

Synthèse

L'analyse de l'activité hospitalière

2012

Avant-propos

Le recueil de l'information des établissements de santé, cœur de métier de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), donne lieu à différentes formes de restitution comme cette analyse de l'activité hospitalière. Réalisée chaque année, elle vise à éclairer les acteurs de santé en offrant une vision globale des financements des établissements et de leur activité comparée à celle des années précédentes.

L'étude commence par le suivi des financements par l'assurance maladie de 2012 des établissements de santé, d'un montant d'environ 74 milliards d'euros annuels. Les évolutions annuelles des masses financières en jeu sont présentées en distinguant le secteur public et privé à but non lucratif et le secteur privé commercial.

Au-delà des dépenses, l'intérêt est de définir la nature des activités et sa traduction en profils de patients, pathologies, modes prise en charge, niveau de sévérité... Au vu de ces éléments, les singularités des établissements publics et privés peuvent être décelées.

Les activités sont détaillées par champ hospitalier : court-séjour en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et réadaptation (SSR) et psychiatrie. Les informations sont présentées sous forme de fiches selon le type d'hospitalisation, les diagnostics, l'âge des patients, la région, etc.

Ce rapport propose une photographie de l'activité des établissements de santé en 2012 et la compare avec celle des années passées. Ainsi, les tendances confirment notamment le développement de la chirurgie ambulatoire, le dynamisme des établissements spécialisés en HAD et en SSR.

Suivi des financements

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le parlement fixe l'ensemble des financements versés par l'assurance maladie pour le système de soins : médecine de ville, établissements de santé, médico-social, etc.

Cet objectif se décline en six sous objectifs dont deux concernent les établissements de santé qu'ils soient publics ou privés :

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

Après neutralisation des transferts de certains crédits de la dotation MIGAC vers le fonds d'intervention régional (FIR) effectif au 1^{er} mars 2012, le suivi conjoncturel des financements versés par l'assurance maladie en 2012 aux établissements de santé conduit au bilan suivant :

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

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

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

Médecine, chirurgie, obstétrique

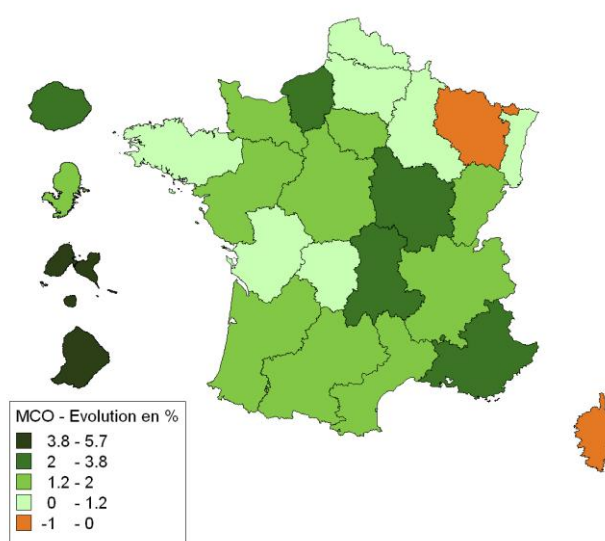
L'activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) est diverse, couvrant à la fois l'hospitalisation, la prise en charge ambulatoire et l'activité externe. Elle est décrite selon différentes modalités que sont les séjours, la journée, les séances et les actes.

L'étude détaillée de l'activité hospitalière de MCO porte exclusivement sur l'activité d'hospitalisation et plus précisément sur les séjours et les séances. Ces deux modalités relevant de prises en charge très différentes, seules les hospitalisations hors séances sont présentées ci-après. Les séances font l'objet d'une analyse propre (cf. page 8).

En 2012, 12,1 millions de patients ont été hospitalisés générant ainsi 17,3 millions de séjours d'hospitalisation dont 63% réalisés par les établissements du secteur ex-DG.

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

Évolution 2011/2012 du nombre de séjours



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

La croissance du nombre de séjours liée à ceux des patients de 65 ans et plus

Deux séjours sur trois (65%) concernent des patients âgés de moins de 65 ans, dont 31% ceux âgés de 40-64 ans.

Entre 2011 et 2012, les séjours des patients âgés de plus de 65 ans progressent de +3,8%.

Le nombre de séjours augmente plus rapidement pour les patients appartenant à la tranche d'âge des 65-69 ans et des plus de 80 ans (tendance également observable dans chacun des deux secteurs pris séparément).

Pour les 65-69 ans, la croissance s'explique par l'entrée des personnes nées la deuxième année du « baby-boom » dans cette tranche d'âge. Par conséquent, les séjours des patients âgés de plus de 65 ans expliquent la majorité de la croissance de l'activité hospitalière. La croissance est également très marquée pour les personnes âgées de plus de 80 ans. Ce résultat est certes lié au phénomène de vieillissement de la population, mais également à une évolution des pratiques de soins et des pathologies sur cette tranche de population.

La baisse du poids de l'hospitalisation complète, conséquence de la progression de l'ambulatoire

L'hospitalisation complète représente 63% des séjours et la prise en charge ambulatoire 37%. La répartition de ces deux modes de prise en charge est cependant très différente selon le secteur de financement. L'activité des cliniques ex-OQN concentre une part bien plus importante de séjours réalisés en ambulatoire que les établissements du secteur ex-DG (52% des séjours pris en charge en ambulatoire pour le secteur ex-OQN contre 28% pour le secteur ex-DG).

Les séjours réalisés en ambulatoire progressent le plus rapidement. Cette croissance est quasiment identique dans chacun des secteurs de financement. Cette augmentation contribue ainsi à la majeure partie de la croissance des séjours d'hospitalisation. Même si les séjours en hospitalisation complète augmentent, le rythme de croissance demeure bien inférieur.

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

La médecine, c'est-à-dire les séjours sans acte classant (avec ou sans nuitée), comptabilise environ 7 millions de séjours, soit 41% de l'activité hospitalière. Cette part est bien plus importante pour l'activité des établissements du secteur ex-DG (57%) que pour celles des cliniques du secteur ex-OQN (15%).

Entre 2011 et 2012, les séjours de médecine progressent de +1,0%, ce qui est inférieur à l'augmentation globale de l'activité (+1,4%). La croissance de la médecine est identique dans les deux secteurs de financement.

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

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

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

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

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

En 2012, 5,4 millions de séjours concernent l'activité de chirurgie, soit 31% de l'activité. Cette proportion est bien plus importante pour l'activité des établissements du secteur ex-OQN (49%) que pour celle des établissements du secteur ex-DG (21%).

Entre 2011 et 2012, le nombre de séjours réalisés en chirurgie a augmenté de +1,6%. Cependant, cette progression est très différente selon les secteurs : +2,6% pour l'ex-DG et +0,9% pour l'ex-OQN.

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

Sur les 208 racines chirurgicales (hors obstétrique), 21 racines concentrent la moitié de l'activité, et 60 racines 80%. La racine qui possède le plus de séjours de chirurgie et qui contribue le plus à la croissance globale est celle des **interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie (02C05)**.

La diminution des séjours d'obstétrique et des nouveau-nés des cliniques du secteur ex-OQN

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

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

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

Plus de la moitié des séjours d'obstétrique est regroupée dans deux racines : les nouveau-nés de 3 300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1) (15M05), concentrant 37% de séjours d'obstétrique et les accouchements uniques par voie basse chez une multipare (14Z14), représentant 18,4% des séjours d'obstétrique.

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

En 2012, les techniques peu invasives représentent 17% de l'activité hospitalière, soit 2,8 millions de séjours. Si cette catégorie présente presque 30% de l'activité des cliniques ex OQN, elle n'atteint pas 10% de l'activité des établissements ex DG.

Entre 2011 et 2012, la croissance des séjours des techniques peu invasives est de +3,2%. Le dynamisme de cette activité s'observe principalement dans les établissements du secteur ex DG (5,8% versus +1,7% pour le secteur ex-OQN).

La classification de cette activité s'effectue au sein de 56 racines, seules trois d'entre elles concentrant la moitié de l'activité globale :

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

Neuf des 56 racines représentent 80% de l'activité des techniques peu invasives.

Avec une évolution du nombre de séjours supérieur à +3%, les **endoscopies digestives** réalisées en **ambulatoire** (06K04) et les **affections de la bouche et des dents** (03K02) expliquent plus de 45% de la croissance de ces séjours en 2012.

L'augmentation des séjours de niveaux de sévérités lourdes

80% des séjours hors séances sont associés à un niveau de sévérité 1, 2, 3, 4, J ou T. Ainsi, les séjours classés dans des racines découpées selon la sévérité des prises en charge représentent 13,8 millions de séjours. 27% des séjours sont des séjours sans sévérité. 22% des séjours sont pris en charge en ambulatoire, cette part variant selon les établissements : 11% pour ceux du secteur ex-DG vs 42% pour ceux du secteur ex-OQN. Cette disparité est liée à la différence du poids de la prise en charge en ambulatoire entre les deux secteurs.

La croissance des séjours des niveaux de sévérité lourde (niveaux 3 et 4) est supérieure à +8%. Cette tendance est observable depuis quelques années et modifie progressivement la répartition des séjours par niveaux de sévérité, le poids des séjours sans sévérité diminuant. Cette diminution est également accentuée par un transfert vers les prises en charge en ambulatoire.

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

Hors séances, les trois CMD qui regroupent le plus de séjours dans l'ensemble des deux secteurs sont les :

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

Toutefois, dans les cliniques ex OQN, les séjours des affections de l'œil (CMD 02) sont plus nombreux que ceux des affections de l'appareil circulatoire (CMD 5) qui n'arrivent qu'en cinquième position.

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

Les séances et forfaits de dialyse

10,6 millions de séances et forfaits de dialyse pour 400 000 patients ont été réalisées en 2012.

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

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

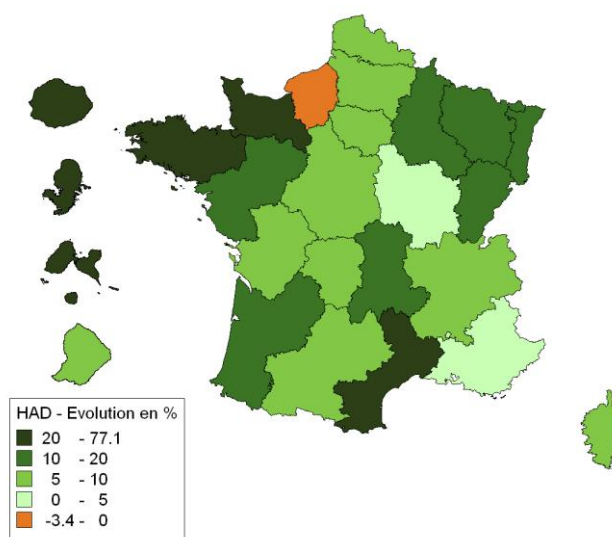
L'activité de dialyse a représenté 6,2 millions de séances dont 3,5 millions de séances ont été réalisées en centre. Globalement, trois séances sur quatre sont prises en charge par un établissement du secteur ex-QQN.

Hospitalisation à domicile : une activité en forte croissance pour des patients à l'état de santé de plus en plus fragile

En 2012, 103 000 patients ont bénéficié de soins en hospitalisation à domicile (HAD) générant 4 millions de journées effectuées à part égale dans les établissements ex-DG et ceux du secteur ex-OQN.

Depuis 2007, l'activité d'HAD est en hausse, le nombre de journées ayant presque doublé en six ans. En 2012, le nombre de journées a progressé de presque +11%.

Évolution 2011/2012 du nombre de journées



Deux modes de prise en charge principaux se partagent près de la moitié de ces journées : les « Soins palliatifs » (26,4%) et les « Pansements complexes et soins spécifiques » (23,5%), viennent ensuite les « Soins de nursing lourds » (9%).

Les prises en charge d'HAD se font principalement suite à un transfert ou une mutation après une hospitalisation en MCO, le patient restant, en majorité, chez lui après une hospitalisation à domicile. 40% des journées concernent des patients âgés de plus de 75 ans, l'activité pour cette tranche d'âge augmentant plus vite que la tendance (+15% versus +11%).

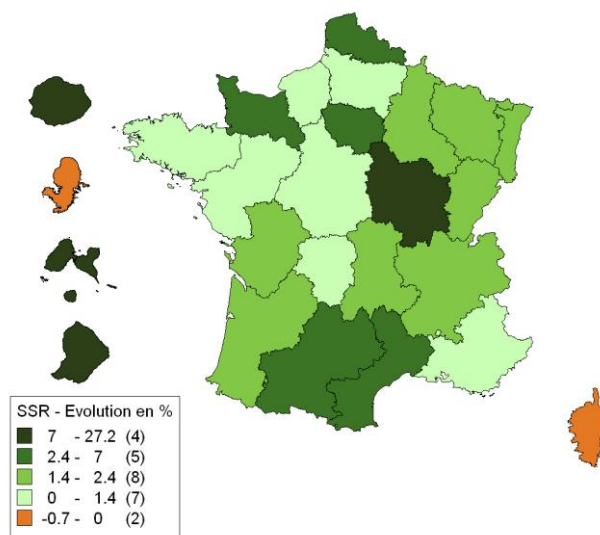
En termes d'état général de santé mesuré par l'indice de Karnofsky (IK) (0% correspondant au décès et 100% à un état de santé normal), près de la moitié des journées concernent des patients ayant un IK à 30% ou 40%. Les journées présentant un IK à 20% et à 30% ont une croissance très rapide (entre +21% et +31%).

Soins de suite et de réadaptation : vers une meilleure caractérisation médicale et économique des prises en charge

Près de 950 000 patients ont eu recours à une prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR) en 2012. Cette activité a généré 35,8 millions de journées, dont les deux tiers réalisés par des établissements ex-DG.

Les journées ont progressé de +2% par rapport à 2011, progression positive sur l'ensemble des régions en dehors de la Corse et de la Martinique.

Évolution 2011/2012 du nombre de journées



Le nombre moyen de journées réalisé par patient est similaire dans les deux secteurs (36 jours) et 92% de l'activité correspond à de l'hospitalisation complète.

Les personnes âgées sont les plus concernées par ces soins puisque les journées des patients de plus de 80 ans représentent presque 40% de l'activité et augmentent plus vite que la tendance (+5%).

Jusqu'en 2012, les soins de suite et de réadaptation sont décrits en groupe de morbidités dominantes (GMD). Selon cette classification, les catégories majeures cliniques les plus importantes sont les « Affections du système ostéoarticulaire non traumatiques et traumatiques » (33%) et les « Affections du système nerveux » (21%).

Depuis 2013, une nouvelle classification en groupe médico-économique (GME) permet d'optimiser la caractérisation médicale et économique des prises en charge. La description de l'activité 2012 en GME identifie les « Arthroses du genou avec implant articulaire » (9,4%) et les « Accidents vasculaires cérébraux » (8,8%) comme groupes nosologiques les plus courants.

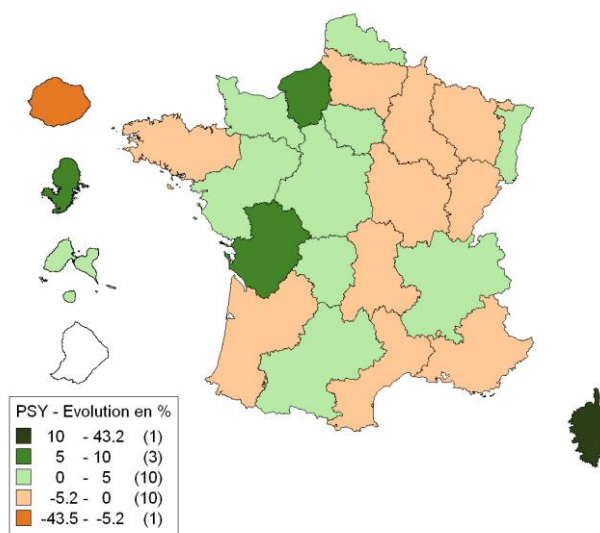
En complément, pour caractériser l'activité, le codage des mentions spécialisées est désormais obligatoire. En 2012, la majorité des journées de SSR (43%) sont sans mention spécialisée. Les trois mentions les plus courantes sont les affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance ; les affections de l'appareil locomoteur ; et enfin les affections du système nerveux.

Psychiatrie : stabilité des journées d'hospitalisation

En 2012, 430 000 patients ont été soignés en psychiatrie générant 26 millions de journées. Les établissements sous dotation annuelle de financement (DAF) réalisent 82% de ces journées auxquelles s'ajoutent 18 millions d'actes en ambulatoire pour 1,8 millions de patients.

Le nombre de journées d'hospitalisation reste **stable** entre 2011 et 2012 alors que l'activité ambulatoire augmente de +3,4%.

Évolution 2011/2012 du nombre de journées



Les deux tiers des journées d'hospitalisation sont réalisées en hospitalisation complète dont 92% à temps plein. 18,6% de ces journées sont réalisées sans consentement et 1,9% en isolement thérapeutique.

Les diagnostics principaux « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » et « Troubles de l'humeur » sont les deux plus courants : une journée sur deux en hospitalisation et un acte sur trois en ambulatoire.

Synthèse

L'analyse de l'activité hospitalière

2012
