



**L'ACTIVITE DES CHU DANS LE PMSI :
PEUT-ON ISOLER L'ACTIVITE
SPECIFIQUE DES CHU ?**

(VERSION 2, MAI 2009)

**AGENCE TECHNIQUE
DE
L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION**

Sommaire

Liminaire	6
Introduction	6
Synthèse de l'étude	9
1. La version 11 des GHM n'a pas l'effet attendu sur les CHU	13
1.1. Gains et pertes ne seront connus qu'avec le codage 2009.....	13
1.2. L'effet des 4 niveaux est d'abord une redistribution interne.....	14
1.3. La part CH des CHU est la part prépondérante de leur activité	14
1.4. Sévérité des cas et CHU.....	15
1.5. Les cas « standards » coûtent naturellement plus chers dans un CHU.....	16
2. Analyse de la part « volume »	17
3. Analyse de l'activité faite à plus de 75% dans les CHU	23
4. Vers une typologie des CHU à travers la spécificité de leur activité	30
4.1. Méthodologie	30
4.2. Résultats	31
4.3. Valorisation de l'activité spécifique des CHU	38
4.4. Synthèse sur l'activité spécifique des CHU	41
4.5. A la recherche des actes et des pathologies spécifiques des CHU	44
4.6. Vers une typologie des CHU.....	45
5. Analyse de la sévérité par tranche d'âge	46
6. Y a-t-il une activité « préférence CHU » ?	53
7. Part des actes « innovants » de la CCAM	63
Conclusion	67
<i>Annexe 1 : construction de la liste « activité spécifique des CHU »</i>	<i>68</i>
<i>Annexe 2 : taux de fuite pour chaque territoire de CHU</i>	<i>70</i>
<i>Annexe 3 : part de l'activité « spécifique des CHU »</i>	<i>71</i>
<i>Annexe 4 : taux de RSA correspondant à des surveillance de greffe pour chaque CHU</i>	<i>72</i>
<i>Annexe 4bis : répartition des séjours sans nuitée par type de GHM par établissement</i>	<i>73</i>
<i>Annexe 6 : liste des activités « préférence CHU »</i>	<i>79</i>
<i>Annexe 7 : liste des actes innovants (en phase de diffusion en 2007)</i>	<i>83</i>

L'activité des CHU lue à travers le PMSI Peut-on isoler l'activité spécifique des CHU ?

Liminaire

Toutes les analyses faites dans ce rapport sont réalisables grâce au PMSI dans le champ MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) qui présente une très bonne exhaustivité parce que les données recueillies servent au financement des établissements via la T2A (tarification à l'activité) ; ces études auraient été impossibles il y a quelques années.

Néanmoins, les résultats appellent un certain nombre de questions qui justifient la poursuite de l'analyse et tout jugement hâtif serait préjudiciable aux résultats déjà obtenus. Ils visent une analyse macroscopique de la situation qui traduit une réalité, c'est l'analyse microscopique qui permettrait de comprendre de quoi est faite cette réalité comme une image numérique dont la vision macroscopique peut être parfaite et dont la vision microscopique permet d'analyser les pixels manquants.

Introduction

L'activité des CHU a souvent été identifiée comme étant celle qui est effectuée à plus de 75% dans les CHU. Il est donc intéressant de vérifier si cette partition est efficace et où se fait la part hors CHU. En cas d'efficacité limitée, on recherchera d'autres marqueurs de la spécificité des CHU.

Le groupe des CHU correspond à des établissements qui diffèrent entre eux au moins par leur taille et le nombre de séjours annuel qui va de 867 662 RSA pour l'AP-HP à 32 742 RSA pour le CHR de la Réunion (année 2007 hors séances¹), mais il est intéressant de vérifier s'ils ont des *case-mix* similaires qu'il s'agisse de la part « volume » ou de la part « spécifique CHU » avec les CH. C'est la raison pour laquelle une analyse comparative est faite à la fois sur la part « volume » qui traduit, pour une bonne part, l'activité « CH » (de proximité) des CHU et à la fois sur la part « spécifique » des CHU selon les différents modes de repérage. Il est évident que quelques gros CH ont des volumes d'activité supérieurs à ceux des plus petits CHU, que ce soit en métropole ou dans les DOM.

Il est également intéressant de comparer l'activité des CHU, via leur *case-mix* avec les autres types d'établissements (PSPH ou privé commercial²) ; quelques PSPH ont des taux d'activité « spécifique CHU » très élevés et quelques établissements privés commerciaux prennent en charge des activités spécifiques des CHU.

Néanmoins, les CHU gardent un caractère commun quand on compare les *case-mix* d'un point de vue macroscopique : quelle que soit leur taille, ce sont les établissements qui ont le plus grand nombre d'activités repérées par le nombre de racines de GHM³ comme on le verra dans le chapitre consacré à la part volume de l'activité.

Cette étude ne concerne que les établissements faisant partie de la liste des CHU, elle ne concerne pas les services CHU présents dans certains CH ou des établissements ayant passé des conventions avec des CHU pour certaines activités.

¹ La totalité des analyses faite pour cette étude est faite sans la CMD 28 des séjours en séances pour les raisons suivantes :

- le nombre de séjours très important a tendance à lisser les différences recherchées,
- le mode de recueil est variable (un RSA pour X séances avec des dates de séjour qui ne reflètent pas la durée ou un RSA par séance) ,
- il s'agit d'activités comparables dans les différents types d'établissements quand elles sont faites.

² Le terme « privé commercial » a été préféré au terme de « privé lucratif » pour nommer les établissements ex-OQN.

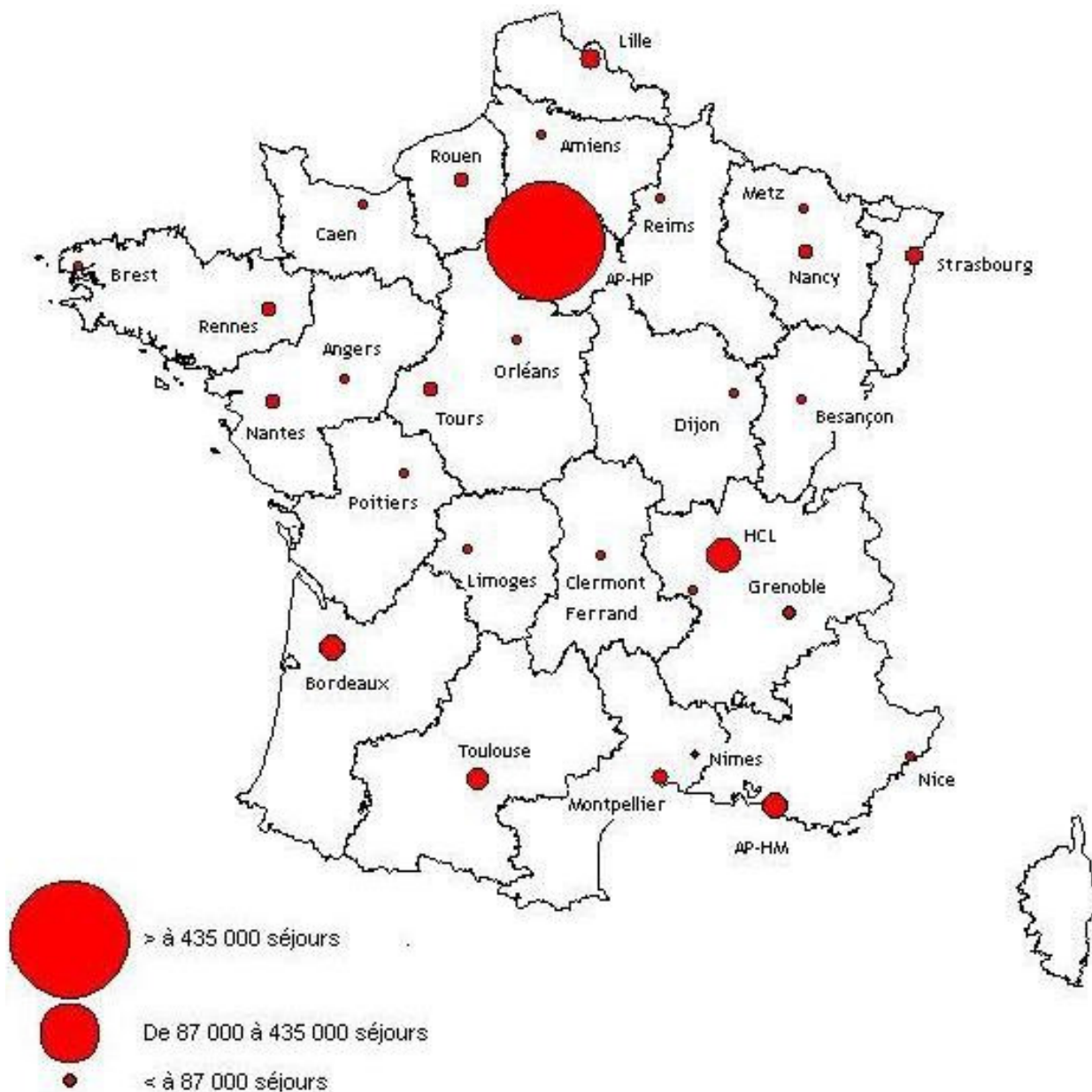
³ Ce mode de repérage exclut les niveaux de sévérité.

On trouvera successivement dans ce rapport :

- ◆ Le chapitre 1 qui reproduit la partie de la note sur l'effet V11 dans les CHU qui explique le choix des études faites dans ce rapport.
- ◆ Le chapitre 2 qui décrit les 20 activités les plus fréquentes et le nombre d'activités couvrant 80% de l'activité, dans chaque type d'établissements, pour avoir une idée de celles qui génèrent les gros volumes dans les CHU et les comparer avec celles des établissements non CHU.
- ◆ Le chapitre 3 qui cherche à démontrer qu'on ne peut pas limiter la spécificité des CHU à l'activité faite à plus de 75% dans les CHU et analyser cette part d'activité quand elle est faite hors CHU.
- ◆ Le chapitre 4 qui vise à définir ce que pourrait être la spécificité des CHU et se servir des activités retenues pour situer les CHU par rapport aux autres types d'établissements et entre eux.
- ◆ Le chapitre 5 qui s'intéresse à la sévérité, indépendamment de l'activité, à travers la nouvelle description des quatre niveaux de la version 11 des GHM. Cette sévérité est croisée avec les tranches d'âge pour rechercher ce qui peut être une part de la spécificité des CHU.
- ◆ Le chapitre 6 qui s'intéresse à l'activité qui se fait plus dans les CHU qu'ailleurs. Les CHU représentant 25% des séjours (hors séances), toute activité qui se fait à un taux supérieur se fait préférentiellement dans les CHU, même si on ne peut pas parler de spécificité. On se propose d'explorer les activités qui se font à plus de 50% dans les CHU, puis celles qui se font à plus de 40%.
- ◆ Le chapitre 7 qui explore les actes « innovants » de la CCAM pour affiner la comparaison des CHU entre eux.

La carte ci-dessous permet de situer les CHU et d'apprécier leur importance en volume, tout l'objet des études produites pour ce rapport sera de montrer la relation volume/activité spécifique pour ce groupe d'établissements.

Nombre de séjours par CHU en 2007 (Hors CMD 28)



Synthèse de l'étude

La synthèse reprend les différents chapitres de ce rapport, mais il paraît utile de commencer par rappeler le liminaire de la première page qui reste complètement d'actualité au moment où la majeure partie des travaux est effectuée :

« Toutes les analyses faites dans ce rapport sont réalisables grâce au PMSI dans le champ MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) qui présente une très bonne exhaustivité parce que les données recueillies servent au financement des établissements via la T2A (tarification à l'activité) ; ces études auraient été impossibles il y a quelques années.

Néanmoins, les résultats appellent un certain nombre de questions qui justifient la poursuite de l'analyse et tout jugement hâtif serait préjudiciable aux résultats déjà obtenus. Ils visent une analyse macroscopique de la situation qui traduit une réalité, c'est l'analyse microscopique qui permettrait de comprendre de quoi est faite cette réalité comme une image numérique dont la vision macroscopique peut être parfaite et dont la vision microscopique permet d'analyser les pixels manquants. »

Quand on explore les 20 activités (définies par les racines de GHM de la version 11) les plus fréquentes (**chapitre 2**) entre les CHU, les CH, les PSPH et le privé commercial⁴, on constate qu'une bonne partie de l'activité des CHU et des CH est très comparable, mais ces vingt activités ont une part qui caractérise les deux types d'établissements (respectivement 27,71% et 34,17%).

Ce qui caractérise les CHU, les CH et les PSPH d'une part et le privé commercial d'autre part, c'est le poids de la CMD 23⁵ (autres motifs de soins) dans le secteur ex-DGF. C'est, pour une bonne part, le reflet de la « permanence des soins » et de suivis médicaux de pathologies chroniques, mais le sujet des séjours frontières entre soins externes et hospitalisation n'est pas totalement épuisé.

Dans les quatre types d'établissements, on constate le poids de l'obstétrique dans son versant « normalité », auquel il faut ajouter les césariennes, les surveillances de grossesses pathologiques et les IVG qui, elles, ne manquent que dans les 20 activités les plus fréquentes du secteur ex-OQN. Si les vingt activités les plus fréquentes des CHU et CH sont très majoritairement médicales, celle des ex-OQN est majoritairement chirurgicale et celle des PSPH représente une situation intermédiaire.

Ce qui caractérise le mieux le groupe des CHU, c'est le fait qu'ils prennent en charge le plus grand nombre d'activités différentes comme le montre l'analyse du nombre de racines de GHM couvrant 80% de l'activité des établissements.

Quand on s'intéresse aux activités qui se pratiquent dans plus de 75% des cas dans les CHU (**chapitre 3**), les activités qui apparaissent spécifiques des CHU correspondent à 2,14% de leur activité et peuvent être regroupées de la manière suivante :

- les transplantations,
- la neurochirurgie intracrânienne et les embolisations de vaisseaux intracrâniens,
- la correction des grandes malformations congénitales,
- les grands brûlés.

Parmi ces activités, quelques racines de GHM n'apparaissent pas (transplantation pulmonaire et chirurgie cardiaque des moins de 2 ans par exemple) parce que des établissements non CHU, mais spécialisés, en font plus de 25%. C'est la raison pour laquelle une liste « d'activités CHU » plus étendue

⁴ Les CLCC ont une activité trop spécifique pour faire partie de cette comparaison.

⁵ La CMD 23 est la catégorie majeure qui correspond à tous les séjours qui ne peuvent pas être classés dans une autre CMD en raison de l'imprécision du DP (qui peut être due à la conception de certains codes de la CIM) ou de l'impossibilité d'affecter un symptôme ou un diagnostic à une CMD et une seule. A quelques exceptions près, on ne devrait pas avoir beaucoup de séjours thérapeutiques (qui sous-entendent un diagnostic précis) : leur présence trop nombreuse est un indicateur d'imprécision de codage du DP.

(faite à dire d'experts) est utilisée pour déterminer un taux d'activité qui permet de comparer les CHU entre eux (**chapitre 4**).

La comparaison de « l'activité spécifique CHU » entre les CHU et les autres types d'établissements peut paraître faussée par la sélection très chirurgicale puisque cette part n'est pas majoritaire dans les CHU et les CH et qu'elle est beaucoup plus fréquente dans les PSPH et majoritaire dans les établissements privés commerciaux, mais ce n'est pas un obstacle à la comparaison des CHU entre eux.

La sélection d'activités médicales spécifiques des CHU est difficile parce que la lourdeur médicoéconomique sélectionne des pathologies chroniques plus gériatriques et donc plus fréquentes dans les CH que les CHU. Parmi les activités médicales retenues dans la liste CHU, il y a les surveillances de greffes d'organes parce qu'elles sont liées à l'activité de transplantation, mais la différence de prise en charge complique la comparaison des CHU entre eux. Quand on supprime les séjours pour surveillance de greffe, le taux de séjours correspondant à l'activité spécifique des CHU va de 6,22% pour le CHU de Lille (20,91% des journées) à 1,87% pour le CHU de Nîmes (5,68% des journées) en passant par 3,49% pour l'AP-HP (13,10% des journées), avec une moyenne pour l'ensemble des CHU de 4,31% contre 5,49% avec les surveillances de greffe.

L'AP-HP se situe souvent là où on ne l'attend pas parce que son taux d'activité « proximité » est plus important que dans beaucoup d'autres CHU (14 sites ont un taux inférieur à 1% dont 11 ont un taux nul d'activités spécifiques des CHU). Quand on regarde quelle part d'activité spécifique des CHU (sans les surveillances de greffe) revient à chaque établissement de cette catégorie, l'AP-HP n'en reste pas moins l'établissement qui se place en 1^{er} avec 19,27% des séjours, les HCL se plaçant en 2^{ème} avec 6,66% et le CHU de Bordeaux en 3^{ème} avec 5,62%.

Le sujet du chapitre 4 était bien d'arriver à une typologie des CHU, mais il semble qu'il faille trouver quelques critères supplémentaires pour apporter une réponse à cette demande. Le fait que les objectifs sur l'utilisation de ce classement ne soient pas clairement connus représente une difficulté supplémentaire.

On constate qu'il y a un groupe d'établissements qui est systématiquement en bas des différents tableaux de résultats parce qu'ils ont un taux plus faible d'activité spécifique (au sens de la définition faite dans ce rapport), qu'il en est de même pour le volume d'activité, qu'ils sont sur des territoires qui ont des taux de fuite plus importants.

Pour tous les autres, le taux d'activités spécifiques CHU doit être analysé en fonction de la « concurrence » quel que soit le secteur ou le type d'établissements : les très gros établissements comme l'AP-HP et les HCL ont des taux d'activités spécifiques CHU plus faibles que les CHU qui ont une offre importante de la concurrence sur le champ « activités de proximité » qu'il s'agisse de gros CH ou d'un secteur privé commercial bien implanté.

L'exploration des niveaux de sévérité, indépendamment de l'activité pratiquée et pour la totalité des activités qui sont scindées en quatre niveaux (**chapitre 5**), permet de constater des différences dans les trois types d'établissements analysés (CHU, CH, privé commercial). Le taux de niveau 1 décroît avec l'âge de manière très semblable entre les trois types d'établissement. Les niveaux 2 et 3 sont globalement plus nombreux dans le secteur public, surtout pour les tranches d'âge les plus faibles, mais avec des taux très supérieurs dans les CHU pour les tranches d'âges inférieures à 40 ans. Quand au niveau 4, le taux est le plus élevé dans les CHU (mais le volume est plus important dans les CH) qui ont quasiment l'exclusivité des niveaux 4 en dessous de 20 ans⁶.

Le **chapitre 6** propose d'étendre l'étude à l'activité préférentiellement faite dans les CHU, mais dont la spécificité est difficile à définir. Plus on augmente la part d'activité des CHU, plus le classement des CHU, à quelques atypies près, ressemble à ce qui est attendu en fonction de leurs

⁶ Cette analyse ne comprend pas la néonatalogie qui a des niveaux de sévérité différents, mais on sait que les réanimations néonatales sont majoritairement dans les CHU.

volumes d'activité et de leur renommée, mais on intègre un fort taux d'activités de très courte durée. C'est pourquoi, les DMS, si elles traduisent une spécificité faite d'un faible taux d'activité lourde et d'un fort taux d'activité de courte durée, se rapprochent rapidement de la DMS du reste de l'activité.

En revanche, dès qu'on enlève les activités de très courte durée, on se rapproche du classement obtenu avec la liste d'activités spécifiques des CHU analysée au chapitre 4 et le taux de spécificité augmente très lentement.

Dans l'activité de très courte durée, on trouve deux populations distinctes :

- ◆ celle qui correspond à du diagnostic ou du suivi de pathologies suffisamment pointues pour que ce soit les CHU qui s'en occupent exclusivement ou préférentiellement,
- ◆ celle qui correspond à la prise en charge du tout venant arrivé par les urgences allant de la bobologie à l'urgence justifiée, mais sans spécificité particulière.

En l'absence d'actes ayant les critères nécessaires pour qu'ils puissent jouer le rôle d'actes marqueurs utilisables dans la classification des GHM, ces deux populations sont mélangées dans les mêmes racines de GHM. Si on ajoute le fait que, pour un même tableau clinique, certains établissements traitent le problème en soins externes et d'autres en hospitalisation, on comprendra qu'il est difficile de s'appuyer sur l'activité de très courte durée pour illustrer la spécificité des CHU.

Le **chapitre 7** est consacré à l'étude de la répartition des actes en phase de diffusion présents dans la CCAM. Ils permettent de se faire (indirectement) une idée sur les capacités à l'innovation d'un établissement. Il est évident que dès que l'on fait référence à des volumes et non plus à des taux, les gros CHU arrivent en tête.

Si de nombreux actes en 900 apparaissent en 1 ou 2 exemplaires faisant penser à des erreurs de codage toujours possibles, il y a aussi des actes innovants qui peuvent manquer parce que l'établissement a préféré faire une assimilation pour être mieux financé.

Au total, les actes en 900 peuvent être utilisés comme un indicateur, mais il faut rester prudent sur les autres interprétations possibles parce que :

- cette liste n'est pas suffisamment actualisée,
- le codage de ces actes est sûrement variable d'un établissement à un autre,
- la complexité des libellés et les différences terminologiques parfois marginales entre deux libellés expliquent l'existence d'effectifs parfois importants dans des établissements qui n'ont pas les moyens de les pratiquer et en nombre qui ne peut pas s'expliquer par les prestations interétablissements.

En conclusion

Il n'y a aucun doute sur le fait que les CHU ont les activités les plus lourdes, même si une petite partie est effectuée par d'autres établissements (surtout PSPH), il n'y a aucun doute que les cas les plus complexes, mesurés avec les niveaux de sévérité de la version 11 des GHM, sont plus fréquents dans les CHU, **MAIS**, le taux des activités spécifiques des CHU sont en moyenne de 5% pour l'ensemble de ce groupe d'établissements et le taux de séjours classés dans un niveau 4 n'y atteint pas 4% (données 2007 et version 11 adaptée). Enfin, il est clair que la complexité qui touche les tranches d'âge jeunes, qu'elle soit de niveau 3 ou 4, peut être considérée comme plus spécifique des CHU qui cumulent cette population et la réanimation néonatale dont la majorité des séjours ne relève pas de la segmentation en niveaux de sévérité de type 1 à 4 ; la réanimation pédiatrique est par contre incluse dans l'étude.

Quand on essaie d'augmenter la part d'activité « préférentiellement » faite dans les CHU, on augmente rapidement les taux concernés, mais en faisant chuter rapidement la DMS en raison d'une forte activité de très courte durée dont la composante spécifique CHU ne peut pas être déterminée facilement dans le PMSI en l'absence d'actes ou de soins marqueurs adéquats. On peut démontrer que

les CHU sont le site privilégié pour la diffusion des actes innovants si on exclut les actes innovants de radiothérapie présents sur la base 2007, mais en cours d'intégration dans la CCAM tarifante en 2009.

Enfin, on peut admettre qu'il y a d'autres raisons de surcoûts difficiles à évaluer correctement comme par exemple :

- les niveaux 1 dans lesquels il reste encore un niveau de CMA caché⁷ ;
- le coût moyen du niveau standard a des raisons d'être plus élevé dans les CHU (même lorsqu'ils auront résolu les surcoûts liés à des problèmes d'organisation souvent avancés comme explication de leurs difficultés financières) parce que l'environnement des patients n'est pas le même et qu'ils en profitent.

⁷ Surcoût en journée ou en coûts inférieur à 25% qui est un des critères retenus pour qu'un code puisse prétendre appartenir à la liste des CMA.

1. La version 11 des GHM n'a pas l'effet attendu sur les CHU

Ce chapitre est la reprise (incomplète) d'une note rédigée à la demande de la DHOS pour comprendre pourquoi l'effet de la version 11 diffère de celui qui est attendu : lourdeur des activités et complexité mieux décrites = augmentation (en moyenne) du revenu des CHU. C'est à partir de cette note que les études de ce rapport ont été choisies.

La version 11 des GHM est une version profondément modifiée dont le changement phare est la refonte des CMA (complications ou morbidités associées)⁸, la possibilité de définir quatre niveaux de sévérité et de les appliquer à l'ensemble des activités médicoéconomiques⁹ décrites par les racines de GHM.

L'existence d'un niveau de sévérité très élevé et son application à l'ensemble des racines de GHM a d'emblée été perçue comme une amélioration de la description de l'activité particulièrement lourde des CHU. Les différentes simulations financières montrent que l'existence des niveaux 3 et 4 ne profite pas assez nettement aux CHU¹⁰ ; cette note a pour objet de donner quelques éléments d'explication en listant les différents sujets qui pourraient être développés pour mieux comprendre l'activité des CHU.

1.1. Gains et pertes ne seront connus qu'avec le codage 2009

Pour la réunion du groupe CHU de la DHOS, une étude sur le lien « nombre de DAS¹¹/niveaux sévères » a été faite sur les données 2006. Même si le résultat était différent avec les données de 2008, les mêmes variations auraient le même sens. **Tous les résultats sont exprimés en pourcentage par rapport à la moyenne nationale du secteur ex-DGF.** Cette étude a permis de constater que :

- le taux de DAS était très variable d'un CHU à l'autre (de -35% pour Nantes à +57% pour Bordeaux) ;
- le taux de DAS combiné au taux de séjours « avec CMAS » d'une part, et de niveaux 3 ou 4 d'autre part, permet de comprendre les conséquences du codage sur le résultat comme le montrent les quelques exemples suivants :
 - Bordeaux, qui est le champion du codage des DAS (+57%), a un taux de CMAS de +40% en V10 et un taux de +47% pour le niveau 3, +42% pour le niveau 4 en V11 ; on peut donc supposer que le codage est conforme aux règles du recueil et que la V11 fait gagner cet établissement parce que les niveaux 3 et 4 valorisent mieux l'activité que les CMAS ; Rennes est dans le même cas et gagne encore plus en V11 ;
 - Strasbourg qui arrive juste derrière Bordeaux avec un taux de DAS de +38%, est un exemple d'établissement qui ne gagne pas obligatoirement puisque le taux de CMAS est de +45% alors que le taux de niveaux 3 et 4 est de +32% et +29% ; cela peut être dû à un codage trop centré sur les CMA(S) ; c'est probablement encore plus vrai pour Toulouse qui avec -3% de DAS a +56% de CMAS, +42% de niveau 3 et +27% de niveau 4 ;
 - Marseille (-33% de DAS) et Nantes (-35% de DAS) sont les 2 établissements du bas du tableau et ils ont également les taux les plus bas de CMAS, et de niveaux 3 ou 4 sans être mieux décrits avec la V10 ou la V11 ; sauf à imaginer que c'est le reflet réel de l'activité, il est fort probable que c'est surtout l'insuffisance de codage des DAS qui

⁸ La liste des CMA n'a jamais été revue dans les versions précédentes ; c'est également le cas de nombreux pays ayant adopté des systèmes de classement de séjours hospitaliers dérivés des DRGs américains. Les travaux pour le faire sont lourds, mais devenaient nécessaires compte tenu de l'insuffisance de la liste pour faire 3 classes de sévérité et de l'inefficacité observée de certains codes (souvent trop utilisés pour obtenir un GHS mieux valorisé). La quantité de données disponibles et les méthodes statistiques mises au point à l'agence rendaient possible la refonte des CMA.

⁹ Jusqu'à la version 10, la segmentation sur la présence d'une CMAS (CMA sévère) est rare et la segmentation sur la présence d'une CMA n'est pas systématique. Un GHM non segmenté contient donc une part de complexité non décrite ; cet inconvénient n'existe plus (ou rarement) dans la version 11.

¹⁰ Cette note se limitera à expliquer la part « effet classification », mais cet effet n'est pas le seul et il n'explique qu'une petite part de « l'effet revenu » lié à la campagne 2009.

¹¹ Diagnostic associé significatif (de la consommation de soins) ; c'est parmi eux que l'on recherche les CMA.

est la cause de leur manque de revenu (indépendamment des pertes ou des gains entre V10 et V11 toujours possibles entre mauvais et un peu moins mauvais) ;

- L'AP-HP est un établissement qui a un taux de DAS proche de la moyenne (+5%), mais d'une grande efficacité (+54% de CMAS, +37% en niveau 3 et +50% en niveau 4) ; au sein de l'AP-HP, les situations sont aussi variables que dans le reste de la France, mais certains établissements ont des scores qu'il faudrait pouvoir confirmer sans vouloir remettre en cause la spécificité de ces établissements (Beaujon : -5% de DAS, +75% de CMAS, +42% de niveau 3 et +82% de niveau 4 ; Vaugirard : +25% de DAS, +185% de CMAS, +175% de niveau 3 et +38% de niveau 4 ; R. Poincaré : +26% de DAS, +90% de CMAS, +72% de niveau 3 et +181% de niveau 4).
- Les trois plus gros établissements de France ont des taux très différents comme le montre le tableau suivant :

	DAS	CMAS	Niveau 3	Niveau 4
AP-HP	+5	+54	+37	+50
HCL	+11	+12	+22	+18
AP-HM	-33	-35	-32	-27

Ecart en pourcentage avec la moyenne nationale

Alors que ces trois établissements devraient avoir des activités comparables, on constate que Lyon a des niveaux 2 et 3 proches de la moyenne des CHU (+17% pour le niveau 3 et +20% pour le niveau 4), les deux autres s'en éloignent en sens inverse et on peut facilement comprendre que la formule qui permet d'atténuer les effets revenus puisse être d'une certaine complexité.

1.2. L'effet des 4 niveaux est d'abord une redistribution interne

A masse financière constante, le fait de créer des racines de GHM pour des activités plus lourdes et des niveaux de sévérité plus élevés entraîne une augmentation des coûts moyens (et donc des tarifs) pour les GHM les plus lourds et une baisse des coûts moyens pour les GHM qui contiennent les séjours restants dans l'ancienne racine ou dans les niveaux de sévérité inférieurs ; or les CHU ont toutes les activités, donc une bonne part de l'amélioration de la description est absorbée par une redistribution interne. Il faut donc trouver des activités qui seraient spécifiques aux CHU pour qu'une partie des revenus soit captée dans les non CHU pour être redistribuée aux CHU (voir infra).

1.3. La part CH des CHU est la part prépondérante de leur activité

Les CHU sont d'abord les CH des communautés urbaines qu'ils desservent. La détermination de la part U dans l'activité des CHU est habituellement définie par rapport à l'activité des CH en partant du principe qu'une activité faite à plus de 75 % dans un CHU est une activité à spécificité CHU. L'étude entreprise par l'ATIH sur les données de 2007 permet d'apporter trois commentaires qui intéressent directement cette note :

- quand on examine l'activité des CHU par rapport à l'ensemble des autres établissements (publics et privés confondus), le nombre d'activités réalisées à plus de 75 % est très inférieur à celui qu'on obtient quand on compare les CHU aux autres CH (25 racines contre 77) parce que tout un pan de l'activité est fait dans le secteur privé quand il n'est pas fait dans les CH (voire dans les CHU). La meilleure illustration est la part chirurgicale de l'ophtalmologie. Dans le secteur ex-DGF, il y a des services d'ophtalmologie dans les CHU, mais pratiquement pas dans les CH, donc cette activité apparaît dans la liste qui compare les CHU aux CH, mais elle disparaît quand on compare les CHU à tous les établissements.
- Il n'y a que 2 activités qui sont faites à 100% dans les CHU (transplantation hépatique et transplantation pancréatique) et il s'agit d'activités captives puisqu'elles sont soumises à autorisation ; des transplantations cardiaques et rénales sont réalisées (avec autorisation) dans des établissements non CHU, même si elles sont faites respectivement à 95,2% et 97,7% dans les CHU (le pourcentage complémentaire ne correspond donc pas à des erreurs de codage).

- Une étude très détaillée des activités faites dans les CHU avec un taux compris entre 75 et 80% est actuellement en cours pour déterminer s'il s'agit d'une activité spécifiquement CHU ou si c'est seulement dû au fait que la population desservie est beaucoup plus importante. L'examen des 10 actes ou des 10 diagnostics les plus fréquents par racine en CHU et hors CHU montre que ceux qui ont les plus gros effectifs sont dans les deux populations, en revanche, on trouve toujours quelques actes plus spécifiques des CHU, souvent plus coûteux (c'est ce qu'on appelle la partie haute du GHM), mais avec des effectifs qui ne permettent pas d'envisager un GHM spécifique¹².

1.4. Sévérité des cas et CHU

Quand les 4 niveaux de sévérité et leur généralisation ont été proposés comme base de la V11 et validés par le Comité technique du PMSI MCO, la MT2A et la DHOS, il a semblé logique à tout un chacun que ce soit une modification de la classification qui profite surtout aux CHU puisqu'ils ont les cas les plus sévères. Pour résumer l'argumentaire qui va suivre, les cas les plus sévères se trouvent bien dans les CHU, mais ils représentent une partie très faible de leur activité alors qu'ils ont le taux le plus élevé de séjours « sans CMA » (donc de niveau 1)¹³. Ceci est apparu très tôt dans les études préparatoires à la version 11 et chacun a cru que les tarifs, les suppléments, les bornes hautes, les financements en sus des tarifs et autres dispositifs de la T2A (les effets ENCC n'étaient pas encore connus) allaient compléter utilement les effets surcoûts en journées¹⁴ observés dans les premières simulations, plus importants dans les CH que dans les CHU.

Dans les CMA, il y a deux informations un peu différentes : les C et les MA. La démonstration qui va suivre est un peu simpliste, mais elle est destinée à faire comprendre les résultats présentés dans le tableau ci-dessous et elle reste globalement correcte.

- ◆ Les MA (morbidités associées) sont le plus souvent des pathologies liées aux patients et déjà présentes avant l'hospitalisation (diabète au stade des complications dégénératives, insuffisance cardiaque, bronchite chronique obstructive, dégénérescence vasculocérébrale...). Elles ont d'autant plus d'effet sur les revenus de l'établissement (en général, à travers les niveaux 2 et 3 de sévérité) que la moyenne d'âge est plus grande et qu'il s'agit de médecine plus que de chirurgie. Or, en France, la moyenne d'âge est inversement proportionnelle à la taille de l'établissement dans le secteur ex-DGF¹⁵ et la part « médecine » est beaucoup plus importante que la part « chirurgie » dans les CH. Les taux de niveaux 2 et 3 ont donc toutes les raisons d'être plus élevés dans les CH et avec des effectifs beaucoup plus importants.
- ◆ Les C (complications) sont le plus souvent des événements qui surviennent pendant le séjour (complications infectieuses comme une septicémie ou un abcès postopératoire) et plus l'activité décrite dans la racine de GHM est lourde, plus le risque de complications est élevé. Les activités les plus lourdes sont bien l'apanage des CHU, mais on est dans des effectifs très inférieurs à ceux des activités plus classiques et retrouvées dans tous les établissements comme on peut le constater dans le tableau suivant dont les résultats étaient issus d'un simple groupage en version 10, mais avec les 4 niveaux de sévérité ; même avec un taux plus élevé de niveau 4, il y a plus de séjours de niveau 4 dans les CH que dans les CHU.

¹² Exemple de la racine « Interventions sur l'hypophyse » : les exérèses par voie transsphénoïdale se font dans les deux populations (1006 en CHU et 293 hors CHU), alors que les exérèses par craniotomie se font très majoritairement dans les CHU, mais on trouve quand même quelques cas dans des établissements non CHU qui ont une autorisation de neurochirurgie (75 cas contre 11).

¹³ Les CHU sont les établissements qui ont, en moyenne, le taux le plus bas de cas complexes : ce constat peut paraître provocant, mais il est exact. Cette notion est ignorée de la plupart des médecins de CHU. Quand on demande à un urologue de CHU quelle est son activité, il répond cancérologie, correction d'anomalies congénitales, alors que le nombre de lits qu'il a dans son service se justifie avec les adénomes de prostate traités par résections endo-urétrales, les phimosis, les polypes de vessie etc.

¹⁴ Toutes les études concernant les CMA (refonte et niveaux de sévérité) ont été faites en expliquant une augmentation de durée de séjour et non de coût puisque les effectifs des bases ENC n'étaient pas suffisants, que les CMA expliquent surtout de la durée de séjour en plus et que les passages en réanimation ou les molécules onéreuses sont payés en sus des tarifs.

¹⁵ Dans le secteur public, la notion de « petite ville = petit établissement = moyenne d'âge la plus élevée, et grande ville = gros établissement = moyenne d'âge la moins élevée » est toujours vraie.

	Effectif par niveau				Fréquence par niveau				Age moyen par niveau			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Type												
CH	1402610	660267	304250	91767	57.0	26.9	12.4	3.7	49.3	70.2	75.0	75.3
CHR	967736	322482	164926	63536	63.7	21.2	10.9	4.2	47.5	62.6	64.9	64.9

Données 2006, sans les CMD 14, 15, 24, 28, 25 à 27

1.5. Les cas « standards » coûtent naturellement plus chers dans un CHU

Il ne s'agit pas ici de discuter le mode de répartition des coûts dans l'ENC, mais d'une évidence médicale qui se traduit difficilement par un effet mesurable à travers le PMSI. Si les termes « cas standard » ont été choisis comme titre du paragraphe, c'est pour mieux capter l'attention du lecteur. Le raisonnement reste valable pour toutes sortes d'activités « légères ».

Le caractère normal (valable pour l'accouchement ou le nouveau-né) ou léger (activité classique de niveau 1) est un constat *a posteriori* et le fait qu'un cas aurait pu être complexe, mais ne l'a pas été du fait des compétences et des moyens existants, ne se voit pas à travers le codage. Le patient n'arrive pas avec une pancarte qui indique « je suis un cas simple » et les moyens disponibles dans un CHU sont plus souvent mis en œuvre pour des cas qui s'avèrent simples *in fine*, que dans un établissement qui ne les a pas et qui doit transférer le patient à bon escient. Pour un certain nombre de complications potentielles, les CHU seraient plus facilement condamnables de n'avoir pas su les éviter alors qu'ils en avaient les moyens au contraire d'un établissement qui ne les a pas. Cette part de complications évitées est difficile à mesurer dans le PMSI.

2. Analyse de la part « volume »

Avant d'aborder la part spécifique des CHU, il est intéressant de connaître leur part d'activité de proximité (fonction « CH » des CHU, dont la partie chirurgicale est souvent prise en charge par le privé commercial). Il s'agit en général des activités les plus fréquentes. Il est également intéressant de voir à quoi correspond la part « volume » des autres types d'établissements.

On propose de retenir les vingt racines de GHM les plus fréquentes (base 2007 hors séances regroupée en V11 « adaptée » à des données non codées pour cette version) pour les CHU, les CH, les PSPH et le privé commercial.

2.1. Les résultats

2.1.1. les CHU

Racine	Nb RSA	Part racine	Libellé de la racine	Racine lourde
15Z05	119 086	3,27	Nouveau-nés de 2500 g et plus	0
23M20	115 797	3,18	Autres motifs de recours aux soins de la CMD 23	0
14Z02	102 629	2,82	Accouchements par voie basse	0
23M06	101 356	2,78	Autres facteurs influant sur l'état de santé	0
17M06	56 778	1,56	Chimiothérapie pour autre tumeur	0
14Z08	52 057	1,43	Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 2 jours	0
05K10	44 559	1,22	Actes diagnostiques par voie vasculaire	0
14Z03	43 082	1,18	Affections de l'ante partum, avec ou sans intervention chirurgicale	0
23M02	37 219	1,02	Rééducation	0
05M09	35 081	0,96	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	0
02C05	35 060	0,96	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	0
10M02	34 480	0,95	Diabète, âge supérieur à 35 ans	0
23K02	32 355	0,89	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	0
08M14	30 961	0,85	Affections du tissu conjonctif	0
21M10	30 944	0,85	Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge supérieur à 17 ans	0
18M12	30 637	0,84	Explorations et surveillance pour maladies infectieuses ou parasitaires	0
17M14	28 472	0,78	Explorations et surveillance pour affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	0
14C02	28 449	0,78	Césariennes	0
04M05	25 992	0,71	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	0
11M17	24 798	0,68	Surveillances de greffes de rein	1

Les 20 activités les plus fréquentes (hors séances) en V11 « adaptée », (année 2007) pour les CHU

Ces vingt activités correspondent à 27,71% de l'activité hors séances.

On utilisera ce premier tableau pour décrire succinctement le contenu des racines insuffisamment explicites (il ne faut pas oublier que les niveaux de sévérité peuvent décrire de la complexité médicale qui n'est pas traduite dans le libellé de la racine et non prise en compte dans cette étude) :

- nouveau-nés de 2500 g et plus : nouveau-nés à terme,
- autres motifs de recours aux soins de la CMD 23 : voir les commentaires après le quatrième tableau,
- autres facteurs influant sur l'état de santé : voir les commentaires après le quatrième tableau
- chimiothérapie pour autre tumeur que les leucémies : une analyse des DR (diagnostic relié) montre que tous les cancers peuvent être concernés par des chimiothérapies en hospitalisation complète, mais

ce sont les cancers du poumon, du tube digestif, du pancréas et les lymphomes, myélomes, Hodgkin qui constituent la plus grosse partie de ces prises en charge,

- actes diagnostiques par voie vasculaire : les coronarographies, cathétérismes cardiaques et autres explorations endovasculaires non thérapeutiques.
- affections de l'ante partum, avec ou sans intervention chirurgicale : menace d'accouchements prématurés et tous les séjours de surveillance de grossesses pathologiques ou à haut risque,
- rééducation : la moitié de l'effectif correspond à un diagnostic principal (DP) « psychothérapie » et des diagnostic relié (DR) de démences d'Alzheimer et autres démences séniles, ainsi que de nombreux autres troubles mentaux ; un autre lot concerne des affections rhumatologiques ; on peut être étonné de la présence de cette activité à cette place, dans les CHU,
- explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours : polysomnographie pour l'essentiel,
- affections du tissu conjonctif : polyarthrites et toutes affections auto-immunes (lupus, sclérodermie etc.)
- effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge supérieur à 17 ans : tentatives de suicide médicamenteuses pour l'essentiel,
- explorations et surveillance pour maladies infectieuses ou parasitaires : suivi des personnes VIH +.

Le « 1 » dans la dernière colonne signifie que cette racine est dans la liste des activités « lourdes » (au sens de la campagne 2009). Dans le tableau des CHU, il n'y a que la surveillance de greffes de rein qui est affectée de cette valeur. Ce n'est pas la prise en charge de ces surveillances qui justifie l'appartenance à une activité globalement lourde, mais le fait qu'elle est rattachée à l'activité de transplantation.

2.1.2. les CH

Racine	Nb RSA	Part racine	Libellé de la racine	Racine lourde
15Z05	366 076	6,35	Nouveau-nés de 2500 g et plus	0
14Z02	312 057	5,41	Accouchements par voie basse	0
23M20	122 123	2,12	Autres motifs de recours aux soins de la CMD 23	0
23M06	118 647	2,06	Autres facteurs influant sur l'état de santé	0
05M09	106 623	1,85	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	0
14Z08	101 687	1,76	Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 2 jours	0
14Z03	81 963	1,42	Affections de l'ante partum, avec ou sans intervention chirurgicale	0
14C02	72 308	1,25	Césariennes	0
04M05	69 580	1,21	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	0
21M10	69 042	1,20	Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge supérieur à 17 ans	0
06M12	62 172	1,08	Douleurs abdominales	0
02C05	60 706	1,05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	0
05M08	59 670	1,03	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque	0
20Z05	58 991	1,02	Ethylisme aigu	0
06M03	54 016	0,94	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans	0
06K04	51 971	0,90	Séjours comprenant une endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	0
01M20	51 575	0,89	Commotions cérébrales	0
10M02	51 350	0,89	Diabète, âge supérieur à 35 ans	0
23K02	50 406	0,87	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	0
17M06	50 055	0,87	Chimiothérapie pour autre tumeur	0

Les 20 activités les plus fréquentes (hors séances) en V11 »adaptée « (année 2007) pour les CH

Ces vingt activités correspondent à 34,17% de l'activité hors séances. Les racines de GHM n'existant pas dans la liste des CHU ne nécessitent pas de précisions supplémentaires. On note

l'absence du GHM « rééducation » (c'est à la fois une racine et un GHM puisqu'il n'y a pas de niveau de sévérité applicable à cette activité) pour cette catégorie, alors qu'il est présent dans la liste des PSPH.

2.1.3. les PSPH

Racine	Nb RSA	Part racine	Libellé de la racine	Racine lourd
15Z05	49 378	5,89	Nouveau-nés de 2500 g et plus	0
14Z02	40 631	4,85	Accouchements par voie basse	0
06K04	28 325	3,38	Séjours comprenant une endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	0
02C05	17 766	2,12	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	0
23M20	13 295	1,59	Autres motifs de recours aux soins de la CMD 23	0
06K02	12 520	1,49	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	0
23M02	12 200	1,46	Rééducation	0
23M06	10 941	1,31	Autres facteurs influant sur l'état de santé	0
17M06	10 441	1,25	Chimiothérapie pour autre tumeur	0
05M09	10 188	1,22	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	0
14C02	9 975	1,19	Césariennes	0
06C12	9 872	1,18	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	0
23K02	9 304	1,11	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	0
23Z02	9 196	1,10	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	0
06M03	8 059	0,96	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans	0
10M02	7 845	0,94	Diabète, âge supérieur à 35 ans	0
11C05	7 584	0,90	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée	0
14Z08	7 347	0,88	Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 2 jours	0
05K10	7 132	0,85	Actes diagnostiques par voie vasculaire	0
14Z03	7 025	0,84	Affections de l'ante partum, avec ou sans intervention chirurgicale	0

Les 20 activités les plus fréquentes (hors séances) en V11 «adaptée», (année 2007) pour les PSPH

Ces vingt activités correspondent à 34,49% de l'activité hors séances. Les activités chirurgicales sont plus fréquentes que dans les CHU et les CH.

2.1.4. les privés ex OQN

Racine	Nb RSA	Part racine	Libellé de la racine	Racine lourd
06K04	560 265	8,85	Séjours comprenant une endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	0
02C05	458 848	7,25	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	0
06K02	283 280	4,48	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	0
15Z05	223 919	3,54	Nouveau-nés de 2500 g et plus	0
03K02	217 029	3,43	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	0
14Z02	187 948	2,97	Accouchements par voie basse	0
05C17	105 787	1,67	Ligatures de veines et éveinages	0
01C13	105 496	1,67	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	0
23K03	99 534	1,57	Motifs de recours de la CMD 23 sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire	0
08C45	85 465	1,35	Ménisectomie sous arthroscopie	0
05K10	80 438	1,27	Actes diagnostiques par voie vasculaire	0
09C10	78 753	1,24	Autres interventions sur la peau, les tissus souscutanés ou les seins	0
09C03	77 722	1,23	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites	0

06C12	76 332	1,21	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	0
08C44	73 700	1,16	Autres interventions sur la main	0
11C05	71 916	1,14	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée	0
03C14	60 065	0,95	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	0
05K06	59 820	0,95	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	0
06M03	59 702	0,94	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans	0
12C08	58 374	0,92	Circoncision	0

Les 20 activités les plus fréquentes (hors séances) en V11 «adaptée», (année 2007) pour les privés commerciaux

Ces vingt activités correspondent à 47,78% de l'activité hors séances. La quasi totalité des racines fait référence à un acte classant (qu'il soit opératoire ou non) y compris pour la racine de la CMD 23 des autres motifs de recours aux soins (23K03). Une seule racine médicale est présente (06M03), mais une bonne partie des séjours comporte une endoscopie pour des hospitalisations qui ne relèvent pas de l'ambulatoire et cet acte devient alors non classant.

2.2. Quelques commentaires

Une bonne partie de l'activité des CHU et des CH est très comparable, mais avec un taux qui caractérise les deux types d'établissements (respectivement 27,71% et 34,17%). Si on fait une soustraction entre les listes CHU et CH, on trouve dans les CH des activités qui sont absentes de la liste CHU, mais ces activités sont en fait dans les racines de GHM qui suivent de près les 20 racines les plus fréquentes des CHU : [douleurs abdominales (30^{ème}), troubles du rythme cardiaque (40^{ème}), éthylisme aigu (31^{ème}), gastroentérites (38^{ème}), commotions cérébrales (25^{ème})]. En revanche, les racines absentes dans la liste des CH correspondent aux explorations endovasculaires, et à des pathologies pour lesquelles les CHU sont des référents (VIH +, pathologies auto-immunes).

Ce qui caractérise les CHU, les CH et PSPH d'une part et le privé commercial d'autre part, c'est le poids de la CMD 23¹⁶ (autres motifs de soins) dans les premiers. C'est, pour une bonne part, le reflet de la « permanence des soins » et de suivis médicaux de pathologies chroniques. Il est difficile d'affirmer qu'il n'y a pas une part d'imprécision de codage dans ce lot de RSA (racines 23M06 + 23M20), mais la plus grosse part s'explique par les surveillances négatives (pas de diagnostic précis pour les entrées via les urgences ou pas d'évolution de la maladie pour les surveillances de pathologies chroniques ou de longue durée). Dans une base avec un codage initial en V 11 (et non pas regroupée en V11 « adaptée »), cette part devrait diminuer du fait des nouvelles règles de codage et de la lecture du DR (diagnostic relié) pour l'orientation dans une CMD plus descriptive¹⁷.

Dans les quatre tableaux, on constate le poids de l'obstétrique dans son versant « normalité », auquel il faut ajouter les césariennes, les surveillances de grossesses pathologiques et les IVG qui, elles, ne manquent que dans les 20 activités les plus fréquentes du secteur ex-OQN.

Dans tous les cas, si on exclut les césariennes et les IVG, c'est l'intervention pour la cataracte qui arrive en première activité chirurgicale. Si les vingt activités les plus fréquentes des CHU et CH sont très majoritairement médicales, celle des ex-OQN est majoritairement chirurgicale et celle des PSPH représente une situation intermédiaire.

Il y a une autre manière de caractériser l'activité des CHU, c'est le nombre de racines de GHM qui compose 80% de l'activité de l'établissement (toujours hors CMD 28). Rappelons que c'est une

¹⁶ La CMD 23 est la catégorie majeure qui correspond à tous les séjours qui ne peuvent pas être classés dans une autre CMD en raison de l'imprécision du DP (qui peut être due à la conception de certains codes de la CIM) ou de l'impossibilité d'affecter un symptôme ou un diagnostic à une CMD et une seule. A quelques exceptions près, on ne devrait pas avoir beaucoup de séjours thérapeutiques (qui sous-entendent un diagnostic précis) : leur présence trop nombreuse est un indicateur d'imprécision de codage du DP.

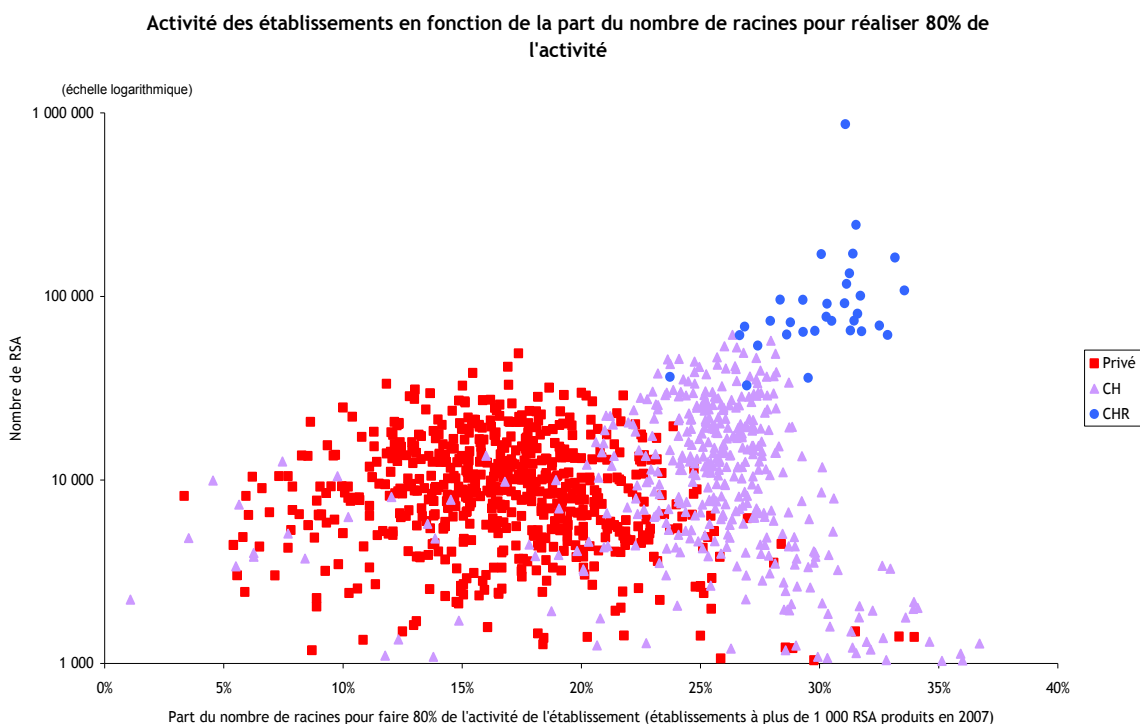
¹⁷ Dans la version 11, pour un certain nombre de DP indiquant un séjour pour « bilan » pour affection connue, c'est le DR (obligatoire dans ce cas) qui sera déterminant pour la CMD d'accueil, alors que ces séjours sont classés dans la CMD 23 dans les versions antérieures.

donnée qui permet également de caractériser les différents types d'établissement comme le montre le tableau suivant :

Catégories	Nb racines pour 80% de l'activité	Nb racines où il y a un effectif non nul	%
CHR	205	592	34,6%
PSPH	155	587	26,4%
CH	148	582	25,4%
Privé	96	579	16,6%
CLCC	51	436	11,7%

Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 » adaptée »

On constate que si le nombre de racines à effectif non nul reste important (il est normal que les CLCC aient un nombre inférieur), celui qui représente 80% de l'activité est bien différent comme le montre le graphique suivant :



Les CHU apparaissent clairement regroupés avec les quelques établissements (c'est surtout vrai pour trois d'entre eux) qui se superposent régulièrement avec les gros CH.

Tous CHU confondus, on arrive à 205 racines pour 592 racines à effectif non nul, ce qui représente un taux de 34,6%, taux que l'on ne retrouve dans aucun CHU où le nombre de racines représentant 80% de leur activité est toujours inférieur à 205.

Quand on fait cet exercice pour chacun des CHU, on obtient le résultat suivant :

Etablissements CHU	Nb racines pour 80% de l'activité	Nb racines où il y a un effectif non nul	%
CHU MONTPELLIER	193	578	33,39%
CHU TOULOUSE	192	582	32,99%
CHU REIMS	184	563	32,68%
CHU AMIENS	183	566	32,33%
CHU BESANCON	181	573	31,59%
CHU NANTES	182	577	31,54%
CHU GRENOBLE	181	576	31,42%
HOSPICES CIVILS DE LYON (CHU)	185	590	31,36%
CHU CAEN	177	566	31,27%
AP-HM	183	586	31,23%
CHU LIMOGES	178	572	31,12%
CHU LILLE	179	576	31,08%
CHU STRASBOURG	178	575	30,96%
AP-HP	183	592	30,91%
CHU RENNES	176	570	30,88%
CHU ANGERS	172	567	30,34%
CHU TOURS	173	574	30,14%
CHU NICE	171	568	30,11%
CHU BORDEAUX	174	582	29,90%
CHU DIJON	168	567	29,63%
CHU FORT-DE-FRANCE	154	525	29,33%
CHU ST-ETIENNE	164	563	29,13%
CHU ROUEN	166	570	29,12%
CHU CLERMONT-FERRAND	163	570	28,60%
CHU BREST	159	559	28,44%
CHU NANCY	158	561	28,16%
CHU POITIERS	156	562	27,76%
CHU NIMES	144	529	27,22%
CH FELIX GUYON, ST DENIS	141	527	26,76%
CHR. METZ THIONVILLE	144	540	26,67%
CHR. ORLEANS	145	548	26,46%
CHU DE POINTE-A-PITRE	124	527	23,53%

Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 » adaptée »

Le nombre de racines correspondant aux 80% représente environ 30% du nombre de racines à effectif non nul, mais quelques établissements ont un taux plus faible. Il y a probablement deux composantes, la première étant liée au fait que l'établissement manque globalement d'activité (faible taux « d'activité spécifique CHU » et faible taux pour les autres activités aussi), la deuxième étant liée aux effectifs de chaque activité.

3. Analyse de l'activité faite à plus de 75% dans les CHU

Il est habituel de considérer qu'une activité spécifique des CHU est une activité qui est pratiquée dans ces établissements dans plus de 75% des cas, mais les CHU représentant environ 25% des séjours de la base nationale, toute activité qui se fait à plus de 50% dans les CHU, se fait au moins deux fois plus dans ces établissements qu'ailleurs. Pour les activités sélectionnées sur le critère +75%, on a d'abord fait une analyse de la part CHU puis une exploration minutieuse de la part hors CHU a été faite pour vérifier la réalité des prises en charge dans un autre type d'établissement et, si les séjours ont bien les caractéristiques attendues, dans quel type d'établissement on les trouve.

3.1. Méthodologie

L'exploration concernant l'activité faite à plus de 75% dans les CHU est basée sur les racines de GHM V10b parce qu'elle a été étudiée sur la base 2007 avec son groupage d'origine. Dans la mesure où les résultats en V11 auraient donné une conclusion similaire, l'analyse n'a pas été refaite en version 11 des GHM. Cette étude est donc réalisée en racine de GHM V10b en regroupant des effectifs des GHM qui ont les 5 premiers caractères de leur numéro identiques. Cela revient à supprimer la segmentation faite sur la présence d'une CMA quand elle existait (ou d'une complication spécifique pour les accouchements et les nouveau-nés). En revanche les séjours classés dans un GHM « avec CMAS »¹⁸ ne sont pas ventilés dans les racines correspondant à leurs DP (diagnostic principal) et actes. Une vérification du contenu des GHM avec CMAS centrée sur les activités retenues pour cette étude a été faite d'où il ressort que les activités chirurgicales retenues ne sont pratiquement pas affectées, mais que les séjours pour leucémie aigüe (avec ou sans chimiothérapie) le sont fortement (les complications de haut niveau de sévérité sont assez fréquentes dans ce type de séjours) ; il en a été tenu compte dans les commentaires.

3.1.1. La sélection des activités

Il est très important de définir les activités spécifiques des CHU en appliquant les 75% à l'ensemble de la base nationale et non seulement aux établissements publics, si on ne veut pas voir apparaître des actes d'ophtalmologie ou d'ORL, couramment pratiqués dans le privé, mais peu réalisés dans les CH.

En effet, quand on recherche les GHM pour lesquels les CHU produisent au moins 75% des RSA de l'ensemble des établissements publics, cette première approche conduit aux résultats suivants :

- 77 racines de GHM sont sélectionnées :
 - 7 sont réalisées uniquement dans les CHU ;
 - 31 sont réalisées entre 90% et 99% dans les CHU ;
 - 39 entre 75 et 89%.
- Dans les CH réalisant ces activités, on retrouve des établissements très spécialisés, du type Hôpital des Quinze Vingt pour la CMD 02 ou Hôpital Ste Anne pour la CMD 01. Ces établissements réalisent des activités qui sont aussi présentes dans les établissements privés, d'où l'idée d'étendre le champ de la comparaison des *case-mix*, pour avoir des résultats plus cohérents avec l'ensemble de la production de séjours hospitaliers.

Quand on recherche, de la même façon, les GHM produits dans au moins 75% des cas dans les CHU sur la base nationale, le décompte réduit fortement le nombre d'activités sélectionnées :

- Il n'y a plus que 25 racines de GHM qui sont sélectionnées ;
 - seulement 2 sont réalisées uniquement dans les CHU,
 - 8 sont réalisées dans 90 à 99% des cas dans les CHU ;
 - 15 sont réalisées dans les CHU entre 75 et 89% des cas.

¹⁸ Il s'agit de CMA sévères qui, à l'inverse des niveaux 3 et 4 de la version 11, ne s'appliquent pas à toutes les racines, mais sont globalisées au niveau d'une CMD ou d'une sous-CMD ; certaines CMD n'ont pas de GHM avec CMAS.

- En plus des CH déjà cités, les établissements qui réalisent les activités non faites à 100% dans les CHU, peuvent être des PSPH ou des établissements privés.

3.1.2. L'analyse

- ◆ Pour vérifier que les RSA appartenaient bien à l'activité sélectionnée, ils ont été rendus « lisibles » (et lus attentivement pour tous les établissements non CHU) comme le montre l'exemple ci-après.

Exemples de RSA pour la racine des « Réparations de fissures labiale et palatine » :

```

Base nationale publique 2007      page=1
== 360 ===== numero=360 duree=2 nbDiag=0 nbActe=2 nbRum=1
   racine=03C05 Réparations de fissures labiale et palatine
   finess=440029379 CLINIQUE JULES VERNE                        prive
   sexe=1 Homme
   age=23
   anonyme=0DAFUHGNCTNRMUT9E Numéro de patient
   Q375 DP FENTE LABIALE UNILAT., AVEC FENTE DU VOILE ET VOUTE DU PALAIS
   HAMA0120 1 * Plastie cutanéomuqueuse de symétrisation labiale pour séquelle d'une fente labio-
maxillo-palatine
   HAMA0120 4 * Plastie cutanéomuqueuse de symétrisation labiale pour séquelle d'une fente labio-
maxillo-palatine

```

```

== 412 ===== numero=412 duree=4 nbDiag=0 nbActe=2 nbRum=1
   racine=03C05 Réparations de fissures labiale et palatine
   finess=440029379 CLINIQUE JULES VERNE                        prive
   sexe=2 Femme
   agejour=245
   anonyme=0MDMMJT45XSTF3H3E Numéro de patient
   Q355 DP FENTE DE LA VOUTE ET DU VOILE DU PALAIS
   HDSD0020 1 * Fermeture primaire d'une fente vélaire [Staphylorrhaphie pour fente orofaciale]
   HDSD0020 4 * Fermeture primaire d'une fente vélaire [Staphylorrhaphie pour fente orofaciale]

```

Pour ces deux RSA très semblables, on a :

- le N° de RSA (360 pour le 1^{er} et 412 pour le 2^{ème}),
- la durée de séjour (2 jours et 4 jours),
- aucun DAS,
- 2 actes (une même intervention, mais effectué par le chirurgien et l'anesthésiste),
- 1 seul RUM pour le séjour,
- le même groupage,
- le nom et la catégorie d'établissement,
- un homme de 23 ans dans le 1^{er} cas ; une petite fille de 245 jours dans le 2^{ème},
- le numéro d'anonymisation nous permet de savoir s'il s'agit du même patient en cas d'une trop grande égalité des informations,
- le DP (Q37.5 dans le 1^{er} cas et Q35.5 dans le 2^{ème}) qui, avec les actes nous permettent de vérifier la cohérence des informations médicales : dans le 1^{er} RSA, le DP n'aurait pas dû être la lésion initiale, mais le type de séquelle (comme l'indique l'acte) ou la reprise « plastique » (Z42.-) qui explique mieux la durée de séjour (la lésion initiale se code sur des tout petits, ce qui explique une partie de l'allongement de la durée de séjour) ; néanmoins le groupage ne serait pas modifié dans ce cas.

- ◆ Pour chaque racine de GHM, on a sélectionné les actes (parce qu'il s'agit majoritairement d'activités chirurgicales) les plus fréquents pour vérifier que les RSA hors CHU correspondent bien à l'activité attendue

Exemple de répartition des actes les plus fréquents dans les CHU et hors des CHU pour la racine des « Interventions sur l'hypophyse » :

	Acte classant du GHM	CHU	non_CHU	Total	Libellé de l'acte
10C02	KAFA0010	895	277	1 172	Exérèse de lésion de la loge hypophysaire, par abord transsphénoïdal
	KAFE9000	110	14	124	Exérèse de lésion de la loge hypophysaire, par vidéochirurgie transsphénoïdale
	ACFA0220	46	5	51	Exérèse de tumeur de la région optochiasmatique et/ou hypothalamique, par craniotomie
	KAFA0020	30	6	36	Exérèse de lésion de la loge hypophysaire, par craniotomie
	KANB0010	1	0	1	Hypophysiolyse fonctionnelle, par voie transsphénoïdale

On peut noter sur cet exemple que la voie d'abord des différentes interventions permet de caractériser les CHU pour cette activité.

3.2. Résultats

Les activités sélectionnées pour l'année 2007 et en racine V10b¹⁹ sont les suivantes :

racine	libellé	CHU	CH	privé	clcc	psph	total	part CHU
27C02	Transplantations hépatiques	979					979	100,0
27C03	Transplantations pancréatiques	94					94	100,0
03C18	Pose d'implants cochléaires	735	3				738	99,6
24K23	Surveillances de greffes de coeur avec acte diagnostique par voie vasculaire : séjours de moins de 2 jours	2730	1	23		14	2768	98,6
24M40	Surveillances de greffes de cœur sans acte diagnostique par voie vasculaire : séjours de moins de 2 jours	5222	29	14		57	5322	98,1
27C06	Transplantations rénales	2621				61	2682	97,7
24M39	Surveillances de greffes de rein : séjours de moins de 2 jours	24872	932	25		12	25841	96,3
27C05	Transplantations cardiaques	337				17	354	95,2
01C09	Pose d'un stimulateur cérébral	931	29	12		12	984	94,6
01C11	Craniotomies pour tumeurs, âge inférieur à 18 ans	648	13	9		23	693	93,5
17M08	Leucémies aiguës, âge inférieur à 18 ans	651	71		5	1	728	89,4
01C12	Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans	1503	68	14		108	1693	88,8
06C02	Chirurgie majeure des malformations digestives	497	38	28		6	569	87,3
27Z02	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques	1151	28		146	1	1326	86,8
22Z02	Brûlures étendues	254	21			22	297	85,5
01C03	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans	3950	417	223		30	4620	85,5

¹⁹ Les racines V10b consistent simplement à fusionner les effectifs des GHM « avec » et « sans » CMA ; les effectifs classés dans les GHM « avec CMA » ne sont pas dans ces tableaux.

24K22	Affections de la CMD 22 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 22, avec anesthésie	2017	257	72		17	2363	85,4
22C02	Brûlures non étendues avec greffe cutanée	1593	85	22		189	1889	84,3
01C04	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans	16562	1039	1540	1	555	19697	84,1
17M05	Chimiothérapie pour leucémie aigüe	3807	542	20	309	10	4688	81,2
01K02	Embolisations intracrâniennes et médullaires	2532	97	37		462	3128	80,9
03C05	Réparations de fissures labiale et palatine	1513	18	347	1	28	1907	79,3
10C02	Interventions sur l'hypophyse	1045	35	55		210	1345	77,7
11C06	Interventions sur l'urètre, âge inférieur à 18 ans	238	17	42		16	313	76,0
06C05	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum, âge inférieur à 18 ans	1524	268	162		72	2026	75,2

Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 10b

Chaque activité a été minutieusement analysée. On a progressé dans cette exploration en plusieurs étapes en se fixant des objectifs différents :

- Les activités qui se pratiquent entre 90 et 99% avec pour objectif de vérifier s'il ne s'agissait pas d'erreurs de codage pour la part hors CHU²⁰,
- celles qui se pratiquent entre 75 et 89% avec pour objectif de déterminer s'il s'agit d'une activité différente en CHU et hors CHU pour repérer s'il y a des améliorations possibles de la classification afin d'isoler les deux types d'activité (sous conditions habituelles de création de racines de GHM)

3.2.1. A propos des GHM réalisés à 100% dans les CHU

Il n'y a que deux activités dans ce cas : les transplantations hépatiques d'une part et pancréatiques d'autre part. En fait, il existe plusieurs établissements non CHU qui pratiquent une ou plusieurs activités que l'on s'attendrait à être réservées aux CHU. On constate dans le tableau ci-dessus que la transplantation pulmonaire est totalement absente. Il s'avère que la part CHU n'atteint pas les 75% de cette activité puisqu'elle n'est que de 70% (148 cas sur 202), les autres étant faites par les établissements de Marie Lannelongue (33 cas) et Foch Suresnes (31 cas). Il y a une autre activité attendue comme étant spécifique des CHU, mais absente de la liste, il s'agit de la chirurgie cardiaque infantile (moins de 2 ans) parce que plus de 25% de l'activité se fait hors CHU et notamment à Marie Lannelongue.

3.2.2. Etude des cas de la tranche 90-99%

- ◆ La pose d'implants cochléaires serait réalisée uniquement dans les CHU, s'il n'y avait pas 3 RSA dans le *case-mix* du CH du Lamentin dans les DOM.
- ◆ Les surveillances de greffes :
 - pour le cœur : elles correspondent à deux activités selon qu'il y a, ou qu'il n'y a pas, d'acte diagnostique par voie vasculaire ; les séjours hors CHU (38 RSA d'une part et 100 RSA d'autre part) sont dans 2 établissements : Centre chirurgical Marie Lannelongue et Centre chirurgical Ambroise Paré ;
 - pour le rein : la part hors CHU est plus importante (969 RSA) et se répartit dans 9 établissements avec au moins 10 cas et une concentration au CH de Valenciennes (373 RSA) et au CH Broussais de St Malo (257 RSA)²¹. Compte tenu du nombre important de

²⁰ Dans le CdAM, il y avait un acte du type « autres interventions sur le cerveau » situé dans le chapitre des craniotomies, mais sans mention du terme « craniotomie » dans le libellé de l'acte. Cet acte a été utilisé d'une manière erronée, et quelquefois consciemment, pour coder un examen sur le cerveau qui ne nécessitait aucunement une craniotomie, avec comme résultat une activité de neurochirurgie dans des établissements qui n'en pratiquaient pas ou un gonflement de cette activité pour ceux qui la pratiquaient.

²¹ Ces groupes relèvent de la CM 24 en version 10b des GHM avec un mode de construction qui augmente le nombre de séjours concernés puisque le fait d'être porteur d'une greffe cardiaque ou rénale est recherché sur le DP, le DR ou les DAS. Néanmoins, les RSA des deux établissements cités comprennent des actes qui sont en faveur de séjours pour

cas décelés, il a semblé intéressant de voir combien de patients étaient concernés par cette activité (c'est également vrai pour tous les types de surveillance de greffe). Au CH de Valenciennes, les 373 RSA de cette racine concernent 122 patients, chaque patient ayant de 1 à 17 séjours en 2007. Au CH de St Malo, on a dénombré 257 RSA qui concernent 63 patients qui ont connu de 1 à 11 séjours dans l'année ; les effectifs CHU sont également concernés par cette redondance : les 24 872 séjours pour surveillance de greffe du rein (24 700 sont correctement chaînés) correspondent à 11 165 patients différents avec un nombre de séjours par patient qui varie de 1 à 71.

- ◆ Les transplantations cardiaques hors CHU (17 RSA) et rénales (61 RSA) sont réalisées pour les premières au centre chirurgical Marie Lannelongue (11 cas) et au centre médico chirurgical Foch à Suresnes (6 cas) et pour les secondes au centre chirurgical Marie Lannelongue uniquement.
- ◆ La pose d'un stimulateur cérébral hors CHU se retrouve principalement dans 2 établissements parisiens: le CH Sainte Anne (19 RSA) et la fondation ophtalmologique Rothschild (10 RSA).
- ◆ Enfin, l'activité hors CHU des « craniotomies pour tumeurs, âge inférieur à 18 ans » (45 RSA) se retrouve essentiellement dans 2 établissements : la fondation Rothschild à Paris (23 RSA) et le CH Sud Réunion (11 RSA).

3.2.3. Etude des cas de la tranche 75-89% :

- ◆ l'activité hors CHU des « leucémies aiguës, âge inférieur à 18 ans » et « Chimiothérapie pour leucémie aiguë » (en hospitalisation traditionnelle), se retrouve dans une cinquantaine d'établissements différents, mais avec des effectifs assez faibles y compris dans les CLCC ; il n'y a pas de données chiffrées retranscrites, parce que ce sont deux GHM assez perturbés par la présence d'un GHM « avec CMAS » pour la partie médicale de la CMD 17. En effet, les hospitalisations pour cette pathologie sont très souvent compliquées de pathologies lourdes orientant les RSA dans un groupe « avec CMAS ». Une vérification superficielle a montré que la répartition CHU/hors CHU est approximativement la même dans les GHM de leucémie et dans les RSA « avec DP de leucémie aiguë » dans le GHM « avec CMAS ».
- ◆ les activités « craniotomie » hors CHU :
 - « Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans » : 190 RSA sont répartis dans 23 établissements non CHU, dont 3 dépassent 10 cas (fondation Rothschild (150 RSA), CH Sud Réunion (29) et CH Ste Anne (25)).
 - « Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans » : 670 RSA répartis dans 59 établissements non CHU dont 15 dépassent 13 RSA.
 - « Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans » : 3 135 RSA répartis dans 77 établissements non CHU, dont 24 dépassent 15 RSA.

Qu'il s'agisse de ces trois racines de GHM ou de celle qui apparaît dans la tranche 90-99%, l'activité de neurochirurgie est celle que l'on retrouve le plus dans des établissements non CHU. On a d'abord vérifié qu'il s'agissait bien d'une activité de neurochirurgie. Pour la majorité des établissements ayant plus de 10 cas annuels, on retrouve à la fois un acte nécessitant une craniotomie, un DP et des actes de surveillance cohérents, un passage en unité de « surveillance post-opératoire » au sens large et une DMS cohérente. La différence notable pour ceux qui ont des DMS plus courtes se situe dans les indications souvent limitées aux hydrocéphalies et aux tumeurs bénignes des enveloppes crâniennes. Néanmoins, pour deux établissements privés, l'absence totale de passage dans une unité de « surveillance » laisse un doute sur la réalité de cette activité. On a ensuite comparé les établissements concernés par cette activité avec la liste des établissements qui ont une autorisation de neurochirurgie dans le fichier Finess : si cette autorisation existe bien pour des établissements non CHU (CH, PSPH ou privé), de nombreux établissements n'ont pas encore cette autorisation, mais les procédures d'autorisation de cette activité suite à la parution des SIOS (schémas interrégionaux d'organisation des soins) sont en cours et l'ensemble des établissements devraient avoir une autorisation avant la fin de l'année 2009.

surveillance de greffe de rein, ce qui n'est pas le cas de tous les établissements qui ont des effectifs dans cette activité. Le mode de construction de ces GHM est modifié en version 11.

- ◆ La « Chirurgie majeure des malformations digestives » et « Interventions sur l'urètre, âge inférieur à 18 ans » sont relativement peu fréquentes hors CHU et sont dispersées dans un nombre important d'établissements (respectivement 52 et 49) qui ne dépassent pas les 7 cas chacun. Ce sont les indications opératoires qui permettent de caractériser les CHU pour les malformations digestives (qui comprennent aussi les défauts de fermetures de la paroi abdominale):
 - on retrouve quelques cas de chirurgie des omphalocèles et des atrésies du grêle en dehors des CHU,
 - alors que la chirurgie des grandes malformations oesophagiennes ou rectales est presque une exclusivité des CHU.
- ◆ Pour les « Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques », 175 RSA sont concentrés dans 4 établissements de cancérologie.
- ◆ L'activité de « brûlures » est en majorité produite par les CHU pour les deux racines les plus lourdes. La seule activité hors CHU importante est celle de l'Hôpital St Joseph St Luc à Lyon. Les « Affections de la CMD 22 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 22, avec anesthésie » se retrouvent dans 8 CH.
- ◆ Les « Embolisations intracrâniennes et médullaires » se retrouvent dans 596 RSA, dont plus de la moitié de l'activité hors CHU est produite par la fondation Rothschild (356). Cinq autres établissements dépassent les 16 RSA.
- ◆ Les « Réparations de fissures labiale et palatine » hors CHU sont dans 394 RSA répartis dans 40 établissements, dont 6 dépassent les 10 cas avec la clinique Jules Verne à Nantes (124), la clinique du Cours Dillon dans le Gard (83 cas) et la clinique du Val d'Ouest-Vendôme dans le Rhône (53). Pour ces trois cliniques, il s'agit bien majoritairement d'une activité de fermeture primaire sur des tout petits avec des DMS élevées. Pour les autres établissements, les DMS sont souvent plus basses parce qu'il s'agit beaucoup plus souvent de retouches ou de reprises secondaires sur des adolescents ou des adultes.
- ◆ Les « Interventions sur l'hypophyse » pratiquées hors CHU se retrouvent dans 300 RSA répartis dans 20 établissements, dont 5 dépassent 10 cas. La première remarque concerne la voie d'abord : l'abord par craniotomie est assez rare hors CHU et se retrouve dans les établissements qui font de la neurochirurgie alors que la voie transsphénoïdale est prépondérante dans les établissements non CHU. La deuxième remarque concerne le fait que les actes par craniotomie qui sont classants dans cette racine de GHM sont également classants dans la CMD 01 des affections neurologiques où ils sont beaucoup plus fréquents : on peut imaginer qu'un DP moins précis et relevant de la CMD 01 est préféré aux DP précis de pathologie hypophysaire pour être groupé dans une racine de neurochirurgie de la CMD 01 mieux valorisée puisqu'elle ne contient que des actes par craniotomie.
- ◆ Les « Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum, âge inférieur à 18 ans » pratiquées hors CHU sont dans 502 RSA répartis dans 84 établissements, dont 16 dépassent 10 cas. Il n'y a pas de différence notable dans la répartition des actes entre les CHU et les non CHU depuis qu'une racine de GHM a été créée pour les malformations digestives majeures.

3.2.4. Synthèse de l'activité CHU faite à plus de 75% dans ces établissements

Si on veut résumer les activités qui sont plus spécifiques des CHU, on peut les regrouper de la manière suivante :

- les transplantations,
- la neurochirurgie intracrânienne et les embolisations de vaisseaux intracrâniens,
- la correction des grandes malformations congénitales,
- les grands brûlés.

Cette liste d'activité ne sélectionne que 78 006 RSA qui ne représentent que 2,14% de l'activité des CHU.

Parmi ces activités, quelques racines de GHM n'apparaissent pas (transplantation pulmonaire et chirurgie cardiaque des moins de 2 ans par exemple) parce que des établissements non CHU, mais spécialisés, en font plus de 25%. C'est la raison pour laquelle une liste « d'activités CHU » plus étendue (faite à dire d'experts) sera utilisée pour déterminer un taux d'activité qui permet de comparer les CHU entre eux ; c'est l'objet du chapitre suivant.

Au cours des validations effectuées, il est apparu clairement qu'au-delà des activités majoritairement faites dans des CHU, il y avait des actes et des indications plus spécifiques des CHU au sein d'activités assez bien partagées par ailleurs. Ces actes ou ces pathologies ont des effectifs faibles, voire très faibles, qui ne permettent pas d'envisager une racine de GHM qui, en version 11, doit se segmenter en quatre niveaux. En revanche, le recensement de ces « raretés » permettrait d'avoir un indicateur plus fiable pour porter un jugement sur le niveau d'un CHU ou pour les comparer entre eux ; c'est l'objet d'une étude à venir.

4. Vers une typologie des CHU à travers la spécificité de leur activité

Il s'agit d'essayer de repérer les racines de GHM correspondant à des « activités spécifiques de CHU » et de décrire la situation des CHU par rapport aux autres types d'établissements et de chaque CHU par rapport à sa production de séjours dans ces racines.

4.1. Méthodologie

La liste des activités faites à plus de 75% dans les CHU (sans tenir compte des niveaux de complexité) est donc insuffisante pour décrire l'activité CHU du fait de l'existence de quelques établissements PSPH et privés commerciaux qui peuvent effectuer ensemble plus de 25% d'une activité qui a tous les critères pour être considérée comme spécifique des CHU (transplantation pulmonaire et chirurgie cardiaque des moins de 2 ans par exemple). Pour comparer les CHU entre eux et aux autres types d'établissements, on a envisagé une liste complétée à dire d'expert.

4.1.1. Construction d'une nouvelle liste d'activités

Pour obtenir une liste « d'activités spécifiques des CHU » (en racines de GHM de la version 11 des GHM) dont le résultat est consultable dans l'annexe 1 :

- on a utilisé la liste complète construite pour la campagne 2009 du champ MCO destinée à la valorisation des activités lourdes (lignes avec une x dans l'avant dernière colonne du tableau de l'annexe 1) ;
- on a ensuite ajouté les racines d'activités qui, si elles n'étaient pas choisies, pourraient faire penser qu'on peut les prendre en charge dans n'importe quel type d'établissements comme par exemple :
 - Les traumatismes multiples graves,
 - Les nouveau-nés de moins de 1500 grammes
 - Les interventions sur le rachis pour des affections neurologiques,
- puis on a supprimé celles qui avaient des effectifs trop importants dans les autres types d'établissement ; c'est le cas par exemple de la partie la plus lourde de la chirurgie digestive (hors chirurgie majeure des malformations digestives et de la chirurgie digestive des moins de 18 ans²², toutes deux sélectionnées dans le cadre de la campagne 2009). C'est le cas pour les amputations du rectum, les interventions majeures sur l'intestin et les interventions sur la partie haute du tube digestif (dont œsophage,
- on a comparé le résultat final avec la liste du chapitre 3 ; toutes les activités sélectionnées sont bien présentes dans la nouvelle liste sauf les « Interventions sur l'urètre, âge inférieur à 18 ans » absente de la liste « campagne 2009 » et assez bien réparties.

L'examen de cette liste montre qu'il y a peu d'activités médicales qui sont sélectionnées (mais c'est aussi le cas des activités lourdes retenues pour la campagne 2009), c'est la raison pour laquelle le taux « d'activité spécifique des CHU » apparaît faible dans ces établissements (4,52% pour l'AP-HP par exemple). Dans les résultats ci-dessous on pourra comparer les CHU aux établissements PSPH (dont certains sont très spécialisés en chirurgie) et aux établissements privés commerciaux (majoritairement centrés sur la chirurgie comme le montrent les 20 activités les plus fréquentes dans le chapitre 2). Si l'on retient des activités médicales « lourdes » au sens économique du terme (mais c'est généralement corrélé à une lourdeur médicale), les CH ont alors un fort taux « d'activité spécifique des CHU » du fait d'un taux de prises en charge plus élevé pour des pathologies liées à un âge élevé²³.

C'est un groupage de l'année 2007 en version 11 des GHM qui est utilisé pour effectuer les comparaisons des CHU entre eux et avec leur environnement. Il s'agit d'un groupage spécifique effectué sur des données qui ne sont pas codées avec les nouveautés en termes de codes et de règles

²² On rappelle que la limite de 18 ans correspond en réalité à un contenu dont la moyenne d'âge est aux environs de 5 ans. Un abaissement à 15 ans pour coller à la définition de la pédiatrie génère une tranche d'âge de 15 à 18 ans dont les caractéristiques économiques sont plus proches de la population des enfants que de celle des adultes. Par ailleurs la population des 10-18 ans est la plus faiblement concernée (hors traumatismes) par une prise en charge en hospitalisation.

²³ On rappelle que les CHU ont le taux le plus élevé de GHM de niveau 1 du fait d'une moyenne d'âge plus basse que dans les CH.

de codage²⁴. Ce mode de groupage n'a que très peu d'effets sur les activités sélectionnées pour l'étude.

4.1.2. Travaux effectués pour les CHU

On a calculé pour chaque CHU :

- le nombre de RSA et de journées dans ces racines de GHM.
- la DMS de l'ensemble des séjours ainsi sélectionnés. Pour ne pas fausser les comparaisons entre établissements, et ne pas baisser artificiellement la DMS, elle a été calculée en enlevant du dénominateur (nombre de RSA) les RSA sans nuitée, puisqu'ils sont comptés pour zéro au numérateur (nombre de journées).
- On calcule également l'activité totale de chaque CHU en nombre de RSA (hors séances) et en nombre de journées pour calculer la part « d'activité spécifique des CHU » dans le total des RSA et dans le total des journées.
- Les CHU ont ensuite été classés selon leur part de RSA décroissante.
- Comme certains CHU n'ont pas d'activité de maternité (Nancy par exemple), les calculs ont été refaits en excluant du total activité le GHM d'accouchement normal par voie basse (14Z02A) et ceux de nouveau nés de 2500 g et plus sans complications (15Z05A et 15Z05B)²⁵. Cette restriction n'a pas changé l'ordre du classement des CHU. Il n'a donc pas semblé utile de présenter ces résultats en plus de la réalité observée.

4.1.3. Travaux effectués pour les autres catégories d'établissements

Les mêmes traitements ont été effectués pour les CH, pour les établissements privés commerciaux et pour les établissements PSPH, de façon à situer la part moyenne « d'activité spécifique des CHU » de ces catégories par rapport à la moyenne des CHU et de repérer également les établissements pour lesquels cette part est importante.

4.2. Résultats

4.2.1. Données sur les CHU comprenant toutes les activités spécifiques

- ◆ Part de l'activité spécifique des CHU en nombre de RSA (voir tableau ci-dessous)

L'« activité CHU » représente en moyenne 5,5% de l'activité totale des CHU en nombre de RSA (hors séances). Elle varie de 10,5% au CHU de Nancy à 1,9% au CHU de Nîmes.

- Le CHU de Nancy arrive en tête en part de RSA, mais presque la moitié des séjours sélectionnés sont dans les GHM de surveillance de greffe (49,5% comme on peut le constater dans l'annexe 4) et concernent des patients qui ont de nombreuses réhospitalisations dans l'année,
- le CHU de Rennes qui est en 2^{ème} position a également une part élevée de séjours de surveillance de greffes (environ 40%),
- les HCL se trouvent à la 5^{ème} position, avec 6,8% de RSA d'« activité spécifique CHU ».
- L'AP-HP se trouve en dessous de la moyenne des CHU, avec 4,5% de son activité qui relève de l'« activité spécifique CHU », même si, en volume, elle représente près de 20% des séjours « activité spécifique CHU » de l'ensemble des CHU, mais 14 établissements ont moins de 1% (dont 11 ont un taux nul) ; les quatre établissements en tête sont Necker (10,8%), Henri Mondor (9,3%), la Pitié-Salpêtrière (9,1%) et Européen G. Pompidou (8,4%),
- l'AP-HM se situe proche de la moyenne, avec une part de 5,8% de RSA relevant d'une « activité spécifique CHU »,
- en bas de classement, on trouve
 - les CHU des DOM, avec des taux de RSA entre 2,1% et 4%. Compte tenu de leur isolement géographique, ils ont probablement une activité plus diversifiée que les CHU de métropole, mais c'est à vérifier.
 - on trouve également les CHU de Nîmes (1,9%), Orléans (2%) et Metz-Thionville (2,3%) qui sont des CHU de petite taille, situés dans des régions disposant de 2 CHU, et dont

²⁴ Ce groupage consiste à analyser les RSA groupés en erreur avec une version 11 officielle et à répartir un maximum d'entre eux dans les nouveaux GHM créés.

²⁵ Ici, on fait référence aux numéros de GHM V10b en entier, car il s'agit d'enlever de l'effectif analysé seulement les accouchements et les bébés normaux ou avec problèmes significatifs légers.

les territoires de santé connaissent des taux de fuite importants (respectivement 25%, 15% et 19%), les territoires de santé de CHU proches de la région parisienne (Amiens, Rouen, Caen, Reims) ont des taux de fuite variant de 7 à 9%. (confère les taux de fuite de chaque CHU en annexe 2).

**Part de « d'activité spécifique CHU » par CHU
en nombre de RSA et en nombre de journées**

Libellé du n° finess	GHM "activité spécifique CHU"				activité totale (hors CM28)		Part de l'activité spécifique CHU"	
	Nb de RSA	Nb de RSA sans nuitée	Nb journées	DMS (1)	Nb de RSA	Nb de journées	en % de RSA	en % de journées
CHU NANCY	10 098	4 933	74 300	14,4	95 992	411 288	10,52%	18,07%
CHU RENNES	8 349	3 364	72 079	14,5	91 633	405 897	9,11%	17,76%
CHU NANTES	8 613	2 924	92 726	16,3	100 883	454 643	8,54%	20,40%
CHU LILLE	9 735	1 742	110 286	13,8	133 752	525 274	7,28%	21,00%
CHU GRENOBLE	5 744	1 267	61 628	13,8	80 517	401 490	7,13%	15,35%
HOSPICES CIVILS DE LYON (CHU)	16 673	6 076	148 889	14,1	245 740	1 016 391	6,78%	14,65%
CHU REIMS	4 153	772	51 379	15,2	61 594	316 422	6,74%	16,24%
CHU ST-ETIENNE	4 006	1 361	41 592	15,7	64 109	323 487	6,25%	12,86%
CHU CLERMONT-FERRAND	4 441	98	61 875	14,2	72 289	370 222	6,14%	16,71%
CHU BESANCON	3 960	790	47 553	15,0	64 621	313 284	6,13%	15,18%
CHU TOURS	5 484	1 368	60 292	14,6	91 218	373 050	6,01%	16,16%
CHU BORDEAUX	9 928	2 276	123 890	16,2	170 099	718 507	5,84%	17,24%
AP-HM	9 974	1 610	122 056	14,6	171068	724 429	5,83%	16,85%
CHU TOULOUSE	9 265	2 115	99 411	13,9	162 802	546 325	5,69%	18,20%
CHU CAEN	4 151	696	45 837	13,3	73 722	353 181	5,63%	12,98%
CHU MONTPELLIER	6 047	977	73 159	14,4	107 713	436 492	5,61%	16,76%
CHU ROUEN	5 155	1 226	56 814	14,5	95 708	488 639	5,39%	11,63%
CHU DIJON	3 479	161	46 878	14,1	64 953	302 121	5,36%	15,52%
CHU AMIENS	3 604	645	41 023	13,9	69 361	335 299	5,20%	12,23%
CHU BREST	3 095	222	42 093	14,7	62 052	287 121	4,99%	14,66%
CHU LIMOGES	3 079	267	41 907	14,9	65 204	305 998	4,72%	13,70%
AP-HP	39 200	8 547	480 023	15,7	867 662	3 631 096	4,52%	13,22%
CHU STRASBOURG	5 274	599	76 908	16,5	117 144	576 328	4,50%	13,34%
CHU NICE	3 397	408	39 049	13,1	77 486	323 283	4,38%	12,08%
CHU POITIERS	3 201	106	47 744	15,4	73 627	294 823	4,35%	16,19%
CHU ANGERS	3 102	75	43 359	14,3	73 534	342 072	4,22%	12,68%
CH FELIX GUYON, ST DENIS	1 307	130	22 122	18,8	32 742	161 073	3,99%	13,73%
CHU FORT-DE-FRANCE	1 118	27	22 057	20,2	35 964	221 606	3,11%	9,95%
CHR. METZ THIONVILLE	1 539	10	20 931	13,7	68 439	313 360	2,25%	6,68%
CHU DE POINTE-A-PITRE	780	89	13 020	18,8	36 462	169 196	2,14%	7,70%
CHR. ORLEANS	1 225	13	18 817	15,5	61 459	256 479	1,99%	7,34%
CHU NIMES	1 015	23	13 073	13,2	53 950	230 234	1,88%	5,68%
TOTAL	200 191	44 917	2 312 770	14,9	3 643 499	15 929 110	5,49%	14,52%

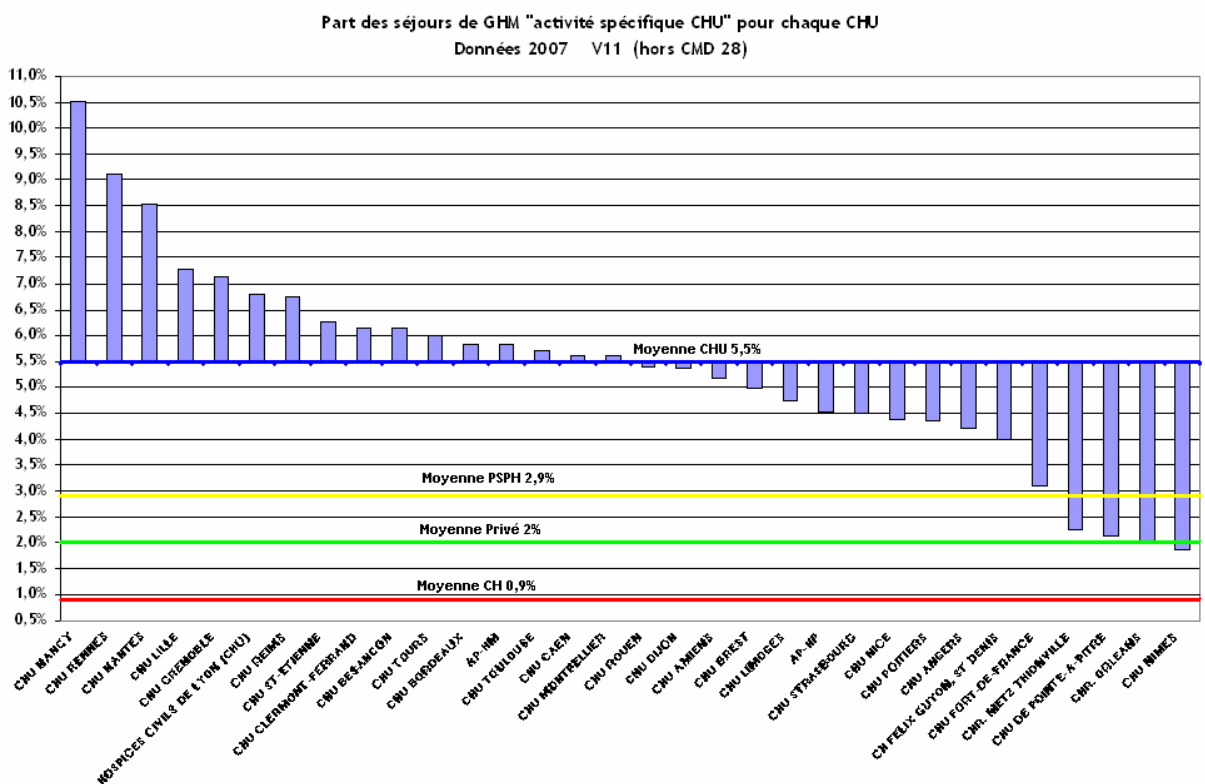
(1) la DMS a été calculée en retirant du dénominateur (nb de RSA) les RSA sans nuitée

Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 » adaptée », avec surveillance de greffe

◆ Part de l'activité spécifique des CHU en nombre de journées (voir tableau précédent)

Les mêmes séjours représentent en moyenne 14,5% des journées réalisées variant de 5,7% (CHU de Nîmes) à 21% (CHU de Lille) et leur durée moyenne de séjour (en excluant les séjours sans nuitée) varie de 13,1 (CHU de Nice) à 20,2 (CHU Fort de France) et est en moyenne de 14,9 jours. Cette durée de séjour plutôt longue pour des séjours de MCO valide le fait que les GHM sélectionnés correspondent bien à de l'activité lourde.

Le graphe ci-dessous donne une vision globale, mais on peut consulter le positionnement de chaque établissement, de manière plus lisible sur le même graphe présenté dans l'annexe 3 et pour avoir une vision plus précise de la répartition de chaque activité retenue.



4.2.2. Données sur les CHU, sans les surveillances de greffe

Pour les deux premiers de la liste (Nancy et Rennes), on a vu que leur taux d'activité élevé s'expliquait par un taux très important de suivi de greffe. Quand on examine ce taux pour chaque CHU, on constate qu'il ne correspond pas au taux de greffes et qu'il s'agit donc d'une différence liée au mode de prise en charge de cette activité : en externe pour certains, en hospitalisation pour d'autres.

Le tableau suivant donne les mêmes informations que celui du point 4.2.1. sans l'activité de surveillance de greffe.

Etablissements	GHM "activité spécifique CHU" hors surveillance de greffes (2)				Activité totale (hors CMD28)		Part de l'activité spécifique CHU	
	Nb de RSA	Nb de RSA sans nuitée	Nb de journées	DMS (1)	Nbre de RSA	Nb de journées	en % de RSA	en % de journées
CHU LILLE	8 322	468	109 856	14,0	133 752	525 274	6,22%	20,91%
CHU CLERMONT-FERRAND	4 420	91	61 843	14,3	72 289	370 222	6,11%	16,70%
CHU NANTES	5 761	289	91 482	16,7	100 883	454 643	5,71%	20,12%
CHU REIMS	3 403	39	51 341	15,3	61 594	316 422	5,52%	16,23%
CHU GRENOBLE	4 440	115	61 210	14,2	80 517	401 490	5,51%	15,25%
CHU RENNES	4 981	53	72 009	14,6	91 633	405 897	5,44%	17,74%
CHU NANCY	5 100	90	73 838	14,7	95 992	411 288	5,31%	17,95%
CHU DIJON	3 385	117	46 749	14,3	64 953	302 121	5,21%	15,47%
CHU BORDEAUX	8 826	1 558	122 445	16,8	170 099	718 507	5,19%	17,04%
AP-HM	8 448	337	121 285	15,0	171 068	724 429	4,94%	16,74%
CHU MONTPELLIER	5 199	172	73 052	14,5	107 713	436 492	4,83%	16,74%
CHU CAEN	3 532	154	45 594	13,5	73 722	353 181	4,79%	12,91%
CHU BESANCON	3 075	51	47 157	15,6	64 621	313 284	4,76%	15,05%
CHU BREST	2 881	34	42 035	14,8	62 052	287 121	4,64%	14,64%
CHU TOURS	4 226	154	60 194	14,8	91 218	373 050	4,63%	16,14%
CHU TOULOUSE	7 383	639	98 795	14,6	162 802	546 325	4,53%	18,08%
CHU LIMOGES	2 804	22	41 863	15,0	65 204	305 998	4,30%	13,68%
HOSPICES CIVILS DE LYON	10 453	879	145 755	15,2	245 740	1 016 391	4,25%	14,34%
CHU AMIENS	2 926	34	40 711	14,1	69 361	335 299	4,22%	12,14%
CHU POITIERS	3 105	81	47 618	15,7	73 627	294 823	4,22%	16,15%
CHU STRASBOURG	4 877	254	76 733	16,6	117 144	576 328	4,16%	13,31%
CHU ANGERS	3 019	49	43 288	14,6	73 534	342 072	4,11%	12,65%
CHU ST-ETIENNE	2 608	42	41 287	16,1	64 109	323 487	4,07%	12,76%
CHU ROUEN	3 806	84	56 240	15,1	95 708	488 639	3,98%	11,51%
CH FELIX GUYON, ST DENIS	1 267	104	22 034	18,9	32 742	161 073	3,87%	13,68%
CHU NICE	2 874	24	38 736	13,6	77 486	323 283	3,71%	11,98%
AP-HP	30 251	742	475 837	16,1	867 662	3 631 096	3,49%	13,10%
CHU FORT-DE-FRANCE	1 115	27	22 054	20,3	35 964	221 606	3,10%	9,95%
CHR. METZ THIONVILLE	1 539	10	20 931	13,7	68 439	313 360	2,25%	6,68%
CHR. ORLEANS	1 214	7	18 809	15,6	61 459	256 479	1,98%	7,33%
CHU DE POINTE-A-PITRE	701	18	12 986	19,0	36 462	169 196	1,92%	7,68%
CHU NIMES	1 011	19	13 073	13,2	53 950	230 234	1,87%	5,68%
Total	156 952	6 757	2 296 840	15,3	3 643 499	15 929 110	4,31%	14,42%

(1) la DMS a été calculée en retirant du dénominateur (nb de RSA) les RSA sans nuitée

(2) GHM suivants : 04M21, 05K15, 05M19, 07M12, 11M17

Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 » adaptée », sans surveillance de greffe

Il est évident que le taux d'activité spécifique des CHU baisse encore, mais il correspond à une part d'activité plus comparable entre établissements.

Si dans la deuxième moitié du tableau, on retrouve bien ceux que l'on attendait, on trouve néanmoins des établissements comme les HCL, et l'AP-HP que l'on aurait attendus plus en tête du tableau, endroit où l'on trouve des établissements que l'on aurait volontiers imaginés en milieu de tableau. C'est probablement le taux « d'activité CH » qui explique ce classement. Les HCL et l'AP-HP recueillent l'activité CH d'un très large territoire, alors que Grenoble, par exemple, a de gros CH comme Chambéry et Annecy qui assurent leur part de « proximité » ; l'offre du secteur privé commercial est également à prendre en compte. Pour pouvoir faire plus de commentaires, il faudrait faire une analyse géographique non envisagée dans cette étude.

4.2.3. Résultats pour les autres catégories

Ces résultats sont produits avec la totalité des activités CHU (surveillance de greffe comprise). Comme les résultats ne reprennent que les établissements présentant les taux les plus élevés, le tableau ci-dessous permet d'avoir les résultats globalisés.

type d'établissement	GHM "activité spécifique CHU"				activité totale (hors CM28)		Part de l'activité spécifique CHU	
	Nbre de RSA	Nb de RSA sans nuitée	Nb journées	DMS (1)	Nbre de RSA	Nb de journées	en % de RSA	en % de journées
CHU	200 191	44 917	2 312 770	14,9	3 643 499	15 929 110	5,49%	14,52%
CH	50 605	3 353	712 609	15,1	5 674 458	26 297 265	0,89%	2,71%
PSPH	22 480	704	262 058	12	787 205	3 207 302	2,86%	8,17%
CICC	3284	30	45 995	14,1	173 581	697 566	1,89%	6,59%
privé	123 975	1 973	1 257 743	10,3	6 171 854	15 140 016	2,01%	8,31%

Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 » adaptée », avec surveillance de greffe

♦ catégorie CH

Libellé du n° finess	"activité spécifique CHU"				activité totale (hors CM28)		Part de l'activité spécifique CHU	
	Nbre de RSA	Nb de RSA sans nuitée	Nb journées	DMS (1)	Nbre de RSA	Nb de journées	en % de RSA	en % de journées
CH SAINTE-ANNE	740	5	7 927	10,8	6 279	23 160	11,79%	34,23%
CH BAYONNE	895	23	12 038	13,8	29 934	136 763	2,99%	8,80%
CH MULHOUSE	1 335	5	18 444	13,9	49 332	258 021	2,71%	7,15%
CH PAU	789	17	8 463	11,0	29 799	126 411	2,65%	6,69%
SINCAL NANCY	236	28	2 200	10,6	9 787	23 806	2,41%	9,24%
CH SUD REUNION	1 068	144	14 598	15,8	45 714	186 073	2,34%	7,85%
CH HENRI DUFFAUT AVIGNON	925	35	12 081	13,6	40 541	215 902	2,28%	5,60%
INSTITUT DE CANCEROLOGIE DE LA LOIRE	85	0	1 834	21,6	3 735	17 621	2,28%	10,41%
CH LENS	858	12	12 891	15,2	38 058	167 845	2,25%	7,68%
CH BASTIA	372	15	4 531	12,7	17 363	88 107	2,14%	5,14%
CH NIORT	773	7	8 088	10,6	36 607	138 045	2,11%	5,86%
CH VALENCIENNES	1 108	409	11 536	16,5	52 695	228 197	2,10%	5,06%
CH LA ROCHELLE	821	17	8 410	10,5	40 278	175 455	2,04%	4,79%
CH PERPIGNAN	794	21	11 837	15,3	39 496	190 667	2,01%	6,21%

CH ayant plus de 2% « d'activité spécifique des CHU »

Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 » adaptée », avec surveillance de greffe

La part « d'activité spécifique des CHU » dans les CH est très faible : 0,9% des RSA en moyenne. Seul le CH Sainte Anne à Paris, très spécialisé dans les affections du système nerveux (CMD 01) dépasse les taux des CHU avec 11,8% de RSA en « activité spécifique CHU » (majoritairement des craniotomies), mais par ailleurs cet établissement ne produit que 6 300 RSA dans l'année. Une douzaine de CH ont ensuite un taux de 2 à 3% de RSA d' « activité spécifique CHU ». Le tableau ne contient que les établissements au dessus de 2%.

Les DMS restent très proches de celles des CHU, ce qui est en faveur d'une activité assez proche au sein de chaque racine de GHM.

♦ catégorie PSPH

Dans les établissements PSPH, en moyenne 2,9% des RSA relèvent de l' « activité spécifique des CHU ». 9 établissements ont toutefois des taux supérieurs à la moyenne des CHU :

- Les 2 établissements autorisés à réaliser des transplantations : le centre chirurgical Marie Lannelongue (42,6% de ses 6 800 RSA sont de l' « activité spécifique CHU ») et le centre médico-chirurgical Foch Suresnes (8% de ses 31 000 séjours relèvent de la liste retenue) ;
- Des établissements très spécialisés, comme la fondation ophtalmologique Rothschild (7% de ses 16 000 RSA sont de l' « activité spécifique des CHU ») ou des établissements très spécialisés de petite taille comme le centre des Massues à Lyon, spécialisé dans les interventions du rachis (641 séjours au total dont 31% en « activité spécifique CHU »), ou l'Institut de puériculture ADHMI à Paris, spécialisé dans la prise en charge des nouveau nés (1 024 séjours en 2007 dont 16% en « activité spécifique CHU ») ou encore le centre de chirurgie cardiaque A. Tzanck, à Saint Laurent du Var (06) (3 790 séjours en 2007, dont 18% relevant de l' « activité spécifique CHU »).
- 3 autres établissements : l'Institut Mutualiste Montsouris (19 030 séjours en 2007, dont 12,7% relèvent de l' « activité spécifique CHU ») ; l'établissement Hopale à Berck dont 7,2% des 8 935 séjours de 2007 sont dans la liste et l'hôpital Belle-Isle à Metz (6,7% de 8 623 séjours en 2007). Le tableau ne contient que les établissements qui sont au dessus de 5%.

Libellé du n° finess	"activité spécifique CHU"				activité totale (hors CM28)		Part de l'activité spécifique CHU"	
	Nbre de RSA	Nb de RSA sans nuitée	Nb journées	DMS (1)	Nbre de RSA	Nb de journées	en % de RSA	en % de journées
CENTRE CHIRURGICAL MARIE LANNELONGUE	2 900	75	33 525	11,9	6 809	46 307	42,59%	72,40%
CENTRE LES MASSUES	198	0	2 118	10,7	641	5 189	30,89%	40,82%
CENTRE CHIRURGIE CARDIAQUE A. TZANCK	690	1	7 820	11,3	3 790	16 454	18,21%	47,53%
INSTITUT DE PUERICULTURE ADHMI	162	1	6 850	42,5	1 024	18 692	15,82%	36,65%
INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS	2 419	5	23 468	9,7	19 030	80 691	12,71%	29,08%
CENTRE "MEDICO-CHIR FOCH" SURESNES	2 479	272	26 894	12,2	31 168	140 729	7,95%	19,11%
BERCK ETABLISSEMENT HOPALE	647	1	6 907	10,7	8 935	46 090	7,24%	14,99%
FONDATION OPHTALMOLOGIQUE ROTHSCHILD	1 147	3	11 590	10,1	16 429	33 437	6,98%	34,66%
HOPITAL BELLE-ISLE METZ	577	3	7 688	13,4	8 623	45 385	6,69%	16,94%
CLINIQUE MUTUALISTE CHIRURGICALE	604	1	6 292	10,4	11 409	42 065	5,29%	14,96%

PSPH ayant plus de 5% « d'activité spécifique des CHU »
Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 » adaptée », avec surveillance de greffe

On constate que de nombreux établissements de cette catégorie ont des taux très élevés « d'activité spécifique des CHU », ces valeurs sont fonction de la part « activité de proximité » assurée par ces établissements dont certains sont très spécialisés. Le nombre de RSA annuel reflète des tailles d'établissement très différentes et le nombre total de RSA « activité spécifique CHU » reste faible.

◆ Les CLCC

La sélection des « activités spécifiques des CHU » ne contient qu'une partie de la cancérologie parce que la sélection exclut les séances, que les hémopathies malignes sont souvent prises en charge hors des CLCC, que la chirurgie carcinologique est très présente dans les autres types d'établissement et que la partie médecine est difficile à analyser en raison d'un surcodage (probable) du cancer en diagnostic principal. Le tableau ne contient que les établissements ayant plus de 2% « d'activité spécifique des CHU »

Libellé du n° finess	"activité spécifique CHU"				activité totale (hors CMD28)		Part de l'activité spécifique CHU"	
	Nbre de RSA	Nb de RSA sans nuitée	Nb journées	DMS (1)	Nbre de RSA	Nb de journées	en % de RSA	en % de journées
CLCC OSCAR LAMBRET LILLE	322	0	3 493	10,8	8 779	35 586	3,67%	9,82%
INSTITUT PAOLI-CALMETTES (CLCC)	377	13	5 673	15,6	14 551	66 445	2,59%	8,54%
CLCC "H. BECQUEREL"	196	7	2 644	14,0	7 783	31 319	2,52%	8,44%
CENTRE ANTOINE LACASSAGNE (CLCC)	141	1	2 977	21,3	6 162	27 050	2,29%	11,01%
CRLCC A. VAUTRIN VANDOEUVRE	180	0	3 183	17,7	7 892	35 162	2,28%	9,05%
CLCC "FONDATION BERGONIE" BORDEAUX	186	0	2 159	11,6	8 304	41 357	2,24%	5,22%
CLCC "JEAN-PERRIN" CLERMONT-FERRAND	110	0	2 003	18,2	4 975	23 567	2,21%	8,50%
INSTITUT GUSTAVE ROUSSY	482	0	8 976	18,6	22 227	84 868	2,17%	10,58%
CLCC "C. REGAUD" TOULOUSE	157	7	1 777	11,8	7 399	26 718	2,12%	6,65%

*Etablissements CLCC ayant plus de 2% « d'activité spécifique des CHU »
Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 » adaptée », avec surveillance de greffe*

◆ catégorie ex-OQN

Dans les établissements privés commerciaux, la moyenne du taux de RSA relevant de l' « activité spécifique CHU » est de 2%, 44 établissements ont un taux supérieur à 4% et 20 dépassent la moyenne des CHU (5,5%).

Les établissements privés commerciaux étant principalement tournés vers l'activité chirurgicale, les taux « d'activité spécifique des CHU » (majoritairement chirurgicale dans la sélection qui sert de mesure) restent plus élevés que ceux des CHU. Le tableau ne contient que les établissements au dessus de 7%.

Libellé du n° finess	"activité spécifique CHU"				activité totale (hors CM28)		Part de l'activité spécifique CHU"	
	Nbre de RSA	Nb de RSA sans nuitée	Nb journées	DMS (1)	Nbre de RSA	Nb de journées	en % de RSA	en % de journées
CLINIQUE ST-AUGUSTIN	2 213	2	22 002	10,0	11 654	48 235	18,99%	45,61%
CLINIQUE CLAIRVAL	2 930	3	34 750	11,9	15 628	83 409	18,75%	41,66%
CENTRE CARDIOLOGIQUE DU NORD	2 061	3	21 932	10,7	13 526	53 531	15,24%	40,97%
CENTRE CHIRURGICAL VAL D'OR	657	4	8 006	12,3	6 400	25 289	10,27%	31,66%
INFIRMERIE PROTESTANTE DE LYON	1 631	0	16 580	10,2	16 419	58 153	9,93%	28,51%
INSTITUT HOSP. JACQUES CARTIER	2 025	7	24 221	12,0	22 495	76 063	9,00%	31,84%
CLINIQUE DE LA SAUVEGARDE	1 177	1	12 937	11,0	13 322	42 970	8,84%	30,11%
CLINIQUE PASTEUR	2 356	12	22 895	9,8	26 771	97 424	8,80%	23,50%

CLINIQUE DU MILLENAIRE	1 663	3	14 544	8,8	19 561	62 752	8,50%	23,18%
CLINIQUE DU TONKIN	1 959	9	19 682	10,1	23 612	82 694	8,30%	23,80%
CLINIQUE ARAGO	202	0	1 616	8,0	2 517	14 140	8,03%	11,43%
CLINIQUE RHONE DURANCE	682	2	4 404	6,5	8 555	19 802	7,97%	22,24%
CENTRE CHIRURGICAL AMBROISE PARE	1 072	12	13 103	12,4	13 770	51 043	7,79%	25,67%
CTRE MEDICO CHIRUR. DE PARLY II	1 287	3	13 832	10,8	17 594	55 682	7,31%	24,84%

*Établissements privés ayant plus de 7% « d'activité spécifique des CHU »
Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 » adaptée », avec surveillance de greffe*

4.3. Valorisation de l'activité spécifique des CHU

Cette valorisation est effectuée sur la part de spécificité comprenant les surveillances de greffe. En moyenne sur ces établissements, cette part représente environ 5,5% de l'activité totale des CHU (en nombre de séjours, hors séances) et 14,5% des journées réalisées.

L'objet de cette étude est de quantifier ce que représente cette activité en terme de recettes pour les établissements de santé. Ainsi, l'activité 2007 (qui a servi de référence pour l'étude) a été valorisée aux tarifs 2009. Cette valorisation a tenu compte des éléments tarifaires spécifiques propres à chaque établissement, qui sont le coefficient géographique, le coefficient de transition²⁶. L'estimation de la part de recettes versées par l'assurance maladie s'est faite en utilisant un taux moyen de prise en charge par établissement (cette évaluation est donc une évaluation moyenne, au sens où chaque séjour n'a pas fait l'objet d'une valorisation en fonction de la situation administrative du patient).

Enfin, seule la part financée par le tarif GHS est ici considérée. Ainsi, ne sont pas prises en compte les recettes relatives aux suppléments journaliers (activités de réanimation, de surveillance continue, de soins intensifs, de néonatalogie) ; les actes et consultations externes ne sont pas non plus considérés.

4.3.1. Résultats globaux : Le poids des recettes relatives à l'activité spécifique est très proche du poids calculé sur le nombre de journées

En moyenne, les recettes relatives à l'activité pouvant être qualifiée comme spécifique CHRU représente 9% des recettes MCO (part séjours). Les recettes inhérentes à l'activité spécifique des CHU représentent 17,5% des recettes de ces mêmes établissements (évaluation réalisée hors séances).

La même activité représente également en moyenne 10,2% des recettes pour les établissements à but non lucratifs (ce taux atteint 14,5% si l'on se restreint aux établissements à but non lucratif ayant une recette MCO d'au moins 30M€). Pour les CLCC, cette activité pèse 7,9% de recettes, tandis que dans les CH elle atteint à peine 3% de recettes.

Catégorie d'établissements	poids des séjours de l'activité spécifique des CHU sans les séances (en nombre de séjours)	poids de l'activité spécifique des CHU sans les séances (en masse tarifaire)
CH	0.9%	2.9%
CHR-APHP	5.6%	17.5%
CLCC	1.9%	7.9%
EBNL	2.8%	10.2%
dont EBNL ayant des recettes MCO de plus de 30M€	4.0%	14.5%
Total	2,7%	9.0%

²⁶ Pour ces éléments, les valeurs retenues sont celles en vigueur au 1^{er} mars 2008

Les données financières par CHU sont présentées dans le tableau suivant :

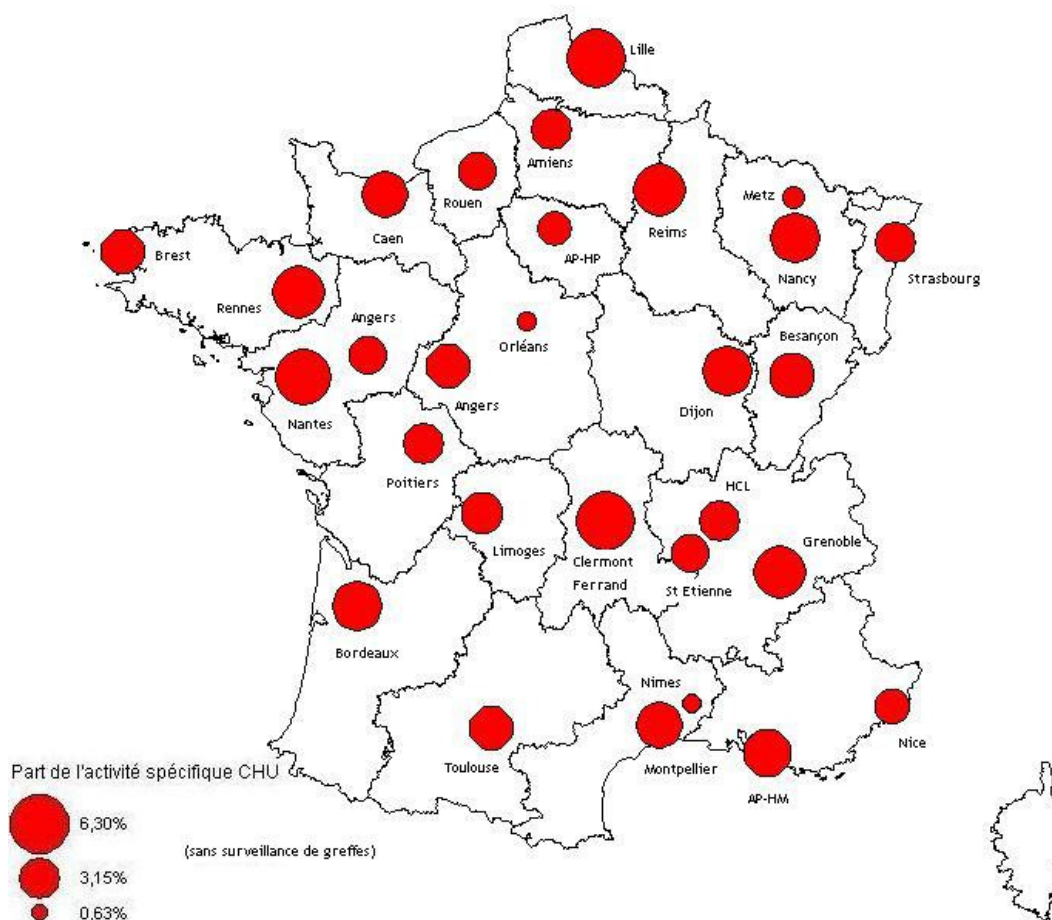
Raison sociale	poids de l'activité spécifique des CHU dans l'ensemble des séjours (hors séances)	poids des recettes issues de l'activité spécifique des CHU dans l'ensemble des recettes (hors séances)
CHU NIMES	1.9%	5.5%
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL D'ORLEANS	2.1%	6.7%
CHU DE POINTE A PITRE/ ABYMES	2.3%	7.4%
CHR METZ-THONVILLE	2.3%	9.1%
CHU DE FORT DE FRANCE	3.2%	11.1%
CHU DE NICE	4.5%	14.3%
CHU ROUEN	5.4%	14.8%
CHU AMIENS	5.3%	14.9%
CHU DE LIMOGES	4.8%	15.3%
CHU SAINT ETIENNE	6.3%	15.8%
ASSISTANCE PUBLIQUE AP-HP	4.6%	16.3%
CHU COTE DE NACRE - CAEN	5.7%	16.4%
CHU D'ANGERS	4.3%	16.8%
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG	4.6%	16.9%
CHU DE POITIERS	4.4%	17.4%
HOSPICES CIVILS DE LYON	6.9%	18.0%
CHU BESANCON	6.3%	18.1%
CHU DIJON	5.5%	18.1%
CHRU DE BREST	5.0%	18.1%
CHRU DE TOURS	6.1%	18.2%
CHR DE REIMS	6.8%	18.4%
CHU DE TOULOUSE	5.7%	18.9%
APHM	5.9%	18.9%
CHU MONTPELLIER	5.7%	19.8%
CHU DE CLERMONT-FERRAND	6.3%	20.2%
CHU HOPITAUX DE BORDEAUX	5.9%	20.4%
CHU GRENOBLE	7.3%	20.8%
CHU DE NANCY	10.6%	22.8%
CHR LILLE	7.4%	23.8%
CHU DE RENNES	9.3%	24.1%
CHU DE NANTES	8.7%	24.5%

Données 2007, groupées en V11, valorisées aux tarifs 2009

4.4. Synthèse sur l'activité spécifique des CHU

La comparaison de cette activité entre les CHU et les autres types d'établissements peut paraître faussée par la sélection très chirurgicale puisque cette part n'est pas majoritaire dans les CHU et les CH et qu'elle est beaucoup plus fréquente dans les PSPH et majoritaire dans les établissements privés commerciaux, mais ce n'est pas un obstacle à la comparaison des CHU entre eux.

On a vu que la sélection d'activités médicales spécifiques des CHU est difficile parce que la lourdeur médicoéconomique sélectionne des pathologies chroniques plus gériatriques et donc plus fréquentes dans les CH que les CHU. Parmi les activités médicales retenues dans la liste CHU, il y a les surveillances de greffes d'organes parce qu'elles sont liées à l'activité de transplantation, mais on a vu que la différence de prise en charge complique la comparaison des CHU entre eux.



Taux d'activité spécifique des CHU par établissement

Si l'AP-HP se situe souvent là où on ne l'attend pas parce que son taux d'activité de proximité est plus important (14 sites ont un taux d'activité spécifique CHU <1%), elle n'en reste pas moins l'établissement qui se place en premier quand on regarde quelle part d'activité spécifique des CHU (sans les surveillances de greffe) revient à chaque établissement de cette catégorie comme le montre le tableau suivant :

Etablissements	Nb de RSA (1)	Taux d'activité spécifique entre CHU
AP-HP	30 251	19,27%
HOSPICES CIVILS DE LYON	10 453	6,66%
CHU BORDEAUX	8 826	5,62%
AP-HM	8 448	5,38%
CHU LILLE	8 322	5,30%
CHU TOULOUSE	7 383	4,70%
CHU NANTES	5 761	3,67%
CHU MONTPELLIER	5 199	3,31%
CHU NANCY	5 100	3,25%
CHU RENNES	4 981	3,17%
CHU STRASBOURG	4 877	3,11%
CHU GRENOBLE	4 440	2,83%
CHU CLERMONT-FERRAND	4 420	2,82%
CHU TOURS	4 226	2,69%
CHU ROUEN	3 806	2,42%
CHU CAEN	3 532	2,25%
CHU REIMS	3 403	2,17%
CHU DIJON	3 385	2,16%
CHU POITIERS	3 105	1,98%
CHU BESANCON	3 075	1,96%
CHU ANGERS	3 019	1,92%
CHU AMIENS	2 926	1,86%
CHU BREST	2 881	1,84%
CHU NICE	2 874	1,83%
CHU LIMOGES	2 804	1,79%
CHU ST-ETIENNE	2 608	1,66%
CHR. METZ THIONVILLE	1 539	0,98%
CH FELIX GUYON, ST DENIS	1 267	0,81%
CHR. ORLEANS	1 214	0,77%
CHU FORT-DE-FRANCE	1 115	0,71%
CHU NIMES	1 011	0,64%
CHU DE POINTE-A-PITRE	701	0,45%
Total	156 952	100,00%

(1) Séjours pour les GHM "activité CHU" sans les surveillances de greffes (04M21, 05K15, 05M19, 07M12, 11M17)
Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 » adaptée », sans les surveillances de greffe

De même, quand on croise le taux de fuite de leur territoire²⁷ et le taux d'activité spécifique CHU (sans les surveillances de greffe), on obtient les résultats suivants :

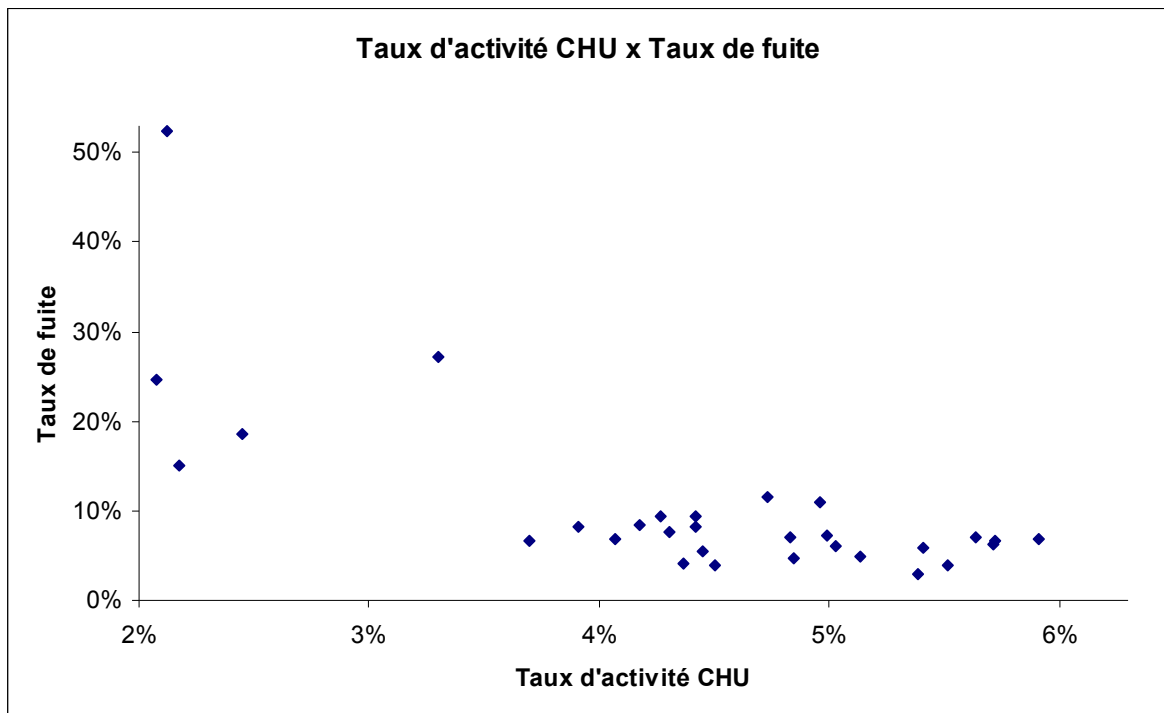
²⁷ Le taux de fuite d'un territoire comprend les hospitalisations lors des sorties du territoire (congé par exemple).

CHU	Taux de "fuite" du territoire	Taux d'activité spécifique
CHU BORDEAUX	2,9%	5,2%
CHU LIMOGES	3,9%	4,3%
CHU NANCY	4,0%	5,3%
CHU STRASBOURG	4,1%	4,2%
CHU BREST	4,6%	4,6%
CHU LILLE	4,6%	6,2%
AP-HM	4,9%	4,9%
HOSPICES CIVILS DE LYON (CHU)	5,4%	4,3%
CHU DIJON	5,9%	5,2%
CHU MONTPELLIER	6,0%	4,8%
CHU GRENOBLE	6,2%	5,5%
CHU CLERMONT-FERRAND	6,5%	6,1%
AP-HP*	6,6%	3,5%
CHU REIMS	6,6%	5,5%
CH FELIX GUYON, ST DENIS	6,9%	3,9%
CHU NANTES	6,9%	5,7%
CHU RENNES	7,0%	5,4%
CHU TOURS	7,1%	4,6%
CHU CAEN	7,2%	4,8%
CHU ANGERS	7,7%	4,1%
CHU NICE	8,2%	3,7%
CHU POITIERS	8,2%	4,2%
CHU ROUEN	8,4%	4,0%
CHU AMIENS	9,4%	4,2%
CHU ST-ETIENNE	9,4%	4,1%
CHU BESANCON	11,0%	4,8%
CHU TOULOUSE	11,6%	4,5%
CHR. ORLEANS	15,1%	2,0%
CHR. METZ THIONVILLE	18,5%	2,2%
CHU NIMES	24,7%	1,9%
CHU FORT-DE-FRANCE	27,1%	3,1%
CHU DE POINTE-A-PITRE	52,4%	1,9%

* L'AP_HP a des implantations sur de multiples territoires, Le taux de fuite global a été calculé ici à partir de PARTAGE en cumulant les données des territoires où sont implantés les établissements de l'AP-HP.

Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 » adaptée », sans les surveillances de greffe

on constate que ce sont les CHU qui sont dans un territoire avec des taux de fuite parmi les plus élevés qui ont également les taux « d'activité spécifique CHU » les plus faibles comme le montre le tableau récapitulatif précédent et la représentation graphique suivante correspondant à ces données.



Rechercher la spécificité des CHU dans des activités majoritairement faites dans les CHU a tendance à sélectionner des activités de faible volume, la lourdeur médicale étant heureusement plus rare que le niveau standard qui fait le volume d'activité des établissements. Le chapitre 2 permet de voir quelles activités correspondent à des gros volumes, il reste à trouver un indicateur qui permettrait d'avoir une vue d'ensemble de l'activité des CHU dont la caractéristique est d'avoir le plus grand nombre d'activités, mais avec des volumes variables.

4.5. A la recherche des actes et des pathologies spécifiques des CHU

Malgré le faible volume d'activité « spécifique CHU » sélectionné, il y a encore une part non négligeable d'activités peu spécifiques des CHU au sein de beaucoup de racines sélectionnées pour l'étude et il y a une part d'activité spécifique des CHU de volume inconnu qui se cache dans des racines non sélectionnées parce que ces interventions ou ces pathologies sont trop rares pour justifier l'existence d'une racine de GHM qui doit pouvoir supporter d'être segmentée en quatre niveaux de sévérité. C'est la raison pour laquelle il serait intéressant d'envisager l'exploration du codage des actes et des diagnostics principaux « spécifique CHU » pour voir dans quelles racines de GHM on les trouve.

L'objectif est donc de repérer, au niveau le plus fin, ce qui pourrait être des microactivités spécifiques des CHU pour envisager d'en faire un indicateur plus fin pour évaluer le niveau des CHU et affiner leur comparaison.

Cette étude est en cours, elle nécessite un temps d'analyse très long et une expertise médicale importante puisque le travail s'effectue au niveau du code (de pathologie ou d'acte). Les premiers résultats montrent qu'il y a une redondance importante entre activité spécifique CHU et pathologies ou actes spécifiques CHU. Il faut donc explorer chaque racine de GHM et ce travail de longue haleine sera effectué dans une actualisation de ce rapport qui sera repris périodiquement à des fins de comparaison.

Les analyses complémentaires des chapitres 5, 6 et 7 permettent d'affiner la compréhension de l'activité des CHU en restant sur des données de type macroscopique.

4.6. Vers une typologie des CHU

Le sujet du chapitre 4 était bien d'arriver à une typologie des CHU, mais il semble qu'il faille trouver quelques critères supplémentaires pour apporter une réponse à cette demande. Le fait que les objectifs sur l'utilisation de ce classement ne soient pas clairement connus représente une difficulté supplémentaire.

On voit bien qu'il y a un groupe d'établissements qui est systématiquement en bas des différents tableaux proposés parce qu'ils ont un taux plus faible d'activité spécifique des CHU (au sens de la définition faite dans ce rapport), qu'il en est de même pour le volume d'activité, qu'ils n'ont pas, ou très peu, d'activité de transplantation et qu'ils sont sur des territoires qui ont des taux de fuite plus importants.

Pour tous les autres, le taux d'activité spécifique des CHU, hors surveillance de greffes²⁸, doit être analysé en fonction de la « concurrence » quel que soit le secteur ou le type d'établissements : les très gros établissements comme l'AP-HP et les HCL ont des taux d'activités spécifiques CHU plus faibles que les CHU qui ont une offre importante sur le champ « activités de proximité » dite « part CH des CHU » dans ce rapport, mais qui va au-delà quand il y a aussi une forte offre du secteur privé commercial.

Il y a d'autres pistes à explorer comme la sévérité par tranche d'âge, étudiée dans le chapitre suivant, mais aussi, le taux d'actes « innovants », le taux de racines faites à plus de 50%²⁹ dans les CHU pour passer de la « spécificité CHU » à la « préférence CHU ».

²⁸ L'activité de surveillance de greffes indique des modes de prise en charge très variables : de pratiquement pas en hospitalisation pour le CHU de Clermont Ferrand à pluriannuelles en hospitalisation pour les CHU de Nancy et Rennes (et bien d'autres, dans des proportions moindres), en passant par une surveillance annuelle en hospitalisation pour le CHU de Dijon par exemple.

²⁹ Les CHU représentant le quart des séjours annuels du champ MCO, on peut considérer qu'une activité faite à plus de 50% dans les CHU relève soit de la spécificité (partie déjà étudiée) soit de la préférence du CHU sur d'autres offres de soins.

5. Analyse de la sévérité par tranche d'âge

Si dans l'analyse de l'activité, seules les racines de GHM ont été utilisées, il semble utile de compléter l'étude des CHU par une recherche de spécificité de la sévérité en général et de l'analyser également par tranche d'âge.

5.1. Méthodologie

La répartition par niveau de sévérité que l'on trouve au point 1.4. a été faite sur des données et une version de la classification des GHM très différentes ; les chiffres qui suivent sont obtenus en se limitant aux racines qui ont les quatre niveaux de sévérité (1 à 4) de la version 11, et uniquement à ces niveaux, pour effectuer des comparaisons sur des effectifs qui ne lissent pas trop les effets. Dès qu'on essaye d'assimiler les séjours de courte durée (GHM ambulatoires et de très courte durée) au niveau 1 et les niveaux A, B, C et D des CMD 14, 15 (et 25) aux niveaux 1 à 4, alors qu'ils n'ont pas le même sens, les taux de niveaux 2, 3 et 4 deviennent très bas³⁰. Néanmoins, les tableaux ci dessous sont également réalisés avec ces assimilations et peuvent être consultés dans l'annexe 5 de ce rapport. Seuls trois types d'établissements sont comparés : les CHU, les CH et les privés commerciaux, l'activité des CLCC étant assez spécifique et celle des établissements PSPH étant toujours difficile à interpréter. On est toujours en données 2007 groupées en version 11 « adaptée ».

5.2. Résultats

On trouvera successivement les résultats globalisés par type d'établissements, puis l'étude par tranche d'âge pour chaque type d'établissements (en ne gardant que les trois plus typiques), puis par CHU et enfin par niveau.

5.2.1. Comparaison sur les données globales

	Effectif par niveau					Fréquence par niveau				Age moyen par niveau			
	Total	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
CHU	1 928 419	1 390 585	313 460	161 178	63 196	72,1%	16,3%	8,4%	3,3%	45,44	62,22	64,95	63,81
CH	3 115 848	2 105 372	625 898	294 893	89 685	67,6%	20,1%	9,5%	2,9%	46,83	70,59	75,59	75,81
privé	2 675 445	2 173 899	362 170	109 458	29 918	81,3%	13,5%	4,1%	1,1%	53,40	71,23	74,99	74,19

Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 » adaptée » dans un GHM de niveau 1, 2, 3 ou 4

On retrouve les mêmes tendances déjà décrites : un taux de niveau 1 maximum dans le privé indépendamment d'une moyenne d'âge plus élevée (qui a moins d'incidence sur la chirurgie majoritairement programmable), et plus important dans les CHU que dans les CH en raison d'une moyenne d'âge moindre, des niveaux 2 et 3 plus élevés dans les CH en relation avec une moyenne d'âge supérieure, un niveau 4 plus élevé dans les CHU malgré une moyenne d'âge moindre parce qu'il s'agit plus de complications que de morbidités associées.

5.2.2. Analyse des niveaux de sévérité par tranche d'âge par type d'établissements

Les résultats ci-dessous sont significativement différents³¹

³⁰ Le niveau le plus bas correspond à presque 81% au lieu de 72,1% des séjours, hors séances et hors racines non segmentées (non incluses dans les résultats de l'annexe 5), pour les CHU.

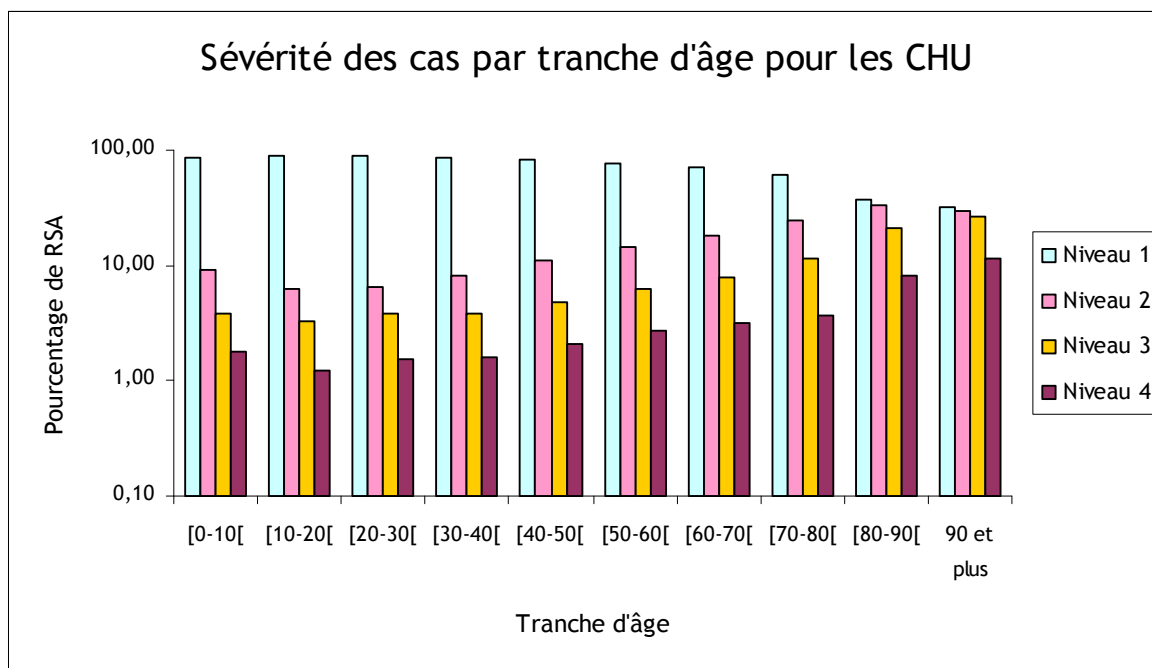
³¹ Par le test de Cochran-Mantel-Haenszel, la p-value significative ($p < 0.0001$) indique que l'association entre la catégorie d'établissement et le niveau de sévérité reste forte, après ajustement sur l'âge :

Cochran-Mantel-Haenszel Statistics (Based on Rank Scores)				
Statistic	Alternative Hypothesis	DF	Value	Prob
1	Nonzero Correlation	1	115818	<.0001
2	Row Mean Scores Differ	2	151991	<.0001
3	General Association	6	176270	<.0001

◆ Résultat pour les CHU

Tranche d'âge	Effectif par niveau					Fréquence par niveau				Age moyen par niveau			
	Total	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
[0-10[	193 030	164 632	17 497	7 458	3 443	85,3%	9,1%	3,9%	1,8%	2,99	1,67	2,15	1,67
[10-20[	117 706	104 919	7 437	3 886	1 464	89,1%	6,3%	3,3%	1,2%	14,74	14,94	15,13	15,23
[20-30[	131 561	115 907	8 598	5 011	2 045	88,1%	6,5%	3,8%	1,6%	24,55	24,72	24,47	24,56
[30-40[	163 438	141 425	13 216	6 184	2 613	86,5%	8,1%	3,8%	1,6%	34,76	35,01	34,95	35,04
[40-50[	221 591	181 656	24 531	10 742	4 662	82,0%	11,1%	4,8%	2,1%	44,69	44,96	44,95	44,97
[50-60[	295 196	225 485	42 758	18 796	8 157	76,4%	14,5%	6,4%	2,8%	54,66	54,91	54,94	54,92
[60-70[	271 502	193 127	48 326	21 451	8 598	71,1%	17,8%	7,9%	3,2%	64,30	64,54	64,57	64,54
[70-80[	292 611	176 512	71 590	33 736	10 773	60,3%	24,5%	11,5%	3,7%	74,39	74,68	74,85	74,67
[80-90[	199 333	73 402	66 738	42 626	16 567	36,8%	33,5%	21,4%	8,3%	83,54	83,63	83,90	83,92
90 et plus	42 451	13 520	12 769	11 288	4 874	31,8%	30,1%	26,6%	11,5%	93,26	93,16	93,28	93,39
Total	1 928 419	1 390 585	313 460	161 178	63 196	72,1%	16,3%	8,4%	3,3%	45,44	62,22	64,95	63,81

Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 » adaptée » dans un GHM de niveau 1, 2, 3 ou 4

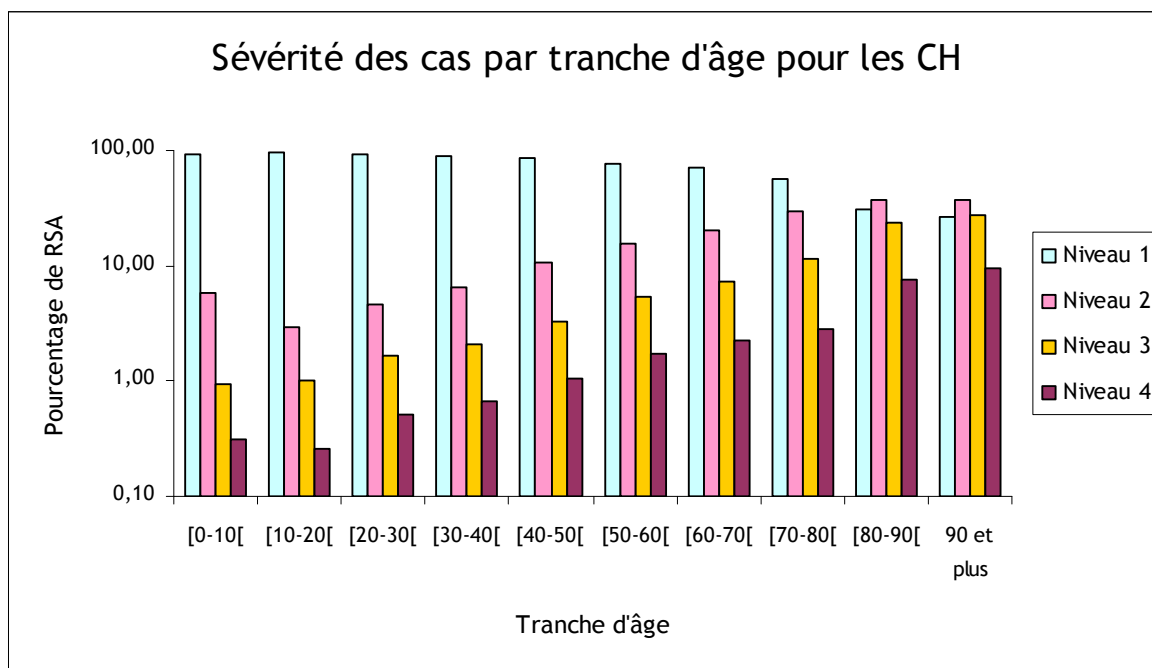


NB : le pourcentage de RSA est présenté en échelle logarithmique

◆ Résultats pour les CH

Tranche d'âge	Effectif par niveau					Fréquence par niveau				Age moyen par niveau			
	Total	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
[0-10[	273 951	254 590	15 979	2 531	851	92,9%	5,8%	0,9%	0,3%	2,83	1,30	1,95	1,22
[10-20[	174 986	167 677	5 078	1 778	453	95,8%	2,9%	1,0%	0,3%	14,91	15,36	15,71	15,64
[20-30[	175 194	163 392	7 985	2 921	896	93,3%	4,6%	1,7%	0,5%	24,40	24,72	24,44	24,79
[30-40[	215 847	195 644	14 226	4 511	1 466	90,6%	6,6%	2,1%	0,7%	34,84	35,21	35,10	35,20
[40-50[	308 492	261 953	33 014	10 252	3 273	84,9%	10,7%	3,3%	1,1%	44,66	45,13	45,18	45,14
[50-60[	383 778	296 468	60 020	20 650	6 640	77,3%	15,6%	5,4%	1,7%	54,58	54,88	54,97	54,94
[60-70[	365 683	255 449	75 003	26 902	8 329	69,9%	20,5%	7,4%	2,3%	64,46	64,76	64,79	64,71
[70-80[	553 961	310 597	164 400	63 285	15 679	56,1%	29,7%	11,4%	2,8%	74,66	75,05	75,12	75,02
[80-90[	536 928	165 587	203 579	127 544	40 218	30,8%	37,9%	23,8%	7,5%	83,69	83,80	84,00	84,04
90 et plus	127 028	34 015	46 614	34 519	11 880	26,8%	36,7%	27,2%	9,4%	93,30	93,25	93,30	93,36
Total	3 115 848	2 105 372	625 898	294 893	89 685	67,6%	20,1%	9,5%	2,9%	46,83	70,59	75,59	75,81

Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 « adaptée » dans un GHM de niveau 1, 2, 3 ou 4

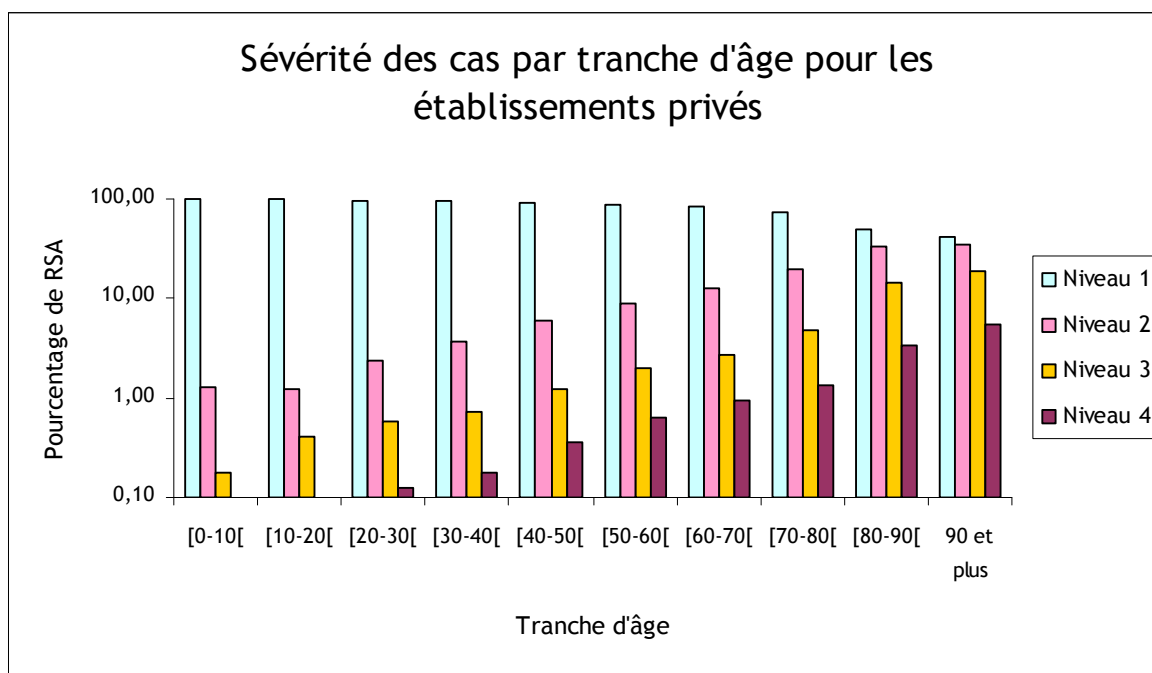


NB : le pourcentage de RSA est présenté en échelle logarithmique

◆ Résultats pour le privé

Tranche d'âge	Effectif par niveau					Fréquence par niveau				Age moyen par niveau			
	Total	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
[0-10[	60 462	59 533	774	108	47	98,5%	1,3%	0,2%	0,1%	5,18	2,57	4,31	4,11
[10-20[	130 317	128 058	1 617	532	110	98,3%	1,2%	0,4%	0,1%	15,44	16,17	15,81	15,57
[20-30[	162 113	157 089	3 885	935	204	96,9%	2,4%	0,6%	0,1%	24,59	25,01	24,72	24,93
[30-40[	220 187	210 209	7 978	1 605	395	95,5%	3,6%	0,7%	0,2%	34,85	35,16	35,11	35,03
[40-50[	310 276	287 037	18 264	3 872	1 103	92,5%	5,9%	1,2%	0,4%	44,70	45,17	45,25	45,43
[50-60[	431 674	381 456	38 972	8 467	2 779	88,4%	9,0%	2,0%	0,6%	54,77	55,08	55,07	55,11
[60-70[	439 556	367 410	56 148	11 813	4 185	83,6%	12,8%	2,7%	1,0%	64,43	64,78	64,74	64,78
[70-80[	541 711	402 762	105 625	26 089	7 235	74,4%	19,5%	4,8%	1,3%	74,52	74,75	74,80	74,87
[80-90[	336 726	162 947	114 250	48 020	11 509	48,4%	33,9%	14,3%	3,4%	83,33	83,35	83,63	83,73
90 et plus	42 423	17 398	14 657	8 017	2 351	41,0%	34,6%	18,9%	5,5%	92,93	93,03	93,01	93,14
Total	2 675 445	2 173 899	362 170	109 458	29 918	81,3%	13,5%	4,1%	1,1%	53,40	71,23	74,99	74,19

Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 » adaptée » dans un GHM de niveau 1, 2, 3 ou 4



NB : le pourcentage de RSA est présenté en échelle logarithmique

Il n'est pas nécessaire de faire des commentaires sur les résultats par type d'établissements, les représentations graphiques étant une traduction claire des différences.

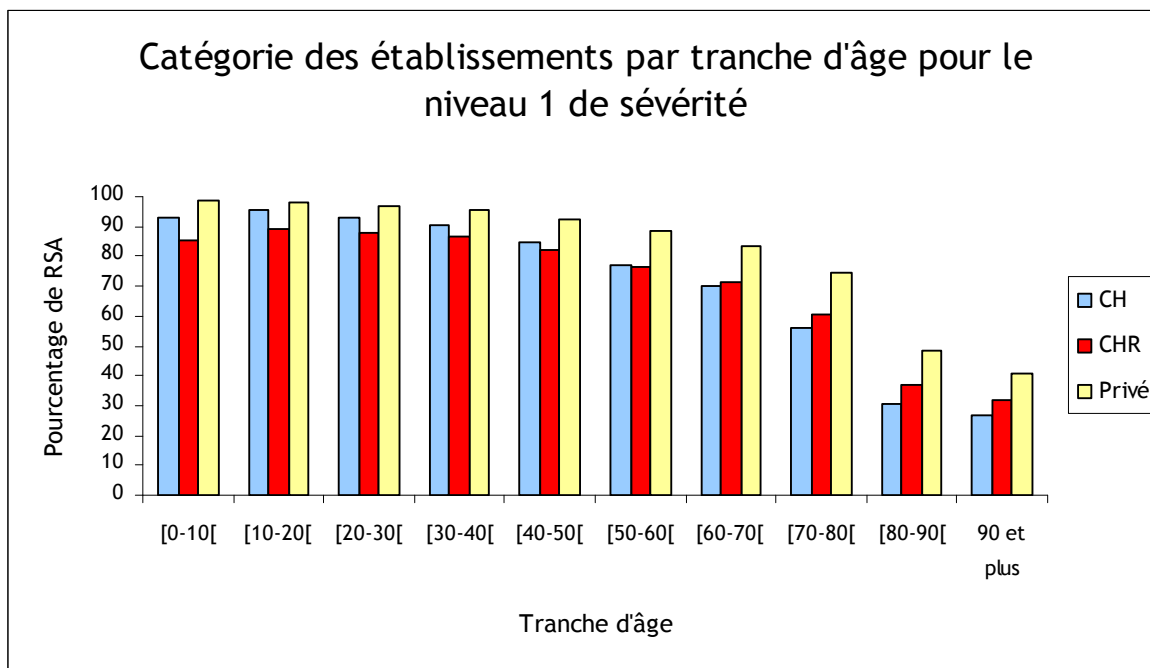
5.2.3. Analyse des niveaux de sévérité par CHU

Les établissements sont présentés dans l'ordre de leur numéro Finess.

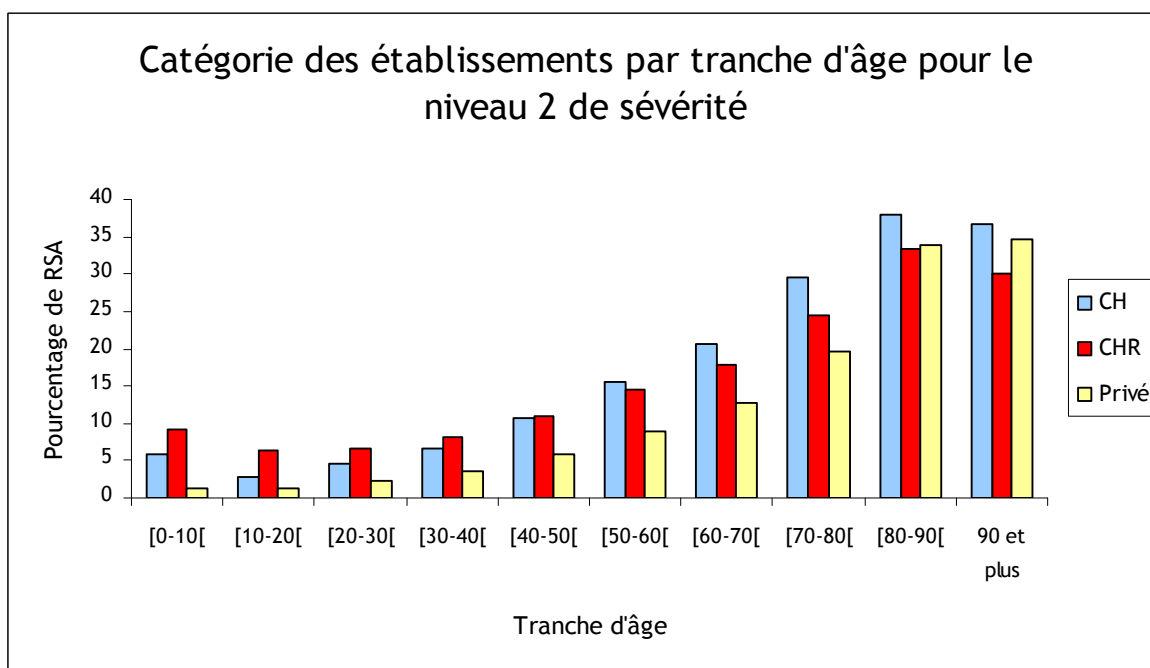
Etablissement	Effectif par niveau				Fréquence par niveau				Age moyen par niveau				
	Total	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
CHU NICE	40 138	26 786	8 147	3 829	1 376	66,7%	20,3%	9,5%	3,4%	50,10	66,22	68,36	66,72
AP-HM	88 922	69 089	12 968	4 956	1 909	77,7%	14,6%	5,6%	2,1%	45,82	62,33	63,64	61,32
CHU CAEN	41 955	30 717	7 205	3 047	986	73,2%	17,2%	7,3%	2,4%	46,79	64,23	70,24	67,38
CHU DIJON	34 417	22 202	7 012	3 594	1 609	64,5%	20,4%	10,4%	4,7%	47,61	62,53	69,10	68,19
CHU BESANCON	37 957	27 514	6 238	2 950	1 255	72,5%	16,4%	7,8%	3,3%	45,88	64,80	67,36	68,20
CHU BREST	35 578	24 930	6 260	3 289	1 099	70,1%	17,6%	9,2%	3,1%	46,66	65,25	66,87	66,32
CHU NIMES	26 982	18 798	4 999	2 303	882	69,7%	18,5%	8,5%	3,3%	48,89	69,45	73,21	73,02
CHU TOULOUSE	87 389	66 354	12 439	6 189	2 407	75,9%	14,2%	7,1%	2,8%	43,66	61,45	64,30	62,75
CHU BORDEAUX	89 056	60 985	16 723	7 809	3 539	68,5%	18,8%	8,8%	4,0%	44,52	60,10	64,13	63,67
CHU MONTPELLIER	57 939	42 808	9 087	4 372	1 672	73,9%	15,7%	7,5%	2,9%	44,79	59,79	61,59	60,96
CHU RENNES	49 742	35 932	8 374	3 955	1 481	72,2%	16,8%	8,0%	3,0%	46,22	63,05	64,11	64,49
CHU TOURS	50 606	37 846	7 340	3 998	1 422	74,8%	14,5%	7,9%	2,8%	46,61	63,11	64,81	63,69
CHU GRENOBLE	46 246	31 933	7 752	4 809	1 752	69,1%	16,8%	10,4%	3,8%	45,32	61,24	64,96	67,54
CHU ST-ETIENNE	37 099	26 970	5 789	3 160	1 180	72,7%	15,6%	8,5%	3,2%	47,23	65,91	71,32	72,13
CHU NANTES	53 927	39 606	8 643	4 132	1 546	73,4%	16,0%	7,7%	2,9%	44,31	64,48	63,38	62,16
CHR. ORLEANS	32 217	24 309	4 495	2 457	956	75,5%	14,0%	7,6%	3,0%	43,79	66,13	69,79	70,81
CHU ANGERS	38 746	27 361	6 880	3 418	1 087	70,6%	17,8%	8,8%	2,8%	47,46	65,28	68,68	66,29
CHU REIMS	37 963	27 023	6 747	3 009	1 184	71,2%	17,8%	7,9%	3,1%	45,85	64,04	66,30	65,00
CHU NANCY	57 420	43 301	8 295	3 937	1 887	75,4%	14,4%	6,9%	3,3%	44,52	58,71	61,85	60,60
CHR. METZ THIONVILLE	38 751	27 357	6 807	3 578	1 009	70,6%	17,6%	9,2%	2,6%	47,87	69,29	73,12	72,68
CHU LILLE	73 987	55 991	10 254	5 340	2 402	75,7%	13,9%	7,2%	3,2%	42,68	53,26	55,06	53,03
CHU CLERMONT-FERRAND	43 512	31 818	6 745	3 508	1 441	73,1%	15,5%	8,1%	3,3%	49,47	65,92	68,70	65,36
CHU STRASBOURG	60 139	41 388	10 879	5 719	2 153	68,8%	18,1%	9,5%	3,6%	45,59	61,44	67,17	66,62
HOSPICES CIVILS DE LYON	126 274	92 924	19 523	9 878	3 949	73,6%	15,5%	7,8%	3,1%	46,25	62,61	66,45	64,17
AP-HP	410 954	290 155	66 133	38 465	16 201	70,6%	16,1%	9,4%	3,9%	44,22	58,99	61,17	60,92
CHU ROUEN	55 535	40 502	8 469	4 919	1 645	72,9%	15,3%	8,9%	3,0%	43,52	65,51	70,24	69,41
CHU AMIENS	40 480	28 358	6 754	3 992	1 376	70,1%	16,7%	9,9%	3,4%	45,32	64,64	67,10	67,26
CHU POITIERS	38 939	28 289	6 408	3 089	1 153	72,7%	16,5%	7,9%	3,0%	49,70	68,25	68,75	66,41
CHU LIMOGES	39 550	28 446	6 551	3 292	1 261	71,9%	16,6%	8,3%	3,2%	50,34	66,56	68,39	66,30
CHU DE POINTE-A-PITRE	16 600	12 687	2 622	962	329	76,4%	15,8%	5,8%	2,0%	39,43	64,00	66,62	61,92
CHU FORT-DE-FRANCE	21 751	15 599	3 654	1 862	636	71,7%	16,8%	8,6%	2,9%	45,42	65,31	69,58	65,26
CH FELIX GUYON, ST DENIS	17 648	12 607	3 268	1 361	412	71,4%	18,5%	7,7%	2,3%	39,26	56,66	57,19	53,43
Total	1 928 419	1 390 585	313 460	161 178	63 196	72,1%	16,3%	8,4%	3,3%	45,44	62,22	64,95	63,81

Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 « adaptée » dans un GHM de niveau 1, 2, 3 ou 4

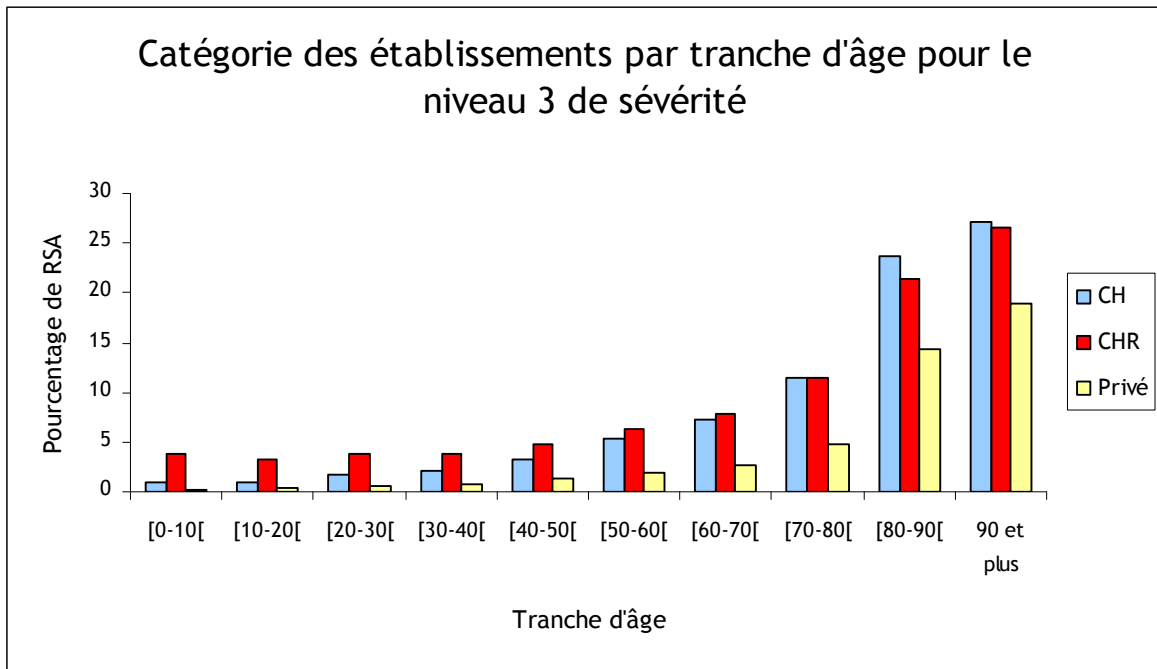
5.2.4. Représentation graphique par niveau de sévérité



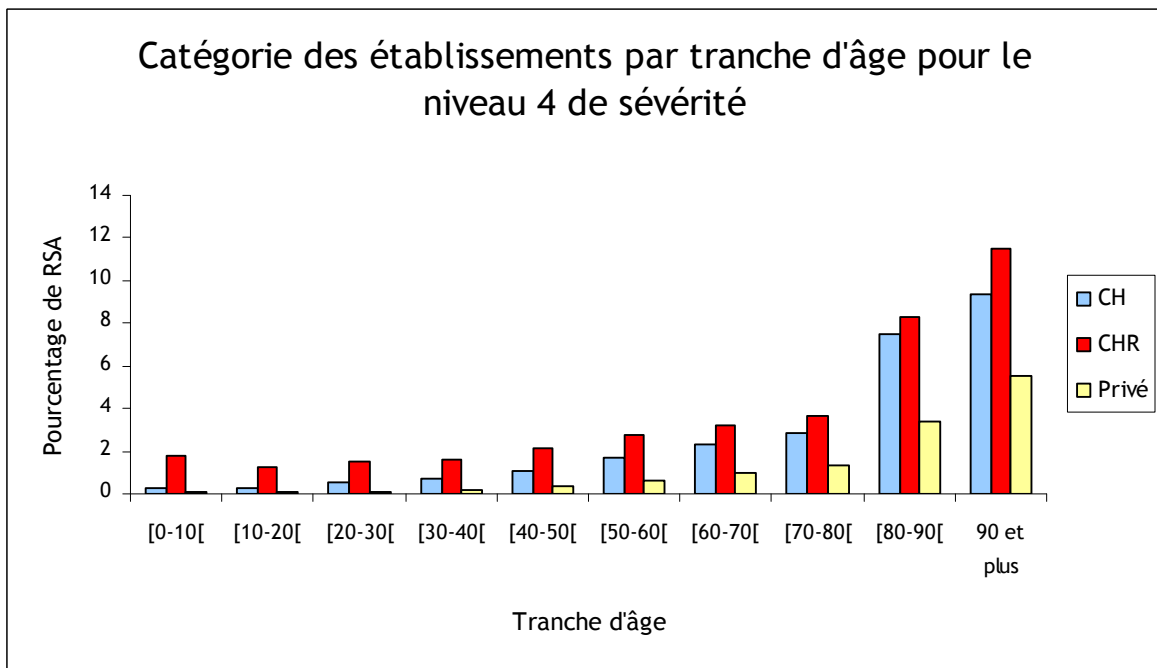
Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 « adaptée » dans un GHM de niveau 1



Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 « adaptée » dans un GHM de niveau 2



Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 » adaptée » dans un GHM de niveau 3



Données 2007, hors CMD 28, groupées en version 11 » adaptée » dans un GHM de niveau 4

Si le niveau 4 est plus élevé dans les CHU pour toutes les tranches d'âge, les niveaux 2 et 3 restent les plus élevés dans les CHU pour les tranches d'âge les plus faibles.

6. Y a-t-il une activité « préférence CHU » ?

Les CHU représentant le quart des séjours de la base nationale MCO, on peut estimer qu'une activité qui est faite à plus de 50% dans les CHU est soit une activité « préférentiellement » CHU, au sens défini dans ce rapport (voir chapitre 4) avec ce qu'on pourrait appeler une « préférence (quasi) obligatoire », soit une activité qui peut être faite dans d'autres types d'établissements, mais pour laquelle le CHU apparaît comme la meilleure offre avec une « préférence choisie » quand il y a une offre semblable plus proche que celle du CHU.

6.1. méthodologie

On commencera par étudier les activités réalisées à plus de 50% dans les CHU, puis on donnera quelques éléments de l'activité faite à plus de 40 % pour voir comment évolue le classement des CHU quand on augmente le nombre d'activités. On peut consulter en annexe 6 les activités faites à plus de 40% dans les CHU ; on est toujours hors CMD 28.

Les activités qui sont en grisé dans le tableau de l'annexe correspondent à celles qui ont été utilisées pour l'étude des activités spécifiques des CHU analysées dans le chapitre 4. On peut remarquer que les activités à DMS faible n'avaient pas été retenues, compte tenu de leur volume, pour ne pas minimiser la DMS d'activités attendues comme « lourdes ». En revanche on constate que quelques activités auraient pu faire partie de la liste spécifique (elle seront ajoutées lors d'une actualisation de cette étude), mais le volume qu'elles représentent n'aurait pas beaucoup modifié le classement des CHU et le taux de spécificité comme on va le constater avec l'étude des activités faites à plus de 50%.

Pour chaque étude, +50% d'abord et +40% ensuite, on a envisagé deux types de résultats :

- un avec la totalité des séjours (hors CMD 28),
- un en ne retenant que les séjours de plus de 1 jour.

La raison pour laquelle on a éliminé ces séjours tient au fait que dans la part des activités faites à plus de 50% (mais c'est encore un peu le cas dans la tranche 40 à 50%) qui n'a pas été retenue pour l'étude du chapitre 4, on voit apparaître de gros volumes représentés par des activités de type « explorations et surveillance » et même « symptômes de la CMD XX ». Malgré l'absence de segmentation en 4 niveaux de sévérité, on est sûr des activités à DMS extrêmement basse qui font rapidement chuter la DMS de la part d'activité analysée.

6.2. Résultats

Comme pour l'étude de la part « spécifique CHU », les tableaux de résultats présentent un certain nombre d'informations par CHU avec quelques différences :

- absence des résultats en nombre de journées,
- absence du nombre de RSA sans nuitée
- ajout de la DMS globale du CHU parce que c'est un meilleur indicateur sur la proximité des modes de prises en charge ou de la lourdeur des cas entre les CHU.

6.2.1. Part de l'activité effectuée à plus de 50% dans les CHU

Pour obtenir les résultats présentés, on a retenu toutes les racines qui sont présentes dans la liste des activités faites à plus de 50% dans les CHU, on a cumulé les effectifs de ces racines pour chaque CHU et on a calculé le taux de cette activité dans le total de leur activité hors CMD 28.

Dans un deuxième temps, on a enlevé les séjours de moins de 2 jours dans toutes les racines retenues, ce qui a eu pour effet :

- de supprimer toutes les activités faites en ambulatoire,
- de vider fortement les activités d'explorations et surveillance et d'une manière générale les GHM de très courte durée,
- de diminuer à des degrés divers de très nombreux GHM de niveau 1 ou A.

Ce choix a été préféré à celui de la suppression d'activités en entier : dans celles d'explorations et surveillance, il y a beaucoup de séjours très courts, mais il y en a aussi des plus longs.

◆ Toutes activités de la liste +50%

Les résultats du tableau ci-dessous montrent que, par rapport à l'activité spécifique des CHU, on gagne fortement en part d'activité, mais les DMS chutent de manière importante au point d'être très proches des DMS « toutes activités confondues » du CHU (pour le total CHU, on a 4,6j versus 4,4j).

finess	Part d'activité à 50%			Activité totale (hors CMD 28)		Libellé du n° finess
	Nb de RSA	DMS	Part	Nb de RSA	DMS	
540002078	26 090	3,2	27,18%	95 992	4,3	CHU NANCY
130786049	38 879	3,7	22,73%	171 068	4,2	AP-HM
690781810	50 635	3,5	20,61%	245 740	4,1	HOSPICES CIVILS DE LYON (CHU)
330781196	34 986	4,2	20,57%	170 099	4,2	CHU BORDEAUX
440000289	20 690	4,7	20,51%	100 883	4,5	CHU NANTES
670000025	22 350	3,9	19,08%	117 144	4,9	CHU STRASBOURG
970100228	6 165	3,4	16,91%	36 462	4,6	CHU DE POINTE-A-PITRE
310781406	27 264	4,0	16,75%	162 802	3,4	CHU TOULOUSE
340780477	17 999	4,7	16,71%	107 713	4,1	CHU MONTPELLIER
350005179	15 194	5,3	16,58%	91 633	4,4	CHU RENNES
210780581	10 539	4,8	16,23%	64 953	4,7	CHU DIJON
750712184	137 842	4,5	15,89%	867 662	4,2	AP-HP
590780193	20 922	5,1	15,64%	133 752	3,9	CHU LILLE
250000015	9 898	5,1	15,32%	64 621	4,8	CHU BESANCON
060785011	11 732	4,0	15,14%	77 486	4,2	CHU NICE
760780239	13 457	4,9	14,06%	95 708	5,1	CHU ROUEN
510000029	8 457	5,6	13,73%	61 594	5,1	CHU REIMS
380780080	10 700	6,4	13,29%	80 517	5,0	CHU GRENOBLE
490000031	9 770	4,9	13,29%	73 534	4,7	CHU ANGERS
420784878	8 000	5,3	12,48%	64 109	5,0	CHU ST-ETIENNE
870000015	8 021	5,6	12,30%	65 204	4,7	CHU LIMOGES
970202271	4 400	7,4	12,23%	35 964	6,2	CHU FORT-DE-FRANCE
800000044	8 114	5,3	11,70%	69 361	4,8	CHU AMIENS
630780989	8 437	6,9	11,67%	72 289	5,1	CHU CLERMONT-FERRAND
140000100	7 931	6,3	10,76%	73 722	4,8	CHU CAEN
290000017	6 335	6,9	10,21%	62 052	4,6	CHU BREST
860780980	7 444	6,8	10,11%	73 627	4,0	CHU POITIERS
370000481	8 988	6,6	9,85%	91 218	4,1	CHU TOURS
970421004	3 094	7,9	9,45%	32 742	4,9	CH FELIX GUYON, ST DENIS
450000088	4 331	5,3	7,05%	61 459	4,2	CHR. ORLEANS
300780038	3 214	4,4	5,96%	53 950	4,3	CHU NIMES
570005165	3 883	6,1	5,67%	68 439	4,6	CHR. METZ THIONVILLE
Total	575 761	4,6	15,80%	3 643 499	4,4	

Base 2007, groupage V11 adapté, activité +50% avec les séjours de moins de 2 jours

On constate, que dès que l'on augmente le volume de la part analysée, les gros établissements remontent dans le classement, néanmoins, on peut faire quelques commentaires :

- le CHU de Nancy est en tête pour la raison déjà citée dans le chapitre 4, mais également parce que son dénominateur n'est pas le même puisqu'il n'y a pas les activités de maternité et d'orthopédie dans ce CHU,
- l'AP-HP n'arrive pas en tête parce que sa part « proximité » reste encore importante,

- la position des CHU de Martinique et de Guadeloupe sera explicitée avec l'analyse du tableau suivant.

◆ Activité de la liste +50% sans les séjours de moins de 2 jours

finess	Part d'activité à 50% (durée≥2j)			Libellé du n° finess
	Nb de RSA	DMS	Part	
130786049	13 903	10,1	8,13%	AP-HM
540002078	7 233	11,5	7,54%	CHU NANCY
590780193	9 732	10,8	7,28%	CHU LILLE
340780477	7 772	10,8	7,22%	CHU MONTPELLIER
330781196	11 775	12,2	6,92%	CHU BORDEAUX
440000289	6 799	14,2	6,74%	CHU NANTES
350005179	5 999	13,3	6,55%	CHU RENNES
380780080	5 232	12,9	6,50%	CHU GRENOBLE
870000015	4 230	10,5	6,49%	CHU LIMOGES
690781810	15 559	11,2	6,33%	HOSPICES CIVILS DE LYON (CHU)
630780989	4 482	12,8	6,20%	CHU CLERMONT-FERRAND
250000015	3 943	12,7	6,10%	CHU BESANCON
970202271	2 152	14,9	5,98%	CHU FORT-DE-FRANCE
510000029	3 609	12,8	5,86%	CHU REIMS
310781406	9 518	11,1	5,85%	CHU TOULOUSE
750712184	50 444	12,1	5,81%	AP-HP
670000025	6 686	12,8	5,71%	CHU STRASBOURG
210780581	3 610	13,8	5,56%	CHU DIJON
860780980	4 048	12,2	5,50%	CHU POITIERS
140000100	3 885	12,6	5,27%	CHU CAEN
290000017	3 229	13,5	5,20%	CHU BREST
060785011	4 014	11,6	5,18%	CHU NICE
800000044	3 514	12,1	5,07%	CHU AMIENS
370000481	4 567	12,9	5,01%	CHU TOURS
490000031	3 673	12,8	4,99%	CHU ANGERS
420784878	3 060	13,7	4,77%	CHU ST-ETIENNE
760780239	4 533	14,4	4,74%	CHU ROUEN
970421004	1 463	16,6	4,47%	CH FELIX GUYON, ST DENIS
450000088	1 968	11,5	3,20%	CHR. ORLEANS
970100228	1 109	19,0	3,04%	CHU DE POINTE-A-PITRE
570005165	1 851	12,8	2,70%	CHR. METZ THIONVILLE
300780038	1 235	11,4	2,29%	CHU NIMES
Total	214 827	12,1	5,90%	

Base 2007, groupage V11 adapté, activité +50% sans les séjours de moins de 2 jours

On constate que les taux de cette part d'activité chutent et se rapprochent fortement des résultats obtenus avec la liste « d'activités spécifiques des CHU » sans les surveillances de greffe (5,90% au lieu de 4,31%) malgré une forte augmentation des activités sélectionnées ici. En revanche, les DMS sont plus conformes avec la « lourdeur » attendue (12,1j au lieu de 14,6j quand on ne retire pas les séjours sans nuitée ou 15,3j avec ces séjours).

Pour les deux établissements des Antilles, on constate que leur position s'inverse ; le CHU de Pointe à Pitre repart dans le bas du tableau parce que son taux de séjours de moins de 2 jours est élevé alors que le CHU de Fort de France remonte dans le tableau parce que son taux de séjours de moins de 2 jours est plus faible que celui des établissements qui étaient devant lui.

♦ Toutes activités de la liste +40%

finess	Part d'activité à 40%			Activité totale (hors CMD 28)		Libellé du n° finess
	Nb de RSA	DMS	Part	Nb de RSA	DMS	
540002078	34 499	3,4	35,94%	95 992	4,3	CHU NANCY
130786049	52 499	3,7	30,69%	171 068	4,2	AP-HM
750712184	257 504	3,3	29,68%	867 662	4,2	AP-HP
440000289	29 326	4,4	29,07%	100 883	4,5	CHU NANTES
690781810	71 354	3,4	29,04%	245 740	4,1	HOSPICES CIVILS DE LYON (CHU)
330781196	48 290	4,0	28,39%	170 099	4,2	CHU BORDEAUX
340780477	29 476	4,1	27,37%	107 713	4,1	CHU MONTPELLIER
310781406	43 035	3,4	26,43%	162 802	3,4	CHU TOULOUSE
590780193	35 193	4,5	26,31%	133 752	3,9	CHU LILLE
670000025	30 641	4,0	26,16%	117 144	4,9	CHU STRASBOURG
060785011	20 021	3,5	25,84%	77 486	4,2	CHU NICE
290000017	15 645	3,9	25,21%	62 052	4,6	CHU BREST
970100228	9 175	3,7	25,16%	36 462	4,6	CHU DE POINTE-A-PITRE
210780581	16 028	4,3	24,68%	64 953	4,7	CHU DIJON
350005179	22 312	4,7	24,35%	91 633	4,4	CHU RENNES
250000015	15 048	4,6	23,29%	64 621	4,8	CHU BESANCON
860780980	16 982	4,2	23,06%	73 627	4,0	CHU POITIERS
380780080	18 467	5,0	22,94%	80 517	5,0	CHU GRENOBLE
760780239	21 415	4,5	22,38%	95 708	5,1	CHU ROUEN
510000029	13 285	5,2	21,57%	61 594	5,1	CHU REIMS
420784878	13 163	4,7	20,53%	64 109	5,0	CHU ST-ETIENNE
970421004	6 544	5,4	19,99%	32 742	4,9	CH FELIX GUYON, ST DENIS
490000031	14 575	4,8	19,82%	73 534	4,7	CHU ANGERS
870000015	12 536	5,2	19,23%	65 204	4,7	CHU LIMOGES
800000044	13 131	4,8	18,93%	69 361	4,8	CHU AMIENS
970202271	6 765	6,7	18,81%	35 964	6,2	CHU FORT-DE-FRANCE
370000481	16 576	5,1	18,17%	91 218	4,1	CHU TOURS
630780989	12 866	6,2	17,80%	72 289	5,1	CHU CLERMONT-FERRAND
140000100	13 059	5,7	17,71%	73 722	4,8	CHU CAEN
300780038	8 097	3,1	15,01%	53 950	4,3	CHU NIMES
450000088	9 189	4,3	14,95%	61 459	4,2	CHR. ORLEANS
570005165	7 818	4,6	11,42%	68 439	4,6	CHR. METZ THIONVILLE
Total	934514	4,0	25,65%	3 643 499	4,4	

Base 2007, groupage V11 adapté, activité +40% avec les séjours de moins de 2 jours

On constate qu'en dehors du cas de Nancy, l'augmentation du volume d'activité permet à l'AP-HP d'arriver en haut de tableau. En revanche, les DMS baissent encore au point d'avoir, pour l'ensemble des CHU, une DMS de 4 jours pour la part d'activité faite à plus de 40% dans les CHU et 4,4j pour l'ensemble de leur activité (hors CMD 28).

◆ Activité de la liste +40% sans les séjours de moins de 2 jours

finess	Part d'activité à 40% (dureez2j)			Libellé du n° finess
	Nb de RSA	DMS	Part	
130786049	19 836	9,7	11,60%	AP-HM
540002078	11 117	10,3	11,58%	CHU NANCY
590780193	15 387	10,1	11,50%	CHU LILLE
340780477	12 168	9,6	11,30%	CHU MONTPELLIER
440000289	10 352	12,1	10,26%	CHU NANTES
330781196	17 368	10,9	10,21%	CHU BORDEAUX
870000015	6 627	9,6	10,16%	CHU LIMOGES
380780080	8 116	11,3	10,08%	CHU GRENOBLE
510000029	6 173	10,9	10,02%	CHU REIMS
690781810	23 733	9,9	9,66%	HOSPICES CIVILS DE LYON (CHU)
350005179	8 674	11,8	9,47%	CHU RENNES
250000015	6 103	11,0	9,44%	CHU BESANCON
970202271	3 377	13,3	9,39%	CHU FORT-DE-FRANCE
630780989	6 720	11,7	9,30%	CHU CLERMONT-FERRAND
750712184	78 463	10,8	9,04%	AP-HP
060785011	7 001	9,7	9,04%	CHU NICE
310781406	14 628	9,7	8,99%	CHU TOULOUSE
860780980	6 600	10,6	8,96%	CHU POITIERS
290000017	5 437	11,2	8,76%	CHU BREST
140000100	6 447	11,3	8,75%	CHU CAEN
210780581	5 680	12,0	8,74%	CHU DIJON
670000025	10 001	12,2	8,54%	CHU STRASBOURG
800000044	5 743	10,7	8,28%	CHU AMIENS
420784878	5 305	11,4	8,27%	CHU ST-ETIENNE
370000481	7 408	11,2	8,12%	CHU TOURS
490000031	5 907	11,5	8,03%	CHU ANGERS
970421004	2 537	13,7	7,75%	CH FELIX GUYON, ST DENIS
760780239	7 385	12,7	7,72%	CHU ROUEN
970100228	2 433	13,7	6,67%	CHU DE POINTE-A-PITRE
450000088	3 969	9,6	6,46%	CHR. ORLEANS
300780038	2 624	9,5	4,86%	CHU NIMES
570005165	3 161	11,2	4,62%	CHR. METZ THIONVILLE
Total	336 480	10,8	9,24%	

On constate que les taux de cette activité prolongent la même tendance que celle observée avec la part +50% avec un taux global pour les CHU de 9,24% au lieu de 5,90% et la DMS globale est de 10,8j au lieu de 12,1j, mais on reste dans de l'hospitalisation conséquente.

6.3. Quelques commentaires

Les tableaux ci-dessous permettent de comparer, pour chaque CHU les taux d'activité dans les trois listes décrites dans ce rapport (« spécifique CHU », faite à plus de 50% et à plus de 40% dans les CHU) ; dans la 1^{er} partie du tableau, les surveillances de greffe et les séjours de très courte durée sont inclus, ces activités sont exclues de la 2^{ème} partie (les établissements sont présentés par code Finess).

Tableau reprenant le taux d'activité dans les 3 listes du rapport pour chaque CHU
Les établissements sont présentés par ordre de numéro Finess

finess	Libellé du n° finess	Part d'activité dans la liste					
		spécifique CHU	+50%	+40%	spécifique CHU (hors surv. Greffes)	+50% durée ≥2j	+40% durée ≥2j
060785011	CHU NICE	4,4%	15,1%	25,8%	3,7%	5,2%	9,0%
130786049	AP-HM	5,8%	22,7%	30,7%	4,9%	8,1%	11,6%
140000100	CHU CAEN	5,6%	10,8%	17,7%	4,8%	5,3%	8,7%
210780581	CHU DIJON	5,4%	16,2%	24,7%	5,2%	5,6%	8,7%
250000015	CHU BESANCON	6,1%	15,3%	23,3%	4,8%	6,1%	9,4%
290000017	CHU BREST	5,0%	10,2%	25,2%	4,6%	5,2%	8,8%
300780038	CHU NIMES	1,9%	6,0%	15,0%	1,9%	2,3%	4,9%
310781406	CHU TOULOUSE	5,7%	16,7%	26,4%	4,5%	5,8%	9,0%
330781196	CHU BORDEAUX	5,8%	20,6%	28,4%	5,2%	6,9%	10,2%
340780477	CHU MONTPELLIER	5,6%	16,7%	27,4%	4,8%	7,2%	11,3%
350005179	CHU RENNES	9,1%	16,6%	24,3%	5,4%	6,5%	9,5%
370000481	CHU TOURS	6,0%	9,9%	18,2%	4,6%	5,0%	8,1%
380780080	CHU GRENOBLE	7,1%	13,3%	22,9%	5,5%	6,5%	10,1%
420784878	CHU ST-ETIENNE	6,2%	12,5%	20,5%	4,1%	4,8%	8,3%
440000289	CHU NANTES	8,5%	20,5%	29,1%	5,7%	6,7%	10,3%
450000088	CHR. ORLEANS	2,0%	7,0%	15,0%	2,0%	3,2%	6,5%
490000031	CHU ANGERS	4,2%	13,3%	19,8%	4,1%	5,0%	8,0%
510000029	CHU REIMS	6,7%	13,7%	21,6%	5,5%	5,9%	10,0%
540002078	CHU NANCY	10,5%	27,2%	35,9%	5,3%	7,5%	11,6%
570005165	CHR. METZ THIONVILLE	2,2%	5,7%	11,4%	2,2%	2,7%	4,6%
590780193	CHU LILLE	7,3%	15,6%	26,3%	6,2%	7,3%	11,5%
630780989	CHU CLERMONT-FERRAND	6,1%	11,7%	17,8%	6,1%	6,2%	9,3%
670000025	CHU STRASBOURG	4,5%	19,1%	26,2%	4,2%	5,7%	8,5%
690781810	HOSPICES CIVILS DE LYON (CHU)	6,8%	20,6%	29,0%	4,3%	6,3%	9,7%
750712184	AP-HP	4,5%	15,9%	29,7%	3,5%	5,8%	9,0%
760780239	CHU ROUEN	5,4%	14,1%	22,4%	4,0%	4,7%	7,7%
800000044	CHU AMIENS	5,2%	11,7%	18,9%	4,2%	5,1%	8,3%
860780980	CHU POITIERS	4,3%	10,1%	23,1%	4,2%	5,5%	9,0%
870000015	CHU LIMOGES	4,7%	12,3%	19,2%	4,3%	6,5%	10,2%
970100228	CHU DE POINTE-A-PITRE	2,1%	16,9%	25,2%	1,9%	3,0%	6,7%
970202271	CHU FORT-DE-FRANCE	3,1%	12,2%	18,8%	3,1%	6,0%	9,4%
970421004	CH FELIX GUYON, ST DENIS	4,0%	9,4%	20,0%	3,9%	4,5%	7,7%
	Total	5,5%	15,8%	25,6%	4,3%	5,9%	9,2%

Base 2007, hors CMD 28, groupage V11 adapté

Plus on augmente la part d'activité des CHU, tout en restant dans des activités faites plus souvent dans les CHU que dans les autres types d'établissements, plus le classement des CHU, à quelques atypies près, ressemble à ce qui est attendu en fonction de leurs volumes d'activité et de leur renommée, mais les DMS, si elles traduisent une spécificité faite d'un faible taux d'activité lourde et un fort taux d'activité de courte durée, se rapprochent rapidement de la DMS du reste de l'activité. En revanche, dès qu'on enlève les activités de très courte durée, on se rapproche, toujours à quelques atypies près, du classement obtenu avec la liste d'activités spécifiques des CHU.

Dans l'activité de très courte durée (moins de 2 jours), on trouve deux populations distinctes :

- ◆ celle qui correspond à du diagnostic ou du suivi de pathologies suffisamment pointues pour que ce soit les CHU qui s'en occupent exclusivement ou préférentiellement,
- ◆ celle qui correspond à la prise en charge du « tout venant » arrivé par les urgences allant de la bobologie à l'urgence justifiée, mais sans spécificité particulière.

En l'absence d'actes ayant les critères nécessaires pour qu'ils puissent jouer le rôle d'actes marqueurs utilisables dans la classification, ces deux populations sont mélangées dans les mêmes racines de GHM. Si on ajoute le fait que, pour un même tableau clinique, certains établissements traitent le problème en soins externes et d'autres en hospitalisation, on comprendra qu'il est difficile de s'appuyer sur l'activité de très courte durée pour illustrer la spécificité des CHU.

6.4. Poids des séjours sans nuitée

Les séjours sans nuitée sont différents des séjours de très courte durée qui sont des hospitalisations de moins de deux jours dans les chapitres précédents. Hors séances, ils représentent une part importante de l'activité des CHU (34,43% en moyenne). Ces séjours correspondent à des prises en charge de type « hôpital de jour » avec une activité programmable, mais aussi à une activité de type non programmable : surveillances de symptômes (avec recherche diagnostique) ou de traumatismes, avec ou sans prises en charge thérapeutiques, de patients arrivés par les urgences (ou directement dans certaines unités médicales quand elles assurent les urgences).

Les séjours classés dans des racines de GHM correspondant à des activités « avec acte classant » (qu'elles soient de type opératoire comme la chirurgie ambulatoire ou non opératoire comme les explorations et traitements par des voies naturelles ou endovasculaires), permettent de comprendre la prise en charge hospitalière. Pour les autres séjours (regroupés sous le terme générique de « médicaux » parce qu'ils n'ont pas d'acte classant), les données du PMSI sont peu éclairantes sur ce qui s'est réellement passé, notamment parce que les actes effectués par le personnel non médecin ne sont pas codés ou codables.

Ce taux de séjours sans nuitée est néanmoins assez différent d'un CHU à l'autre comme le montre le tableau suivant :

Etablissements	Nb de RSA (hors CMD28)	Nb de RSA sans nuitée	% de séjours sans nuitée
AP-HP	867 662	346 028	39,88%
CHU TOULOUSE	162 802	64 854	39,84%
CHU BORDEAUX	170 099	66 073	38,84%
CHU NANCY	95 992	35 773	37,27%
CHU NIMES	53 950	19 981	37,04%
CHU MONTPELLIER	107 713	39 606	36,77%
CHU STRASBOURG	117 144	42 382	36,18%
CHU DE POINTE-A-PITRE	36 462	13 120	35,98%
CHU LILLE	133 752	47 804	35,74%
AP-HM	171 068	61 039	35,68%
HC LYON	245 740	87 341	35,54%
CHU NANTES	100 883	35 107	34,80%
CHU RENNES	91 633	31 554	34,44%
CHU DIJON	64 953	21 812	33,58%
CHU NICE	77 486	25 643	33,09%

CHU POITIERS	73 627	23 655	32,13%
CHU TOURS	91 218	28 355	31,08%
CHU BREST	62 052	19 112	30,80%
CHU BESANCON	64 621	19 178	29,68%
CHU ANGERS	73 534	21 764	29,60%
CHU AMIENS	69 361	20 343	29,33%
CHU REIMS	61 594	17 311	28,11%
CHU GRENOBLE	80 517	22 527	27,98%
CHU ST-ETIENNE	64 109	17 789	27,75%
CHU ROUEN	95 708	26 481	27,67%
CHU CAEN	73 722	19 843	26,92%
CHR. METZ THIONVILLE	68 439	17 754	25,94%
CHU CLERMONT-FERRAND	72 289	18 454	25,53%
CHR. ORLEANS	61 459	15 234	24,79%
CHU LIMOGES	65 204	15 552	23,85%
CH F. GUYON, ST DENIS	32 742	7 393	22,58%
CHU FORT-DE-FRANCE	35 964	5 700	15,85%
TOTAL	3 643 499	1 254 562	34,43%

Données 2007, hors CMD 28

Les pratiques de prise en charge, comme déjà signalé pour les surveillances de greffe dans le chapitre de l'activité spécifique des CHU, peuvent expliquer le classement des établissements, dans le tableau ci-dessus, avec le CHU de Nancy dans le haut du tableau et celui de Clermont-Ferrand dans le bas du tableau.

Il est intéressant de connaître la répartition, pour chaque CHU, de ces séjours entre l'activité de chirurgie (pour une part ambulatoire, mais elle peut comprendre également la chirurgie plus « légère » qui se fait au bloc pour des patients arrivés par les urgences), l'activité qui nécessite un plateau médicotechnique ; la première est repérable par les racines de GHM en « C » et la deuxième par des racines dites en « K ». Les autres racines de GHM sont dites « médicales ». L'annexe 4bis comprend la répartition de ces trois types d'activité pour chaque CHU et le tableau ci-dessous ne donne que les valeurs moyennes pour l'ensemble des CHU :

Type du GHM	Nb de RSA (hors CMD28)	Nb de RSA sans nuitée	% de RSA sans nuitée par type de GHM
K	241 822	104 551	8,33%
C	766 948	125 646	10,02%
Autres	2 634 729	1 024 365	81,65%
Total	3 643 499	1 254 562	100,00%

Taux de RSA sans nuitée dans les CHU, par type de GHM

L'objectif de ce calcul de pourcentage en « colonne », est de montrer la part de séjours dont la prise en charge hospitalière est difficile à comprendre avec les seules données du PMSI. Le pourcentage de 81,65% « écrase » le taux de séjours sans nuitée de type chirurgical ou médicotechnique et ne permet pas d'appréhender correctement le taux de chirurgie sans nuitée au sein de l'activité chirurgicale. Tout en rappelant que ce taux ne correspond pas exclusivement à la chirurgie ambulatoire, il est intéressant de le présenter dans le tableau suivant :

Type du GHM	Nb de RSA (hors CMD28)	Nb de RSA sans nuitée	% de RSA sans nuitée
K	241 822	104 551	43,23%
C	766 948	125 646	16,38%
Autres	2 634 729	1 024 365	38,88%
Total	3 643 499	1 254 562	34,43%

Taux de RSA sans nuitée dans les CHU

Le taux de chirurgie sans nuitée est variable d'un CHU à l'autre. Le taux le plus élevé est celui du CHU de Dijon (27,26%), sans qu'on sache si c'est un taux qui peut être beaucoup plus élevé (il faut toutefois admettre qu'il y a une marge de progression possible) car il ne peut pas être comparé à celui du secteur privé commercial (39,27%) puisque l'éventail de l'activité chirurgicale n'est pas le même.

Etablissements	Nb de RSA chirurgicaux (hors CMD28)	Nb de RSA chirurgicaux sans nuitée	% de RSA chirurgicaux sans nuitée
AP-HP	161 536	28 266	17,50%
CHU TOULOUSE	31 944	5 087	15,92%
CHU BORDEAUX	30 300	4 426	14,61%
CHU NANCY	18 917	1 272	6,72%
CHU NIMES	11 365	2 736	24,07%
CHU MONTPELLIER	23 310	3 811	16,35%
CHU STRASBOURG	26 353	4 494	17,05%
CHU DE POINTE-A-PITRE	5 497	538	9,79%
CHU LILLE	32 562	5 345	16,41%
AP-HM	35 661	3 766	10,56%
HC LYON	51 363	7 767	15,12%
CHU NANTES	23 693	4 848	20,46%
CHU RENNES	19 296	2 607	13,51%
CHU DIJON	15 332	4 179	27,26%
CHU NICE	18 183	2 954	16,25%
CHU POITIERS	14 876	2 429	16,33%
CHU TOURS	22 811	5 270	23,10%
CHU BREST	13 307	2 045	15,37%
CHU BESANCON	14 327	2 491	17,39%
CHU ANGERS	14 873	2 180	14,66%
CHU AMIENS	17 722	3 406	19,22%
CHU REIMS	16 410	2 544	15,50%
CHU GRENOBLE	21 191	3 267	15,42%
CHU ST-ETIENNE	14 725	1 598	10,85%
CHU ROUEN	19 162	2 591	13,52%
CHU CAEN	17 465	3 491	19,99%

CHR. METZ THIONVILLE	13 092	3 266	24,95%
CHU CLERMONT-FERRAND	18 379	2 577	14,02%
CHR. ORLEANS	12 218	2 202	18,02%
CHU LIMOGES	16 967	2 915	17,18%
CH FELIX GUYON, ST DENIS	5 545	641	11,56%
CHU FORT-DE-FRANCE	8 566	637	7,44%

Taux de séjours chirurgicaux sans nuitée, par établissement

En conclusion, le taux de séjours sans nuitée met en évidence un segment d'activité volumineux dont la part dite « médicale » devrait être explorée avec attention. Si, pour l'assurance maladie, elle contient une partie se situant à la frontière floue qui existe entre l'hospitalisation et les soins externes, il n'en reste pas moins que l'origine de ces séjours peut être due à l'absence de tarifs pour :

- des consultations « complexes » ou particulièrement longues ou pluridisciplinaires,
- des examens nécessitant une réalisation dans un environnement hospitalier, mais sans hospitalisation,
- des bilans biologiques coûteux sans cotation.

Pour ces « séjours », le tarif d'un GHS est sans doute trop élevé et la création de forfaits SEH³² apporte des solutions à explorer, mais, à l'opposé, il y a peut-être des vraies prises en charge en hôpital de jour qui sont probablement insuffisamment valorisée par manque de critères marqueurs de coûts non standards (codage des actes non médicaux, charge en soins par exemple). Si ce secteur devait apparaître en partie déficitaire, il représente un volume qui mérite plus d'attention que celui de l'activité spécifique.

³² Le SEH (sécurité environnement hospitalier) est un forfait qui complète l'honoraire médical pour des actes qui nécessitent un environnement hospitalier sans hospitalisation.

7. Part des actes « innovants » de la CCAM

Dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM), il est facile de repérer les actes qui peuvent représenter « indirectement » l'activité d'innovation. Le terme d'indirectement est justifié par le fait que la liste de ces actes a peu évolué depuis la mise en place de la CCAM, aussi bien en terme de sorties de la liste (retrait parce que non admis à la diffusion ou transfert vers la partie classique de la CCAM), ce qui veut dire que certains actes ne peuvent plus être considérés comme vraiment innovants, qu'en termes d'entrées dans la liste, ce qui veut dire qu'il manque des actes innovants admis à la diffusion.

7.1. Méthodologie

Ces actes se repèrent par le compteur numérique de leurs codes (dont le début est constitué de quatre lettres) dit en « 900 » parce que cette partie d'identification est dans la tranche de 900 à 999 ; ils peuvent être consultés dans l'annexe 7. Ces actes ne sont pas admis au remboursement d'honoraires médicaux.

Même s'il existe quelques établissements privés commerciaux qui pratiquent ces actes malgré l'absence d'honoraires médicaux, c'est la base publique 2007 qui est analysée en détail ; les actes en 900 sont donc ceux qui étaient dans cette liste pour cette année là. L'idée de l'étude est de comparer les taux d'actes en 900 dans chaque CHU. Ce qui peut apparaître gênant pour l'étude, ce sont les actes qui ont de très gros effectifs, ce qui devrait les placer en position de sortie de la liste : pour les actes de la liste ci-dessous, dont la 2^{ème} colonne représente les effectifs de 2007, l'acte HZQE900 est maintenant sorti de cette liste, les actes ZZNL903, ZZNL904 et ZZNL906 devraient sortir de la liste au cours de l'année 2009.

HZQE900	3348	Exploration de la lumière du tube digestif par vidéocapsule ingérée
PAQK900	2540	Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] du corps entier par méthode biphotonique, pour affection osseuse autre que constitutionnelle
ZZLF900	20737	Séance d'administration locorégionale intrartérielle d'agent pharmacologique anticancéreux par un dispositif implanté, sans CEC, sans hyperthermie
ZZNL903	24697	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 5 faisceaux ou plus, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]
ZZNL904	9163	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 1 ou 2 faisceaux, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]
ZZNL906	3606	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 3 ou 4 faisceaux, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]

Ceci dit, tous les CHU n'ont pas le même taux de diffusion de ces actes.

7.2. Résultats

Avant de donner les résultats de la base ex DGF, signalons la présence de 22 604 actes de la liste des actes en 900 dans la base ex-OQN 2007 dont 21 067 correspondent à l'acte ZZLF900, mais dans un nombre limité d'établissements.

Pour la base ex-DGF 2007, on dénombre 93 508 fois un acte en 900 dont 24 697 fois pour l'acte ZZNL903 et 20 737 pour l'acte ZZLF900 principalement dans les CLCC. Un certain nombre de CH et de PSPH ont également des RSA qui présentent des actes en 900 mais en nombre beaucoup plus restreint ; c'est donc une présentation globale des actes en 900 qui est d'abord proposée pour les trois catégories d'établissements qui en présentent le plus, puis la comparaison entre établissements qui se limitera aux CHU.

Répartition des actes en phase de diffusion par type d'établissements, avec actes ZZ		
Type d'établissements	Nombre d'actes en 900	Taux en %
CHU	29 505	32,76%
CLCC	37 961	42,15%
Prive ex-OQN	22 604	25,09%
total	90 070	100,00%

Base 2007 actes ZZ compris

Compte tenu du nombre d'actes relevant de la radiothérapie (plus l'acte de chimiothérapie locorégionale intrartérielle), il est également intéressant d'avoir la répartition des actes en 900 sans ces actes ZZ dont le détail est présenté dans le tableau suivant :

ZZLF900	Séance d'administration locorégionale intrartérielle d'agent pharmacologique anticancéreux par un dispositif implanté, sans CEC, sans hyperthermie
ZZMK900	Préparation à une irradiation externe avec repérage par scanographe, dosimétrie tridimensionnelle avec HDV, simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [<i>beam's eye view</i>] [BEV] et la restitution tridimensionnelle, et paramétrage d'un collimateur multilame pour utilisation dynamique
ZZMP900	Préparation à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle avec HDV après repérage par remnographie [IRM], simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [<i>beam's eye view</i>] [BEV] et la restitution tridimensionnelle, et paramétrage d'un collimateur multilame pour utilisation dynamique
ZZNL900	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 MV et inférieure à 15 MV par 1 ou 2 faisceaux, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]
ZZNL905	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 MV et inférieure à 15 MV par 3 ou 4 faisceaux, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]
ZZNL902	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 MV et inférieure à 15 MV par 5 faisceaux ou plus, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]
ZZNL904	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 1 ou 2 faisceaux, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]
ZZNL906	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 3 ou 4 faisceaux, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]
ZZNL903	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 5 faisceaux ou plus, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]

On obtient les résultats suivants :

Répartition des actes en phase de diffusion par type d'établissements, sans acte ZZ		
Type d'établissements	Nombre d'actes en 900	Taux en %
CHU	19676	92,79%
CLCC	19	0,09%
Prive ex-OQN	1509	7,12%
total	21204	100,00%

Base 2007, sans actes ZZ

La répartition entre les CHU, tous actes 900, donne le résultat suivant :

Répartition des actes en phase de diffusion par CHU		
Libellé CHU	Nombre d'actes en 900	Taux en %
AP-HP	9789	33,18
AP-HM	3427	11,61
HOSPICES CIVILS DE LYON	1960	6,64
CHU TOURS	1512	5,12
CHU NANCY	1416	4,80
CHU CLERMONT-FERRAND	1219	4,13
CHU RENNES	1202	4,07
CHU AMIENS	1141	3,87
CHU POITIERS	1112	3,77
CHU DE POINTE-A-PITRE	904	3,06
CHU BORDEAUX	884	3,00
CHU NIMES	665	2,25
CHU TOULOUSE	638	2,16
CHU GRENOBLE	627	2,13
CHU MONTPELLIER	339	1,15
CHU STRASBOURG	335	1,14
CH FELIX GUYON, ST DENIS	279	0,95
CHU NANTES	237	0,80
CHU CAEN	236	0,80
CHU BESANCON	216	0,73
CHU LILLE	200	0,68
CHU ROUEN	168	0,57
CHU BREST	135	0,46
CHU REIMS	128	0,43
CHR. METZ THIONVILLE	109	0,37
CHU DIJON	106	0,36
CHU ST-ETIENNE	98	0,33
CHR. ORLEANS	97	0,33
CHU ANGERS	96	0,33
CHU NICE	88	0,30
CHU LIMOGES	72	0,24
CHU FORT-DE-FRANCE	70	0,24
total	29505	100,00

Base 2007, actes de radiothérapie compris

7.3. Commentaires

Il est évident que dès que l'on fait référence à des volumes et non plus à des taux, les gros CHU arrivent en tête ; une comparaison sur des taux d'actes en 900 rapportés au nombre d'actes de l'établissement donnerait probablement un classement du même type que celui qu'on obtient avec le taux d'activité spécifique des CHU. Ce taux est difficile à obtenir, car connaître le nombre d'actes effectués dans un établissement à travers le PMSI n'est pas évident (plusieurs actes pour une intervention, actes codés plusieurs fois alors qu'ils ne peuvent se faire qu'une fois - surtout dans le secteur ex DGF qui ne facture pas à l'acte -, actes non codés parce qu'ils ne sont pas classants ou non facturables etc.).

Autre sujet : on constate dans certains CHU qui apparaissaient comme ayant peu d'activité dans les études des chapitres précédents, un taux important d'actes en 900, mais un examen détaillé montre qu'il s'agit souvent d'un seul acte avec un gros effectif.

C'est le cas, par exemple, pour l'acte **ZZLF900** « Séance d'administration locorégionale intrartérielle d'agent pharmacologique anticancéreux par un dispositif implanté, sans CEC, sans hyperthermie » pour un CHU et l'acte **EBQM900** « Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec mesure de l'épaisseur de l'intima-média » pour un autre établissement. Sans mettre en doute la réalisation de cet acte innovant unique dans ces deux établissements, il se trouve qu'il existe aussi des actes assez proches, non innovants, et il faudrait être sûr que ce n'est pas un choix erroné pour un thésaurus.

Enfin, si de nombreux actes en 900 apparaissent en 1 ou 2 exemplaires faisant penser à des erreurs de codage toujours possibles, il y a aussi des actes innovants qui peuvent manquer parce que l'établissement a préféré faire une assimilation pour être mieux financé.

Au total, les actes en 900 peuvent être utilisés comme un indicateur, mais il faut rester prudent sur d'autres interprétations possibles parce que :

- cette liste n'est pas suffisamment actualisée,
- le codage de ces actes est sûrement variable d'un établissement à un autre,
- la complexité des libellés et les différences terminologiques parfois marginales entre deux libellés expliquent l'existence d'effectifs parfois importants dans des établissements qui n'ont pas les moyens de les pratiquer et en nombre qui ne peut pas s'expliquer par les prestations interétablissements.

Conclusion

Il n'y a aucun doute sur le fait que les CHU ont les activités les plus lourdes, même si une petite partie est effectuée par d'autres établissements (surtout PSPH), il n'y a aucun doute que les cas les plus complexes, mesurés avec les niveaux de sévérité de la version 11 des GHM, sont plus fréquents dans les CHU, **MAIS**, le taux des activités spécifiques des CHU sont en moyenne de 5% pour l'ensemble de ce groupe d'établissements (15% des journées et 17% des recettes) et le taux de séjours classés dans un niveau 4 n'y atteint pas 4% (données 2007 et version 11 adaptée). Enfin, il est clair que la complexité qui touche les tranches d'âge jeunes, qu'elle soit de niveau 3 ou 4, peut être considérée comme plus spécifique des CHU qui cumulent cette population et la réanimation néonatale dont la majorité des séjours ne sont pas comptabilisés dans les niveaux 1 à 4, mais A à D. Quand on essaie d'augmenter la part d'activité « préférentiellement » faite dans les CHU, on augmente rapidement les taux concernés, mais en faisant chuter rapidement la DMS en raison d'une forte activité de très courte durée dont la composante spécifique CHU ne peut pas être déterminée facilement dans le PMSI en l'absence d'actes ou de soins marqueurs. On a pu démontrer également que les CHU étaient le site privilégié pour la diffusion des actes innovants si on exclut les actes innovants de radiothérapie en 2007, mais en cours d'intégration dans la CCAM tarifante en 2009.

La version 11 a entraîné une baisse des tarifs des GHM de niveau 1 et, compte tenu du taux de niveau 1 dans les CHU et du volume d'activité concernée, la V11 commence par générer une perte financière qui peut être sensible avant de la compenser avec des tarifs élevés pour une part très faible d'activité. C'est donc, pour chaque CHU, sa part « non spécifique CHU », sa part « CHU » et le type de son case mix (nombre d'activités) qui expliquent qu'ils perdent ou qu'ils gagnent à la V11.

Enfin, on peut admettre qu'il y a d'autres raisons de surcoûts difficiles à évaluer correctement comme par exemple :

- les niveaux 1 dans lesquels il reste encore un niveau de CMA caché³³ ; il est probable que le taux de ces CMA cachées n'est pas le même dans tous les types d'établissement,
- le coût moyen du niveau standard (GHM correspondant à la sévérité la plus faible, activités ambulatoires ou de très courte durée) a des raisons d'être plus élevé dans les CHU (même après avoir résolu les surcoûts liés à des problèmes d'organisation) parce que l'environnement de ces patients n'est pas le même et qu'ils en profitent.

³³ Surcoût en journée ou en coût inférieur à 25% qui est un des critères retenus pour qu'un code puisse prétendre appartenir à la liste des CMA.

Annexe 1 : construction de la liste « activité spécifique des CHU »

Racine	Libellé de la racine	Sélection campagne 2009	ajout
01C03	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans	x	
01C04	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans	x	
01C05	Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques		x
01C06	Interventions sur le système vasculaire précérébral		x
01C09	Pose d'un stimulateur cérébral	x	
01C11	Craniotomies pour tumeurs, âge inférieur à 18 ans	x	
01C12	Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans	x	
01K02	Autres embolisations intracrâniennes et médullaires	x	
01K03	Autres actes thérapeutiques par voie vasculaire du système nerveux		x
01K07	Embolisations intracrâniennes et médullaires pour hémorragie	x	
01M05	Infections du système nerveux à l'exception des méningites virales		
01M29	Anévrysmes cérébraux	x	
01M30	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	-	x
02M03	Infections oculaires aiguës sévères		x
03C05	Réparations de fissures labiale et palatine	x	
03C18	Pose d'implants cochléaires	x	
03C25	Interventions majeures sur la tête et le cou		x
04C02	Interventions majeures sur le thorax		x
04C04	Interventions sous thoracoscopie		x
04M21	Suivis de greffe pulmonaire	x	
05C02	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie	x	
05C03	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	x	
05C04	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie	x	
05C05	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie		x
05C06	Autres interventions cardi thoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle	x	
05C07	Autres interventions cardi thoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle		x
05C09	Autres interventions cardi thoraciques, âge inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle		x
05C10	Chirurgie majeure de revascularisation		x
05C19	Poses d'un défibrillateur cardiaque	x	

05K05	Endoprothèses vasculaires et infarctus du myocarde		x
05K12	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge inférieur à 18 ans	x	
05K15	Surveillances de greffes de coeur avec acte diagnostique par voie vasculaire	x	
05M10	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge inférieur à 18 ans	x	
05M19	Surveillances de greffes de coeur sans acte diagnostique par voie vasculaire	x	
06C02	Chirurgie majeure des malformations digestives	x	
06C05	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum, âge inférieur à 18 ans	x	
07M12	Suivis de greffe de foie et de pancréas	x	
08C02	Interventions majeures multiples sur les genoux et/ou les hanches		x
08C22	Interventions pour reprise de prothèses articulaires		x
08C51	Interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scolioses	x	
08C56	Interventions pour infections ostéoarticulaires		x
09C02	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite		x
10C02	Interventions sur l'hypophyse	x	
10C03	Interventions sur les glandes surrénales	x	
10M10	Maladies métaboliques congénitales sévères	x	
11C02	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale		x
11M17	Surveillances de greffes de rein	x	
12C11	Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes		x
13C14	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes		x
15Z08	Nouveau-nés de 1000 g à 1499 g		x
15Z09	Nouveau-nés de moins de 1000 g		x
16M07	Donneurs de moëlle	x	
17M05	Chimiothérapie pour leucémie aigüe	x	
17M08	Leucémies aigües, âge inférieur à 18 ans		x
21M15	Rejets de greffe	x	
22C02	Brûlures non étendues avec greffe cutanée	x	
22Z02	Brûlures étendues	x	
26C02	Interventions pour traumatismes multiples graves		x
26M02	Traumatismes multiples graves		x
27C02	Transplantations hépatiques	x	
27C03	Transplantations pancréatiques	x	
27C04	Transplantations pulmonaires	x	
27C05	Transplantations cardiaques	x	
27C06	Transplantations rénales	x	
27C07	Autres transplantations	x	
27Z02	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques	x	

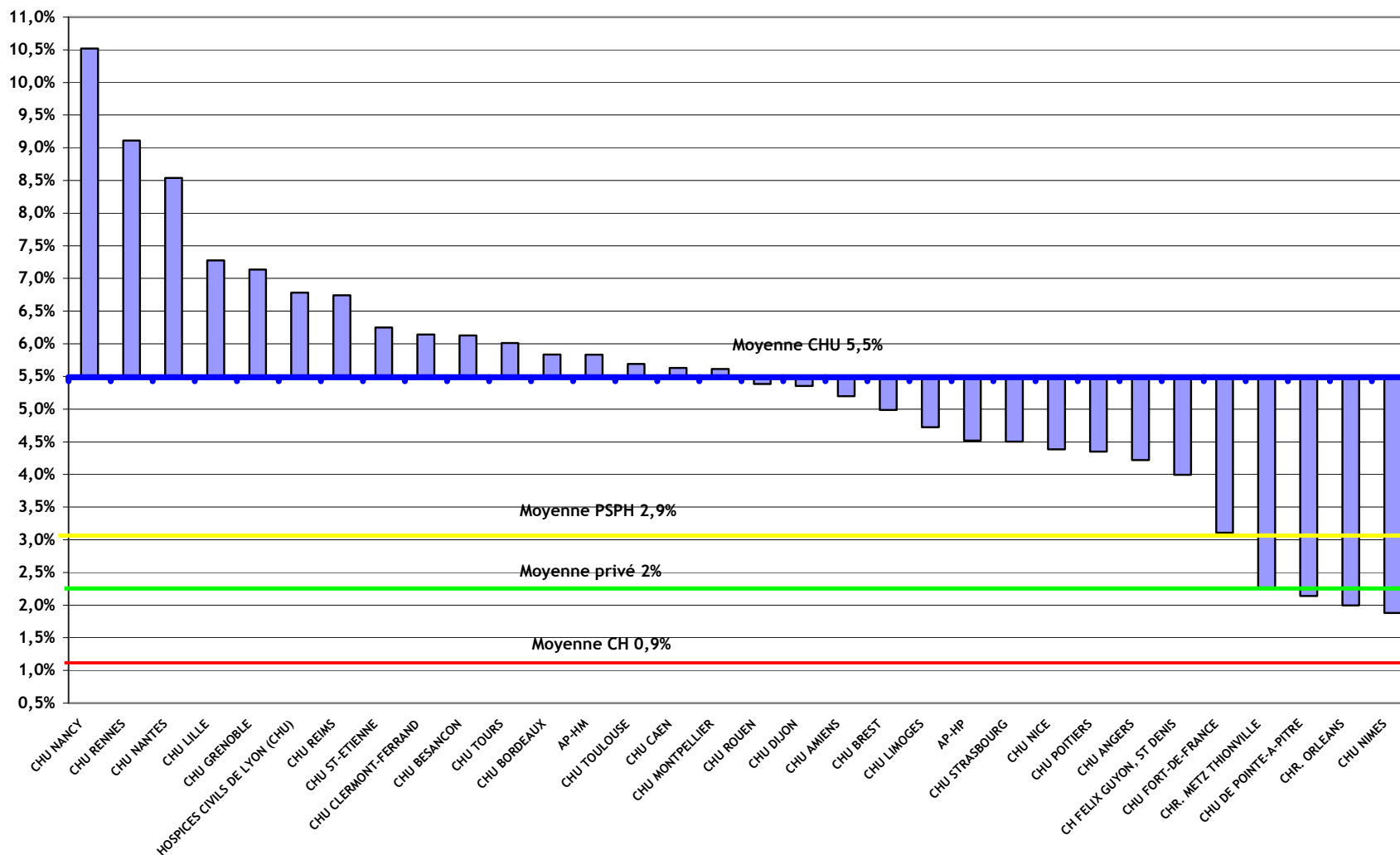
**Annexe 2 : taux de fuite pour chaque territoire de CHU
(données 2007 - PARHTAGE)**

Territoire de santé d'implantation de	Nbre de RSA total (hors CMD 28)	Nb total de journées (hors CMD 28)	Taux de "fuite" du territoire (en %)
CHU DE POINTE-A-PITRE	36 462	169 196	52,4
CHU FORT-DE-FRANCE	35 964	221 606	27,1
CHU NIMES	53 950	230 234	24,7
CHR. METZ THIONVILLE	68 439	313 360	18,5
CHR. ORLEANS	61 459	256 479	15,1
CHU TOULOUSE	162 802	546 325	11,6
CHU BESANCON	64 621	313 284	11,0
CHU ST-ETIENNE	64 109	323 487	9,4
CHU AMIENS	69 361	335 299	9,4
CHU ROUEN	95 708	488 639	8,4
CHU NICE	77 486	323 283	8,2
CHU POITIERS	73 627	294 823	8,2
CHU ANGERS	73 534	342 072	7,7
CHU CAEN	73 722	353 181	7,2
CHU TOURS	91 218	373 050	7,1
CHU RENNES	91 633	405 897	7,0
CHU NANTES	100 883	454 643	6,9
CH FELIX GUYON, ST DENIS	32 742	161 073	6,9
AP-HP	867 662	3 631 096	6,6*
CHU REIMS	61 594	316 422	6,6
CHU CLERMONT-FERRAND	72 289	370 222	6,5
CHU GRENOBLE	80 517	401 490	6,2
CHU MONTPELLIER	107 713	436 492	6,0
CHU DIJON	64 953	302 121	5,9
HOSPICES CIVILS DE LYON (CHU)	245 740	1 016 391	5,4
AP-HM	171068	724 429	4,9
CHU LILLE	133 752	525 274	4,6
CHU BREST	62 052	287 121	4,6
CHU STRASBOURG	117 144	576 328	4,1
CHU NANCY	95 992	411 288	4,0
CHU LIMOGES	65 204	305 998	3,9
CHU BORDEAUX	170 099	718 507	2,9

* L'AP_HP a des implantations sur de multiples territoires, le taux de fuite global a été calculé ici à partir de PARHTAGE en cumulant les données des territoires où sont implantés les établissements de l'AP-HP.

Annexe 3 : part de l'activité « spécifique des CHU »

Part des séjours de GHM "activité CHU" pour chaque CHU
Données 2007 V11 (hors CMD 28)



Annexe 4 : taux de RSA correspondant à des surveillance de greffe pour chaque CHU

Libellé du n° finesse	Part surveillance greffes (en %)
CHU NANCY	49,5
CHU RENNES	40,3
CHU ST-ETIENNE	34,9
CHU NANTES	33,1
CHU ROUEN	26,2
HOSPICES CIVILS DE LYON (CHU)	24,3
CHU TOURS	22,9
AP-HP	22,8
CHU GRENOBLE	22,7
CHU BESANCON	22,3
CHU TOULOUSE	20,3
CHU AMIENS	18,8
CHU REIMS	18,1
CHU NICE	15,4
AP-HM	15,3
CHU CAEN	14,9
CHU LILLE	14,5
CHU MONTPELLIER	14,0
CHU BORDEAUX	11,1
CHU DE POINTE-A-PITRE	10,1
CHU LIMOGES	8,9
CHU STRASBOURG	7,5
CHU BREST	6,9
CH FELIX GUYON, ST DENIS	3,1
CHU POITIERS	3,0
CHU DIJON	2,7
CHU ANGERS	2,7
CHR. ORLEANS	0,9
CHU CLERMONT-FERRAND	0,5
CHU NIMES	0,4
CHU FORT-DE-FRANCE	0,3
CHR. METZ THIONVILLE	0,0
MOYENNE CHU	21,6

Annexe 4bis : répartition des séjours sans nuitée par type de GHM pour chaque établissement

La lettre K représente les racines de GHM avec acte classant non opératoire (technique endoscopique ou endovasculaire par exemple).

La lettre C correspond à l'activité chirurgicale

Etablissements	Type du GHM	Nb de RSA (hors CMD28)	Nb de RSA sans nuitée	% de RSA sans nuitée par type de GHM
AP-HP	K	51 205	26 601	7,69%
	C	161 536	28 266	8,17%
	Autres	654 921	291 161	84,14%
Sous-total		867 662	346 028	100,00%
CHU TOULOUSE	K	10 321	4 273	6,59%
	C	31 944	5 087	7,84%
	Autres	120 537	55 494	85,57%
Sous-total		162 802	64 854	100,00%
CHU BORDEAUX	K	8 185	2 649	4,01%
	C	30 300	4 426	6,70%
	Autres	131 614	58 998	89,29%
Sous-total		170 099	66 073	100,00%
CHU NANCY	K	7 064	1 267	3,54%
	C	18 917	1 272	3,56%
	Autres	70 011	33 234	92,90%
Sous-total		95 992	35 773	100,00%
CHU NIMES	K	4 135	1 886	9,44%
	C	11 365	2 736	13,69%
	Autres	38 450	15 359	76,87%
Sous-total		53 950	19 981	100,00%
CHU MONTPELLIER	K	8 459	4 384	11,07%
	C	23 310	3 811	9,62%
	Autres	75 944	31 411	79,31%
Sous-total		107 713	39 606	100,00%
CHU STRASBOURG	K	7 024	3 824	9,02%
	C	26 353	4 494	10,60%
	Autres	83 767	34 064	80,37%
Sous-total		117 144	42 382	100,00%
CHU DE POINTE-A-PITRE	K	1 249	585	4,46%
	C	5 497	538	4,10%
	Autres	29 716	11 997	91,44%
Sous-total		36 462	13 120	100,00%
CHU LILLE	K	9 993	5 390	11,28%
	C	32 562	5 345	11,18%

	Autres	91 197	37 069	77,54%
Sous-total		133 752	47 804	100,00%
AP-HM	K	11 136	5 597	9,17%
	C	35 661	3 766	6,17%
	Autres	124 271	51 676	84,66%
Sous-total		171 068	61 039	100,00%
HC LYON	K	14 928	8 183	9,37%
	C	51 363	7 767	8,89%
	Autres	179 449	71 391	81,74%
Sous-total		245 740	87 341	100,00%
CHU NANTES	K	6 675	2 579	7,35%
	C	23 693	4 848	13,81%
	Autres	70 515	27 680	78,84%
Sous-total		100 883	35 107	100,00%
CHU RENNES	K	5 219	2 216	7,02%
	C	19 296	2 607	8,26%
	Autres	67 118	26 731	84,72%
Sous-total		91 633	31 554	100,00%
CHU DIJON	K	4 407	1 295	5,94%
	C	15 332	4 179	19,16%
	Autres	45 214	16 338	74,90%
Sous-total		64 953	21 812	100,00%
CHU NICE	K	5 727	2 879	11,23%
	C	18 183	2 954	11,52%
	Autres	53 576	19 810	77,25%
Sous-total		77 486	25 643	100,00%
CHU POITIERS	K	6 575	2 822	11,93%
	C	14 876	2 429	10,27%
	Autres	52 176	18 404	77,80%
Sous-total		73 627	23 655	100,00%
CHU TOURS	K	8 282	3 727	13,14%
	C	22 811	5 270	18,59%
	Autres	60 125	19 358	68,27%
Sous-total		91 218	28 355	100,00%
CHU BREST	K	3 000	749	3,92%
	C	13 307	2 045	10,70%
	Autres	45 745	16 318	85,38%
Sous-total		62 052	19 112	100,00%
CHU BESANCON	K	3 443	816	4,25%
	C	14 327	2 491	12,99%
	Autres	46 851	15 871	82,76%
Sous-total		64 621	19 178	100,00%

CHU ANGERS	K	4 314	1 762	8,10%
	C	14 873	2 180	10,02%
	Autres	54 347	17 822	81,89%
Sous-total		73 534	21 764	100,00%
CHU AMIENS	K	4 308	1 736	8,53%
	C	17 722	3 406	16,74%
	Autres	47 331	15 201	74,72%
Sous-total		69 361	20 343	100,00%
CHU REIMS	K	4 594	1 933	11,17%
	C	16 410	2 544	14,70%
	Autres	40 590	12 834	74,14%
Sous-total		61 594	17 311	100,00%
CHU GRENOBLE	K	4 674	900	4,00%
	C	21 191	3 267	14,50%
	Autres	54 652	18 360	81,50%
Sous-total		80 517	22 527	100,00%
CHU ST-ETIENNE	K	6 347	1 947	10,94%
	C	14 725	1 598	8,98%
	Autres	43 037	14 244	80,07%
Sous-total		64 109	17 789	100,00%
CHU ROUEN	K	5 480	2 207	8,33%
	C	19 162	2 591	9,78%
	Autres	71 066	21 683	81,88%
Sous-total		95 708	26 481	100,00%
CHU CAEN	K	7 006	3 417	17,22%
	C	17 465	3 491	17,59%
	Autres	49 251	12 935	65,19%
Sous-total		73 722	19 843	100,00%
CHR. METZ THIONVILLE	K	6 848	1 816	10,23%
	C	13 092	3 266	18,40%
	Autres	48 499	12 672	71,38%
Sous-total		68 439	17 754	100,00%
CHU CLERMONT-FERRAND	K	7 521	2 708	14,67%
	C	18 379	2 577	13,96%
	Autres	46 389	13 169	71,36%
Sous-total		72 289	18 454	100,00%
CHR. ORLEANS	K	4 023	1 732	11,37%
	C	12 218	2 202	14,45%
	Autres	45 218	11 300	74,18%
Sous-total		61 459	15 234	100,00%
CHU LIMOGES	K	5 660	1 820	11,70%
	C	16 967	2 915	18,74%
	Autres	42 577	10 817	69,55%

Sous-total		65 204	15 552	100,00%
CH FELIX GUYON, ST DENIS	K	2 225	615	8,32%
	C	5 545	641	8,67%
	Autres	24 972	6 137	83,01%
Sous-total		32 742	7 393	100,00%
CHU FORT-DE-FRANCE	K	1 795	236	4,14%
	C	8 566	637	11,18%
	Autres	25 603	4 827	84,68%
Sous-total		35 964	5 700	100,00%
TOTAL	K	241 822	104 551	8,33%
	C	766 948	125 646	10,02%
	Autres	2 634 729	1 024 365	81,65%
	Total	3 643 499	1 254 562	100,00%

Annexe 5 : analyse des niveaux de sévérité par tranche d'âge avec assimilation des niveaux A à D aux niveaux 1 à 4 et des GHM J et T au niveau 1 (les racines non segmentées - GHM « Z » - ne sont pas prises en compte)

Sévérité des cas par tranche d'âge pour les établissements CHU

Tranche d'âge	Effectif par niveau					Fréquence par niveau				Age moyen par niveau			
	Total	1 (A, J, T)	2 (B)	3 (C)	4 (D)	1 (A, J, T)	2 (B)	3 (C)	4 (D)	1 (A, J, T)	2 (B)	3 (C)	4 (D)
[0-10[	427 313	365 835	39 686	16 100	5 692	85,6%	9,3%	3,8%	1,3%	2,28	0,74	1,00	1,01
[10-20[	178 961	164 623	8 600	4 274	1 464	92,0%	4,8%	2,4%	0,8%	14,75	15,35	15,39	15,23
[20-30[	281 522	247 636	21 183	10 658	2 045	88,0%	7,5%	3,8%	0,7%	24,90	25,12	25,09	24,56
[30-40[	350 182	309 335	25 200	13 034	2 613	88,3%	7,2%	3,7%	0,7%	34,52	34,36	34,41	35,04
[40-50[	352 488	309 102	26 472	12 252	4 662	87,7%	7,5%	3,5%	1,3%	44,58	44,79	44,68	44,97
[50-60[	442 346	372 081	43 090	19 018	8 157	84,1%	9,7%	4,3%	1,8%	54,67	54,90	54,92	54,92
[60-70[	397 491	318 928	48 439	21 526	8 598	80,2%	12,2%	5,4%	2,2%	64,29	64,54	64,57	64,54
[70-80[	419 951	303 784	71 636	33 758	10 773	72,3%	17,1%	8,0%	2,6%	74,44	74,68	74,85	74,67
[80-90[	282 438	156 493	66 749	42 629	16 567	55,4%	23,6%	15,1%	5,9%	83,52	83,63	83,90	83,92
90 et plus	53 135	24 203	12 770	11 288	4 874	45,6%	24,0%	21,2%	9,2%	93,11	93,16	93,28	93,39
Total	3 185 827	2 572 020	363 825	184 537	65 445	80,7%	11,4%	5,8%	2,1%	43,81	55,96	59,26	61,61

Sévérité des cas par tranche d'âge pour les établissements CH

Tranche d'âge	Effectif par niveau					Fréquence par niveau				Age moyen par niveau			
	Total	1 (A, J, T)	2 (B)	3 (C)	4 (D)	1 (A, J, T)	2 (B)	3 (C)	4 (D)	1 (A, J, T)	2 (B)	3 (C)	4 (D)
[0-10[	786 164	682 900	81 663	18 476	3 125	86,9%	10,4%	2,4%	0,4%	1,62	0,25	0,27	0,33
[10-20[	261 561	250 825	7 768	2 515	453	95,9%	3,0%	1,0%	0,2%	15,11	16,24	16,37	15,64
[20-30[	501 437	453 508	35 000	12 033	896	90,4%	7,0%	2,4%	0,2%	24,91	25,10	25,20	24,79
[30-40[	526 097	476 664	34 448	13 519	1 466	90,6%	6,5%	2,6%	0,3%	34,32	34,16	34,13	35,20
[40-50[	462 847	413 019	35 098	11 457	3 273	89,2%	7,6%	2,5%	0,7%	44,54	44,94	44,86	45,14
[50-60[	557 163	469 574	60 199	20 750	6 640	84,3%	10,8%	3,7%	1,2%	54,61	54,88	54,96	54,94
[60-70[	517 140	406 812	75 074	26 925	8 329	78,7%	14,5%	5,2%	1,6%	64,44	64,76	64,79	64,71
[70-80[	729 852	486 445	164 428	63 300	15 679	66,7%	22,5%	8,7%	2,1%	74,62	75,05	75,12	75,02
[80-90[	646 593	275 235	203 593	127 547	40 218	42,6%	31,5%	19,7%	6,2%	83,59	83,80	84,00	84,04
90 et plus	142 298	49 284	46 615	34 519	11 880	34,6%	32,8%	24,3%	8,3%	93,28	93,25	93,30	93,36
Total	5 131 152	3 964 266	743 886	331 041	91 959	77,3%	14,5%	6,5%	1,8%	42,05	61,43	69,17	73,93

Sévérité des cas par tranche d'âge pour les établissements privés

Tranche d'âge	Effectif par niveau					Fréquence par niveau				Age moyen par niveau			
	Total	1 (A, J, T)	2 (B)	3 (C)	4 (D)	1 (A, J, T)	2 (B)	3 (C)	4 (D)	1 (A, J, T)	2 (B)	3 (C)	4 (D)
[0-10[	493 538	441 086	46 349	5 682	421	89,4%	9,4%	1,2%	0,1%	2,42	0,04	0,08	0,46
[10-20[	307 275	304 282	2 223	660	110	99,0%	0,7%	0,2%	0,0%	15,54	16,70	16,26	15,57
[20-30[	482 133	462 840	14 805	4 284	204	96,0%	3,1%	0,9%	0,0%	24,90	25,42	25,61	24,93
[30-40[	601 370	577 351	18 022	5 602	395	96,0%	3,0%	0,9%	0,1%	34,54	34,18	34,01	35,03
[40-50[	645 503	621 026	19 089	4 285	1 103	96,2%	3,0%	0,7%	0,2%	44,63	45,01	44,88	45,43
[50-60[	864 537	814 305	38 980	8 473	2 779	94,2%	4,5%	1,0%	0,3%	54,74	55,08	55,07	55,11
[60-70[	821 252	749 105	56 149	11 813	4 185	91,2%	6,8%	1,4%	0,5%	64,37	64,78	64,74	64,78
[70-80[	918 688	779 736	105 628	26 089	7 235	84,9%	11,5%	2,8%	0,8%	74,44	74,75	74,80	74,87
[80-90[	502 019	328 240	114 250	48 020	11 509	65,4%	22,8%	9,6%	2,3%	83,20	83,35	83,63	83,73
90 et plus	55 145	30 120	14 657	8 017	2 351	54,6%	26,6%	14,5%	4,3%	93,10	93,03	93,01	93,14
Total	5 691 460	5 108 091	430 152	122 925	30 292	89,8%	7,6%	2,2%	0,5%	48,15	61,51	68,73	73,27

Annexe 6 : liste des activités « préférence CHU »

Les activités qui sont en grisé sont celles qui ont été utilisées pour analyser l'activité spécifique des CHU au chapitre 4 de ce rapport.) ; les activités dont la DMS était inférieure à 2 jours n'avaient pas été retenues car leurs effectifs font rapidement chuter la DMS des activités lourdes à l'exclusion des surveillances de greffe qui font partie de la liste « campagne 2009 »

Racine	Activité CHU			Activité totale (hors CMD 28 et hors HL)		Libellés des racines
	nbRSA	DMS	part_CHU	nbRSA	DMS	
27C03	94	25,6	100,00%	94	25,6	Transplantations pancréatiques
27C07	3	95,0	100,00%	3	95,0	Autres transplantations
27C02	988	39,9	99,90%	989	39,9	Transplantations hépatiques
03C18	757	3,7	99,47%	761	3,7	Pose d'implants cochléaires
27C06	2 632	17,7	97,73%	2 693	17,7	Transplantations rénales
05K15	3 624	0,5	97,18%	3 729	0,5	Surveillances de greffes de coeur avec acte diagnostique par voie vasculaire
07M12	6 583	0,6	96,82%	6 799	0,6	Suivis de greffe de foie et de pancréas
11M17	24 798	0,3	96,67%	25 651	0,3	Surveillances de greffes de rein
27C05	341	46,8	95,25%	358	46,5	Transplantations cardiaques
05M19	6 393	0,2	94,96%	6 732	0,2	Surveillances de greffes de coeur sans acte diagnostique par voie vasculaire
04M21	1 841	1,1	94,95%	1 939	1,2	Suivis de greffe pulmonaire
01C09	967	12,2	94,62%	1 022	11,9	Pose d'un stimulateur cérébral
01C11	656	13,3	93,58%	701	13,3	Craniotomies pour tumeurs, âge inférieur à 18 ans
16M07	872	0,8	92,86%	939	0,8	Donneurs de moëlle
09M12	13 288	0,1	91,61%	14 505	0,2	Explorations et surveillance des affections de la peau
21M15	2 362	5,2	89,95%	2 626	5,5	Rejets de greffe
01K07	1 208	14,4	88,89%	1 359	14,7	Embolisations intracrâniennes et médullaires pour hémorragie
10M10	1 528	3,0	88,32%	1 730	3,6	Maladies métaboliques congénitales sévères
01C12	1 529	12,4	88,28%	1 732	12,3	Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans
22K02	1 792	0,0	87,41%	2 050	0,0	Brûlures sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire
27Z02	1 144	48,6	87,00%	1 315	48,0	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques
06C02	408	41,9	85,89%	475	39,7	Chirurgie majeure des malformations digestives
01C03	4 048	20,0	85,04%	4 760	19,4	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans
22Z02	308	37,9	83,92%	367	35,0	Brûlures étendues
01C04	16 484	15,3	83,78%	19 675	15,1	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans
23M07	23 322	0,0	83,38%	27 971	0,0	Autres motifs de recours pour infection à VIH, en ambulatoire
22C02	1 816	19,7	83,30%	2 180	18,9	Brûlures non étendues avec greffe cutanée
04M26	2 430	2,1	82,32%	2 952	2,4	Fibroses kystiques avec manifestations pulmonaires
17M05	4 729	8,3	82,16%	5 756	8,2	Chimiothérapie pour leucémie aigüe
03C05	1 698	4,3	79,49%	2 136	4,4	Réparations de fissures labiale et palatine
01M29	1 103	2,5	78,84%	1 399	2,9	Anévrismes cérébraux
10C02	1 102	9,4	78,32%	1 407	8,8	Interventions sur l'hypophyse
01K02	1 690	6,3	76,54%	2 208	6,4	Autres embolisations intracrâniennes et médullaires
09M11	7 763	1,4	75,09%	10 338	1,9	Tumeurs de la peau
05M10	3 106	3,6	75,08%	4 137	4,4	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge inférieur à 18 ans
17M08	2 174	9,0	74,00%	2 938	7,0	Leucémies aigües, âge inférieur à 18 ans
06C05	1 444	12,6	73,56%	1 963	10,9	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum, âge inférieur à 18 ans

10M12	9 770	2,3	71,45%	13 674	2,8	Tumeurs des glandes endocrines
05C09	261	23,7	69,97%	373	21,3	Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle
27C04	149	52,7	69,63%	214	51,2	Transplantations pulmonaires
16M14	5 381	0,1	68,75%	7 827	0,2	Explorations et surveillance pour affections du sang et des organes hématopoïétiques
18M12	30 637	0,0	68,35%	44 825	0,0	Explorations et surveillance pour maladies infectieuses ou parasitaires
01M32	10 533	0,8	68,26%	15 430	0,9	Explorations et surveillance pour affections du système nerveux
01M09	3 973	4,9	68,22%	5 824	6,8	Affections et lésions du rachis et de la moelle
10C03	995	8,6	67,05%	1 484	8,7	Interventions sur les glandes surrénales
08M35	8 234	0,3	66,85%	12 317	0,4	Explorations et surveillance de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
01M33	2 252	0,9	66,73%	3 375	1,4	Troubles du sommeil
19M17	3 921	0,6	65,62%	5 975	0,6	Maladies et troubles du développement psychologiques de l'enfance
27Z03	1 874	21,6	65,02%	2 882	21,4	Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques
23M09	17 769	2,8	64,12%	27 713	2,8	Chimiothérapie pour affections non tumorales
25M02	8 228	9,3	64,11%	12 835	9,5	Autres maladies dues au VIH
05C04	3 128	18,1	63,94%	4 892	17,7	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie
08M14	30 961	3,3	63,76%	48 556	4,0	Affections du tissu conjonctif
05C06	3 098	16,0	63,72%	4 862	15,3	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle
26C02	2 827	30,0	62,81%	4 501	26,7	Interventions pour traumatismes multiples graves
10M07	21 834	1,7	62,18%	35 112	2,8	Autres troubles endocriniens
05C19	3 777	8,8	62,15%	6 077	8,0	Poses d'un défibrillateur cardiaque
05C02	2 888	23,2	61,97%	4 660	21,1	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie
09M08	8 549	4,0	61,16%	13 978	4,9	Affections dermatologiques sévères
05K12	694	4,0	60,40%	1 149	3,2	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge inférieur à 18 ans
19M12	2 901	10,2	60,37%	4 805	12,2	Anorexie mentale et boulimie
02C10	2 110	4,9	59,74%	3 532	4,8	Autres interventions intraoculaires pour affections sévères
05C03	7 527	15,2	59,70%	12 608	14,4	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie
10M09	15 441	1,6	59,45%	25 975	2,2	Obésité
16M08	1 326	1,8	59,30%	2 236	1,8	Déficits immunitaires
08C51	3 272	14,4	58,81%	5 564	13,3	Interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scolioses
16M15	10 152	0,9	58,70%	17 294	1,1	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 16
11M08	4 007	2,7	58,68%	6 828	2,6	Autres affections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans
23M18	2 246	0,4	58,63%	3 831	0,2	Tests allergologiques
04M06	987	6,2	58,54%	1 686	6,4	Infections et inflammations respiratoires, âge inférieur à 18 ans
08C28	1 359	6,4	58,50%	2 323	5,2	Interventions maxillofaciales
08M24	1 745	4,8	58,50%	2 983	5,5	Tumeurs malignes primitives des os
11M18	11 044	0,4	58,11%	19 004	0,4	Explorations et surveillance pour affections du rein et des voies urinaires
07M13	6 927	0,6	58,09%	11 924	0,5	Explorations et surveillance des affections du système hépatobiliaire et du pancréas
15Z09	2 082	43,9	57,72%	3 607	37,7	Nouveau-nés de moins de 1000 g
25C02	457	19,0	57,56%	794	16,5	Interventions pour maladie due au VIH
05C07	756	20,0	57,53%	1 314	17,2	Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle
10M13	21 762	0,5	56,92%	38 231	0,5	Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques

23M19	1 194	0,6	56,88%	2 099	0,5	Explorations et surveillance pour autres motifs de recours aux soins
08C12	926	4,7	56,57%	1 637	4,9	Biopsies ostéoarticulaires
01K04	6 142	0,0	56,16%	10 936	0,0	Injections de toxine botulique, en ambulatoire
17M09	3 934	14,6	55,67%	7 067	13,7	Leucémies aiguës, âge supérieur à 17 ans
27Z04	59	0,0	55,66%	106	0,0	Greffes de cellules souches hématopoïétiques, en ambulatoire
02M03	1 397	5,6	55,48%	2 518	5,9	Infections oculaires aiguës sévères
01M12	11 624	3,4	55,22%	21 049	4,6	Autres affections du système nerveux
23M11	2 935	1,5	55,13%	5 324	1,9	Autres motifs concernant majoritairement la petite enfance
07M08	6 918	2,9	55,10%	12 555	3,7	Autres cirrhoses et fibrose hépatique
02C09	2 870	3,9	54,83%	5 234	3,3	Allogreffes de cornée
07C06	395	12,0	54,79%	721	12,1	Interventions diagnostiques sur le système hépato-biliaire et pancréatique pour des affections malignes
01K03	501	12,1	54,58%	918	8,9	Autres actes thérapeutiques par voie vasculaire du système nerveux
25Z02	239	27,7	54,57%	438	24,3	Maladies dues au VIH, avec décès
17M14	28 472	0,2	53,91%	52 817	0,4	Explorations et surveillance pour affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus
04M14	7 005	3,7	53,12%	13 186	5,4	Maladies pulmonaires interstitielles
07C09	3 356	16,7	53,03%	6 329	17,0	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes
22C03	315	11,5	52,85%	596	9,7	Brûlures non étendues avec parages de plaie ou autres interventions chirurgicales
25Z03	38	11,2	52,78%	72	8,6	Maladies dues au VIH, âge inférieur à 13 ans
07M09	5 544	1,1	52,69%	10 521	1,2	Hépatites chroniques
05C05	5 636	12,5	52,35%	10 766	12,2	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie
05C08	1 384	13,9	52,29%	2 647	13,0	Autres interventions cardiopulmonaires, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle
08K03	1 117	4,2	52,17%	2 141	4,6	Autres tractions continues et réductions progressives
01M27	2 656	4,6	51,96%	5 112	5,8	Autres tumeurs du système nerveux
15Z08	3 424	35,3	51,82%	6 607	34,3	Nouveau-nés de 1000 g à 1499 g
06M14	936	1,6	51,49%	1 818	1,6	Invaginations intestinales aiguës
08C04	1 740	8,1	51,31%	3 391	7,8	Interventions sur la hanche et le fémur, âge inférieur à 18 ans
11C06	384	3,2	51,06%	752	2,1	Interventions sur l'urètre, âge inférieur à 18 ans
05M20	6 252	0,5	51,01%	12 257	1,2	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoire
08M32	1 623	7,5	50,89%	3 189	8,4	Ostéomyélites chroniques
02M05	2 617	1,2	50,78%	5 154	1,1	Autres affections oculaires, âge inférieur à 18 ans
01M08	19 673	5,2	50,63%	38 859	6,9	Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 80 ans
08M09	3 440	4,0	50,15%	6 859	4,6	Arthropathies non spécifiques
17M12	16 156	5,5	50,03%	32 291	6,3	Lymphomes et autres affections malignes hématopoïétiques
10C05	2 529	3,8	49,81%	5 077	4,2	Interventions sur les parathyroïdes
16M16	4 000	5,5	49,51%	8 079	4,5	Troubles sévères de la lignée érythrocytaire, âge inférieur à 18 ans
08M31	4 105	11,6	48,81%	8 411	12,1	Ostéomyélites aiguës (y compris vertébrales) et arthrites septiques
18M06	794	10,6	48,68%	1 631	8,4	Septicémies, âge inférieur à 18 ans
26M02	1 610	15,4	48,61%	3 312	13,2	Traumatismes multiples graves
21M04	2 320	0,6	48,33%	4 800	0,7	Réactions allergiques non classées ailleurs, âge inférieur à 18 ans
23M02	37 219	0,0	48,29%	77 068	0,2	Rééducation
10M11	6 333	1,1	47,75%	13 264	1,0	Autres maladies métaboliques congénitales
18M13	5 487	0,8	47,58%	11 533	0,9	Affections de la CMD 18 avec décès : séjours de moins de 2 jours
01M18	2 553	11,3	47,50%	5 375	11,1	Lésions traumatiques intracrâniennes sévères
01M17	10 458	3,1	47,27%	22 126	3,3	Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse
15Z04	507	10,0	46,99%	1 079	6,0	Nouveau-nés de 1500 g et plus, décédés

90Z02	3 550	0,1	46,55%	7 627	0,2	Autres erreurs détectées dans le parcours de l'arbre de groupage
10M03	7 667	3,7	46,11%	16 628	3,8	Diabète, âge inférieur à 36 ans
18M09	1 246	3,2	45,66%	2 729	3,5	Paludisme
02M09	1 437	0,4	45,58%	3 153	0,4	Explorations et surveillance pour affections de l'oeil
01M05	3 781	11,8	45,48%	8 314	11,5	Infections du système nerveux à l'exception des méningites virales
08M10	15 520	3,5	44,83%	34 618	4,8	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques
02C03	2 175	4,1	44,21%	4 920	3,4	Interventions sur l'orbite
08M19	9 050	2,8	44,20%	20 477	3,2	Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
07K05	78	0,0	44,07%	177	0,0	Séjours comprenant une endoscopie biliaire thérapeutique et diagnostique sans anesthésie, en ambulatoire
22M02	2 894	6,1	43,73%	6 618	5,1	Brûlures et gelures non étendues sans intervention chirurgicale
19C02	385	11,8	43,70%	881	12,7	Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale
03M08	1 883	2,9	43,57%	4 322	2,1	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge inférieur à 18 ans
10M17	1 648	7,0	43,43%	3 795	5,7	Troubles nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans
04C02	7 752	14,9	43,21%	17 942	13,6	Interventions majeures sur le thorax
01M37	1 290	0,5	43,17%	2 988	0,5	Autres affections de la CMD 01 avec décès : séjours de moins de 2 jours
04M19	2 386	14,0	43,17%	5 527	14,6	Tuberculoses
19M21	1 477	0,4	43,00%	3 435	0,2	Explorations et surveillance pour maladies et troubles mentaux
02M04	3 529	2,6	42,96%	8 215	3,0	Affections oculaires d'origine neurologique
05M11	4 056	4,0	42,67%	9 506	5,3	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge supérieur à 17 ans
09M07	17 707	2,4	42,44%	41 721	2,2	Autres affections dermatologiques
12M05	3 961	0,9	42,44%	9 333	1,0	Autres affections de l'appareil génital masculin
11C03	4 841	8,8	42,32%	11 438	8,5	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale
02M07	2 900	4,5	42,18%	6 876	4,0	Autres affections oculaires d'origine diabétique, âge supérieur à 17 ans
18M03	1 503	5,3	41,88%	3 589	5,6	Maladies virales, âge supérieur à 17 ans
06M07	8 725	4,0	41,81%	20 867	4,4	Maladies inflammatoires de l'intestin
12M08	510	0,4	41,73%	1 222	0,7	Explorations et surveillance des affections de l'appareil génital masculin
02M08	9 822	1,8	41,59%	23 615	1,7	Autres affections oculaires, âge supérieur à 17 ans
19M07	14 794	4,1	41,31%	35 813	5,7	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 80 ans
01M24	8 047	2,9	41,22%	19 520	2,3	Epilepsie, âge inférieur à 18 ans
06M16	4 746	0,8	41,10%	11 548	1,1	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil digestif
23M06	101 356	0,6	41,05%	246 905	1,0	Autres facteurs influant sur l'état de santé
10C08	1 026	9,1	40,89%	2 509	8,5	Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels
09M14	1 377	1,8	40,88%	3 368	2,0	Symptômes et autres recours aux soins concernant les affections de la peau
01M10	4 166	10,1	40,85%	10 199	10,6	Autres affections cérébrovasculaires
01M11	17 673	4,0	40,81%	43 301	4,6	Affections des nerfs crâniens et rachidiens
04C03	1 454	15,8	40,74%	3 569	12,7	Autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire
19M16	4 835	2,5	40,46%	11 951	2,9	Autres psychoses, âge inférieur à 80 ans
01M04	2 032	5,2	40,24%	5 050	4,9	Méningites virales
20Z03	1 109	1,5	40,14%	2 763	1,9	Abus de drogues non éthyliques sans dépendance

Année 2007 groupée en V11 « adaptée »

Annexe 7 : liste des actes innovants (en phase de diffusion en 2007)

Acte CCAM V10	Libellé
AHQP900	Mesure du réflexe nociceptif R III
AAQP900	Électroencéphalographie avec modélisation de sources, sur au moins 32 dérivations
AAQN900	Remnographie [IRM] fonctionnelle du cerveau pour étude des fonctions visuelles
AAQN901	Remnographie [IRM] fonctionnelle du cerveau pour étude des fonctions phasiques
AAQN902	Spectroscopie par résonance magnétique cérébrale protonique [<i>Chemical shift imaging</i>] [CSI]
AAQN903	Spectroscopie par résonance magnétique cérébrale du phosphore
AAPA900	Déconnexion d'une zone épileptogène, par craniotomie
ABJC900	Évacuation d'une hémorragie intraventriculaire cérébrale non traumatique, par vidéochirurgie
AALA900	Implantation d'électrode de stimulation corticale cérébrale à visée thérapeutique, par craniotomie
AAGA900	Ablation d'électrode corticale cérébrale, par craniotomie
ADPC900	Section de nerf crânien, par vidéochirurgie intracrânienne
BEQP900	Tyndallogométrie oculaire [<i>Laser cell flare meter</i>]
BBQE900	Endoscopie des voies lacrymales
BDMA900	Kératoplastie lamellaire avec conjonctivoplastie [Transplantation cornéoconjonctivale]
BGFA900	Sclérectomie profonde non transfixiante ou sclérokératectomie profonde, avec viscocanaliculoplastie
BGMA900	Renforcement scléral postérieur de l'œil par autogreffe tissulaire
BGMA901	Renforcement scléral postérieur de l'œil par matériau de synthèse
BJLB901	Injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique dans les muscles oculomoteurs
CBQE900	Fibroendoscopie de l'oreille moyenne, par voie tubaire
EBQM900	Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec mesure de l'épaisseur de l'intima-média
DAQL900	Tomoscintigraphie des cavités cardiaques après épreuve d'effort ou épreuve pharmacologique, avec synchronisation à l'électrocardiogramme
DAMA901	Cardiomyoplastie de substitution ventriculaire, par thoracotomie sans CEC
DAMA900	Cardiomyoplastie de substitution ventriculaire, par thoracotomie avec CEC
DEL904	Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde intraatriale ou intraventriculaire droite, d'une sonde dans le sinus coronaire et d'une sonde dans une veine cardiaque gauche par voie veineuse transcutanée
DEL902	Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde intraatriale et d'une sonde intraventriculaire droites, et d'une sonde dans le sinus coronaire par voie veineuse transcutanée
DEL905	Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde intraatriale et d'une sonde intraventriculaire droites, d'une sonde dans le sinus coronaire, et d'une sonde dans une veine cardiaque gauche par voie veineuse transcutanée
DEL903	Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose de 2 sondes intraatriales et d'une sonde intraventriculaire droites par voie veineuse transcutanée
DEL901	Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde dans le sinus coronaire et d'une sonde dans une veine cardiaque gauche par voie veineuse transcutanée
DEL900	Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique avec fonction de défibrillation atriale, avec pose d'une sonde intraatriale et d'une sonde intraventriculaire droites par voie veineuse transcutanée
EAAF903	Dilatation intraluminale de l'artère vertébrale intracrânienne ou de l'artère basilaire sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF902	Dilatation intraluminale de l'artère vertébrale intracrânienne ou de l'artère basilaire avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF901	Dilatation intraluminale de branche de l'artère carotide interne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF900	Dilatation intraluminale de branche de l'artère carotide interne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée

EJMA901	Valvuloplastie de veine superficielle du membre inférieur, par abord direct
EJMA900	Valvuloplastie de veine profonde du membre inférieur, par abord direct
EJSF900	Occlusion de veine saphène par laser, par voie veineuse transcutanée
EJSF901	Occlusion de la grande veine saphène par radiofréquence, par voie veineuse transcutanée
FBFC900	Exérèse du thymus vestigial, par thoracoscopie
FBFA900	Exérèse du thymus vestigial, par thoracotomie avec préparation par thoracoscopie
HHQD900	Électromyographie pancolique
HHQD901	Manométrie pancolique
HZQE900	Exploration de la lumière du tube digestif par vidéocapsule ingérée
HCNM900	Lithotritie de la glande parotide
HCNM901	Lithotritie de la glande submandibulaire
HENE900	Séance de destruction d'une hétérotopie de la muqueuse de l'œsophage inférieur, par endoscopie
HELE900	Séance d'injection de toxine botulique au niveau du sphincter inférieur de l'œsophage, par endoscopie
HEME900	Correction d'un reflux gastroœsophagien, par endoscopie
HFLC900	Implantation souscutanée d'un stimulateur gastrique avec pose d'une sonde pariétale gastrique pour obésité morbide, par coelioscopie
HFGC900	Ablation d'une sonde de stimulation pariétale gastrique pour obésité morbide, par coelioscopie
HLNN900	Destruction transcutanée de tumeur hépatique par radiofréquence, avec guidage remnographique [IRM]
HNEA900	Transplantation du pancréas, par laparotomie
HNEH900	Transplantation d'îlots pancréatiques, par injection dans la veine porte par voie transcutanée avec guidage radiologique
JDLE900	Injection de toxine botulique dans la musculature vésicale, par urétrécystoscopie
JGNJ900	Destruction de lésion de la prostate par ultrasons focalisés de haute intensité, par voie rectale
KAFE900	Exérèse de lésion de la loge hypophysaire, par vidéochirurgie transsphénoïdale
KDQC900	Exploration des sites parathyroïdiens cervicaux, par cervicoscopie
LAF900	Craniectomie décompressive
LPH907	Exérèse d'un disque intervertébral, par voie transcutanée avec guidage radiologique [Nucléotomie transcutanée]
LHKA900	Remplacement du disque intervertébral par prothèse
NDQM900	Ostéodensitométrie du calcaneus par échographie
PAQK900	Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] du corps entier par méthode biphotonique, pour affection osseuse autre que constitutionnelle
PALB900	Injection intraosseuse de moelle
QZEA901	Autogreffe de mélanocytes de transfert
QZEA900	Autogreffe de mélanocytes de culture
ZZLF900	Séance d'administration locorégionale intrartérielle d'agent pharmacologique anticancéreux par un dispositif implanté, sans CEC, sans hyperthermie
ZZMK900	Préparation à une irradiation externe avec repérage par scanographe, dosimétrie tridimensionnelle avec HDV, simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [<i>beam's eye view</i>] [BEV] et la restitution tridimensionnelle, et paramétrage d'un collimateur multilame pour utilisation dynamique
ZZMP900	Préparation à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle avec HDV après repérage par remnographie [IRM], simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [<i>beam's eye view</i>] [BEV] et la restitution tridimensionnelle, et paramétrage d'un collimateur multilame pour utilisation dynamique
ZZNL900	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 MV et inférieure à 15 MV par 1 ou 2 faisceaux, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]
ZZNL905	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 MV et inférieure à 15 MV par 3 ou 4 faisceaux, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]
ZZNL902	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 MV et inférieure à 15 MV par 5 faisceaux ou plus, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation

	d'intensité]
ZZNL904	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 1 ou 2 faisceaux, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]
ZZNL906	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 3 ou 4 faisceaux, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]
ZZNL903	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 5 faisceaux ou plus, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]
BFLA900	Insertion d'un deuxième système optique intraoculaire, au cours d'une extraction du cristallin
EDQJ900	Échographie et/ou échographie-doppler intraartérielle aortique ou rénale, au cours d'un acte par voie vasculaire transcutanée
DAQM900	Vidéodensitométrie pour analyse tissulaire du myocarde, au cours d'une échographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques
DAQM901	Échographie harmonique avec injection intraveineuse transcutanée d'un produit de contraste ultrasonore pour étude de la perfusion du myocarde, au cours d'une échographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques
DZQJ900	Restitution tridimensionnelle informatisée des structures cardiaques et des flux, au cours d'une échographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques
EZQJ900	Restitution tridimensionnelle informatisée, au cours d'une échographie-doppler des vaisseaux périphériques
EZNF900	Irradiation intravasculaire, au décours d'une dilatation de vaisseau par voie vasculaire transcutanée
DZSA900	Suppression d'une anastomose palliative au cours d'une correction chirurgicale secondaire de cardiopathie congénitale, avec CEC
JQQP900	Oxymétrie transcutanée du fœtus sur la présentation [Oxymétrie de pouls fœtal]
ZZQL900	Mise en œuvre d'une correction d'atténuation par transmission tomoscintigraphique