des entrées). Toutefois, la précarisation des populations étant un phénomène croissant, souligné par le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) dans le rapport annuel de 1998, l'impact de la prise en charge de ces patients sur les coûts de l'hospitalisation de MCO méritait d'être mesuré.

2.1 COMMENT MESURER LE COUT DE LA PRECARITE

Une masse budgétaire consacrée à ces prises en charges aurait pu être estimée. Toutefois, cette estimation ne va pas de soi car la nature des charges qui peuvent y être incluses prête à discussion. Par exemple, concernant les charges de personnel non médical, doit-on intégrer seulement les assistantes sociales ou convient-il d'y intégrer également, les psychologues, les éducateurs, les agents des congrégations religieuses, les agents des dépositaires, les personnels de services de contentieux des frais de séjour, etc ? Par ailleurs, on observe une grande variabilité des moyens au sein des hôpitaux qui ont mis en place des dispositifs dédiés à ces prises en charge. En l'absence d'une réglementation spécifique, il est impossible de déterminer si l'ampleur, plus ou moins grande, des dépenses est justifiée.

Une méthodologie alternative, permettant de voir dans quelle mesure la prise en charge de ces patients pèse sur les coûts des établissements de santé, consiste à étudier le coût des séjours. En d'autres termes, il s'agit de voir si le coût des séjours des patients en situation de précarité est plus élevé que le coût de séjour des patients "non précaires"². Cette question est par ailleurs adaptée au cadre de la comparaison de la performance des établissements de santé, par l'intermédiaire des données du PMSI.

2.2 METHODOLOGIE DE L'ENQUETE "PRECARITE"

Une expérimentation, visant à identifier le différentiel de coût de séjour entre les patients en situation de précarité et ceux qui ne le sont pas, a été lancée par la Mission PMSI en février 1998.

¹ Voir en particulier les études de CLOZON (1997) et EPSTEIN (1988 et 1990) référencées en bibliographie (annexe 5.7).

² Par commodité de lecture, les patients en situation de précarité seront désignés par le terme de " précaires " et ceux qui ne le sont pas seront désignés par le terme de " non-précaires ".

Cette étude a été menée dans une vingtaine d'établissements hospitaliers publics et PSPH³ participant à l'Etude Nationale de Coûts (ENC) et sur une période maximale de 3 mois, en fonction des possibilités de chacun des sites (cf. annexe 5.1).

Les établissements de l'ENC ont été mobilisés parce qu'ils sont capables de recueillir des informations financières permettant de calculer le coût des séjours hospitaliers. L'étude nécessitait, en effet :

- d'une part, de repérer les patients en situation de précarité et de les distinguer de ceux qui ne le sont pas ;
- d'autre part, de calculer le coût de chaque séjour de manière à pouvoir identifier le différentiel de coût entre un séjour "précaire" et un "non-précaire", à GHM constant.

2.2.1 REPERER LA PRECARITE

La précarité n'est pas un état que l'on peut circonscrire facilement [HCSP (1998), LECOMTE et al. (1997)]. Elle est généralement le résultat d'une fragilisation économique, sociale et familiale. Les individus les plus touchés sont en priorité les enfants déscolarisés, jeunes non qualifiés, chômeurs de longue durée, population travaillant avec des bas revenus, jeunes ayant des emplois précaires, mères célibataires à faibles revenus, etc. Ces individus, qui ne sont pas nécessairement en situation de précarité, ont cependant une forte probabilité d'appartenir à ce groupe.

Ainsi pour le Père Joseph WRESINSKI (fondateur d'ATD Quart Monde), rapporteur de l'avis sur "grande pauvreté et précarité économique et sociale" donné par le Conseil Economique et Social en février 1987, la précarité est définie comme "*l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible*". Les situations de précarité sont également définies dans le rapport LEBAS (intitulé "A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital"), remis à M. AUBRY et B. KOUCHNER en février 1998 de la manière suivante : "*La précarité est un processus et non un état - éventuellement réversible - où le cumul des handicaps économiques et sociaux, des difficultés des conditions de vie et de ruptures biographiques de tous ordres, est susceptible d'entraîner des situations de pauvreté effective, voire d'exclusion irréversible* "

A défaut de mener une enquête approfondie sur chaque patient hospitalisé, permettant par exemple de mesurer leur degré de précarité, les patients ont été interrogés pour estimer s'ils appartenaient à la catégorie des patients précaires puis repérés, si tel était le cas, à travers l'enregistrement de codes Z de la Classification Internationale des Maladies (10ème version). Ces codes se sont naturellement intégrés dans le RSS en diagnostic associé.

Les 15 codes, qui ont été sélectionnés comme étant des marqueurs de la précarité, ont, par ailleurs, été précisés à travers des consignes de codage qui spécifiaient les intitulés de ces codes et le

³ Trois cliniques privées ont également acceptées de recueillir des données, mais le recueil n'a porté que sur l'aspect médical des séjours et non sur les coûts de ces séjours ; les cliniques disposent de données de facturation mais pas de comptabilité analytique au séjour, telles que celles produites par les établissements participant à l'ENC.

contexte de leur bonne utilisation (cf. annexes,5.3). En effet, la CIM 10 ne comportait pas les précisions nécessaires à ce recueil spécifique.

2.2.2 INFLUENCE DE LA PRECARITE SUR LE COUT DES SEJOURS

Une fois les patients identifiés comme appartenant à la catégorie des “ précaires ” ou des “ non-précaires ”, le coût respectif de leur séjour a été calculé. Le différentiel de coût entre les séjours des patients précaires et ceux des non-précaires devait être étudié pour voir s’il était ou non significatif.

La détermination du coût total de chaque séjour a été faite selon la méthodologie utilisée dans l’ENC (BO N° 97/2 bis). Celle-ci permet, entre autre, de différencier des coûts affectés à la journée et des coûts directement affectés au patient. Parmi ces derniers se trouve les coûts liés aux actes réalisés et ceux liés aux consommations intermédiaires (médicaments, produit sanguin, prothèse et implant).

Un écart de coût observé entre précaires et non-précaires peut donc correspondre à deux phénomènes, éventuellement imbriqués. Le premier est dû à l’allongement de la durée de séjour ; en effet plus le séjour dure longtemps plus celui-ci est cher. Le second est dû à l’intensité de la prise en charge mesurée par le coût des actes réalisés et des consommations intermédiaires utilisées (prothèses, produits sanguins et médicaments coûteux).

En d’autres termes, si l’impact de la précarité sur l’hospitalisation de courte durée peut être mesuré en comparant, pour chaque population (précaire/non-précaire), le coût total, il est aussi possible de savoir quelles sont les raisons qui font varier ce coût : s’agit-il du fait que les patients restent plus longtemps (part des dépenses affectées à la journée) et/ou s’agit-il du fait que ces patients bénéficient d’une prise en charge différente (part des dépenses affectées au patient).

3. TRAITEMENT DES DONNEES ET RESULTATS

L'analyse et le traitement de la base de données des établissements ont été assurés par la Mission PMSI et le CTIP.

3.1 CARACTERISER LA PRECARITE

En premier lieu, l'analyse a porté sur la population qui avait été enregistrée lors de cette enquête. L'objectif n'était pas de mener une étude épidémiologique de la précarité mais plus de voir s'il existait des différences fondamentales entre la population des précaires et la population des non-précaires. Cette analyse devait surtout permettre de vérifier la pertinence des données recueillies par les établissements.

3.1.1 BASE DE DONNEES

La base de données initiale regroupait **93942 séjours** (cf.annexe 5.4, Tableau 1) **collectés dans 21 établissements publics et PSPH** participant à l'ENC (cf. annexe 3.2).

Les établissements ont fourni des données dont l'exhaustivité est globalement bonne pour les trois mois de l'expérimentation. Les établissements non-exhaustifs sont en fait deux CLCC, qui n'ont pas envoyé leurs séances, et le CHU de Rouen qui n'a engagé le recueil que sur une partie de ses services.

Il faut souligner que cette enquête ne permet pas de déterminer le pourcentage moyen de patients précaires (la prévalence de la précarité) dans les établissements publics de santé. En effet, la prévalence de la précarité est sans doute liée à des effets géographiques qui n'ont pas été pris en compte dans la sélection des établissements qui ont participé à cette enquête. Ensuite, l'activité des établissements n'est pas totalement exhaustive ni représentative de l'ensemble de l'activité des établissements publics français (certaines catégories d'établissements sont peu représentées, l'échantillon n'a pas été redressé et l'enquête n'a été menée que sur trois mois). **Il existe donc certains biais qui conduisent à dire que la prévalence de la précarité déterminée par cette enquête n'a qu'une valeur approximative.**

3.1.2 PATIENTS PRECAIRES ET NON-PRECAIRES

Parmi les 93942 séjours collectés, près de 6,81% (6397) sont des séjours qualifiés de précaires⁴ dans la mesure où ils comportent au moins un code de précarité (cf. annexes 3.4,Tableau 2).

⁴ Ce pourcentage serait de 8,21% si on ne comptabilisait pas les séances des CLCC.

3.1.2.1 LES CODES

Les codes de précarité⁵ les plus utilisés sont (cf. annexe 3.4, Tableau 3) :

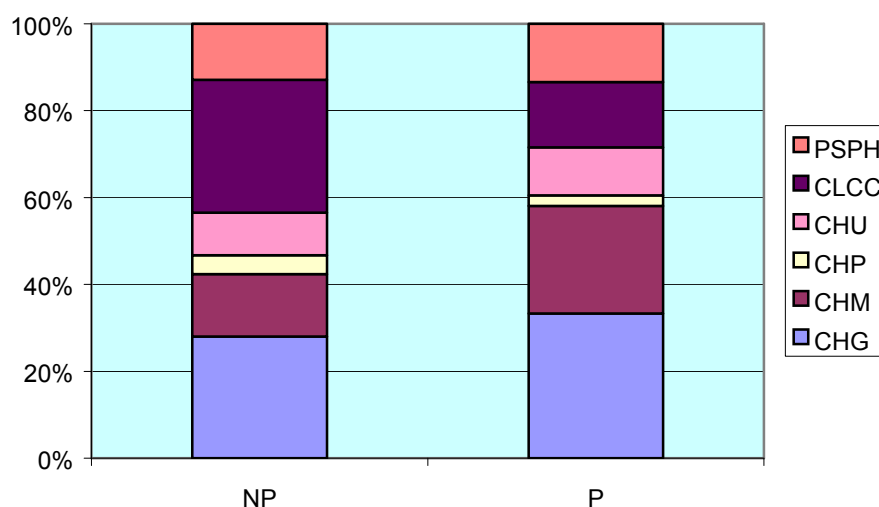
- Z 596 "faibles revenus" (1759 séjours) ,
- Z 742 "besoin d'assistance à domicile" (1504 séjours) ;
- Z 751 "sujet attendant d'être admis ailleurs" (1146 séjours) ;
- Z 560 "chômage" (1013 séjours) ;
- Z 597 "couverture sociale et secours insuffisants" (1012 séjours)

Dans 27% des séjours précaires, plusieurs codes de précarité ont été utilisés (cf. annexe 3.4, Tableau 4) pour caractériser la situation des patients.

3.1.2.2 LES ETABLISSEMENTS

Pour l'expérimentation, ce sont les CLCC qui ont recueilli le plus grand nombre de fiches/patient avec 27741 séjours⁶ (cf. annexe 3.4, Tableau 5). Ceux qui ont comptabilisé le plus grand nombre de patients en situation de précarité sont les Centres Hospitaliers "Gros"⁷ (CHG) (cf. Figure 1), avec 2133 séjours précaires.

Figure 1 : répartition des établissements pour les précaires et non-précaires



Pour les tableaux ou figures, " P " signifie " précaires " et " NP " signifie " non-précaires "

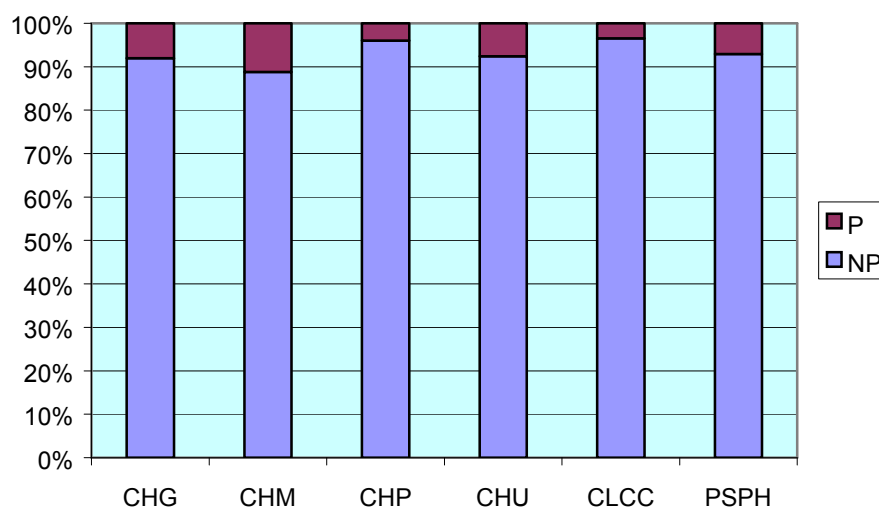
Les patients en situation de précarité sont les plus représentés dans les centres hospitaliers " moyen " (CHM) avec 11,18% de la population totale de leurs données (cf. Figure 2).

⁵ Le total " effectif cumulé " est supérieur au nombre de patients " précaires " car plusieurs codes pouvaient être utilisés pour un patient.

⁶ Cet effectif important comprend en fait des séances de radiothérapie et de chimiothérapie qui représentent 75% des séjours de Claudus Régaut et 84% des séjours de René Huguenin.

⁷ CHG : CH produisant plus de 23000 RSA/an ; CHM : CH produisant de 10001 à 23000 RSA/an ; CHP : CH produisant moins de 10000 RSA/an ; CHU : CH universitaire ; PSPH : établissements privé participant au service public hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer.

Figure 2 : répartition des précaires et non-précaires dans les catégories d'établissement



3.1.2.3 LES GHM

Plus des trois quarts (76,97%) des séjours de la base sont des séjours médicaux, au sens du PMSI (cf. annexe 3.4, Tableau 6). La répartition des précaires entre médecine, chirurgie et "autre" est respectivement de 81,32%, 14,66% et 4,02%. C'est également dans les GHM de médecine que la part de patients précaires (par rapport à leur population totale) est la plus forte : 7,19% en médecine contre 5,65 en chirurgie et 5,09% dans les autres⁸ GHM.

3.1.2.4 LES MODES D'ENTREE ET DE SORTIE

Près d'un cinquième (18,69%) des patients constituant la base de données ont été hospitalisés en passant par le service des urgences (cf. annexe 3.4, Tableau 7). Lorsque les patients sont précaires, ils sont 33,5% à être hospitalisés par les urgences, contre 17,60 chez les non-précaires. De fait, tandis que les précaires représentent 12,21% de la population des hospitalisations en urgence, ils ne représentent plus que 5,57% de la population des hospitalisations directement prises en charge par les services cliniques.

De même, 2,70% des précaires arrivent par l'intermédiaires du SMUR, contre 1,17% des non-précaires. Ils représentent finalement 14,44% de la population arrivant par le SMUR, tandis qu'ils ne représentent plus que 6,71% de la population hospitalisés sans l'intervention du SMUR (cf. annexe 3.4, Tableau 8).

Concernant les modes d'entrée, bien que les patients en situations de précarité arrivent dans leur grande majorité (95,94%) de leur domicile, leur proportion en arrivée par transfert (3,24%) ou mutation (0,83%) est plus importante que celle des non-précaires (respectivement 1,30% et 0,40%). Par ailleurs, les précaires représentent 13,22% de la population des patients qui rentrent par mutation et 15,39% des patients qui rentrent en transfert alors qu'elle ne représente plus que 6,66% de la population des patients qui viennent de leur domicile (cf. annexe 3.4, Tableau 9).

On observe des différences encore plus flagrantes sur les modes de sortie : 77, 86% des précaires sortent vers leur domicile contre 93,39% des patients non-précaires. De même, tandis que 14,99%

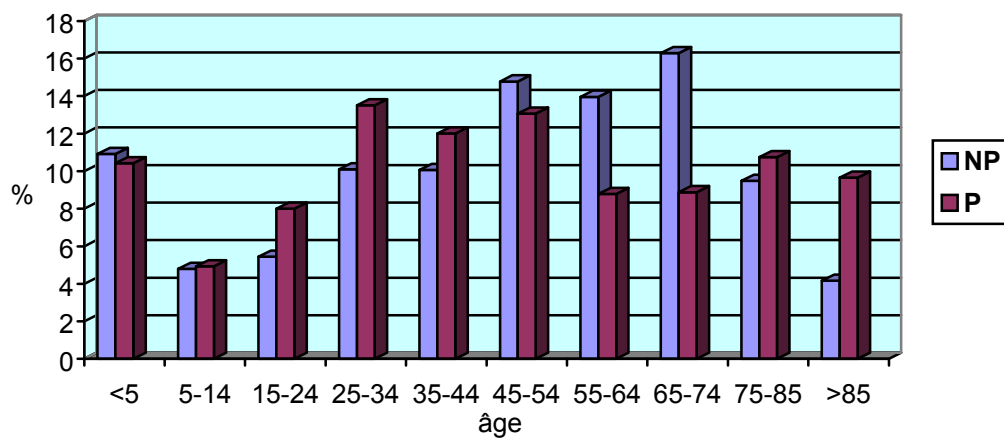
⁸ GHM ni chirurgicaux ni médicaux (cf. BO, Manuel des GHM, n°98/2bis, vol.1)

des précaires sont transférés et 4,13 sont mutés, 3,95% des non-précaires sont transférés et 0,98% mutés. Enfin, proportionnellement la part des précaires dans la population totale des mutations et des transferts est beaucoup plus importante que leur part dans la population des patients qui retournent à leur domicile (cf. annexe 3.4, Tableau 10).

3.1.2.5 L'AGE

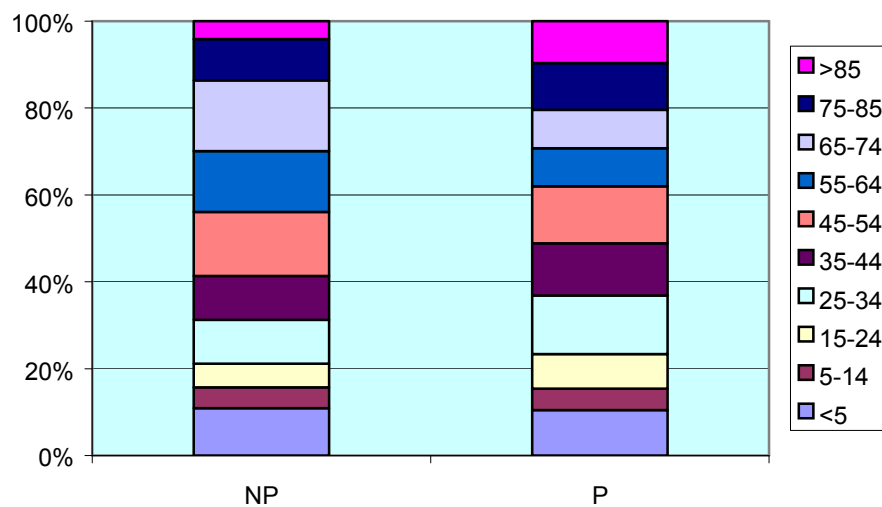
La classe d'âge la plus représentée dans la base de données est celle des patients de 65 à 74 ans avec 15,78% des séjours (cf. annexe 3.4, Tableau 11). Les patients en situation de précarité, quant à eux sont plus représentés dans les classes d'âge allant de 25 à 54 ans tandis que les non-précaires le sont plus dans les classes allant de 45 à 74 ans (cf. Figure 3).

Figure 3 : répartition des précaires/non-précaires par classe d'âge



La répartition par classe d'âge entre les précaires et les non-précaires est quasi-identique entre 0 et 14 ans puis les précaires sont, proportionnellement, plus nombreux pour les classes d'âge allant de 15 à 44 ans (cf. Figure 4).

Figure 4 : Répartition des classes d'âge chez les précaires et non-précaires



Cette tendance s'inverse pour les classes de 45 à 74 ans. Enfin, sur les classes d'âge de + de 75 ans, les précaires sont à nouveau, proportionnellement, plus nombreux que les non-précaires types de précarité.

3.1.3 TYPES DE PRECARITE

Pour caractériser la précarité, les codes Z marqueurs de situations de précarité ont été regroupés en trois catégories : précarité financière, précarité environnementale, précarité d'isolement (cf.annexe 5.5). Ce regroupement de code Z en "grands" types de précarité doit permettre, d'une part, de comparer les résultats de cette étude à ceux obtenus dans des études étrangères qui ont utilisé cette distinction et, d'autre part, de simplifier l'interprétation. Soulignons toutefois que plusieurs codes pouvaient être utilisés pour 1 patient. De fait certains patients ont été repérés à l'aide de codes à caractère financier et/ou environnemental et/ou d'isolement.

La précarité des patients a été essentiellement repérée à partir d'un code Z à caractère "financier" (38,3% des codes) tandis que le caractère "isolement" n'a été utilisé que pour 25% des cas (cf. annexe 3.4 , Tableau 12).

L'analyse de la précarité par type d'établissements de santé montre cependant que cette observation doit être relativisée puisque les CHM ont utilisé quasiment autant les codes "d'isolement" que les codes "financiers". De même, les PSPH ont plus utilisé des codes "d'environnement" que des codes "financiers" (cf. annexe 3.4, Tableau 13). Enfin, si on observe la répartition des codes "financiers", "environnement" et "isolement" par type d'établissement, on voit que les codes "isolement" sont plus représentés dans les CHM, tandis que les codes "environnement" et "financiers" sont plus utilisés dans les CHG.

L'analyse des types de GHM montre que les codes "financiers" sont plus utilisés pour les GHM de médecine et de chirurgie, tandis que ce sont les codes d'environnement qui sont le plus utilisés pour caractériser les "autres" GHM (cf. annexe 3.4, Tableau 14).

L'analyse des types de précarité par mode d'entrée montre que les patients qui sont entrés par transfert ou mutation sont plus repérés par des codes "d'isolement" (respectivement 52,89% et 59,26%) que ceux qui sont arrivés de leur domicile (37,71%). Inversement, pour les patients arrivés de leur domicile, leur précarité est plus caractérisée par un problème financier (61,03%) (cf. annexe 3.4, Tableau 15).

La précarité des patients qui ne sont pas passés par les urgences est principalement caractérisée par des codes "environnement" (39,57%). Inversement, la précarité des patients qui passent par le service des urgences est essentiellement caractérisée par des codes "financiers" (41,12%) (cf. annexe 3.4, Tableau 16). Par ailleurs, entre les trois catégorie de précarité, c'est l'isolement qui a le plus fort pourcentage de passage aux urgences (37,37% du total).

Concernant les modes de sortie, on observe que la précarité des patients, qui sont mutés ou transférés, est majoritairement identifiée par des codes d'isolement (respectivement 58,67% et 60,70%). Inversement, lorsque les patients repartent à leur domicile, leur précarité est identifiée par des codes "financiers" (41,70%) ou "d'environnement" (42,14%) (cf. annexe 3.4, Tableau 17).

Si on caractérise la précarité selon les classes d'âge, on observe que, proportionnellement, la part "isolement" est plus importante que les autres, pour les plus de 65 ans (cf. annexe 3.4, Tableau 18).

Cette analyse descriptive, qui ne visait pas à étudier la précarité mais à vérifier la cohérence des données recueillies, permettait de croire que la base de données était suffisamment cohérente pour identifier l'impact de la précarité sur les coûts et les durées de séjours.

3.2 IMPACT DE LA PRECARITE

A partir de la base de données, des traitements statistiques ont été réalisés pour identifier l'impact de la précarité sur la durée de séjour et sur le coût de séjour.

3.2.1 LA BASE DE DONNEES

La base de données, utilisée pour l'analyse de l'impact de la précarité sur la durée de séjour et les coûts, n'est pas exactement celle qui a été utilisée lors de l'analyse de la précarité des patients, présentée au paragraphe précédent. En effet, la base de données initiale, qui avait été transmise par les établissements à la suite de l'expérimentation, s'est révélée inexploitable, notamment sur les données financières ; nous aurions pu exploiter cette première base de donnée sur les durées de séjour mais non sur les coûts. Aussi, pour des questions de cohérence statistique nous avons préféré analyser l'impact de la précarité sur la durée et le coût de séjour à partir de la même base de données.

Finalement, ce sont les données (des mêmes établissements et sur la même période, à quelques exceptions près) de la base annuelle ENC 1998 qui ont été utilisées. De fait, il existe certaines différences entre ces deux bases mais, après analyse, elles se révèlent peu importantes et ne modifient pas fondamentalement les résultats décrits précédemment. Notons cependant que cette base de données ne comprend plus le CHU de Rouen, qui a éliminé de sa base annuelle les codes de précarité, mais comprend, en revanche les données du CHU de Grenoble qui a fourni des données de précarité à cette occasion (cf. annexe 3.2).

La base utilisée pour mesurer l'impact de la précarité sur la durée de séjour et les coûts comportait 119 139 séjours, y compris séances et CM 24. Nous avons cependant éliminé les séances (52 236) ainsi que les séjours de la CM 24 (10 788), d'une part parce que la notion de précarité ne jouait pas sur les séances et d'autre part parce que l'analyse sur la durée de séjour ne pouvait pas être menée sur les séjours de la CM 24. Ensuite, les analyses ont été réalisées après trimmage de la base de données, pour suivre la démarche menée par une équipe américaine qui a travaillé sur la précarité. Le trimmage a été effectué à partir des travaux réalisés dans un autre groupe de travail de l'Echelle Commune, en utilisant la méthode dite de l'Ecart Maximum Toléré (EMT) dans sa forme logarithmique⁹. Le trimmage de la base de données élimine 489 séjours extrêmes soit 0,87% des séjours. **Finalement, la base de données sur laquelle ont été menées les analyses statistiques qui suivent comportait 55626 séjours dont 9,07% (5045) séjours précaires.**

3.2.2 PRECARITE ET DUREE DE SEJOUR

L'analyse de la base de données a porté en premier lieu sur la durée de séjour. L'objectif était de voir dans quelle mesure la durée de séjour des patients précaires était différente de celle des patients non-précaires. Trois types de démarches ont été menés :

⁹ Ces travaux sont disponibles sur demande écrite auprès de la Mission PMSI.

- La première démarche visait à observer, à partir des données de la base, le différentiel de durée de séjour entre la population précaire et la population non-précaire. Les résultats de cette observation nous ont conduits à identifier deux effets spécifiques de l'allongement de la durée de séjour des patients précaires.
- La seconde visait à modéliser l'impact de la précarité sur la durée de séjour des patients. La modélisation statistique a également permis de mesurer l'influence de la précarité sur le modèle des GHM.
- La troisième visait à voir dans quelle mesure la précarité touchait les GHM et leur durée de séjour.

3.2.2.1 VARIATIONS OBSERVEES DE LA DUREE

Des traitements ont été faits pour mesurer la variation de durée de séjour des patients précaires par rapport à celle des non-précaires. Toutefois, en plus de l'effet "brut" de la variation de durée de séjour, plusieurs analyses ont été faites en vue d'éliminer des facteurs confondants ainsi que d'éventuels biais de la base de données.

3.2.2.1.1 L'EFFET BRUT

Globalement, **si on compare la durée de séjour des patients précaires à la durée de séjour des patients non-précaires de la base de données, la première est plus élevée¹⁰ de 61,05%**. En effet, la durée moyenne de séjour des précaires de la base est égale à 9,47 jours tandis que celle des non-précaires de la base de données est égale à 5,88 jours **soit une différence de 3,59 jours**.

Cette variation, extrêmement importante, cache des effets différents selon qu'il s'agit de patients qui sont caractérisés par une précarité plus financière, environnementale ou d'isolement. En effet, concernant la variable environnement, la variation de la durée de séjour est seulement de 7,59% entre les précaires et les non-précaires. Elle est de 22,44% pour la variable financière et de 123,79% pour la variable isolement.

Ces résultats, dont l'ampleur est importante, cachent des effets masqués.

3.2.2.1.2 L'EFFET CASE-MIX

En particulier, il convenait **d'identifier l'effet case-mix**, c'est-à-dire l'impact sur la durée de séjour de la population de patients précaires qui n'a pas nécessairement les mêmes pathologies que les non-précaires. Pour ce faire, une analyse avec standardisation de la durée de séjour à partir des durées observées dans l'Etude de Nationale de Coûts (ENC) a été réalisée. En d'autres termes, nous avons comparé la DMS des précaires, à partir du case-mix observé pour cette population, par rapport à la DMS des non-précaires, à partir du case-mix de cette autre population¹¹.

La variation des durées de séjours entre précaires et non-précaires est alors de 17,45%. Cette analyse tend à montrer qu'on obtient une variation de la DMS uniquement parce que les précaires

¹⁰ (DMS observée des Précaires / DMS observée des Non-Précaires) - 1

¹¹ [(DMS standardisée des Précaires / DMS standardisée des Non-Précaires) - 1] * 100

ne sont pas dans les mêmes GHM que les non-précaires. Autrement dit, les pathologies qui caractérisent la population des précaires nécessitent des soins de plus longue durée.

Cette analyse a également été réalisée par type de précarité : pour les précaires "environnement", la variation de la DMS est de -7,81%, pour les précaires "financier", la variation est de 0,61%, enfin, pour les précaires "isolement", la variation est de 46,42%. Il semblerait donc que l'ampleur de l'effet global "case-mix" soit plus directement liée aux pathologies associées aux patients caractérisés par une précarité d'isolement.

Enfin, la différence entre la DMS standardisée et la DMS observée met en évidence un effet "prise en charge" (ou performance) des établissements qui est extrêmement variable en fonction des types de précarité¹². On observe que, globalement, les établissements ont une prise en charge "performante" pour les patients non-précaires, puisque leur prise en charge réelle n'est que de 5,88 jours au lieu de 6,42 jours dans l'absolu¹³. En revanche, et particulièrement pour les patients qui sont caractérisés par une précarité d'isolement, leur prise en charge observée est très différente de celle qui apparaît dans la standardisation : 13,36 jours au lieu de 9,4 jours (cf. tableau ci-dessous). De toute évidence, les établissements qui prennent en charge des patients "précaires-isolés" ont des modes de prise en charge en apparence peu "performants" (que ce soit justifié ou non).

		DMS standardisée en jours	DMS observée en jours
Précarité tout type	Non-précaires	6,42	5,88
	Précaires	7,54	9,47
Précarité financier	Non-précaires	6,52	6,15
	Précaires	6,56	7,53
Précarité environnement	Non-précaires	6,53	6,19
	Précaires	6,02	6,66
Précarité isolement	Non-précaires	6,42	5,97
	Précaires	9,40	13,36

3.2.2.1.3 L'EFFET DUREE DE SEJOUR

Une autre analyse a été faite pour isoler cette fois l'effet "durée de séjour", indépendamment du case-mix. Pour ce faire, on a appliqué au case-mix de la base de données, une fois les durées de séjour observées des précaires et une fois les durées de séjour observées des non-précaires. **La variation de durée de séjour entre la population précaire et non précaire, à case-mix constant, est de 35,80%**, si on élimine les GHM où il n'y a qu'une sous-population (précaire ou non précaire). Autrement dit, en dehors du fait que les patients précaires n'ont pas les mêmes pathologies que les non-précaires, la durée de leur séjour est significativement plus importante que celle des patients non-précaires.

Cette analyse a été également menée pour chaque type de précarité. Pour les précaires "environnement", la variation de la DMS est de 13,88%, pour les précaires "financier", la variation est de 20,13%, enfin, pour les précaires "isolement", la variation est de 53,65%. Une fois encore, on constate que l'allongement de la durée de séjour est essentiellement lié aux patients qui sont "précaires-isolés".

¹² Pour ce phénomène, il y a forts écarts selon que l'on observe un établissement ou un autre.

¹³ Ce chiffre est issu de l'ENC. De fait, ce résultat n'est pas anormal puisque l'ENC intègre déjà des précaires et des non-précaires et qu'il s'agit donc d'une moyenne.

3.2.2.2 MODELISATION STATISTIQUE

En plus des analyses précédentes, des modèles statistiques ont été réalisés, afin d'essayer de faire ressortir des effets généralisables quant à l'impact de la précarité.

3.2.2.2.1 REGRESSIONS LINEAIRES

Nous avons utilisé une régression linéaire multiple pour prendre en compte l'effet GHM dans la comparaison des durées de séjours entre les patients précaires et non précaires. La variable analysée est la durée de séjour. Les variables entrant dans le modèle sont les GHM et les variables de précarité. Plus précisément, nous avons utilisé des variables binaires pour représenter chaque GHM (a été groupé dans le GHMi O/N) et des variables binaires pour représenter la précarité (existence d'un code de précarité O/N).

Plusieurs régressions ont été réalisées, en utilisant les différentes variables de précarité à notre disposition :

- existence d'un code de précarité quel qu'il soit : régression n°1
- existence d'un code de précarité de type “ financier ” : régression n°2
- existence d'un code de précarité de type “ environnement ” : régression n°3
- existence d'un code de précarité de type “ isolement ” : régression n°4

Les résultats obtenus montrent que :

- régression n°1 : l'existence d'un code de précarité augmenterait en moyenne de 2,52 jours la durée de séjour, indépendamment du GHM ;
- régression n°2 : l'existence d'un code de type “ financier ” augmenterait en moyenne de 1,28 jours la durée de séjour, indépendamment du GHM ;
- régression n°3 : l'existence d'un code de type “ environnement ” augmenterait en moyenne de 0,87 jours la durée de séjour, indépendamment du GHM ;
- régression n°4 : l'existence d'un code de type “ isolement ” augmenterait en moyenne de 4,66 jours la durée de séjour, indépendamment du GHM ;

L'effet de l'isolement étant très important, nous avons complété l'analyse par deux autres régressions afin de déterminer s'il existait un effet âge masqué.

- La première de ces analyses complémentaires a consisté à faire un modèle de régression en intégrant une variable supplémentaire : âge > 69 ans. Ce nouveau modèle confirme l'effet important de l'isolement en tenant compte d'un effet âge > 69 ans puisque le coefficient de la variable âge est égal à 1,00 jours tandis que celui de la variable isolement est égal à 4,48 jours.
- Une autre régression a été réalisée en ne tenant compte que des personnes de plus de 69 ans. L'effet isolement ressort encore puisque son coefficient est égal à 3,987 jours.

Ces dernières régressions montrent que l'effet de l'âge ne se confond pas avec celui de la précarité.

Globalement, les analyses confirment l'influence de la précarité sur l'allongement de la durée de séjour (en moyenne + 2, 52 jours de plus pour les précaires) et le poids spécifique que représente l'effet " précarité-isolement ".

3.2.2.2 LA VARIANCE EXPLIQUEE DU MODELE GHM

Nous avons réalisé une analyse de la variance expliquée du modèle des GHM en intégrant les différentes variables de précarité, pour vérifier l'intérêt et l'influence de ces variables sur la durée de séjour. Ces analyses montrent que lorsqu'on introduit la variable précarité, le pourcentage de variance expliquée du modèle GHM ($R^2= 32,67$) est amélioré.

Avec l'introduction des variables précarités, la variance expliquée du modèle augmente de :

- **1,04%, lorsqu'on introduit la variable précarité (quel que soit son type) et atteint alors 33,71%.**
- 0,03% lorsqu'on introduit la variable précarité " financière " et atteint alors 32,79%.
- 0,05% lorsqu'on introduit la variable précarité " environnement " et atteint alors 32,71%.
- 1,34% lorsqu'on introduit la variable précarité " isolement " et atteint alors 34,01%.

Ces résultats sont intéressants puisque, à titre d'exemple, le pourcentage d'amélioration de la variance expliquée du modèle GHM entre deux versions de la classification est de l'ordre de 1%.

Ce résultat a été confronté à d'autres analyses, où la variable établissement (FINESS) a été introduite, d'abord seule puis avec la variable précarité. On observe que si la variable FINESS améliore également le modèle GHM de 1,22% ($R^2=0,3389$), l'effet précarité n'est pas assimilable à cette variable. En effet, la variance expliquée du modèle GHM est encore meilleure lorsqu'on prend en compte les deux variables FINESS et Précarité : + 2,08% ($R^2=0,3475$). En d'autres termes, alors qu'on aurait pu penser que la variable précarité cachait en réalité un effet FINESS, ça n'est pas le cas ; un effet propre de la variable précarité existe bel et bien.

3.2.2.3 ANALYSE DES GHM

Enfin, une analyse des GHM contenus dans la base de données a été réalisée. On a cherché s'il y avait une variation significative de la durée moyenne de séjour, à la hausse ou à la baisse par GHM. Pour ce faire, la population de chaque GHM a été scindée en deux sous-populations : les précaires et les non-précaires. Puis on a comparé leur durée moyenne de séjour, l'une par rapport à l'autre. Enfin, un test de Fisher (avec $p<0,05$) a été appliqué pour déterminer si la différence observée était significative ou non.

Les données de la base se répartissaient sur 488 GHM (hors CM 24). Sur ces 488 GHM, seuls 400 pouvait être comparés car pour 88 GHM il manquait au moins l'une des deux sous-populations : précaires ou non-précaires (cf. annexe 3.6).

Ensuite, la comparaison a été réalisée, pour les seuls GHM dont l'effectif des patients précaires était supérieur à 10 séjours, à l'aide d'un test de Fisher (avec $p<0,05$). La population des GHM, qui répondait à ces conditions, tombait à 122 GHM. **Le résultat du test montre que sur ces 122 GHM, on observe une variation significative de la durée de séjour à la hausse pour 59 (soit**

48%) d'entre-eux¹⁴. En revanche, il n'y a pas de GHM dont la durée moyenne de séjour varie significativement à la baisse.

3.2.3 PRECARITE ET COUT DU SEJOUR

Le coût de chaque séjour a été calculé selon la méthode utilisée par l'Etude Nationale de Coûts (ENC), à partir des éléments financiers (BO n°97/2 bis) :

- de structure,
- de logistique et d'administration,
- de fonctionnement des unités fréquentées,
- des actes médico-techniques réalisés en interne ou en externe,
- de pharmacie, de produits sanguins et de médicaments coûteux

Les traitements effectués pour vérifier l'impact de la précarité sur le coût des séjours ont été menés sur la même base que celle utilisée pour l'analyse de la durée de séjour, à savoir une base épurée des séances et des séjours de la CM 24.

3.2.3.1 VARIATIONS OBSERVEES DU COUTS

Les traitements qui ont été faits, pour mesurer la variation du coût de séjour des patients précaires par rapport à celui des non-précaires, visait, comme dans l'analyse sur la durée de séjour, à déterminer un effet "brut" mais également à éliminer les facteurs confondants ainsi que d'éventuels biais de la base de données. La méthodologie suivie est donc strictement identique à celle qui a été utilisée dans le cadre de l'analyse de la durée de séjour.

3.2.3.1.1 L'EFFET BRUT

Globalement, **si on compare le coût du séjour des patients précaires au coût du séjour des patients non-précaires de la base de données, le premier est plus élevé¹⁵ de 51,85%**. En effet, le coût moyen de séjour des précaires de la base est égale à 25559,77 francs tandis que celui des non-précaires de la base de données est égale à 16832,05 francs **soit une différence de 8727,72 francs**.

Cette variation, importante, cache des effets différents selon qu'il s'agit de patients qui sont caractérisés par une précarité plus financière, environnementale ou d'isolement. En effet, concernant la variable "environnement", la variation de coût de séjour est seulement de 9,23% entre les précaires et les non-précaires. Elle est de 17,31% pour la variable "financier" et de 104,67% pour la variable "isolement".

Ces résultats cachent des effets masqués qui ont été analysés, comme pour la durée de séjour.

3.2.3.1.2 L'EFFET CASE-MIX

¹⁴ Ces GHM apparaissent en gras dans l'annexe 3.6.

¹⁵ (coût observé des Précaires / coût observé des Non-Précaires) - 1

En particulier, il convenait **d'analyser l'effet case-mix**, c'est-à-dire identifier l'impact en termes de coût de séjour d'une population de patients (les précaires) qui ne présente pas nécessairement les mêmes pathologies que les autres patients (les non-précaires).

Une analyse avec standardisation des coûts à partir des coûts observés dans l'ENC a été réalisée. **On constate une variation des coûts de séjours entre précaires et non-précaires de 13,27%**. Cette analyse met en évidence un effet de case-mix en comparant le coût moyen des précaires, à partir du case-mix observé de cette population, au coût moyen des non-précaires, à partir du case-mix de cette autre population¹⁶. La variation du coût observée est ici due au fait que les précaires ne se retrouvent pas dans les mêmes GHM que les non-précaires. Autrement dit, les pathologies qui caractérisent la population des précaires nécessitent des soins plus coûteux.

Cette analyse a également été réalisée par type de précarité : pour les précaires "environnement", la variation du coût est de - 7,69, pour les précaires "financier", la variation est de -1,96%, enfin, pour les précaires "isolement", la variation est de +38,43%. L'ampleur de l'effet global " case-mix " est donc plus directement liée aux pathologies associées aux patients caractérisés par une précarité d'isolement.

La différence entre le coût standardisé et le coût observé met en évidence un effet "prise en charge" (ou performance) des établissements, variable selon les types de précarité¹⁷. Globalement, les établissements ont une prise en charge légèrement " performante " pour les patients non-précaires, puisque le coût de leur prise en charge est de 16832,05 francs au lieu de 16951,00 francs dans l'ENC. En revanche, et particulièrement pour les patients qui sont caractérisés par une précarité d'isolement, la prise en charge observée est nettement plus coûteuse que celle qui est issue de la standardisation : 34893,31 francs contre 23457,00 francs dans l'ENC (cf. tableau ci-dessous).

		coût standardisé en francs	coût observé en francs
Précarité	Non-précaires	16951,00	16832,05
tout type	Précaires	19200,00	25559,77
Précarité	Non-précaires	17168,00	17507,67
financier	Précaires	16832,00	20538,21
Précarité	Non-précaires	17196,00	17573,33
environnement	Précaires	15874,00	19195,67
Précarité	Non-précaires	16945,00	17048,41
isolement	Précaires	23457,00	34893,31

3.2.3.1.3 L'EFFET COUT DE SEJOUR

Une autre analyse a été faite pour isoler cette fois l'effet "coût de séjour", indépendamment du case-mix. Pour ce faire, on a appliqué au case-mix de la base de données, une fois les coûts de séjour observés des précaires et une fois les coûts de séjour observés des non-précaires. **La variation du coût de séjour entre la population précaire et non précaire, à case-mix constant, est de 33,07%**, si on élimine les GHM où il n'y a qu'une sous-population (précaire ou non précaire). Autrement dit, en dehors du fait que les patients précaires ne présentent pas les mêmes pathologies que les non-précaires, le coût de leur séjour est significativement plus important que celui des patients non-précaires.

¹⁶ [(coût standardisé des Précaires / coût standardisé des Non-Précaires) - 1] * 100

¹⁷ Pour ce phénomène, il y a forts écarts selon que l'on observe un établissement ou un autre.

Cette analyse a été également menée pour chaque type de précarité. Pour les précaires "environnementaux", la variation de la DMS est de 17,92%, pour les précaires "financier", la variation est de 18,01%, enfin, pour les précaires "isolement", la variation est de 47,58%. Une fois encore, on constate que l'augmentation du coût du séjour est essentiellement lié aux patients qui sont " précaires-isolés ".

3.2.3.1.4 LA DECOMPOSITION DE L'EFFET COUT DE SEJOUR

La décomposition de l'effet coût de séjour permet d'identifier la source de l'accroissement du coût du séjour. Rappelons qu'il est possible de différencier les coûts affectés à la journée et les coûts directement affectés au patient et, parmi ces derniers, en particulier les coûts liés aux actes réalisés (cf.§2.2.2). Un écart de coût observé entre précaires et non-précaires peut correspondre à deux phénomènes, éventuellement imbriqués. Le premier est dû à l'allongement de la durée de séjour : plus le séjour dure longtemps plus il est coûteux. Le second est dû à l'intensité de la prise en charge mesurée, entre autre, par le coût des actes réalisés.

Lorsqu'on compare, pour chaque population (précaire/non-précaire), le coût total du séjour, le coût lié aux journées et le coût liés aux actes, on observe que le coût lié aux actes est très peu différent entre les deux sous-populations (précaires et non-précaires) : +7,70% en moyenne. Pour les patients " précaires-fiancier ", l'accroissement du coût lié aux actes est de 0,61% ; de 6,42% pour les " précaires-environnement " et de 12,79% pour les " précaires-isolement ", sachant que le coût lié aux actes représente en moyenne 22,46% du coût total des précaires

En conclusion, la variation du coût chez les patients précaires est liée à l'augmentation de la durée de séjour et non aux actes qui sont réalisés à ces patients. En d'autres termes, l'affirmation selon laquelle les patients précaires bénéficient de plus d'actes que les patients non-précaires ne se vérifie pas. Enfin, le fait que l'augmentation du coût des précaires soit liée à l'augmentation du coût des dépenses affectées à la journée explique que la variation du coût total (+33,07%) soit très proche de celle qui a été observée pour la durée de séjour (+35,80%).

3.2.3.2 MODELISATION STATISTIQUE

Comme pour l'analyse de la durée de séjour, des modèles statistiques ont été réalisés pour déterminer des effets généralisables quant à l'impact de la précarité sur le coût des séjours.

3.2.3.2.1 REGRESSIONS LINEAIRES

Les modèles utilisés lors de l'analyse de la durée de séjour ont été exploités (cf. §3.2.2.2.1). Les résultats obtenus montrent que :

- régression n°1 : l'existence d'un code de précarité augmenterait en moyenne de 6345,73 francs le coût du séjour, indépendamment du GHM ;
- régression n°2 : l'existence d'un code de type " financier " augmenterait en moyenne de 3251,61 francs le coût du séjour, indépendamment du GHM ;
- régression n°3 : l'existence d'un code de type " environnement " augmenterait en moyenne de 3092,42 francs le coût du séjour, indépendamment du GHM ;
- régression n°4 : l'existence d'un code de type " isolement " augmenterait en moyenne de 11022,94 francs le coût du séjour, indépendamment du GHM ;

L'analyse de l'effet "isolement" a été complétée par deux autres régressions, afin de déterminer s'il existait un effet âge masqué.

- Lorsqu'on intègre la variable supplémentaire "âge>69 ans", cela confirme l'effet important de l'isolement, en tenant compte d'un effet âge > 69 ans puisque le coefficient de la variable âge est égal à 49,15 francs tandis que celui de la variable isolement est égal à 11013 francs.
- Une autre régression a été réalisée en ne tenant compte que des personnes de plus de 69 ans. L'effet isolement ressort encore puisque son coefficient est égal à 8393,22 francs.

Ces dernières régressions montrent que l'effet de l'âge ne se confond pas avec celui de la précarité.

Globalement, les analyses confirment l'influence de la précarité sur l'augmentation du coût du séjour (en moyenne + 6345,73 francs de plus pour les précaires) et le poids spécifique que représente l'effet " précarité-isolement ".

3.2.3.2.2 LA VARIANCE EXPLIQUÉE DU MODELE GHM

Les analyses de variance expliquée du modèle des GHM, intégrant les différentes variables de précarité, ont été réalisées pour vérifier l'intérêt et l'influence de ces variables sur le coût du séjour. Ces analyses montrent que lorsqu'on introduit la variable précarité, le pourcentage de variance expliquée du modèle GHM ($R^2= 32,56$) est amélioré.

Avec l'introduction des variables précarités, la variance expliquée du modèle augmente de :

- **0,56%, lorsqu'on introduit la variable précarité (quel que soit son type) et atteint alors 33,12%.**
- 0,07% lorsqu'on introduit la variable précarité " financière " et atteint alors 32,63%.
- 0,05% lorsqu'on introduit la variable précarité " environnement " et atteint alors 32,61%.
- 0,64% lorsqu'on introduit la variable précarité " isolement " et atteint alors 33,20%.

Ces résultats sont moins intéressants que ceux obtenus pour la durée de séjour mais ils sont néanmoins appréciables.

Ce résultat a été confronté aux analyses précédemment menées où la variable établissement (FINESS) a été introduite, d'abord seule puis avec la variable précarité. On observe ici encore que la variable FINESS améliore nettement le modèle GHM : + 1,64% ($R^2=0,3421$). Toutefois, l'effet précarité n'est pas assimilable à cette variable ; la variance expliquée du modèle GHM avec l'introduction des variables FINESS et Précarité s'améliore de 2,08% ($R^2=0,3458$). En d'autres termes, l'influence de la variable précarité ne se confond pas à l'influence de la variable FINESS.

3.2.3.3 ANALYSE DES GHM

L'analyse des GHM a été menée sur la même base que précédemment (cf. § 3.2.2.3).

Rappelons que la population des GHM qui répondait aux conditions d'un test significatif était de 122 GHM. **Le résultat du test montre que sur ces 122 GHM, on observe une variation du coût des séjours précaires significative à la hausse pour 56 (soit 45,90%) d'entre-eux¹⁸. Notons qu'il n'y a pas de GHM dont le coût du séjour diminue significativement pour les patients précaires.** Notons que les GHM pour lesquels le coût des séjours précaires est significativement plus élevé que le coût des séjours non-précaires ne sont pas toujours les mêmes que ceux qui ont été repérés comme significativement plus longs (cf. annexe 5.6).

¹⁸ Ces GHM apparaissent en “ grisé ” dans l'annexe 5.6

4. CONCLUSION

La base de données, qui a été utilisée pour déterminer l'impact de la prise en charge des patients précaires sur la durée et le coût du séjour, était composée de 55626 séjours dont 9,07% de séjours précaires¹⁹.

Sur cette base de données, les résultats montrent que, à GHM identique, les patients dits "précaires" auraient une durée de séjour globalement supérieure de 36% à celle des patients "non-précaires". Pour ces patients, le séjour moyen dure environ 2,52 jours de plus que pour les non-précaires.

A propos de l'impact de la précarité sur le coût de séjour, on observe un effet quasi-similaire : les séjours précaires coûteraient environ 33% plus cher que les séjours des patients non-précaires, cela représente un surcoût d'environ 6345 francs.

L'étude de la structure du coût du séjour des patients précaires montre par ailleurs que l'accroissement du coût est directement lié au fait que ces patients restent plus longtemps, et non au fait qu'ils bénéficient d'une prise en charge plus complexe, à travers la réalisation plus intensive d'actes, par exemple. Cela explique la similitude des résultats sur la durée de séjour, d'une part, et le coût de séjour, d'autre part, : ces éléments varient dans des proportions quasi-identiques.

Il faut toutefois souligner que le calcul du coût du séjour, via le modèle PMSI, ne prend pas en compte le temps infirmier spécifiquement passé auprès de chaque patient, non plus que le travail social individualisé ; le coût des soins infirmiers est lissé sur tous les séjours d'une même unité de soins et le coût des équipes sociales est réparti sur l'ensemble des journées d'hospitalisation. Or, il est possible que la charge en soins infirmier soit supérieure pour certains des patients précaires et il est vraisemblable que la population des patients en situation de précarité bénéficie, plus que toute autre, du travail des équipes d'assistance sociale, ce qui ne transparaît pas dans l'étude.

Enfin, que ce soit pour le coût ou la durée de séjour, on observe que les effets de la précarité sont beaucoup plus marqués lorsqu'il s'agit de patients dits précaires-isolés.

L'accueil de patient en situation de précarité ne constitue pas nécessairement un problème financier pour les établissements, tout dépend du mode de financement dont ils bénéficient : dans le cadre d'un financement "à la journée", l'allongement des séjours ne pose pas de problème particulier. En revanche, un système de paiement, tel que la "tarification" au GHM dont on commence à débattre apparaîtrait pénalisant pour les établissements accueillant une frange importante de patients précaires : dans un tel système, tout séjour plus long que la moyenne de référence crée en effet un manque à gagner pour l'établissement. Pour autant, il apparaît pratiquement et déontologiquement difficile d'organiser un recueil d'informations permettant de caractériser la situation sociale et familiale de chaque personne hospitalisée. Des solutions permettant de caractériser globalement la population accueillie par chaque établissement restent donc à concevoir.

¹⁹ Ce chiffre n'est cependant pas représentatif du pourcentage moyen de patients précaires pris en charge par les établissements de santé publics et PSPH français ; les particularités de l'étude et de l'échantillon d'établissements ayant participé à cette étude ne permettait pas d'identifier la prévalence de la précarité (cf.§3.2.1).

5. ANNEXES

5.1 LISTE DES PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL POIDS DU SOCIAL

M. BENSADON (CTIP)	Mme MARCHAND (DIM, CHU -Reims)
M. BISSET (DIM, Clinique de l'Orangerie)	Melle MATHY (Mission PMSI)
Mme BRAMI (CNAMTS)	Mme MAYAULT (DIM, CH Gonesse)
M. BRIGNONEN (Générale de Santé)	M. OLIVIER (Directeur, Centre La Croix Saint Simon)
Mme BRUNET (Directeur, Hôpital Saint Camille)	Melle OUALID (DAF, CHU-Marseille)
M. CHALE (DIM, CHU-Toulouse)	M. PUCHEU (FEHAP)
M. CONSO (Mission PMSI)	M. TRIBOULET (ADIMEHP)
Mme LAURIN (FIEHP)	M. VINAS (DSS)
M. MADELMONT (DAF, CHU- Grenoble)	

5.2 LISTE DES ETABLISSEMENTS EXPERIMENTATEURS

Etablissements intégrés pour l'analyse de la précarité

1. CHU de Rouen
2. CH de Gonesse
3. CH d'Elboeuf
4. CH de Niort
5. CH d'Alès
6. CH de Bourgoin Jallieu
7. CH de Grasse
8. CH de Vichy
9. CH de Villefranche
10. CH de Ploermel
11. CH Saint Cloud
12. CH de Wissenbourg
13. Clinique des Eaux Claires
14. CCM de Lorient
15. CH Saint-Joseph Saint-Luc
16. CH des Courses
17. AHBL de Mont Saint Martin
18. Institut Bergonié
19. Institut Curie
20. Centre Claudus Régaud
21. Centre René Huguenin

Etablissements intégrés pour l'analyse de la durée de séjour et du coût

1. CHU de Grenoble
2. CH de Gonesse
3. CH d'Elboeuf
4. CH de Niort

5. CH d'Alès
6. CH de Bourgoin Jallieu
7. CH de Grasse
8. CH de Vichy
9. CH de Villefranche
10. CH de Ploermel
11. CH Saint Cloud
12. CH de Wissenbourg
13. Clinique des Eaux Claires
14. CCM de Lorient
15. CH Saint Joseph Saint Luc
16. AHBL de Mont Saint Martin
17. Institut Bergonié
18. Institut Curie
19. Centre Claudus Régaud
20. Centre René Huguenin

Etablissements non-intégrés dans les bases de données mais ayant participé au recueil de données

1. CHU de Nimes
2. Clinique de l'Orangerie
3. Polyclinique Ambroise Paré
4. Polyclinique des Minguettes
5. Clinique et Maternité de l'Yvette

5.3 LISTE DES CODES UTILISES POUR L'ENQUETE PRECARITE

Pour le codage de l'expérimentation "précarité", il convient :

☞ d'utiliser les **codes Z** de la liste suivante dès lors que cela s'avère opportun. Ces codes sont d'une importance significative pour cette expérimentation ; ils doivent impérativement être renseignés.

☞ d'utiliser le **code U000** lorsqu'aucun code Z de la CIM 10 marqueur de situation de précarité ne peut être utilisé.

Les consignes donnent une indication plus objective de ce que l'on doit comprendre par "précarité", relativement à un code Z considéré. Dès lors que le patient rentre dans le champ des situations décrites par les consignes, le code Z correspondant doit apparaître comme diagnostic associé dans le RSS.

Z . : SITUATION DE PRECARITE

Z55.0 : ANALPHABETISME ET FAIBLE NIVEAU EDUCATIF

☞ Consigne : Réelles difficultés à lire et à écrire (hors causes médicales). A utiliser pour adultes ou enfants de plus de 15 ans.

Z56.0 : CHOMAGE, SANS PRECISION

☞ Consigne : Chômage déclaré à la date de l'hospitalisation.

Z56.7 : DIFFICULTES LIEES A L'EMPLOI, AUTRES ET SANS PRECISION

☞ Consigne : Situation professionnelle précaire, par exemple : CES, travail à temps partiel avec rémunération mensuelle inférieure au SMIC (≤ 5000 fr.), ...

☞ Consigne générale : Ne pas oublier que ces situations ont souvent un lien avec des problèmes d'hygiène et de dermatologie (codes L, R, Z).

Z59.0 : SANS ABRI

☞ Consigne : Absence de domicile fixe ou hébergement précaire (vagabondage).

Z59.6 : FAIBLES REVENUS

☞ Consigne : Revenu de type minima sociaux [exemples : revenu minimum d'insertion (RMI), allocation de parent isolé (API), allocation de solidarité spécifique (ASS), allocation d'insertion (AI), allocation aux adultes handicapés (AAH), allocation supplémentaire invalidité, allocation supplémentaire vieillesse, allocation d'assurance veuvage, ...] ou indemnités journalières sans complément de salaire. Sont exclues du champ les allocations familiales.

Z59.7 : COUVERTURE SOCIALE ET SECOURS INSUFFISANTS

Consigne : Sans couverture sociale ; bénéficiaire de l'aide médicale ; sans couverture sociale complémentaire (mutuelle santé).

Z59.9 : DIFFICULTE LIEE AU LOGEMENT ET AUX CONDITIONS ECONOMIQUES, SANS PRECISION

Consigne : Menace à court terme de perte du domicile, pour raisons familiales, pour défaut de paiement du loyer, ...

Z60.1 :SITUATION PARENTALE ATYPIQUE

Difficultés liées à une situation parentale (éducation des enfants) telle que famille monoparentale ou autre que celle dans laquelle les deux parents biologiques cohabitent

Consigne : Personne seule à assurer la charge d'un tiers : enfant(s) ou adulte dépendant.

Z60.3 :DIFFICULTES LIEES A L'ACCULTURATION

Migration, transplantation sociale

Consigne : Personne (étranger ou non) présentant des difficultés d'insertion à l'environnement social.

Consigne générale : Ne pas oublier que ces situations ont souvent un lien avec une enfance malheureuse (codes Z61-).

Z62.2 : EDUCATION DANS UNE INSTITUTION

Prise en charge éducative de groupe dans laquelle les responsabilités parentales sont essentiellement assumées par un établissement quelconque (pensionnat pour enfant, orphelinat, home d'enfants) ou séjour prolongé de l'enfant dans un hôpital, une maison de convalescence ou l'équivalent, sans la présence à ses côtés d'au moins l'un des parents.

Consigne : Y compris jeunes adultes.

Consigne générale : Ne pas oublier que ces situations sont souvent liées à des troubles mentaux et du comportement (codes F).

Z65.1 : EMPRISONNEMENT ET AUTRE INCARCERATION

Consigne : Incarcération d'adulte ou de mineur à la date de l'hospitalisation.

Z65.2 : DIFFICULTES LIEES A UNE LIBERATION DE PRISON

Consigne : Difficultés de réinsertion, après libération.

Z74.2 : BESOIN D'ASSISTANCE A DOMICILE, AUCUN AUTRE MEMBRE DU FOYER N'ETANT CAPABLE D'ASSURER LES SOINS

Consigne : Personne vivant seule ou dépendante, à la charge d'un tiers, et ayant besoin d'une assistance à domicile.

Z75.1 : SUJET ATTENDANT D'ETRE ADMIS AILLEURS, DANS UN ETABLISSEMENT ADEQUAT

Z76.2 : SURVEILLANCE MEDICALE ET SOINS MEDICAUX D'AUTRES NOURRISSONS ET ENFANTS EN BONNE SANTE

Soins médicaux ou infirmiers ou surveillance médicale d'enfants en bonne santé selon les circonstances telles que : attente d'une famille adoptive ou d'un placement, enfants trop nombreux à la maison pour pouvoir en assurer la prise en charge normale, maladie de la mère, situation socio-économique difficile de la famille.

U00 : SITUATION NON PRECAIRE

U00.0 : ABSENCE DE SIGNES DE PRECARITE

☞ Consigne : Doit être codé dans deux types de cas :

- lorsque aucun des codes faisant partie de la liste précédente n'a été renseigné ;
- ou lorsque le code Z75.1 (notamment) a été renseigné pour d'autres motifs qu'une situation de précarité (absence de service de suite dans l'établissement par exemple).

5.4 TABLEAUX ET GRAPHIQUES DES TRAITEMENTS STATISTIQUES

Tableau 1 : base initiale de données par établissement et par mois

Etablissements	Mois de recueil	effectif 1997	effectif étude précarité	écart	exhaustivité < à 85%
CH de Vichy	2	1446	1369	0,05325	
CH de Vichy	3	1446	1476	-0,02075	
CH de Vichy	4	1438	1438	0,00000	
CH de grasse	2	1296	1374	-0,06019	
CH de grasse	3	1255	1388	-0,10598	
CH de grasse	4	1328	1412	-0,06325	
CH d'Alès	2	1019	1056	-0,03631	
CH d'Alès	3	1049	1145	-0,09152	
CH d'Alès	4	1115	1108	0,00628	
Centre Claudus Régaud	1	3415	569	0,83338	*
Centre Claudus Régaud	2	3275	3523	-0,07573	
Centre Claudus Régaud	3	3473	3873	-0,11517	
Centre Claudus Régaud	4	3405	3602	-0,05786	
Institut Bergonier	2	1232	665	0,46023	*
Institut Bergonier	3	1303	747	0,42671	*
Institut Bergonier	4	1482	749	0,49460	*
Clinique de la Sagesse	2	1014	935	0,07791	
Clinique de la Sagesse	3	978	1128	-0,15337	
Clinique de la Sagesse	4	1004	1042	-0,03785	
CH Oudot	2	853	891	-0,04455	
Etablissements	Mois de recueil	effectif 1997	effectif étude précarité	écart	exhaustivité < à 85%
CH Oudot	3	859	885	-0,03027	
CH Oudot	4	936	921	0,01603	
Clinique des Eaux Claires	2	903	897	0,00664	
Clinique des Eaux Claires	3	1010	1080	-0,06614	

Clinique des Eaux Claires	4	846	873	-0,03191	
AHBL de Mt Saint Martin	1	1269	1	0,99921	*
AHBL de Mt Saint Martin	2	1222	1181	0,03355	
AHBL de Mt Saint Martin	3	1298	1244	0,04160	
AHBL de Mt Saint Martin	4	1308	1127	0,13838	
CH Andrée Guerrin	2	587	688	-0,17206	
CH Andrée Guerrin	3	631	742	-0,17591	
CH Andrée Guerrin	4	725	734	-0,01241	
CCM de Lorient	2	541	552	-0,02033	
CCM de Lorient	3	589	607	-0,03056	
CCM de Lorient	4	561	581	-0,03565	
CH de Wissembourg	2	523	538	-0,02868	
CH de Wissembourg	3	490	507	-0,03469	
CH de Wissembourg	4	514	504	0,01946	
CH de Villefranche	2	1203	1350	-0,12219	
CH de Villefranche	3	1189	1393	-0,17157	
CH de Villefranche	4	1294	1393	-0,07651	
CH de St Joseph St Luc	2	1569	1386	0,11663	
CH de St Joseph St Luc	3	1571	1497	0,04710	
CH de St Joseph St Luc	4	1722	1563	0,09233	
Institut Curie	2	5816	795	0,86331	*
Institut Curie	3	5909	833	0,85903	*
Institut Curie	4	6113	874	0,85703	*
CHU de Rouen	2	6881	2405	0,65049	*
CHU de Rouen	3	7182	3356	0,53272	*
CHU de Rouen	4	7633	3426	0,55116	*
CHU de Rouen	5	7341	118	0,98393	*
CH d'Elboeuf	4	1593	1051	0,34024	*
CH d'Elboeuf	5	1522	739	0,51445	*
CH de Niort	2	2028	2382	-0,17456	
CH de Niort	3	2477	2655	-0,07186	
CH de Niort	4	2384	2248	0,05705	
Centre René Huguenin	2	3835	3536	0,07797	
Centre René Huguenin	3	3389	4021	-0,18649	
Centre René Huguenin	4	3487	3954	-0,13393	
CH de St Cloud	2	740	746	-0,00811	
CH de St Cloud	3	803	801	0,00249	
CH de St Cloud	4	804	872	-0,08458	
CH de Gonesse	2	2162	2343	-0,08372	
CH de Gonesse	3	2296	2563	-0,11629	
CH de Gonesse	4	2396	2490	-0,03923	

Tableau 2 : répartition des séjours "précaires" et "non précaires" par établissements

Etablissements	séjours non-précaires	séjours précaires	Total
CHU de Rouen	8600	705	9305
CH de Gonesse	6873	523	7396
CH d'Elboeuf	1501	289	1790
CH de Niort	6531	754	7285
CH d'Alès	2848	461	3309
CH Oudot (Bourgoin Jallieu)	2333	364	2697
CH de Clavary (Grasse)	3792	382	4174
CH de Vichy	4074	209	4283
CH de Villefranche	3717	419	4136
CH Andrée Guerrin (Ploermel)	2080	84	2164
CH Saint Cloud	2321	98	2419
CH de Wissenbourg	1489	60	1549
Clinique des Eaux Claires	2755	95	2850
CCM de Lorient	1692	48	1740
CH Saint Joseph Saint Luc	4138	308	4446
AHBL de Mont Saint Martin	3325	228	3553
Clinique de la Sagesse	2698	407	3105
Institut Bergonier	2026	135	2161
Institut curie	2133	369	2502
Centre Claudus Rigaud	11139	428	11567
Centre René Huguenin	11480	31	11511
Total	87545	6397	93942

Tableau 3 : répartition des codes de précarité enregistrés

code Z	effectif	pourcentage	e. cumulé	p. cumulé
Z596	1759	18,4	1759	18,4
Z742	1504	15,7	3263	34,1
Z751	1146	12	4409	46,1
Z560	1013	10,6	5422	56,7
Z597	1012	10,6	6434	67,3
Z599	646	6,8	7080	74,1
Z567	621	6,5	7701	80,6
Z601	507	5,3	8208	85,9
Z550	502	5,2	8710	91,1
Z603	318	3,3	9028	94,4
Z590	200	2,1	9228	96,5
Z762	165	1,7	9393	98,2
Z622	96	1	9489	99,2
Z651	63	0,7	9552	99,9
Z652	14	0,1	9566	100

Tableau 4 : cumul des codes de précarité par séjour

Nombre de code de précarité	fréquence	pourcentage	f. cumulée	p. cumulé
1 : un code	4660	72,8%	4660	72,8%
2 : deux codes	1069	16,7%	5729	89,6%
3 : trois codes	668	10,4%	6397	100,0%

Tableau 5 : répartition des précaires et non-précaires par type d'établissements

Frequency*, Percent, Row Pct, Col Pct	Non précaire		Précaire		Total	
	%	N	%	N	%	N
CHG		24520		2133		26653
	26,10		2,27		28,37	
	92,00		8,00			
	28,01		33,34			
CHM		12554		1580		14134
	13,36		1,68		15,05	
	88,82		11,18			
	14,34		24,70			
CHP		3810		158		3968
	4,06		0,17		4,22	
	96,02		3,98			
	4,35		2,47			
CHU		8600		705		9305
	9,15		0,75		9,91	
	92,42		7,58			
	9,82		11,02			
CLCC		26778		963		27741
	28,50		1,03		29,53	
	96,53		3,47			
	30,59		15,05			
PSPH		11283		858		12141
	12,01		0,91		12,92	
	92,93		7,07			
	12,89		13,41			
TOTAL		87545		6397		93942
	93,19		6,81		100,00	

Frequency : fréquence de la variable (par exemple : il y a 24520 non-précaires dans les CHG) ;
Percent : pourcentage de la variable par rapport au total [par exemple, les non-précaires dans les CHG (dont le nombre est de 24520) représentent 26,10% du total des séjours (dont le nombre est de 93942)] ;
Row pct : pourcentage en ligne de la variable [par exemple les non-précaires des CHG représentent 92,00% du total des séjours des CHG (dont le nombre est de 26653)] ;
Col pct : pourcentage en colonne de la variable [par exemple, les non-précaires dans les CHG représentent 28,01% du total des non-précaires (dont le nombre est de 87545)].

Tableau 6 : répartition des précaires et non précaires par type de GHM

Frequency, Percent, Row Pct, Col Pct	Non précaire		Précaire		Total	
	%	N	%	N	%	N
Chirurgie		15653		938		16591
	16.66		1.00		17.66	
	94.35		5.65			
	17.88		14.66			
Médecine		67101		5202		72303
	71.43		5.54		76.97	
	92.81		7.19			
	76.65		81.32			
autre		4791		257		5048
	5.10		0.27		5.37	
	94.91		5.09			
	5.47		4.02			
Total		87545		6397		93942
	93.19		6.81		100.00	

Tableau 7 : répartition des précaires et non précaires par l'entrée aux urgences

Frequency, Percent, Row Pct, Col Pct	Non précaire		Précaire		Total	
	%	N	%	N	%	N
hors urgence		72133		4254		76387
	76.78		4.53		81.31	
	94.43		5.57			
	82.40		66.50			
service des urgences		15412		2143		17555
	16.41		2.28		18.69	
	87.79		12.21			
	17.60		33.50			
Total		87545		6397		93942
	93.19		6.81		100.00	

Tableau 8 : répartition des précaires et non précaires par l'entrée avec le SMUR

Frequency, Percent, Row Pct, Col Pct	Non précaire	Précaire	total
hors SMUR	86518	6226	92744
	92.10	6.63	98.72
	93.29	6.71	
	98.83	97.30	
par le SMUR	1025	173	1198
	1.09	0.18	1.28
	85.56	14.44	
	1.17	2.70	
total	87543	6399	93942
	93.19	6.81	100.00

Tableau 9 : répartition des patients précaires et non précaires par mode d'entrée

Frequency, Percent, Row Pct, Col Pct	Non précaire		Précaire		Total	
	%	N	%	N	%	N
6 : mutation		348		53		401
	0,37		0,06		0,43	
	86,78		13,22			
	0,40		0,83			
7 : transfert		1138		207		1345
	1,21		0,22		1,43	
	84,61		15,39			
	1,30		3,24			
8 : domicile		86059		6137		92196
	91,61		6,53		98,14	
	93,34		6,66			
	98,30		95,94			
Total		87545		6397		93942
	93,19		6,81		100,00	

Tableau 10 : répartition des patients précaires et non précaires par mode de sortie

Frequency, Percent, Row Pct, Col Pct	Non précaire		Précaire		Total	
	%	N	%	N	N	%
6 : mutation		861		264		1125
	0,92		0,28		1,20	
	76,53		23,47			
	0,98		4,13			
7 : transfert		3461		959		4420
	3,68		1,02		4,71	
	78,30		21,70			
	3,95		14,99			
8 : domicile		81760		4982		86742
	87,03		5,30		92,34	
	94,26		5,74			
	93,39		77,87			
9 : décès		1462		193		1655
	1,56		0,21		1,76	
	88,34		11,66			
	1,67		3,02			
Total		87544		6398		93942
	93,19		6,81		100,00	

Tableau 11 : répartition des patients précaires et non précaires par classe d'âge

Frequency, Percent, Row Pct, Col Pct	Non précaire	Précaire	Total
< 5ans	9556	667	10223
	10,17%	0,71%	10,88%
	93,48%	6,52%	
	10,92%	10,43%	
[5-14]	4206	316	4522
	4,48%	0,34%	4,81%
	93,01%	6,99%	
	4,80%	4,94%	
[15-24]	4761	512	5273
	5,07%	0,55%	5,61%
	90,29%	9,71%	
	5,44%	8,00%	
[25-34]	8838	864	9702
	9,41%	0,92%	10,33%
	91,09%	8,91%	
	10,10%	13,51%	
[35-44]	8808	768	9576
	9,38%	0,82%	10,19%
	91,98%	8,02%	
	10,06%	12,01%	
[45-54]	12938	836	13774
	13,77%	0,89%	14,66%
	93,93%	6,07%	
	14,78%	13,07%	
[55-64]	12224	562	12786
	13,01%	0,60%	13,61%
	95,60%	4,40%	
	13,96%	8,79%	
[65-74]	14257	568	14825
	15,18%	0,60%	15,78%
	96,17%	3,83%	
	16,29%	8,88%	
[75-84]	8311	687	8998
	8,85%	0,73%	9,58%
	92,36%	7,64%	
	9,49%	10,74%	
> 85 ans	3646	617	4263
	3,88%	0,66%	4,54%
	85,53%	14,47%	
	4,16%	9,65%	
Total	87545	6397	93942
	93,19%	6,81%	100,00%

Tableau 12 : répartition des types de précarité

Caractère des séjours précaires	effectif	pourcentage
financier	2829	38,3%
environnement	2704	36,6%
isolement	1849	25,0%
Total	7382	100,0%

Tableau 13 : type de précarité par catégorie d'établissements

Frequency, Percent, Row Pct, Col Pct	financier	environnement	isolement	total
CHG	1040	947	488	2475
	14,09%	12,83%	6,61%	27,80%
	42%	38,26%	19,72%	
	36,76%	35,02%	26,39%	
CHM	635	527	623	1785
	8,60%	7,14%	8,44%	20,05%
	35,57%	29,52%	34,90%	
	22,45%	19,49%	33,69%	
CHP	103	70	17	190
	1,40%	0,95%	0,23%	2,13%
	54,21%	36,84%	8,95%	
	3,64%	2,59%	0,92%	
CHU	370	335	167	872
	5,01%	4,54%	2,26%	26,87%
	42,43%	38,42%	19,15%	
	13,08%	12,39%	9,03%	
CLCC	398	476	248	1122
	5,39%	6,45%	3,36%	12,60%
	35,47%	42,42%	22,10%	
	14,07%	17,60%	13,41%	
PSPH	283	349	306	938
	3,83%	4,73%	4,15%	10,54%
	30,17%	37,21%	32,62%	
	10,00%	12,91%	16,55%	
Total	2829	2704	1849	7382
	38,32%	36,63%	25,05%	100,00%

Tableau 14 : type de précarité par type de GHM

Frequency, Percent, Row Pct, Col Pct	financier	environnement	isolement	Total
Chirurgie	419	415	245	1079
	5,68%	5,62%	3,32%	14,62%
	38,83%	38,46%	22,71%	
	14,81%	15,35%	13,25%	
Médecine	2336	2105	1581	6022
	31,64%	28,52%	21,42%	81,58%
	38,79%	34,96%	26,25%	
	82,57%	77,85%	85,51%	
autre	74	184	23	281
	1,00%	2,49%	0,31%	3,81%
	26,33%	65,48%	8,19%	
	2,62%	6,80%	1,24%	
Total	2829	2704	1849	7382
	38,32%	36,63%	25,05%	100,00%

Tableau 15 : type de précarité par mode d'entrée

Mode Entrée	financier		environnement		isolement		TOTAL
	Frequency	Percent	Frequency	Percent	Frequency	Percent	
6 : mutation	14	25,93%	8	14,81%	32	59,26%	54
7 : transfert	67	29,78%	39	17,33%	119	52,89%	225
8 : domicile	2748	61,03%	57	1,27%	1698	37,71%	4503

Tableau 16 : type de précarité pour l'entrée par les urgences

Frequency, Percent, Row Pct, Col Pct	financier	environnement	isolement	Total
hors urgence	1820	1950	1158	4928
	24,65%	26,42%	15,69%	66,76%
	36,93%	39,57%	23,50%	
	64,33%	72,12%	62,63%	
par urgence	1009	754	691	2454
	13,67%	10,21%	9,36%	33,24%
	41,12%	30,73%	28,16%	
	35,67%	27,88%	37,37%	
Total	2829	2704	1849	7382
	38,32%	36,63%	25,05%	

Tableau 17 : types de précarité selon les modes de sortie

Frequency, Percent, Row Pct, Col Pct	financier	environnement	isolement	Total
6 : mutation	60	52	159	271
	0,81%	0,70%	2,15%	3,67%
	22,14%	19,19%	58,67%	
	2,12%	1,92%	8,60%	
7 : transfert	258	144	621	1023
	3,49%	1,95%	8,41%	13,86%
	25,22%	14,08%	60,70%	
	9,12%	5,33%	33,59%	
8 : domicile	2454	2480	951	5885
	33,24%	33,60%	12,88%	79,72%
	41,70%	42,14%	16,16%	
	86,74%	91,72%	51,43%	
9 : décès	57	28	118	203
	0,77%	0,38%	1,60%	2,75%
	28,08%	13,79%	58,13%	
	2,01%	1,04%	6,38%	
Total	2829	2704	1849	7382
	38,32%	36,63%	25,05%	100,00%

Tableau 18 : type de précarité selon l'âge

CAGE	financier		environnement		isolement		TOTAL
	Frequency	Percent	Frequency	Percent	Frequency	Percent	
< 5 ans	358	44,42%	419	51,99%	29	3,60%	806
[5-14]	185	47,19%	167	42,60%	40	10,20%	392
[15-24]	265	39,91%	359	54,07%	40	6,02%	664
[25-34]	421	39,98%	518	49,19%	114	10,83%	1053
[35-44]	402	43,32%	467	50,32%	59	6,36%	928
[45-54]	460	46,61%	435	44,07%	92	9,32%	987
[55-64]	280	43,89%	212	33,23%	146	22,88%	638
[65-74]	190	32,31%	67	11,39%	331	56,29%	588
[75-84]	134	19,25%	38	5,46%	524	75,29%	696
> 85 ans	134	21,27%	22	3,49%	474	75,24%	630

5.5 REGROUPEMENT DES CODES Z

Pour simplifier l'analyse de la précarité, un regroupement des codes Z a été réalisé par grande catégorie de précarité. Ce découpage correspond à ce qui a généralement été utilisé par d'autres études menées sur le sujet, en particulier américaine²⁰.

Ainsi on parlera de précarité environnementale pour les codes :

- Z55.0 : Analphabétisme et faible niveau éducatif
- Z56.0 : Chômage, sans précision
- Z56.7 : Difficultés liées à l'emploi, autres et sans précision
- Z60.1 : Situation parentale atypique
- Z60.3 : Difficultés liées à l'acculturation
- Z65.1 : Emprisonnement et autre incarcération
- Z65.2 : Difficultés liées à une libération de prison
- Z76.2 : Surveillance médicale et soins médicaux d'autres nourrissons et enfants en bonne santé

On parlera de précarité financière pour les codes :

- Z59.0 : Sans abri
- Z59.6 : Faibles revenus
- Z59.7 : Couverture sociale et secours insuffisants
- Z59.9 : Difficulté liée au logement et aux conditions économiques, sans précision

On parlera d'une précarité d'isolement pour les codes :

- Z62.2 : Education dans une institution
- Z74.2 : Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins
- Z75.1 : Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat

²⁰ voir en particulier : EPSTEIN A., STERN S, WEISSMAN J., 1990, *Do the poor cost more ? A multihospital study of patients' socioeconomic status and use of hospital resources*, The new england journal of medicine, avril 19 : 1122-1128.

5.6 REPARTITION DES PRECAIRES ET NON-PRECAIRES PAR GHM

Les GHM sont ordonnés par effectif décroissant des séjours de patients précaires.

OBS	GHM	EFFPREC	EFFSANS	PCTPREC	PCTSANS
1	587 Chimiothérapie pour autre tumeur, sans C.M.A.	259	2900	5.05958	5.68672
2	540 Accouchements par voie basse sans complication	171	2496	3.34050	4.89450
3	127 Oedème pulmonaire et détresse respiratoire	138	538	2.69584	1.05498
4	129 Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 69 ans	123	561	2.40281	1.10009
5	675 Autres facteurs influant sur l'état de santé	112	1000	2.18793	1.96094
6	184 Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	110	993	2.14886	1.94721
7	018 Accidents vasculaires cérébraux non transitoires	100	355	1.95351	0.69613
8	136 Bronchites et asthme, âge supérieur à 69 ans et/ou C.M.A	92	437	1.79723	0.85693
9	631 Ethylisme avec dépendance	91	265	1.77769	0.51965
10	650 Effets toxiques des médicaments et autres produits, âge	88	299	1.71909	0.58632
11	632 Ethylisme sans dépendance	87	185	1.69955	0.36277
12	138 Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans	75	503	1.46513	0.98635
13	258 Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif,	75	887	1.46513	1.73935
14	128 Bronchopneumopathies chroniques	70	331	1.36745	0.64907
15	592 Radiothérapie et surveillance	66	652	1.28931	1.27853
16	040 Affections du système nerveux, avec C.M.A.S.	65	176	1.26978	0.34513
17	418 Diabète, âge supérieur à 35 ans	62	513	1.21117	1.00596
18	343 Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médica	59	563	1.15257	1.10401
19	671 Signes et symptômes avec C.M.A.	54	226	1.05489	0.44317
20	256 Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif,	49	491	0.95722	0.96282
21	619 Névroses dépressives	49	229	0.95722	0.44905
22	876 Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème signi	47	1396	0.91815	2.73747
23	531 Césariennes sans C.M.A.	45	483	0.87908	0.94713
24	649 Effets toxiques des médicaments et autres produits, âge	41	114	0.80094	0.22355
25	122 Tumeurs de l'appareil respiratoire	38	298	0.74233	0.58436
26	046 Commotions cérébrales, âge inférieur à 70 ans sans C.M.A	37	529	0.72280	1.03734
27	195 Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, âge su	37	354	0.72280	0.69417
28	339 Fractures pathologiques et affections malignes de l'appa	37	231	0.72280	0.45298
29	420 Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge supér	37	123	0.72280	0.24120
30	029 Convulsions, épilepsies et céphalées, âge de 18 à 69 ans	36	194	0.70326	0.38042
31	571 Troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17	36	285	0.70326	0.55887
32	028 Convulsions, épilepsies et céphalées, âge supérieur à 69	35	151	0.68373	0.29610
33	295 Interventions majeures sur les articulations et greffes	35	363	0.68373	0.71182

34	586 Chimiothérapie pour autre tumeur, avec C.M.A.	33	326	0.64466	0.63927
35	10	31	120	0.60559	0.23531
36	094 Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de	30	196	0.58605	0.38434
37	284 Hépatites alcooliques et cirrloses	30	140	0.58605	0.27453
38	634	30	68	0.58605	0.13334
39	672 Signes et symptômes sans C.M.A.	30	213	0.58605	0.41768
40	185 Thrombophlébites veineuses profondes	29	162	0.56652	0.31767
41	200 Douleurs thoraciques	28	279	0.54698	0.54710
42	394 Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge	28	119	0.54698	0.23335
43	549 Affections de l'ante partum, avec ou sans intervention c	28	274	0.54698	0.53730
44	100 Otites moyennes et infections des voies aériennes supéri	27	259	0.52745	0.50788
45	296 Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les	27	223	0.52745	0.43729
46	119 Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur	26	105	0.50791	0.20590
47	257 Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif,	26	522	0.50791	1.02361
48	618 Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psyc	25	127	0.48838	0.24904
49	368 Mastectomies totales pour tumeur maligne, âge supérieur	24	182	0.46884	0.35689
50	626	24	48	0.46884	0.09413
51	875 Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec problème majeur	24	269	0.46884	0.52749
52	037 Autres affections du système nerveux, âge supérieur à 69	23	45	0.44931	0.08824
53	9	22	38	0.42977	0.07452
54	187 Troubles vasculaires périphériques, âge supérieur à 69 a	22	229	0.42977	0.44905
55	198 Syncopes et lipothymies, âge supérieur à 69 ans et/ou C.	22	197	0.42977	0.38630
56	246 Tumeurs malignes du tube digestif, âge supérieur à 69 an	22	168	0.42977	0.32944
57	422 Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge infér	22	174	0.42977	0.34120
58	633 Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'au	22	75	0.42977	0.14707
59	139 Signes et symptômes respiratoires, âge supérieur à 69 an	21	132	0.41024	0.25884
60	285 Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pan	20	179	0.39070	0.35101
61	388 Tumeurs malignes des seins, âge supérieur à 69 ans et/ou	20	99	0.39070	0.19413
62	539 Accouchements par voie basse avec complications	20	324	0.39070	0.63534
63	030 Convulsions, épilepsies et céphalées, âge inférieur à 18	19	201	0.37117	0.39415
64	131 Pneumonies et pleurésies banales, âge inférieur à 18 ans	19	142	0.37117	0.27845
65	674 Suivi thérapeutique sans antécédent d'affections maligne	19	291	0.37117	0.57063
66	014 Tumeurs du système nerveux, âge supérieur à 69 ans et/ou	18	69	0.35163	0.13530
67	130 Pneumonies et pleurésies banales, âge de 18 à 69 ans san	18	118	0.35163	0.23139
68	137 Bronchites et asthme, âge de 18 à 69 ans sans C.M.A.	18	134	0.35163	0.26277
69	125 Épanchements pleuraux, âge supérieur à 69 ans et/ou C.M.	17	50	0.33210	0.09805
70	262 Affections du tube digestif avec C.M.A.S.	17	118	0.33210	0.23139

71	344 Maladies osseuses et arthropathies spécifiques, âge supé	17	84	0.33210	0.16472
72	353 Fractures, entorses, luxations et dislocations du bras,	17	130	0.33210	0.25492
73	651 Effets toxiques des médicaments et autres produits, âge	17	82	0.33210	0.16080
74	118 Embolies pulmonaires	16	180	0.31256	0.35297
75	225 Appendicectomies non compliquées, âge inférieur à 70 ans	16	412	0.31256	0.80791
76	310 Résections osseuses localisées et/ou ablation de matérie	16	288	0.31256	0.56475
77	370 Mastectomies subtotaales pour tumeur maligne, âge supérie	16	241	0.31256	0.47259
78	391 Lésions, infections et inflammations de la peau et des t	16	72	0.31256	0.14119
79	545 Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie	16	305	0.31256	0.59809
80	604 Septicémies, âge supérieur à 17 ans	16	93	0.31256	0.18237
81	045 Commotions cérébrales, âge supérieur à 69 ans et/ou C.M.	15	109	0.29303	0.21374
82	141 Autres diagnostics portant sur le système respiratoire,	15	81	0.29303	0.15884
83	254 Occlusions intestinales non dues à une hernie, âge supér	15	147	0.29303	0.28826
84	259 Autres affections digestives, âge supérieur à 69 ans et/	15	146	0.29303	0.28630
85	504 Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vul	15	140	0.29303	0.27453
86	596 Autres affections myéloprolifératives ou tumeurs de sièg	15	121	0.29303	0.23727
87	027 Troubles de la conscience et comas d'origine non traumat	14	36	0.27349	0.07059
88	197 Angine de poitrine	14	259	0.27349	0.50788
89	215 Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum,	14	54	0.27349	0.10589
90	287 Affections hépatiques à l'exception des tumeurs malignes	14	72	0.27349	0.14119
91	317 Interventions sur la main et le poignet pour une affecti	14	235	0.27349	0.46082
92	376 Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutané	14	88	0.27349	0.17256
93	395 Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge	14	156	0.27349	0.30591
94	541 Affections médicales du post partum ou du post abortum	14	161	0.27349	0.31571
95	11	13	157	0.25396	0.30787
96	178 Infarctus aigu du myocarde avec complications cardio-vas	13	133	0.25396	0.26080
97	213 Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon,	13	177	0.25396	0.34709
98	274 Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire p	13	254	0.25396	0.49808
99	286 Affections non malignes du pancréas	13	94	0.25396	0.18433
100	305 Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à	13	176	0.25396	0.34513
101	354 Fractures, entorses, luxations et dislocations du bras,	13	121	0.25396	0.23727
102	367 Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des	13	134	0.25396	0.26277
103	548 Affections de l'ante partum, avec ou sans intervention c	13	153	0.25396	0.30002
104	602 Maladies infectieuses et parasitaires, avec C.M.A.S., av	13	84	0.25396	0.16472
105	627	13	47	0.25396	0.09216
106	12	12	53	0.23442	0.10393
107	095 Troubles de l'équilibre	12	136	0.23442	0.26669
108	179 Infarctus aigu du myocarde sans complications cardio-vas	12	228	0.23442	0.44709

109	232 Interventions sur le rectum et l'anus autres que les rés	12	154	0.23442	0.30198
110	248 Hémorragies digestives, âge supérieur à 69 ans et/ou C.M	12	154	0.23442	0.30198
111	273 Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire p	12	149	0.23442	0.29218
112	371 Mastectomies subtotaales pour tumeur maligne, âge inférie	12	466	0.23442	0.91380
113	419 Diabète, âge inférieur à 36 ans	12	57	0.23442	0.11177
114	424 Troubles endocriniens, âge supérieur à 69 ans et/ou C.M.	12	90	0.23442	0.17648
115	584 Greffes de moelle	12	25	0.23442	0.04902
116	610 Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âg	12	143	0.23442	0.28041
117	655 Autres traumatismes et effets nocifs autres que les into	12	26	0.23442	0.05098
118	191 Hypertension artérielle	11	208	0.21489	0.40788
119	228 Interventions réparatrices pour hernies inguinales et cr	11	159	0.21489	0.31179
120	289 Affections des voies biliaires, âge supérieur à 69 ans e	11	86	0.21489	0.16864
121	293 Affections du système hépato-biliaire et du pancréas ave	11	61	0.21489	0.11962
122	589 Lymphomes ou leucémies, âge supérieur à 69 ans et/ou C.M	11	131	0.21489	0.25688
123	038 Autres affections du système nerveux, âge inférieur à 70	10	78	0.19535	0.15295
124	199 Syncopes et lipothymies, âge inférieur à 70 ans sans C.M	10	136	0.19535	0.26669
125	313 Interventions sur le pied	10	156	0.19535	0.30591
126	356 Autres pathologies de l'appareil musculo-squelettique et	10	97	0.19535	0.19021
127	398 Autres affections dermatologiques, âge inférieur à 70 an	10	128	0.19535	0.25100
128	427 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnell	10	51	0.19535	0.10001
129	506 Hystérectomies, âge inférieur à 70 ans sans C.M.A.	10	178	0.19535	0.34905
130	572 Troubles de la lignée érythrocytaire, âge inférieur à 18	10	30	0.19535	0.05883
131	583 Autres interventions au cours d'affections myéloprolifér	10	40	0.19535	0.07844
132	643 Traumatismes, allergies et empoisonnements, avec C.M.A.S	10	20	0.19535	0.03922
133	873 Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, sans problème majeur	10	108	0.19535	0.21178
134	120 Infections et inflammations respiratoires, âge de 18 à 6	9	20	0.17582	0.03922
135	318 Arthroscopies	9	146	0.17582	0.28630
136	377 Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutané	9	182	0.17582	0.35689
137	397 Autres affections dermatologiques, âge supérieur à 69 an	9	52	0.17582	0.10197
138	454 Infections des reins et des voies urinaires, âge supérie	9	88	0.17582	0.17256
139	469 Affections des reins et des voies urinaires, avec C.M.A.	9	57	0.17582	0.11177
140	471 Insuffisance rénale, sans dialyse	9	73	0.17582	0.14315
141	597 Autres affections myéloprolifératives ou tumeurs de sièg	9	48	0.17582	0.09413
142	607 Fièvres d'étiologie indéterminée, âge supérieur à 69 ans	9	63	0.17582	0.12354
143	063 Autres affections oculaires, âge supérieur à 17 ans sans	8	81	0.15628	0.15884
144	099 Otites moyennes et infections des voies aériennes supéri	8	94	0.15628	0.18433
145	103 Affections de la bouche et des dents sans certaines extr	8	83	0.15628	0.16276
146	106 Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la	8	153	0.15628	0.30002
147	290 Affections des voies biliaires, âge inférieur à 70 ans s	8	55	0.15628	0.10785

148	304 Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à	8	81	0.15628	0.15884
149	369 Mastectomies totales pour tumeur maligne, âge inférieur	8	154	0.15628	0.30198
150	458 Lithiases urinaires, âge inférieur à 70 ans sans C.M.A.	8	220	0.15628	0.43141
151	509 Interventions sur le système utéro-annexiel pour des aff	8	170	0.15628	0.33336
152	573 Troubles de la coagulation	8	64	0.15628	0.12550
153	015 Tumeurs du système nerveux, âge inférieur à 70 ans sans	7	26	0.13675	0.05098
154	017 Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse	7	52	0.13675	0.10197
155	048 Interventions sur la rétine	7	29	0.13675	0.05687
156	082 Autres interventions chirurgicales portant sur les oreil	7	42	0.13675	0.08236
157	182 Cathétérismes cardiaques ou coronarographies pour une pa	7	419	0.13675	0.82163
158	229 Interventions réparatrices pour hernies inguinales et cr	7	285	0.13675	0.55887
159	249 Hémorragies digestives, âge inférieur à 70 ans sans C.M.	7	61	0.13675	0.11962
160	288 Affections hépatiques à l'exception des tumeurs malignes	7	68	0.13675	0.13334
161	336 Fractures de la hanche et du bassin	7	67	0.13675	0.13138
162	347 Signes et symptômes concernant l'appareil musculo-squele	7	61	0.13675	0.11962
163	372 Interventions sur le sein pour des affections non malign	7	207	0.13675	0.40591
164	456 Infections des reins et des voies urinaires, âge inférie	7	97	0.13675	0.19021
165	512 Laparoscopies ou coelioscopies diagnostiques	7	56	0.13675	0.10981
166	530 Césariennes avec C.M.A.	7	28	0.13675	0.05491
167	574 Affections du système réticulo-endothélial ou immunitair	7	52	0.13675	0.10197
168	577 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège impré	7	49	0.13675	0.09609
169	605 Septicémies, âge inférieur à 18 ans	7	13	0.13675	0.02549
170	629 Toxicomanies non éthyliques avec dépendance	7	4	0.13675	0.00784
171	654 Autres traumatismes et effets nocifs autres que les into	7	4	0.13675	0.00784
172	023 Affections des nerfs crâniens et rachidiens, âge inférie	6	80	0.11721	0.15688
173	024 Infections du système nerveux à l'exception des méningit	6	27	0.11721	0.05295
174	062 Autres affections oculaires, âge supérieur à 17 ans avec	6	20	0.11721	0.03922
175	068 Interventions majeures sur la tête et le cou	6	61	0.11721	0.11962
176	167 Ligatures de veines et éveinages	6	620	0.11721	1.21578
177	201 Autres affections de l'appareil circulatoire avec C.M.A.	6	92	0.11721	0.18041
178	216 Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum,	6	49	0.11721	0.09609
179	255 Occlusions intestinales non dues à une hernie, âge infér	6	64	0.11721	0.12550
180	341 Affections du tissu conjonctif, âge inférieur à 70 ans s	6	49	0.11721	0.09609
181	350 Fractures, entorses, luxations et dislocations de l'avan	6	44	0.11721	0.08628
182	357 Interventions pour affections de l'appareil musculo-squl	6	44	0.11721	0.08628
183	366 Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des	6	16	0.11721	0.03138
184	392 Lésions, infections et inflammations de la peau et des t	6	110	0.11721	0.21570
185	421 Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge de 18	6	64	0.11721	0.12550
186	498 Infections et inflammations de l'appareil génital mascul	6	47	0.11721	0.09216

187	511 Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin	6	97	0.11721	0.19021
188	515 Dilatations et curetages, conisations pour des affection	6	105	0.11721	0.20590
189	524 Tumeurs malignes de l'appareil génital féminin, âge supé	6	54	0.11721	0.10589
190	611 Autres maladies infectieuses ou parasitaires	6	40	0.11721	0.07844
191	620 Névroses autres que les névroses dépressives	6	38	0.11721	0.07452
192	652 Complications iatrogéniques non classées ailleurs, âge s	6	56	0.11721	0.10981
193	096 Épistaxis	5	93	0.09768	0.18237
194	104 Affections de la bouche et des dents sans certaines extr	5	40	0.09768	0.07844
195	132 Maladies pulmonaires interstitielles, âge supérieur à 69	5	35	0.09768	0.06863
196	134 Pneumothorax, âge supérieur à 69 ans et/ou C.M.A.	5	33	0.09768	0.06471
197	142 Autres diagnostics portant sur le système respiratoire,	5	28	0.09768	0.05491
198	158 Chirurgie majeure de revascularisation, âge supérieur à	5	55	0.09768	0.10785
199	164 Pose d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus	5	138	0.09768	0.27061
200	181 Cathétérismes cardiaques ou coronarographies avec diagno	5	121	0.09768	0.23727
201	183 Endocardites aiguës et subaiguës	5	18	0.09768	0.03530
202	202 Autres affections de l'appareil circulatoire sans C.M.A.	5	107	0.09768	0.20982
203	211 Résections rectales, âge supérieur à 69 ans et/ou C.M.A.	5	28	0.09768	0.05491
204	260 Autres affections digestives, âge de 18 à 69 ans sans C.	5	111	0.09768	0.21766
205	311 Interventions sur le membre supérieur à l'exception de 1	5	97	0.09768	0.19021
206	312 Interventions sur le membre supérieur à l'exception de 1	5	221	0.09768	0.43337
207	346 Arthropathies non spécifiques	5	14	0.09768	0.02745
208	348 Tendinites, myosites et bursites	5	53	0.09768	0.10393
209	355 Fractures, entorses, luxations et dislocations du bras,	5	41	0.09768	0.08040
210	358 Affections de l'appareil musculo-squelettique et du tiss	5	42	0.09768	0.08236
211	374 Interventions sur la région anale et périanale	5	54	0.09768	0.10589
212	393 Lésions, infections et inflammations de la peau et des t	5	42	0.09768	0.08236
213	455 Infections des reins et des voies urinaires, âge de 18 à	5	117	0.09768	0.22943
214	546 Avortements sans aspiration, ni curetage, ni hystérotomi	5	61	0.09768	0.11962
215	594 Antécédents d'affections malignes avec exploration endos	5	66	0.09768	0.12942
216	612 Maladies dues au V.I.H., avec plusieurs complications in	5	1	0.09768	0.00196
217	645 Traumatismes complexes, âge de 18 à 69 ans sans C.M.A.	5	30	0.09768	0.05883
218	872 Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, avec problème majeur	5	22	0.09768	0.04314
219	005 Interventions sur le système vasculaire précérébral	4	45	0.07814	0.08824
220	043 Autres lésions traumatiques intracrâniennes, sauf commot	4	27	0.07814	0.05295
221	049 Interventions sur l'orbite	4	16	0.07814	0.03138
222	051 Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	4	337	0.07814	0.66084
223	075 Rhinoplasties	4	42	0.07814	0.08236
224	077 Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge infér	4	143	0.07814	0.28041
225	105 Affections de la bouche et des dents avec certaines extr	4	176	0.07814	0.34513

226	135 Pneumothorax, âge inférieur à 70 ans sans C.M.A.	4	30	0.07814	0.05883
227	180 Infarctus aigu du myocarde avec décès	4	49	0.07814	0.09609
228	186 Arrêt cardiaque	4	15	0.07814	0.02941
229	194 Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge inféri	4	4	0.07814	0.00784
230	196 Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, âge in	4	128	0.07814	0.25100
231	223 Appendicectomies compliquées, âge inférieur à 70 ans san	4	93	0.07814	0.18237
232	308 Interventions sur le genou, âge inférieur à 70 ans sans	4	92	0.07814	0.18041
233	314 Interventions sur les tissus mous, âge supérieur à 69 an	4	25	0.07814	0.04902
234	315 Interventions sur les tissus mous, âge inférieur à 70 an	4	85	0.07814	0.16668
235	340 Affections du tissu conjonctif, âge supérieur à 69 ans e	4	61	0.07814	0.11962
236	349 Suites de traitement après une affection de l'appareil m	4	49	0.07814	0.09609
237	385 Ulcères cutanés	4	29	0.07814	0.05687
238	396 Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge	4	74	0.07814	0.14511
239	409 Interventions sur la thyroïde	4	226	0.07814	0.44317
240	465 Autres affections des reins et des voies urinaires, âge	4	62	0.07814	0.12158
241	480 Interventions sur les testicules pour des affections non	4	62	0.07814	0.12158
242	507 Interventions réparatrices sur l'appareil génital fémin	4	110	0.07814	0.21570
243	527 Autres affections de l'appareil génital féminin	4	171	0.07814	0.33532
244	544 Menaces d'avortement	4	59	0.07814	0.11570
245	547 Faux travail	4	56	0.07814	0.10981
246	568 Autres interventions pour affections du sang et des orga	4	25	0.07814	0.04902
247	570 Affections du sang et des organes hématopoïétiques, avec	4	31	0.07814	0.06079
248	575 Affections du système réticulo-endothélial ou immunitair	4	46	0.07814	0.09020
249	578 Interventions majeures au cours de lymphomes ou de leucé	4	39	0.07814	0.07648
250	590 Lymphomes ou leucémies, âge de 18 à 69 ans sans C.M.A.	4	94	0.07814	0.18433
251	613 Maladies dues au V.I.H., avec une seule complication inf	4	12	0.07814	0.02353
252	614 Autres maladies dues au V.I.H.	4	3	0.07814	0.00588
253	625 Autres troubles mentaux	4	57	0.07814	0.11177
254	639 Autres interventions pour blessures ou complications d'a	4	37	0.07814	0.07255
255	644 Traumatismes complexes, âge supérieur à 69 ans et/ou C.M	4	13	0.07814	0.02549
256	020 Autres affections cérébro-vasculaires avec C.M.A.	3	25	0.05861	0.04902
257	022 Affections des nerfs crâniens et rachidiens, âge supérie	3	61	0.05861	0.11962
258	074 Interventions diverses sur les oreilles, le nez, la gorg	3	87	0.05861	0.17060
259	107 Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la	3	22	0.05861	0.04314
260	115 Autres interventions chirurgicales sur le système respir	3	14	0.05861	0.02745
261	121 Infections et inflammations respiratoires, âge inférieur	3	8	0.05861	0.01569
262	123 Traumatismes thoraciques majeurs, âge supérieur à 69 ans	3	12	0.05861	0.02353
263	160 Autres interventions de chirurgie vasculaire	3	58	0.05861	0.11373
264	161 Amputations du membre inférieur, sauf des orteils, pour	3	37	0.05861	0.07255

265	162 Amputations pour troubles circulatoires portant sur le m	3	25	0.05861	0.04902
266	188 Troubles vasculaires périphériques, âge inférieur à 70 a	3	115	0.05861	0.22551
267	189 Athérosclérose coronarienne et autres affections sans pr	3	58	0.05861	0.11373
268	214 Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon,	3	78	0.05861	0.15295
269	226 Interventions réparatrices pour hernies et éventrations	3	69	0.05861	0.13530
270	230 Interventions réparatrices pour hernies et éventrations,	3	42	0.05861	0.08236
271	251 Ulcères gastro-duodénaux non compliqués, âge supérieur à	3	27	0.05861	0.05295
272	269 Interventions sur les voies biliaires, autres que les ch	3	22	0.05861	0.04314
273	297 Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les	3	28	0.05861	0.05491
274	338 Ostéomyélites	3	16	0.05861	0.03138
275	345 Maladies osseuses et arthropathies spécifiques, âge infé	3	71	0.05861	0.13923
276	352 Fractures, entorses, luxations et dislocations de l'avan	3	77	0.05861	0.15099
277	365 Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutan	3	8	0.05861	0.01569
278	373 Biopsies et excisions locales pour des affections non ma	3	312	0.05861	0.61181
279	452 Tumeurs des reins et des voies urinaires, âge supérieur	3	35	0.05861	0.06863
280	459 Signes et symptômes concernant les reins et les voies ur	3	50	0.05861	0.09805
281	466 Autres affections des reins et des voies urinaires, âge	3	39	0.05861	0.07648
282	501 Interventions pour affections de l'appareil génital masc	3	5	0.05861	0.00980
283	513 Interruptions tubaires par laparoscopie ou coelioscopie	3	26	0.05861	0.05098
284	526 Infections de l'appareil génital féminin	3	27	0.05861	0.05295
285	595 Antécédents d'affections malignes sans exploration endos	3	102	0.05861	0.20002
286	601 Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires	3	15	0.05861	0.02941
287	608 Fièvres d'étiologie indéterminée, âge de 18 à 69 ans san	3	35	0.05861	0.06863
288	609 Maladies virales, âge supérieur à 17 ans	3	50	0.05861	0.09805
289	630 Abus de drogues non éthyliques sans dépendance	3	3	0.05861	0.00588
290	640 Autres interventions pour blessures ou complications d'a	3	41	0.05861	0.08040
291	646 Traumatismes complexes, âge inférieur à 18 ans	3	25	0.05861	0.04902
292	659 Traumatismes multiples graves, sans C.M.A.S.	3	12	0.05861	0.02353
293	660 Brûlures non étendues avec greffe cutanée	3	38	0.05861	0.07452
294	669 Interventions chirurgicales avec autres motifs de recour	3	73	0.05861	0.14315
295	874 Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significati	3	1710	0.05861	3.35320
296	001 Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieu	2	2	0.03907	0.00392
297	008 Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et	2	37	0.03907	0.07255
298	021 Autres affections cérébro-vasculaires sans C.M.A.	2	29	0.03907	0.05687
299	042 Lésions traumatiques intracrâniennes sévères, âge inféri	2	5	0.03907	0.00980
300	072 Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge	2	42	0.03907	0.08236
301	076 Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge supér	2	32	0.03907	0.06275
302	079 Interventions sur les amygdales et les végétations adéno	2	13	0.03907	0.02549
303	084 Interventions sur la bouche sans C.M.A.	2	23	0.03907	0.04510

304	098 Otites moyennes et infections des voies aériennes supéri	2	29	0.03907	0.05687
305	102 Traumatismes et déformations du nez	2	67	0.03907	0.13138
306	133 Maladies pulmonaires interstitielles, âge inférieur à 70	2	17	0.03907	0.03334
307	168 Autres interventions sur le système circulatoire	2	35	0.03907	0.06863
308	192 Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge supéri	2	42	0.03907	0.08236
309	218 Libérations d'adhérences péritonéales, âge supérieur à 6	2	14	0.03907	0.02745
310	219 Libérations d'adhérences péritonéales, âge inférieur à 7	2	37	0.03907	0.07255
311	227 Interventions réparatrices pour hernies et éventrations	2	115	0.03907	0.22551
312	231 Interventions sur le rectum et l'anus autres que les rés	2	44	0.03907	0.08628
313	247 Tumeurs malignes du tube digestif, âge inférieur à 70 an	2	57	0.03907	0.11177
314	252 Ulcères gastro-duodénaux non compliqués, âge inférieur à	2	22	0.03907	0.04314
315	271 Cholécystectomies avec exploration de la voie biliaire p	2	13	0.03907	0.02549
316	275 Interventions diagnostiques sur le système hépato-biliai	2	.	0.03907	.
317	306 Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à	2	46	0.03907	0.09020
318	320 Autres interventions portant sur l'appareil musculo-sque	2	28	0.03907	0.05491
319	337 Entorses et luxations du bassin et de la hanche	2	9	0.03907	0.01765
320	342 Arthrites septiques	2	12	0.03907	0.02353
321	425 Troubles endocriniens, âge inférieur à 70 ans sans C.M.A	2	131	0.03907	0.25688
322	438 Interventions transurétrales, âge inférieur à 70 ans san	2	126	0.03907	0.24708
323	440 Interventions sur l'urètre, âge de 18 à 69 ans sans C.M.	2	5	0.03907	0.00980
324	457 Lithiases urinaires, âge supérieur à 69 ans et/ou C.M.A.	2	41	0.03907	0.08040
325	460 Signes et symptômes concernant les reins et les voies ur	2	32	0.03907	0.06275
326	470 Insuffisance rénale, avec dialyse	2	8	0.03907	0.01569
327	477 Prostatectomies transurétrales, âge supérieur à 69 ans e	2	112	0.03907	0.21963
328	505 Hystérectomies, âge supérieur à 69 ans et/ou C.M.A.	2	27	0.03907	0.05295
329	543 Grossesses ectopiques	2	66	0.03907	0.12942
330	580 Autres interventions au cours de lymphomes ou de leucémi	2	30	0.03907	0.05883
331	598 Maladies dues au V.I.H., avec décès	2	1	0.03907	0.00196
332	624 Maladies et troubles mentaux de l'enfance	2	8	0.03907	0.01569
333	861 Autres problèmes post-néonataux précoces	2	19	0.03907	0.03726
334	870 Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, sans problème majeur	2	23	0.03907	0.04510
335	004 Interventions sur le rachis et la moelle pour des affect	1	2	0.01954	0.00392
336	006 Libérations du canal carpien	1	88	0.01954	0.17256
337	025 Méningites virales	1	15	0.01954	0.02941
338	059 Hyphéma	1	11	0.01954	0.02157
339	060 Infections oculaires aiguës sévères	1	2	0.01954	0.00392
340	069 Exérèses de glandes salivaires	1	12	0.01954	0.02353
341	083 Interventions sur la bouche avec C.M.A.	1	3	0.01954	0.00588
342	101 Laryngo-trachéites	1	4	0.01954	0.00784

343	113 Interventions majeures sur le thorax	1	37	0.01954	0.07255
344	114 Autres interventions chirurgicales sur le système respir	1	8	0.01954	0.01569
345	126 Épanchements pleuraux, âge inférieur à 70 ans sans C.M.A	1	3	0.01954	0.00588
346	140 Signes et symptômes respiratoires, âge inférieur à 70 an	1	115	0.01954	0.22551
347	153 Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation ex	1	.	0.01954	.
348	154 Pontages aorto-coronariens avec cathétérisme cardiaque o	1	.	0.01954	.
349	159 Chirurgie majeure de revascularisation, âge inférieur à	1	36	0.01954	0.07059
350	163 Pose d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus	1	2	0.01954	0.00392
351	166 Remplacement ou ablation chirurgicale d'électrodes ou de	1	14	0.01954	0.02745
352	212 Résections rectales, âge inférieur à 70 ans sans C.M.A.	1	21	0.01954	0.04118
353	224 Appendicectomies non compliquées, âge supérieur à 69 ans	1	21	0.01954	0.04118
354	233 Autres interventions sur le tube digestif, âge supérieur	1	28	0.01954	0.05491
355	234 Autres interventions sur le tube digestif, âge inférieur	1	9	0.01954	0.01765
356	250 Ulcères gastro-duodénaux compliqués	1	28	0.01954	0.05491
357	253 Maladies inflammatoires de l'intestin	1	42	0.01954	0.08236
358	261 Autres affections digestives, âge inférieur à 18 ans	1	28	0.01954	0.05491
359	270 Interventions sur les voies biliaires, autres que les ch	1	10	0.01954	0.01961
360	272 Cholécystectomies avec exploration de la voie biliaire p	1	13	0.01954	0.02549
361	277 Autres interventions sur le système hépato-biliaire et p	1	1	0.01954	0.00196
362	291 Interventions sur le foie, le pancréas et les veines por	1	18	0.01954	0.03530
363	300 Amputations pour affections de l'appareil musculo-squele	1	5	0.01954	0.00980
364	309 Résections osseuses localisées et/ou ablation de matière	1	61	0.01954	0.11962
365	319 Autres interventions portant sur l'appareil musculo-sque	1	14	0.01954	0.02745
366	335 Fractures de la diaphyse, de l'épiphyse ou d'une partie	1	13	0.01954	0.02549
367	351 Fractures, entorses, luxations et dislocations de l'avan	1	40	0.01954	0.07844
368	364 Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutan	1	7	0.01954	0.01373
369	386 Affections dermatologiques sévères, âge supérieur à 69 a	1	22	0.01954	0.04314
370	387 Affections dermatologiques sévères, âge inférieur à 70 a	1	17	0.01954	0.03334
371	389 Tumeurs malignes des seins, âge inférieur à 70 ans sans	1	27	0.01954	0.05295
372	390 Affections non malignes des seins	1	24	0.01954	0.04706
373	423 Maladies métaboliques congénitales	1	9	0.01954	0.01765
374	426 Interventions pour affections endocriniennes, métaboliqu	1	3	0.01954	0.00588
375	430 Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie	1	33	0.01954	0.06471
376	431 Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie	1	5	0.01954	0.00980
377	437 Interventions transurétrales, âge supérieur à 69 ans et/	1	96	0.01954	0.18825
378	439 Interventions sur l'urètre, âge supérieur à 69 ans et/ou	1	5	0.01954	0.00980
379	453 Tumeurs des reins et des voies urinaires, âge inférieur	1	18	0.01954	0.03530
380	468 Interventions pour affections des reins et des voies uri	1	16	0.01954	0.03138
381	475 Interventions pelviennes majeures chez l'homme sans C.M.	1	57	0.01954	0.11177

382	481 Interventions sur les testicules pour des affections non	1	39	0.01954	0.07648
383	483 Circoncision, âge inférieur à 18 ans	1	33	0.01954	0.06471
384	494 Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin, âge sup	1	35	0.01954	0.06863
385	495 Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin, âge inf	1	3	0.01954	0.00588
386	496 Hypertrophie prostatique bénigne, âge supérieur à 69 ans	1	23	0.01954	0.04510
387	500 Autres affections de l'appareil génital masculin	1	26	0.01954	0.05098
388	510 Interruptions tubaires non endoscopiques pour des affect	1	9	0.01954	0.01765
389	514 Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malig	1	31	0.01954	0.06079
390	525 Tumeurs malignes de l'appareil génital féminin, âge infé	1	51	0.01954	0.10001
391	534 Affections du post partum ou du post abortum avec interv	1	11	0.01954	0.02157
392	569 Interventions pour affections du sang et des organes hém	1	3	0.01954	0.00588
393	576 Interventions pour affections myéloprolifératives et tum	1	7	0.01954	0.01373
394	579 Autres interventions au cours de lymphomes ou de leucémi	1	22	0.01954	0.04314
395	606 Infections post-opératoires et post-traumatiques	1	19	0.01954	0.03726
396	615 Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal	1	1	0.01954	0.00196
397	621 Troubles de la personnalité et du comportement avec réac	1	35	0.01954	0.06863
398	635	1	5	0.01954	0.00980
399	638 Interventions sur la main ou le poignet à la suite de bl	1	9	0.01954	0.01765
400	647 Réactions allergiques non classées ailleurs, âge supérie	1	36	0.01954	0.07059
401	653 Complications iatrogéniques non classées ailleurs, âge i	1	34	0.01954	0.06667
402	657 Interventions pour traumatismes multiples graves, sans C	1	10	0.01954	0.01961
403	664 Brûlures non étendues sans intervention chirurgicale	1	39	0.01954	0.07648
404	003 Craniotomies, âge inférieur à 18 ans	.	3	.	0.00588
405	007 Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et	.	10	.	0.01961
406	013 Affections et lésions du rachis et de la moelle	.	3	.	0.00588
407	026 Encéphalopathies hypertensives	.	2	.	0.00392
408	039 Interventions pour affections du système nerveux, avec C	.	6	.	0.01177
409	041 Lésions traumatiques intracrâniennes sévères, âge supéri	.	6	.	0.01177
410	044 Autres lésions traumatiques intracrâniennes, sauf commot	.	19	.	0.03726
411	050 Interventions primaires sur l'iris	.	4	.	0.00784
412	052 Autres interventions extra-oculaires, âge supérieur à 17	.	29	.	0.05687
413	053 Autres interventions extra-oculaires, âge inférieur à 18	.	6	.	0.01177
414	054 Autres interventions intra-oculaires	.	39	.	0.07648
415	061 Affections oculaires d'origine neurologique	.	17	.	0.03334
416	064 Autres affections oculaires, âge inférieur à 18 ans	.	14	.	0.02745
417	073 Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge	.	3	.	0.00588
418	078 Interventions sur les amygdales et les végétations adéno	.	5	.	0.00980
419	080 Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	.	2	.	0.00392
420	081 Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	.	7	.	0.01373

421	124 Traumatismes thoraciques majeurs, âge inférieur à 70 ans	.	6	.	0.01177
422	143 Interventions pour affections de l'appareil respiratoire	.	11	.	0.02157
423	172	.	6	.	0.01177
424	190 Athérosclérose coronarienne et autres affections sans pr	.	41	.	0.08040
425	193 Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge de 18	.	8	.	0.01569
426	217 Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum,	.	1	.	0.00196
427	220 Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon,	.	4	.	0.00784
428	221 Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon,	.	6	.	0.01177
429	222 Appendicectomies compliquées, âge supérieur à 69 ans et/	.	15	.	0.02941
430	276 Interventions diagnostiques sur le système hépato-biliai	.	2	.	0.00392
431	292 Interventions sur le foie, le pancréas et les veines por	.	7	.	0.01373
432	294 Interventions majeures multiples sur les genoux et/ou le	.	10	.	0.01961
433	298 Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les	.	11	.	0.02157
434	299 Parages de plaie et greffes de peau pour maladie de l'ap	.	4	.	0.00784
435	301 Interventions sur le rachis, âge supérieur à 69 ans et/o	.	4	.	0.00784
436	302 Interventions sur le rachis, âge inférieur à 70 ans sans	.	14	.	0.02745
437	303 Biopsies ostéo-articulaires	.	7	.	0.01373
438	307 Interventions sur le genou, âge supérieur à 69 ans et/ou	.	24	.	0.04706
439	316 Interventions sur la main et le poignet pour kyste synov	.	10	.	0.01961
440	375 Interventions plastiques	.	13	.	0.02549
441	407 Interventions pour obésité	.	33	.	0.06471
442	408 Interventions sur les parathyroïdes	.	3	.	0.00588
443	410 Interventions sur le tractus thyroïdologique	.	3	.	0.00588
444	411 Autres interventions pour troubles endocriniens, métabol	.	4	.	0.00784
445	412 Autres interventions pour troubles endocriniens, métabol	.	10	.	0.01961
446	432 Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie	.	15	.	0.02941
447	435 Autres interventions sur la vessie à l'exception des int	.	13	.	0.02549
448	436 Autres interventions sur la vessie à l'exception des int	.	5	.	0.00980
449	442 Autres interventions sur les reins et les voies urinaire	.	31	.	0.06079
450	461 Signes et symptômes concernant les reins et les voies ur	.	4	.	0.00784
451	462 Rétrécissement urétral, âge supérieur à 69 ans et/ou C.M	.	8	.	0.01569
452	463 Rétrécissement urétral, âge inférieur à 70 ans sans C.M.	.	6	.	0.01177
453	467 Autres affections des reins et des voies urinaires, âge	.	11	.	0.02157
454	474 Interventions pelviennes majeures chez l'homme avec C.M.	.	17	.	0.03334
455	476 Interventions sur le pénis	.	4	.	0.00784
456	478 Prostatectomies transurétrales, âge inférieur à 70 ans s	.	64	.	0.12550
457	479 Interventions sur les testicules pour des tumeurs malign	.	7	.	0.01373
458	482 Circoncision, âge supérieur à 17 ans	.	13	.	0.02549
459	484 Autres interventions pour tumeurs malignes de l'appareil	.	4	.	0.00784

460	485 Autres interventions pour des affections non malignes de	.	4	.	0.00784
461	497 Hypertrophie prostatique bénigne, âge inférieur à 70 ans	.	5	.	0.00980
462	508 Interventions sur le système utéro-annexiel pour des tum	.	22	.	0.04314
463	516 Autres interventions sur l'appareil génital féminin	.	9	.	0.01765
464	528 Interventions pour affections de l'appareil génital fémi	.	11	.	0.02157
465	533 Accouchements par voie basse avec autres interventions	.	5	.	0.00980
466	566 Interventions sur la rate, âge supérieur à 17 ans	.	4	.	0.00784
467	567 Interventions sur la rate, âge inférieur à 18 ans	.	3	.	0.00588
468	581 Interventions majeures pour affections myéloproliférativ	.	3	.	0.00588
469	582 Interventions majeures pour affections myéloproliférativ	.	12	.	0.02353
470	585 Chimiothérapie pour leucémie aiguë	.	11	.	0.02157
471	591 Lymphomes ou leucémies, âge inférieur à 18 ans	.	4	.	0.00784
472	599 Maladies dues au V.I.H., âge inférieur à 13 ans	.	2	.	0.00392
473	636 Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures	.	9	.	0.01765
474	637 Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures	.	2	.	0.00392
475	642 Interventions pour traumatismes, allergies et empoisonne	.	8	.	0.01569
476	648 Réactions allergiques non classées ailleurs, âge inférie	.	6	.	0.01177
477	656 Interventions pour traumatismes multiples graves, avec C	.	1	.	0.00196
478	658 Traumatismes multiples graves, avec C.M.A.S.	.	3	.	0.00588
479	661 Brûlures non étendues avec parages de plaie ou autres in	.	5	.	0.00980
480	662 Brûlures avec transfert précoce vers un autre établissem	.	2	.	0.00392
481	663 Brûlures étendues	.	9	.	0.01765
482	670 Rééducation	.	8	.	0.01569
483	673 Suivi thérapeutique avec antécédent d'affections maligne	.	7	.	0.01373
484	862 Transferts précoces de nouveau-né vers un autre établiss	.	25	.	0.04902
485	864 Nouveau-nés de moins de 1000 g, sortis en vie	.	1	.	0.00196
486	866 Nouveau-nés de 1000 g à 1499 g, sortis en vie	.	5	.	0.00980
487	867 Nouveau-nés de 1500 g et plus, décédés	.	1	.	0.00196
488	869 Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, avec problème majeur	.	16	.	0.03138

Les GHM qui sont en “ gras ” sont les GHM pour lesquels la durée de séjour des patients précaires est significativement supérieure à celle des patients non-précaires (cf. §3.2.2.3) ceux qui sont en “ grisé ” sont significativement plus coûteux.

5.7 BIBLIOGRAPHIE

- EPSTEIN AM, STERN RS, TOGNETTI J, BEGG CB, HARTLEY RM, CUMELLA E Jr, AYANIAN JZ, 1988, *The association of patient's socioeconomic characteristics with the length of hospital stay within diagnosis-related groups*, New england Journal of Medicine, 318(24): 1579-85
- EPSTEIN AM, STERN RS, WEISSMAN JS, 1990, Do the poor cost more? A multihospital study of patient's socioeconomic status and use of hospital resources.", New england Journal of Medicine, 322(16): 1122-8
- CLOZON M.-C, E. AZOURY. A. DUCHAINE, et al., 1997, Impact des facteurs sociaux sur les durées de séjours dans les hôpitaux, Rapport du Centre d'étude interdisciplinaire en économie de la santé, Bruxelles.
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, 1998, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.
- MARCHAND BUTTIN F., PATTE D., BRODIN M., 1998, "Etude sur les dispositifs hospitaliers de prise en charge des patients en situation de précarité", document de travail DGS/DH/DAS, 63p.
- LECOMTE T., MIZRAHI A., MIZRAHI A., 1997, *Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux*, Solidarité santé, 2:65-75
- CREDES (N. Grandfils, P. Le Fur, A et A Mizrahi), Santé, soins et protection sociale en 1994. Rapport sur l'enquête sur la santé et la protection sociale