

DOSSIERS

solidarité *et* santé

La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires

N° 21
2011



MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS,
DE LA FONCTION PUBLIQUE
ET DE LA RÉFORME
DE L'ÉTAT

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHÉSION
SOCIALE

La tarification à l'activité (T2A) permet en théorie d'orienter l'activité des établissements de santé en agissant sur les tarifs. Par ce biais, le ministère en charge de la Santé a ainsi cherché à favoriser des modes de prise en charge des patients jugés efficaces. Pour évaluer l'efficacité de ces politiques, la DREES a lancé en 2010 une étude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires dans les domaines de la chirurgie ambulatoire et de la dialyse à domicile.

En ce qui concerne la chirurgie ambulatoire, si l'analyse statistique met en lumière une croissance très nette de la prise en charge en ambulatoire sur la période 2004-2009, l'analyse qualitative tend à relativiser le rôle des incitations tarifaires dans cette tendance. En effet, en marge des tarifs, l'étude montre que la contrainte réglementaire et la démarche organisationnelle au sein de l'établissement jouent également un rôle important dans le développement de la chirurgie ambulatoire. Les incitations tarifaires doivent donc s'intégrer dans une politique plus globale pour réellement orienter l'activité.

Ce constat est renforcé par l'analyse de la dialyse à domicile, en recul sur la période étudiée malgré des incitations tarifaires réelles. L'analyse qualitative indique que les freins au développement de ce mode de prise en charge sont notamment liés aux logiques économiques prévalant dans les centres de dialyse, incités à l'activité dans le contexte de la T2A.

Evelyne CASH¹, Roland CASH¹ et Catherine DUPILET²

1. Les Asclépiades
2. Ageal Conseil

LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A), introduite dans les établissements publics en 2004 et dans les établissements privés en 2005, est un mode de financement dans lequel chaque séjour est classé dans un groupe homogène de malades (GHM) faisant l'objet d'un tarif, correspondant à un groupe homogène de séjours (GHS).

Dans le cadre de la tarification à l'activité, un des rôles stratégiques du régulateur est de fixer les tarifs pour chaque type de séjour, indépendamment du coût de production (problématique du « risque moral », voir encadré 1). Pour que ce tarif soit incitatif, le régulateur doit tenir compte de multiples contraintes (existence de disparités, nécessité de maintenir une offre territorialisée, etc.). En France, la construction des tarifs repose avant tout sur le calcul des coûts moyens des établissements participant à l'Étude nationale de coûts (ENC). Mais il est fréquent que le ministère en charge de la Santé oriente le système tarifaire de façon volontariste en fonction de problématiques de santé publique ou d'organisation des soins. En effet, par sa construction même, la T2A a doté les pouvoirs publics d'un instrument de régulation qui permet de favoriser (ou de décourager) certaines activités ou modes de prises en charge, en agissant directement sur le pilotage économique des établissements de santé : ainsi, l'écart coût/tarif peut inciter les établissements à privilégier les modes de prises en charge les plus efficaces ou à positionner leur offre de soins en adéquation avec les priorités de santé publique. La T2A n'est donc pas seulement un outil qui donne des incitations globales à l'efficacité : elle peut aussi être utilisée comme levier pour agir sur l'organisation ou le positionnement de l'offre de soins.

L'incitation tarifaire peut revêtir plusieurs formes. Il peut s'agir en premier lieu d'aug-

menter les tarifs pour accompagner une politique nationale : ainsi les GHS relevant de la prise en charge des malades atteints de cancer ont été revalorisés dans le cadre du plan cancer ; le développement des soins palliatifs a été soutenu par des tarifs supérieurs pour les établissements disposant de lits dédiés ou d'une unité de soins palliatifs ; dans le cadre du plan périnatalité, les volets « néonatalogie » et « réanimation pédiatrique » ont fait l'objet de suppléments journaliers spécifiques.

En second lieu, il peut s'agir de fixer des tarifs au-dessus des coûts de l'ENC : c'est le cas par exemple pour les activités lourdes comme les transplantations d'organes ou la chirurgie cardiaque, pour s'assurer que les établissements concernés ne soient pas mis en difficulté financière en réalisant de telles activités.

Enfin, il peut s'agir de faire varier certains tarifs en vue de favoriser un mode de prise en charge par rapport à un autre, jugé moins efficace : par exemple, pour l'accompagnement du développement de la chirurgie ambulatoire, en rapprochant (voire en les rendant égaux) les tarifs des séjours en hospitalisation complète et des séjours en chirurgie ambulatoire, pour certains GHM ; de même, dans le cas de la dialyse à domicile et de l'hospitalisation à domicile, l'activité a été orientée vers des prises en charge plus efficaces ; le soutien d'activités médicales spécifiques comme la prise en charge de la douleur ou l'addictologie s'est traduit par des créations de GHM et GHS particuliers.

Ainsi, le ministère en charge de la Santé a cherché régulièrement à orienter l'activité des établissements de santé et leur organisation en agissant sur les tarifs ou les dotations, pour favoriser des modes de prise en charge des patients jugés plus performants. L'efficacité de ces politiques n'a toutefois pas encore fait l'objet d'une évaluation. Cette synthèse présente les conclusions d'une étude pilotée par la

DREES en 2010 sur l'impact des incitations tarifaires initiées par les autorités de régulation dans le cadre de la T2A sur l'activité et les modalités d'organisation des établissements de santé. Le rapport complet de cette étude fait l'objet d'un *Document de travail* en ligne sur le site de la DREES (Cash *et al.*, 2011).

Cette étude s'est déroulée en trois phases. Dans un premier temps, un état des lieux a permis de recenser l'ensemble des mesures incitatives prises depuis le début de la T2A, à partir d'un examen complet des textes réglementaires et circulaires de la période 2006-2010 et d'une analyse des écarts entre les coûts moyens nationaux de l'ENC et les tarifs des GHS entre 2006 et 2009 — par convention, un écart tarifs coûts était considéré comme incitatif au-delà de 5 %. La chirurgie ambulatoire et la dialyse à domicile (dialyse péritonéale et hémodialyse à domicile) sont apparues comme deux activités intéressantes à étudier car elles ont dès le début de la T2A fait l'objet de mesures incitatives financières, les pouvoirs publics souhaitant développer ces modes de prise en charge. Une analyse statistique a ensuite été effectuée à partir des bases de don-

nées disponibles : la Statistique annuelle des établissements (SAE), le registre du réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN) et le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Enfin, cette analyse quantitative a été complétée par une analyse qualitative dans un échantillon d'établissements pour déterminer comment, en pratique, les acteurs se sont saisis (ou non) de ces incitations (voir méthodologie détaillée dans Cash *et al.*, 2011).

La chirurgie ambulatoire

Les incitations à la chirurgie ambulatoire

L'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire est un dossier récurrent depuis une quinzaine d'années. La réglementation a précisé les conditions de mise en place des activités de chirurgie ambulatoire au cours des années 1990. Dans les années 2000, plusieurs études de

ENCADRÉ 1

Fondements théoriques de la tarification à l'activité (T2A)

La tarification à l'activité des établissements de santé a pour objectif de répartir de manière efficiente les financements entre les établissements de santé. Elle répond à un problème d'asymétrie d'information auquel est confronté tout régulateur public : le coût de production dans chaque établissement de santé n'est pas parfaitement observable. Cette observation imparfaite conduit le régulateur à faire face à deux types d'incertitudes, l'anti-sélection et le risque moral (Henriet, 2001 ; Ellis et McGuire, 1986).

Il y a un **risque moral** sur le coût de production quand le niveau de ce coût peut être modifié par des actions du producteur inobservables par le régulateur (par exemple une meilleure organisation). En présence de risque moral, le régulateur doit inciter à l'effort maximal en fixant un prix fixe indépendant du coût de production. L'inconvénient pour le régulateur est l'abandon d'une rente au producteur, notamment quand les conditions de production s'améliorent de manière exogène (par exemple *via* le progrès technique).

Il y a un **anti-sélection** quand le niveau de coût est variable sans que cette variabilité soit imputable à une action particulière du producteur (par exemple des caractéristiques des patients). Pour garantir l'existence d'une offre de soins, le régulateur doit alors rembourser les coûts constatés. Le régulateur peut diminuer ces problèmes d'anti-sélection en adaptant sa nomenclature des tarifs (par exemple en tenant compte des caractéristiques observables des patients).

Dans le cadre de la régulation du financement des établissements de santé, la tarification à l'activité répond à une problématique de risque moral : il s'agit d'allouer un paiement fixe par type de séjour pour inciter à l'effort. Basée sur les principes de la concurrence par comparaison (Shleifer, 1985), elle permet de limiter la rente abandonnée aux établissements, en fixant les tarifs sur la base de l'observation du coût d'un échantillon d'établissement. Ce coût observé est une combinaison d'un coût exogène (paramètre d'anti-sélection) et de gains de productivité dépendants d'efforts de gestion (paramètre de risque moral). En cas de coût exogène inobservable mais identique pour tous les établissements, la comparaison du coût d'un établissement au coût moyen de l'échantillon révélera son effort de gestion : les principes de la tarification à l'activité sont donc bien adaptés à ce type d'asymétrie d'information. En revanche, en cas de coût exogène inobservable et variable entre les établissements, la comparaison des coûts n'apporte rien et le régulateur doit utiliser d'autres mécanismes d'allocation des ressources. En pratique, les différents types d'asymétrie d'information se retrouvent : c'est pourquoi la tarification à l'activité n'est jamais appliquée de manière intégrale dans les pays où elle est utilisée (Or et Renaud, 2009). En France, elle est ainsi complétée par d'autres financements comme les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC).

la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) ont démontré un certain retard de la France, et notamment du secteur public, par rapport aux pays comparables. Des objectifs ont été fixés dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), tandis que la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), désormais l'Agence nationale d'appui à la performance hospitalière (ANAP), a mené un chantier sur le sujet pour aider les établissements à mettre en place l'organisation adéquate. De son côté, la CNAMTS a lancé en 2008 une procédure d'accord préalable pour certains actes chirurgicaux dans les établissements ayant un développement insuffisant de la prise en charge ambulatoire : ainsi, pour 17 gestes chirurgicaux, la prise en charge avec hospitalisation d'au moins une nuit est soumise à l'accord préalable de l'assurance maladie¹.

La T2A a accompagné dès le début cette volonté de favoriser ce mode de prise en charge. Les incitations tarifaires ont été constantes au cours de la période d'étude. Les listes de GHM concernés ont toutefois été modifiées dans le temps.

En 2004, première année de mise en œuvre de la T2A dans le secteur public, la version 9 de la classification des GHM a étendu la CM 24 (comprenant auparavant les séjours de moins de un jour) aux séjours de un jour. Ainsi, le fait qu'un tarif identique soit alloué aux séjours de zéro jour et aux séjours de un jour d'un même GHM a constitué une forte incitation pour prendre en charge les patients en ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation de un jour (bien sûr lorsqu'il y a la possibilité de choix, en cas de séjour programmé).

En 2007, deux mesures ont été prises : l'application de la T2A à 100 % dans le secteur public (alors qu'on était encore à 50 % sur l'ensemble des tarifs) sur 5 GHM de chirurgie ambulatoire (canal carpien, cataracte, drains transtympaniques, varices, circoncisions); un rapprochement uniforme des tarifs de 15 « couples » de GHM², dans le secteur public uniquement, l'écart de tarifs entre les deux membres du « couple » ayant été réduit de 50 %. En 2008, le rapprochement des tarifs des 15 « couples » s'est poursuivi dans le secteur public, avec modulation selon le degré de similitude à l'inté-

rieur de chaque « couple », en baissant les tarifs des GHM d'hospitalisation de plus de un jour.

En 2009, le champ est élargi à 18 « couples », en tenant compte de la nouvelle version de la classification des GHM (avec fixation du même tarif pour le GHM en J et le GHM de niveau de sévérité 1) et, cette fois, secteur public et secteur privé sont concernés.

Enfin, en 2010, un 19^e couple a été ajouté (interventions réparatrices pour hernies et éviscérations, âge inférieur à 18 ans).

Parallèlement, une politique de convergence ciblée sur un nombre limité de GHM a été menée, pour rapprocher tarifs du secteur public et tarifs du secteur privé, en diminuant les tarifs publics. Cette politique a conduit à baisser certains tarifs des GHM de chirurgie ambulatoire étudiés. Même si cela sort du cadre temporel de l'analyse statistique présentée ci-après, ce point a souvent été évoqué lors des entretiens menés dans les établissements.

À noter qu'il n'existe pas de totale correspondance entre les GHM ciblés par les incitations et la liste des actes concernés par la procédure d'accord préalable de la CNAMTS. Du reste, à partir du moment où l'on parle GHM d'un côté et actes de l'autre, il est difficile d'établir une correspondance. Ainsi la liste de la CNAMTS comprend certains actes non visés par la politique de rapprochement tarifaire des « couples » de GHM (chirurgie du strabisme, de la conjonctive, etc.) mais ne comprend pas les amygdalotomies.

En conclusion, on constate que l'incitation repose davantage sur un rapprochement des tarifs du séjour ambulatoire *versus* tarifs du séjour en hospitalisation complète que sur un rapprochement des tarifs par rapport aux coûts.

Évolution dynamique de la chirurgie ambulatoire de 2004 à 2009

Globalement, malgré l'hétérogénéité des actes en termes de contenu (encadré 2), on constate une évolution globale positive et régulière du taux de chirurgie ambulatoire entre 2004 et 2009, passant de 45,9 % à 62,9 % du total des séjours concernés, pour les catégories d'actes étudiées, soit une augmentation de près

1. Voir dossier « Accord préalable et chirurgie ambulatoire » sur le site de la CNAMTS, <http://www.ameli.fr>, rubriques « Professionnels de santé », « Médecins », « Exercer au quotidien », « Formalités », « L'accord préalable ».

2. Un « couple » signifiant le GHM de la CM 24 et le GHM d'hospitalisation correspondant de deux jours ou plus. Les 15 « couples » ont été choisis pour leur similitude en termes de contenu médical et de durée de séjour.

d'un tiers (tableau 1). Cette augmentation s'observe aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Malgré un effet de rattrapage dans le secteur public, qui a connu une

augmentation plus importante de son taux de chirurgie ambulatoire entre 2004 et 2009, le secteur privé conserve son « avance » sur le secteur public. L'évolution est assez constante

ENCADRÉ 2

Méthodologie

Sélection de 19 catégories d'actes

L'analyse du développement de la chirurgie ambulatoire a été réalisée à partir de l'extraction des séjours ayant un des codes actes correspondant à l'une des 19 catégories d'interventions analysées dans cette étude, au sein des bases nationales publiques et privées du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des années 2004 à 2009. Pour comparer secteur public et secteur privé, il a été choisi de retirer de l'analyse les établissements à but non lucratif.

Les 19 catégories d'actes ont été sélectionnées sur la base des GHM ayant fait l'objet d'incitations tarifaires à un moment ou un autre de la période d'étude, et de certains autres, afin d'apprécier quel a été le comportement des établissements sur des types d'actes voisins et de tenir compte par ailleurs de la liste d'actes concernés par la procédure d'accord préalable de la CNAMTS. Ainsi, sont présents le GHM d'interventions sur les testicules chez l'adulte, certains GHM d'explorations en gynécologie, le GHM de hernies chez l'enfant et, par ailleurs, les hémorroïdectomies comme exemple du type d'actes n'ayant fait l'objet d'aucune mesure tarifaire.

Afin de prendre en compte les évolutions de l'algorithme de groupage, l'extraction a été réalisée à partir de tous les actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) et du catalogue des actes médicaux (CDAM) présents dans l'algorithme et menant dans l'un des GHM étudiés sur au moins une des années étudiées. Pour les hernies, ont été distinguées les interventions chez l'adulte et chez l'enfant (plus ou moins de 18 ans). Pour les biopsies et excisions locales du sein, ont été retirés les séjours où le diagnostic de cancer était indiqué en diagnostic principal ou diagnostic relié, pour se concentrer sur les affections non malignes.

La liste d'actes est donc plus large que celle qui aurait été prise si l'on avait regardé seulement les GHM concernés en 2009 par les rapprochements tarifaires.

Certaines de ces catégories ont fait l'objet de fortes modifications de contenu avec des mesures incitatives différenciées (chirurgie de la main, arthroscopies, gynécologie, etc.).

Une approche par catégorie d'actes plutôt que par GHM

Cette approche par catégorie d'actes, rendue nécessaire par l'évolutivité de la classification, donne des résultats éventuellement différents de ceux que donnerait une analyse stricte des GHM visés, une forte proportion de séjours se retrouvant parfois dans d'autres GHM que les GHM « naturels ». C'est le cas notamment des amygdalectomies et adénoïdectomies (en raison de la fréquence de l'acte associé : drains transtympaniques), de la chirurgie de la main (multiples GHM concernés), des extractions dentaires pour lesquelles la majorité des séjours se trouvent dans un autre GHM que celui ayant fait l'objet de la politique de « tarif unique » (24K15Z « Affections de la CMD 03 : séjours de moins de deux jours, sans acte opératoire de la CMD 03, avec anesthésie » et non le 24K38Z « Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires sans anesthésie : séjours de moins de deux jours »). On aurait pu centrer l'analyse sur les actes sans anesthésie, mais il nous a paru pertinent d'élargir ainsi cette catégorie d'actes.

Un inconvénient de cette approche pourrait être de sélectionner des séjours au contenu complexe, où l'un des actes réalisés relèverait d'une catégorie étudiée au titre de l'ambulatoire, mais où d'autres actes seraient réalisés, interdisant la prise en charge ambulatoire. Ce point a été vérifié lors de l'analyse : d'une part, le taux de séjours sans autre acte classant que celui de la liste étudiée est élevé (supérieur à 80 % pour la plupart des catégories d'actes) et surtout diffère peu entre les séjours de zéro jour et les séjours de un ou deux jours ; d'autre part, les autres actes classants relèvent de la même sphère d'intervention que l'acte principal étudié.

Des résultats proches entre les deux analyses

Les taux de chirurgie ambulatoire observés par catégorie d'actes (tableau 3) diffèrent un peu de ceux notés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) sur les 18 racines de chirurgie ambulatoire ayant fait l'objet de la politique du « tarif unique » (DGOS, 2010), puisque l'ATIH a analysé ces évolutions au niveau du GHM. Les différences s'expliquent aisément par les différences de méthode. L'analyse par catégorie d'actes porte sur davantage de séjours puisque cette approche intègre d'autres séjours que ceux présents dans le GHM « naturel ». Cela ne signifie pas forcément que le taux d'ambulatoire soit systématiquement plus bas avec cette procédure qu'avec la méthode de l'ATIH. À noter une autre différence : l'absence des établissements à but non lucratif dans notre étude.

Les principaux écarts portent sur les arthroscopies (GHM fortement modifiés en 2009), la chirurgie des testicules (l'ATIH n'analyse que le GHM pour les enfants), les hernies chez l'adulte (notre approche par catégorie d'actes recrute beaucoup de séjours dans la racine 06C11 « autres hernies »). Les taux d'évolution 2008-2009 sont cependant très proches entre les deux analyses.

ENCADRÉ 2 (SUITE)

Utilisation des données de coût issues du référentiel ENCC 2007

Le tableau 5 présente, pour chacune des 19 catégories d'actes sélectionnées, une comparaison entre les tarifs en vigueur au 01/03/2009 et des coûts issus du référentiel ENCC 2007 pour une prise en charge en ambulatoire et une hospitalisation de niveau 1.

Les coûts présentés dans le référentiel ENCC 2007 sont issus de l'Étude Nationale des Coûts à méthodologie Commune 2007, qui regroupe des hôpitaux publics et des cliniques privées. Ils sont calculés par l'ATIH à partir des données de coûts collectées par 55 établissements ex-DG et 44 établissements ex-OQN, dont les données ont été jugées de qualité suffisante pour être prises en compte dans le calcul des coûts.

Précisément, le champ des coûts à prendre en compte dans l'ENCC est le suivant :

Coût complet hors structure

- + charges de structure (immobilière et financière)
- charges de réa, SI, SC
- produits en sus : spécialités pharmaceutiques, dispositifs médicaux implantables
- dialyses et radiothérapie en sus
- médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation
- actes de laboratoire hors nomenclature
- sous-traitance pour actes de laboratoire hors nomenclature
- honoraires médicaux (honoraires des praticiens en secteur ex DG, tous honoraires en secteur ex OQN)
- rémunération à l'acte en secteur ex DG

Enfin, pour pouvoir comparer les coûts (estimés à partir de l'ENCC 2007) aux tarifs 2009 en neutralisant le décalage temporel, les coûts ont été actualisés en prenant l'hypothèse d'une hausse annuelle de 3 %.

TABLEAU 1

Taux de séjours en chirurgie ambulatoire entre 2004 et 2009 selon les secteurs (en %)

Secteurs d'activité	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Évolution 2004-2009
Public	34,6	36,1	37,8	40,6	45,2	49,9	+ 44,4
Privé	50,2	54,6	57,8	59,6	62,9	68,3	+ 36,2
Total	45,9	49,6	52,3	54,2	57,8	62,9	+ 36,9

Champ • 19 catégories d'actes étudiées (encadré 1); établissements publics et privés sauf établissements à but non lucratif.
Sources • ATIH, traitements DREES et Les Asclépiades.

TABLEAU 2

Évolutions annuelles des taux de séjours en chirurgie ambulatoire selon les secteurs (en %)

Secteurs d'activité	Évolution 2004-2005	Évolution 2005-2006	Évolution 2006-2007	Évolution 2007-2008	Évolution 2008-2009
Public	+ 4,3	+ 4,7	+ 7,4	+ 11,3	+ 10,4
Privé	+ 8,8	+ 5,9	+ 3,1	+ 5,5	+ 8,6
Total	+ 8,0	+ 5,4	+ 3,6	+ 6,6	+ 8,8

Champ • 19 catégories d'actes étudiées (encadré 1) établissements publics et privés sauf établissements à but non lucratif.
Sources • ATIH, traitements DREES et Les Asclépiades.

dans le secteur privé, lorsque l'on raisonne globalement, avec toutefois une accélération en 2009 (tableau 2). Dans le secteur public, l'accélération a débuté en 2007-2008. Une analyse plus détaillée par catégorie d'actes met en évidence une évolution globale assez régulière, avec une accélération notable et récente (depuis 2007-2008) pour les varices et les hernies chez l'adulte, même si le taux est encore faible pour ce dernier cas.

Les volumes de séjours sont plus importants dans le secteur privé : sur les 19 catégories d'actes, on compte un total de 1,73 million de séjours en ambulatoire en 2009, dont 76,5 % dans le secteur privé, et 1,11 million de séjours d'une nuitée ou plus, dont 60,8 % dans le secteur privé. Le secteur public récupère cependant des parts de marché dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, puisque les proportions de séjours réalisées par le sec-

teur privé étaient plus élevées en 2004 : 79,5 % en ambulatoire et 67,3 % en hospitalisation. Il reste qu'en volume, l'augmentation du nombre de séjours en ambulatoire est nettement plus importante dans le secteur privé : + 557 000 séjours contre + 165 000 dans le secteur public.

Globalement, les volumes de séjours augmentent de 8 % entre 2004 et 2009, mais avec des fortes disparités d'évolution selon les catégories d'actes : on enregistre ainsi une croissance supérieure à 20 % pour la cataracte et la chirurgie de la zone anale et péri-anale, une croissance comprise entre 10 % et 20 % pour le

TABLEAU 3

Évolution des taux et nombre de séjours en chirurgie ambulatoire entre 2004 et 2009

	2004			2009			Évolution 2004-2009 du % de l'ambulatoire sur le total des séjours
	Ambulatoire	Non ambulatoire	% ambulatoire sur le total des séjours	Ambulatoire	Non ambulatoire	% ambulatoire sur le total des séjours	
Cataracte	237 695	250 818	48,7%	461 684	131 755	77,8%	+ 59,9%
Public	31 253	58 856	34,7%	89 919	32 841	73,2%	+ 111,2%
Privé	206 442	191 962	51,8%	371 765	98 914	79,0%	+ 52,4%
Canal carpien	109 305	32 060	77,3%	139 131	27 213	83,6%	+ 8,2%
Public	21 955	9 094	70,7%	33 004	9 128	78,3%	+ 10,8%
Privé	87 350	22 966	79,2%	106 127	18 085	85,4%	+ 7,9%
Chirurgie de la main	196 621	104 717	65,2%	256 957	88 660	74,3%	+ 13,9%
Public	44 229	49 781	47,0%	60 139	45 349	57,0%	+ 21,2%
Privé	152 392	54 936	73,5%	196 818	43 311	82,0%	+ 11,5%
Amygdales et adénoïdectomies	108 726	65 144	62,5%	92 837	53 497	63,4%	+ 1,5%
Public	19 457	19 529	49,9%	18 906	18 524	50,5%	+ 1,2%
Privé	89 269	45 615	66,2%	73 931	34 973	67,9%	+ 2,6%
Hernies chez l'enfant	9 170	12 576	42,2%	11 129	9 606	53,7%	+ 27,3%
Public	5 858	8 116	41,9%	7 633	7 123	51,7%	+ 23,4%
Privé	3 312	4 460	42,6%	3 496	2 483	58,5%	+ 37,2%
Hernies chez l'adulte	6 028	180 127	3,2%	23 281	169 700	12,1%	+ 272,6%
Public	1 993	64 947	3,0%	9 316	67 115	12,2%	+ 309,4%
Privé	4 035	115 180	3,4%	13 965	102 585	12,0%	+ 254,0%
Varices	29 162	110 002	21,0%	62 606	51 794	54,7%	+ 161,2%
Public	2 238	21 335	9,5%	10 818	12 349	46,7%	+ 391,8%
Privé	26 924	88 667	23,3%	51 788	39 445	56,8%	+ 143,7%
Réssections osseuses et ablation matériel	46 396	79 862	36,7%	70 896	70 726	50,1%	+ 36,2%
Public	22 094	48 360	31,4%	32 811	43 398	43,1%	+ 37,3%
Privé	24 302	31 502	43,5%	38 085	27 328	58,2%	+ 33,7%
Arthroscopies	58 838	114 050	34,0%	102 611	90 499	53,1%	+ 56,1%
Public	9 639	24 439	28,3%	19 675	23 585	45,5%	+ 60,8%
Privé	49 199	89 611	35,4%	82 936	66 914	55,3%	+ 56,2%
Circoncisions	66 519	13 610	83,0%	84 442	8 981	90,4%	+ 8,9%
Public	17 056	6 371	72,8%	24 566	5 052	82,9%	+ 13,9%
Privé	49 463	7 239	87,2%	59 876	3 929	93,8%	+ 7,6%
Chirurgie des testicules	12 047	36 263	24,9%	19 260	33 227	36,7%	+ 47,2%
Public	6 410	16 483	28,0%	10 888	17 293	38,6%	+ 38,0%
Privé	5 637	19 780	22,2%	8 372	15 934	34,4%	+ 55,3%
Hémorroïdectomies	4 058	29 156	12,2%	6 078	28 921	17,4%	+ 42,1%
Public	589	6 642	8,1%	1 122	6 803	14,2%	+ 73,8%
Privé	3 469	22 514	13,4%	4 956	22 118	18,3%	+ 37,1%
Chirurgie de la zone anale et péri-anale	8 655	47 303	15,5%	16 065	56 226	22,2%	+ 43,7%
Public	1 718	16 614	9,4%	4 046	22 925	15,0%	+ 60,1%
Privé	6 937	30 689	18,4%	12 019	33 301	26,5%	+ 43,8%
Chirurgie de la vulve, vagin, col de l'utérus	18 833	21 556	46,6%	20 171	18 973	51,5%	+ 10,5%
Public	5 999	10 977	35,3%	7 898	11 113	41,5%	+ 17,6%
Privé	12 834	10 579	54,8%	12 273	7 860	61,0%	+ 11,2%

TABLEAU 3 (SUITE)

	2004			2009			Évolution 2004-2009 du % de l'ambulatoire sur le total des séjours
	Ambulatoire	Non ambulatoire	% ambulatoire sur le total des séjours	Ambulatoire	Non ambulatoire	% ambulatoire sur le total des séjours	
Dilatations et curetages	25 971	31 026	45,6%	30 591	16 889	64,4%	+ 41,4%
Public	9 035	13 596	39,9%	13 187	9 052	59,3%	+ 48,5%
Privé	16 936	17 430	49,3%	17 404	7 837	69,0%	+ 39,9%
Interventions coelio et laparo gynécologiques	2 635	102 454	2,5%	5 528	101 253	5,2%	+ 106,5%
Public	1 761	46 558	3,6%	3 561	52 249	6,4%	+ 75,1%
Privé	874	55 896	1,5%	1 967	49 004	3,9%	+ 150,7%
Drains transtympaniques	71 798	5 523	92,9%	74 148	3 394	95,6%	+ 3,0%
Public	11 518	2 116	84,5%	14 275	1 924	88,1%	+ 4,3%
Privé	60 280	3 407	94,7%	59 873	1 470	97,6%	+ 3,1%
Oreilles décollées	4 348	9 279	31,9%	5 169	8 009	39,2%	+ 22,9%
Public	1 209	2 637	31,4%	1 377	2 433	36,1%	+ 15,0%
Privé	3 139	6 642	32,1%	3 792	5 576	40,5%	+ 26,1%
Extractions dentaires	144 464	118 294	55,0%	234 429	41 894	84,8%	+ 54,3%
Public	23 666	21 656	52,2%	39 158	14 085	73,5%	+ 40,8%
Privé	120 798	96 638	55,6%	195 271	27 809	87,5%	+ 57,6%
Biopsies et excisions locales sein	812	4 139	16,4%	1 268	2 452	34,1%	+ 107,8%
Public	350	2 001	14,9%	462	1 330	25,8%	+ 73,2%
Privé	462	2 138	17,8%	806	1 122	41,8%	+ 135,3%

Champ • 19 catégories d'actes étudiées (encadré 1); établissements publics et privés sauf établissements à but non lucratif.

Sources • ATIH, traitements DREES et Les Asclépiades.

canal carpien, la chirurgie de la main, les arthroscopies, les ablations de matériel et les circoncisions, et à l'inverse, une diminution de plus de 10 % pour les varices, les amygdalectomies et adénoïdectomies, les dilatations et curetages, les biopsies et excisions locales du sein. Ces évolutions différenciées doivent être intégrées dans l'analyse du taux de chirurgie ambulatoire: il n'est pas équivalent de voir s'accroître ce taux à volume de séjours constant voire en baisse (comme les varices) ou à volume de séjours en forte augmentation (comme les cataractes).

Des évolutions très disparates selon les catégories d'actes

Pour certaines catégories d'actes, les évolutions des taux de séjours en chirurgie ambulatoire sont modestes. C'est en particulier le cas d'une catégorie ayant pourtant fait l'objet d'incitations constantes: celle des amygdalectomies et adénoïdectomies (tableau 3). Le taux d'ambulatoire reste constant au cours de la période, autour de 63 % (entre 66 % et 68 % dans le secteur privé et entre 50 % et 51 % dans le secteur public). Dans le même temps, le nombre de séjours totaux pour les amygdalectomies et adénoïdectomies a diminué entre 2004 et 2009.

À l'inverse, pour la cataracte, qui représente le plus important volume de séjours, le taux de séjours en chirurgie ambulatoire a fortement augmenté, passant de 49 % à 78 % au plan national, avec un très fort rattrapage du secteur public. De même, le nombre de séjours a connu une forte croissance, augmentant d'autant l'impact financier favorable de l'orientation de l'activité vers l'ambulatoire.

Ces deux exemples, qui ont fait l'objet des mêmes actions, montrent que les incitations tarifaires peuvent avoir des impacts assez différents. Il faut toutefois admettre que le cas des amygdalectomies est particulier. La CNAMTS n'a d'ailleurs pas inscrit cet acte sur la liste des actes soumis à accord préalable (alors que les adénoïdectomies y sont). Les risques d'hémorragies après amygdalectomies, même faibles, sont toujours à l'esprit des praticiens et des familles, et peut-être qu'un taux de séjours en chirurgie ambulatoire de 63 % représente un plafond pour cette catégorie d'actes, en l'état actuel des techniques. Ainsi, quand on analyse les séjours sans amygdalectomies (adénoïdectomies seules ou avec drains transtympaniques), le taux d'ambulatoire est très élevé (97,4 %), et ce dès 2004, mais cela ne concerne là que de la moitié des séjours de la catégorie.

Le cas de la cataracte se retrouve pour d'autres catégories d'actes importantes quantitativement: les varices, les résections osseuses et ablation de matériel, les arthroscopies, les dilatactions et curetages et les extractions dentaires. Dans tous ces cas, le taux de séjours en chirurgie ambulatoire a fortement augmenté entre 2004 et 2009. La chirurgie des varices en particulier voit son taux de séjours en ambulatoire augmenter de 161 %, passant de 21 % en 2004 (9,5 % dans le secteur public, 23 % dans le secteur privé) à 55 % en 2009, avec un très fort rattrapage du secteur public (47 % dans le secteur public, 57 % dans le secteur privé). Sur la même période, le total des séjours a diminué d'environ 20 %, traduisant la tendance à la baisse des indications chirurgicales.

Pour d'autres catégories (canal carpien, circoncisions, drains transtympaniques), l'évolution 2004-2009 est faible car on part d'une situation en 2004 déjà très avancée en matière de prise en charge ambulatoire.

À l'inverse de la cataracte, certaines catégories ayant fait l'objet de fortes incitations ont vu leur taux de séjours en ambulatoire évoluer dans de faibles proportions ou demeurer à un niveau relativement faible: hernies chez l'adulte, chirurgie de la zone anale et péri-anale, chirurgie de la vulve, du vagin, du col de l'utérus, biopsies et excisions locales du sein.

Un autre groupe est constitué par des actes présentant une faible évolution du taux d'ambulatoire sur la période, avec une forte différence entre les secteurs public et privé, qui n'a pas tendance à se réduire: c'est le cas notamment de la chirurgie de la main. Il est possible que les deux secteurs ne prennent pas en charge les mêmes catégories de patients.

Le fait que le secteur privé présente des taux de séjours en ambulatoire supérieurs à ceux du secteur public n'est cependant pas une règle absolue, puisque l'on trouve deux catégories d'actes où c'est l'inverse: la chirurgie des testicules et les autres interventions sur le système utéro-annexiel par coelioscopie ou laparoscopie. Les taux des deux secteurs sont par ailleurs similaires pour les hernies chez l'adulte.

Face à ces évolutions complexes, quelle est la part jouée par les incitations tarifaires? Sont-elles à l'origine de ces évolutions disparates ou faut-il y voir le seul impact des modifications de techniques chirurgicales et anesthésiques? L'enquête qualitative développée plus loin per-

mettra d'apporter quelques éléments de réponse, mais on peut déjà regarder la situation des GHM n'ayant pas été inscrits sur les listes de rapprochements tarifaires.

Concernant la hernie de l'enfant, l'évolution est favorable, le taux passant de 42 % en 2004 à 54 % en 2009, avec une faible différence entre les secteurs public et privé, alors que jusqu'en 2010, l'accent avait été mis plutôt sur les hernies chez l'adulte en termes d'incitation, pour un résultat d'ailleurs modeste. S'agissant des hémorroïdectomies, le taux de séjours en ambulatoire passe de 12 % en 2004 à 17 % en 2009, soit une évolution assez faible; aucune incitation tarifaire n'a été engagée, mais les taux sont tout de même supérieurs à ceux des hernies chez l'adulte, alors que cette catégorie d'actes a fait l'objet d'incitations. Quant aux interventions de gynécologie par coelioscopie et laparoscopie (seules les ligatures tubaires avaient à un moment fait l'objet de mesures incitatives, mais pas les autres actes), le taux de prise en charge ambulatoire reste très faible (2,5 % en 2004 et 5,2 % en 2009).

Finalement, on observe de nombreux cas de figure: des actes avec incitation qui ont vu augmenter leur taux de séjours en ambulatoire, des actes avec incitation qui ont vu leur taux stagner, des actes sans incitation qui ont vu leur taux augmenter et des actes sans incitation dont les taux sont restés faibles. La conclusion ne peut donc pas être simple. On pourra seulement observer que le premier cas de figure est le plus fréquent. Par ailleurs, il apparaît que dans le secteur privé, où les incitations par rapprochements tarifaires sont très récentes, les taux de chirurgie ambulatoire restent plus élevés que dans le secteur public (malgré une tendance au rattrapage de ce dernier). À noter toutefois que les séjours de chirurgie ambulatoire bénéficiaient dans le secteur privé de tarifs nettement supérieurs aux coûts moyens constatés dans l'ENC (au moins jusqu'en 2009), ce qui est en soi une incitation.

Un potentiel encore important d'évolution de la chirurgie ambulatoire

Pour avancer dans la réflexion, nous avons cherché à estimer le potentiel de développement supplémentaire de l'activité de chirurgie ambulatoire, par catégorie d'actes, sur la base de critères

TABLEAU 4

Estimation du potentiel ambulatoire en 2009 (séjours en hospitalisation potentiellement transférables en ambulatoire)

	Ambulatoire	Non ambulatoire	% d'ambulatoire sur le total des séjours	Potentiel supplémentaire de séjours*	Cible maximum moyennant ce potentiel
Cataracte	461 684	131 755	77,8%	10,5%	88,3%
Public	89 919	32 841	73,2%	10,5%	83,8%
Privé	371 765	98 914	79,0%	10,5%	89,5%
Canal carpien	139 131	27 213	83,6%	4,7%	88,4%
Public	33 004	9 128	78,3%	6,9%	85,2%
Privé	106 127	18 085	85,4%	4,0%	89,4%
Chirurgie de la main	256 957	88 660	74,3%	9,6%	83,9%
Public	60 139	45 349	57,0%	17,0%	74,0%
Privé	196 818	43 311	82,0%	6,3%	88,3%
Amygdales et adénoïdectomies	92 837	53 497	63,4%	18,1%	81,6%
Public	18 906	18 524	50,5%	23,0%	73,7%
Privé	73 931	34 973	67,9%	16,4%	84,3%
Hernies chez l'enfant	11 129	9 606	53,7%	13,1%	66,8%
Public	7 633	7 123	51,7%	14,1%	65,8%
Privé	3 496	2 483	58,5%	10,8%	69,3%
Hernies chez l'adulte	23 281	169 700	12,1%	8,3%	20,3%
Public	9 316	67 115	12,2%	9,6%	21,8%
Privé	13 965	102 585	12,0%	7,4%	19,4%
Varices	62 606	51 794	54,7%	17,1%	71,8%
Public	10 818	12 349	46,7%	19,9%	66,6%
Privé	51 788	39 445	56,8%	16,4%	73,2%
Résections osseuses et ablation matériel	70 896	70 726	50,1%	9,5%	59,5%
Public	32 811	43 398	43,1%	12,6%	55,6%
Privé	38 085	27 328	58,2%	5,8%	64,0%
Arthroscopies	102 611	90 499	53,1%	10,0%	63,1%
Public	19 675	23 585	45,5%	13,7%	59,2%
Privé	82 936	66 914	55,3%	8,9%	64,3%
Circoncisions	84 442	8 981	90,4%	3,0%	93,4%
Public	24 566	5 052	82,9%	5,3%	88,2%
Privé	59 876	3 929	93,8%	2,0%	95,8%
Chirurgie des testicules	19 260	33 227	36,7%	17,2%	53,9%
Public	10 888	17 293	38,6%	19,4%	58,0%
Privé	8 372	15 934	34,4%	14,7%	9,1%
Hémorroïdectomies	6 078	28 921	17,4%	7,8%	25,1%
Public	1 122	6 803	14,2%	11,2%	25,4%
Privé	4 956	22 118	18,3%	6,8%	25,1%
Chirurgie de la zone anale et péri-anale	16 065	56 226	22,2%	24,9%	47,2%
Public	4 046	22 925	15,0%	29,7%	44,7%
Privé	12 019	33 301	26,5%	22,1%	48,6%
Chirurgie de la vulve, vagin, col de l'utérus	20 171	18 973	51,5%	16,0%	67,6%
Public	7 898	11 113	41,5%	20,8%	62,3%
Privé	12 273	7 860	61,0%	11,5%	72,5%
Dilatations et curetages	30 591	16 889	64,4%	12,5%	76,9%
Public	13 187	9 052	59,3%	15,7%	75,0%
Privé	17 404	7 837	69,0%	9,7%	78,7%
Interventions coelio et laparo gynécologiques	5 528	101 253	5,2%	7,4%	12,5%
Public	3 561	52 249	6,4%	7,7%	14,1%
Privé	1 967	49 004	3,9%	7,0%	10,9%

TABLEAU 4 (SUITE)

	Ambulatoire	Non ambulatoire	% d'ambulatoire sur le total des séjours	Potentiel supplémentaire de séjours*	Cible maximum moyennant ce potentiel
Drains transtympaniques	74 148	3 394	95,6%	0,6%	96,2%
Public	14 275	1 924	88,1%	1,9%	90,0%
Privé	59 873	1 470	97,6%	0,2%	97,8%
Oreilles décollées	5 169	8 009	39,2%	33,3%	72,5%
Public	1 377	2 433	36,1%	33,8%	69,9%
Privé	3 792	5 576	40,5%	33,1%	73,6%
Extractions dentaires	234 429	41 894	84,8%	0,4%	85,2%
Public	39 158	14 085	73,5%	1,6%	75,1%
Privé	195 271	27 809	87,5%	0,1%	87,6%
Biopsies et excisions locales sein	1 268	2 452	34,1%	17,5%	51,5%
Public	462	1 330	25,8%	18,6%	44,4%
Privé	806	1 122	41,8%	16,4%	58,2%

*Estimation à partir des séjours de un jour sans autre acte classant.

Champ • 19 catégories d'actes étudiées (encadré 1); établissements publics et privés sauf établissements à but non lucratif.

Sources • ATIH, traitements DREES et Les Asclépiades.

simples: séjours de un jour, sans autre acte classant que ceux de la catégorie d'actes analysée. Ce calcul simple représente sans doute le plafond du potentiel recherché (cible). Nous avons également regardé les distributions d'âge des patients pour tempérer cette estimation, mais l'âge s'avère un piètre critère pour juger de la pertinence d'une prise en charge ambulatoire: les populations les plus âgées sont surreprésentées dans la prise en charge ambulatoire de la cataracte, l'un des actes où le taux d'ambulatoire est le plus fort, et dans le secteur privé, qui présente les taux d'ambulatoire les plus élevés.

Les situations sont contrastées mais on constate que les taux cibles de prise en charge en ambulatoire atteindraient ou dépasseraient 80 % des séjours pour de nombreuses catégories d'actes (tableau 4): cataracte, chirurgie de la main, amygdalectomies et adénoïdectomies, sans compter les catégories où la prise en charge ambulatoire est depuis longtemps la pratique usuelle, dépassant déjà les 80 %: circoncisions, drains transtympaniques, extractions dentaires, canal carpien.

Le cas des amygdalectomies a été discuté auparavant: il faut peut-être tempérer l'estimation de la cible par les caractéristiques intrinsèques de l'acte.

Plusieurs autres catégories d'actes, qui ont actuellement un taux de séjours en ambulatoire de l'ordre de 50 %-60 %, auraient un potentiel supplémentaire d'au moins 10 %: hernies chez

l'enfant, varices, résections osseuses et ablation de matériel, arthroscopies, chirurgie de la vulve, du vagin et du col de l'utérus, dilatactions et curetages.

D'autres catégories d'actes, qui présentaient des taux de séjours en ambulatoires inférieurs à 50 % en 2009, pourraient rapidement atteindre un taux supérieur à 50 %: chirurgie des testicules, chirurgie de la zone anale et péri-anale, oreilles décollées, biopsies et excisions locales du sein.

Enfin, certaines catégories resteraient d'après ces estimations toujours en deçà de 25 %: hernies chez l'adulte, hémorroïdectomies, interventions gynécologiques par coelioscopie ou laparoscopie. Le premier cas fait pourtant partie de la liste des GHM ayant fait l'objet d'incitations tarifaires. Les deux autres catégories n'ont pas directement fait l'objet d'incitations (sauf les ligatures tubaires dans le dernier cas). Une autre façon d'aborder cette question du potentiel est de regarder quelle proportion d'établissements a déjà dépassé le taux de séjours en ambulatoire de 80 % pour les catégories pour lesquelles il s'agit d'une cible crédible. Or il est surprenant de constater que rares sont les cas où plus de 50 % des établissements sont au-dessus de 80 % d'ambulatoire en 2009: canal carpien, circoncisions, drains transtympaniques. Dans le cas de la cataracte, seuls 38 % des établissements publics et 56 % des établissements privés dépassent ce seuil de

80 % d'ambulatoire. Ces observations confirment l'existence d'un potentiel supplémentaire important de prise en charge ambulatoire.

Impact économique du point de vue des pouvoirs publics

Pour les pouvoirs publics, la politique menée sur la chirurgie ambulatoire vise à améliorer la qualité des soins, mais aussi à dégager des marges budgétaires. On peut tenter d'estimer si cet objectif a été atteint à partir des données rassemblées ici, en identifiant les masses financières représentées par ces activités en 2005 et en 2009.

Cette analyse est rendue complexe par les évolutions fréquentes de la classification; aussi, nous n'avons procédé à cette estimation que sur les GHM les plus stables au cours de la période et représentant les plus forts volumes de séjours. Pour effectuer ce calcul, il faut différencier trois effets: l'évolution des volumes globaux de séjours, dont nous avons vu qu'ils pouvaient être orientés à la hausse ou à la baisse selon les cas, l'évolution de la part relative de chirurgie ambulatoire et l'évolution des tarifs.

Pour la cataracte, le nombre de séjours a augmenté de 17 % entre 2005 et 2009 (+33,8 % dans le public et +13,3 % dans le privé), alors que la masse financière globale n'a augmenté que de 0,7 % (+3,1 % dans le public et -0,2 % dans le privé). Ainsi, la baisse des tarifs³, justifiée en partie par l'augmentation tendancielle de la part ambulatoire, a permis d'absorber une hausse de 86000 séjours à coût quasi-constant. Il faut toutefois rappeler qu'une partie de cette baisse des tarifs est liée en 2009 à l'application des données de l'ENC.

Dans le cas des varices, les volumes de séjours ont diminué de 14,5 %, mais la baisse des masses financières est encore plus forte (-19,7 %), en raison de la baisse des tarifs (-14,3 % dans le secteur public et -5,5 % dans le secteur privé), là encore permise par l'augmentation de la part ambulatoire.

Dans les cas des amygdalectomies et adénoïdectomies, la situation est similaire (-18,2 % pour le nombre de séjours et -34 % pour la masse financière), à la différence que la baisse des tarifs n'est pas du tout liée à une augmentation du taux d'ambulatoire, dont on a vu qu'il était resté stable.

Dans le cas du canal carpien, dont le taux de séjours en ambulatoire était déjà important en 2005, le volume de séjours a quelque peu augmenté (+2,3 %), surtout dans le secteur public (+18,5 %), mais la masse financière a baissé globalement de 3,5 %: cette évolution s'explique principalement par la baisse des tarifs mais seulement en partie par une augmentation du taux d'ambulatoire, qui est passé de 79,8 % à 83,6 % globalement.

Ainsi, pour ces quatre exemples, on constate une baisse des masses financières entre 2005 et 2009, liée en particulier à une baisse des tarifs moyens par séjour, du fait d'une anticipation de la montée en charge de la chirurgie ambulatoire. Les économies attendues liées au développement de la chirurgie ambulatoire ont de fait été intégrées à l'avance dans les évolutions tarifaires.

Impact économique du point de vue des établissements

Pour un établissement, la vision est différente: quel est son gain quand il prend en charge un patient en ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation ?

Le référentiel de coûts bâti par l'ATIH sur l'année 2007 à partir de l'ENC montre fort logiquement que le coût en ambulatoire est inférieur au coût en hospitalisation en niveau de sévérité 1, avec des écarts plus ou moins marqués, situés pour l'essentiel entre -15 % et -50 % (tableau 5). L'établissement a donc intérêt à privilégier la prise en charge ambulatoire si ses coûts sont de l'ordre de grandeur des coûts de l'ENC, surtout pour les racines de GHM faisant l'objet du « tarif unique ».

Il y a toutefois des exceptions :

- le tarif est inférieur au coût de l'ambulatoire et au coût du niveau 1 : canal carpien, autres interventions sur la main, varices, autres arthroscopies du genou, ménisectomie sous arthroscopie, circoncisions, dilatations et curetages, oreilles décollées dans le secteur public, autres arthroscopies du genou, oreilles décollées dans le secteur privé ;
- le tarif est supérieur au coût de l'ambulatoire et au coût du niveau 1 : cataracte, drains trans-tympaniques dans le secteur privé.

Hormis ces exceptions, on retrouve dans l'ensemble des résultats déjà identifiés : les tarifs de la chirurgie ambulatoire sont le plus sou-

3. Cette baisse est calculée à partir de la moyenne pondérée des tarifs en 2005, incluant donc la part des séjours en ambulatoire et son évolution: -23 % dans le secteur public et -12 % dans le secteur privé.

TABLEAU 5

Comparaison des coûts* et des tarifs pour une prise en charge en ambulatoire et une hospitalisation de niveau 1

	Coûts issus du référentiel ENCC 2007		Différentiel coûts ambulatoire /niveau 1	Tarifs ambulatoire en 2009	Différentiel tarif/coût en ambulatoire, avec actualisation des coûts	Tarifs niveau 1 en 2009	Différentiel tarif/coût en niveau 1, avec actualisation des coûts
	Ambulatoire	Niveau 1					
Cataracte							
Public	1378	1624	-15,1%	1512,74	3,5%	1512,74	-12,2%
Privé	647	767	-15,6%	993,45	44,7%	993,45	22,1%
Canal carpien							
Public	1057	1331	-20,6%	827,91	-26,2%	827,91	-41,4%
Privé	409	704	-41,9%	466,28	7,5%	466,28	-37,6%
Autres interventions sur la main							
Public	1606	2193	-26,8%	1402,44	-17,7%	1402,44	-39,7%
Privé	517	708	-27,0%	614,13	12,0%	614,13	-18,2%
Amygdales et adénoïdectomies							
Public	603	1040	-42,0%	786,46	22,9%	786,46	-28,7%
Privé	232	465	-50,1%	384,35	56,2%	384,35	-22,1%
Hernies chez l'enfant							
Public	1148	1640	-30,0%	1492,93	22,6%	1982,44	13,9%
Privé	477	754	-36,7%	517,86	2,3%	884,33	10,6%
Hernies chez l'adulte							
Public	1438	2026	-29,0%	1843,69	20,9%	1843,69	-14,2%
Privé	648	1264	-48,7%	1186,15	72,5%	1186,15	-11,5%
Varices							
Public	1467	1759	-16,6%	1442,06	-7,3%	1442,06	-22,7%
Privé	583	801	-27,2%	791,17	27,9%	791,17	-6,9%
Résections osseuses et ablation matériel (autres que hanche et fémur)							
Public	1179	1608	-26,7%	1165,15	-6,8%	1454,47	-14,7%
Privé	470	860	-45,3%	414,31	-16,9%	762,61	-16,4%
Autres arthroscopies du genou							
Public	1531	1957	-21,8%	1593,09	-1,9%	1593,09	-23,3%
Privé	803	922	-12,9%	729,46	-14,4%	729,46	-25,4%
Ménisectomie sous arthroscopie							
Public	1333	1428	-6,7%	1385,13	-2,1%	1385,13	-8,6%
Privé	517	672	-23,1%	627,26	14,4%	627,26	-12,0%
Circoncisions							
Public	835	1045	-20,1%	861,12	-2,8%	861,12	-22,3%
Privé	324	504	-35,7%	370,77	7,9%	370,77	-30,7%
Chirurgie des testicules (<18 ans)							
Public	1296	1730	-25,1%	1368,45	-0,5%	1368,45	-25,4%
Privé	484	713	-32,1%	569,39	10,9%	569,39	-24,7%
Hémorroïdectomies							
Public	1135	2051	-44,7%	1130,43	-6,1%	2032,99	-6,6%
Privé	414	1088	-61,9%	367,72	-16,3%	985,47	-14,6%
Chirurgie de la zone anale et péri-anale							
Public	902	1326	-32,0%	1246,25	30,2%	1246,25	-11,4%
Privé	371	662	-44,0%	562,08	42,8%	562,08	-20,0%
Chirurgie de la vulve, vagin, col de l'utérus							
Public	829	1263	-34,4%	921,14	4,7%	921,14	-31,3%
Privé	355	573	-38,0%	400,99	6,5%	400,99	-34,0%
Dilatations et curetages							
Public	955	1142	-16,4%	889,42	-12,2%	889,42	-26,6%
Privé	321	477	-32,7%	399,53	17,3%	399,53	-21,0%
Drains transtympaniques (<18 ans)							
Public	617	1236	-50,1%	702,08	7,3%	702,08	-46,5%
Privé	241	338	-28,7%	468,72	83,3%	468,72	30,7%

TABLEAU 5 (SUITE)

	Coûts issus du référentiel ENCC 2007		Différentiel coûts ambulatoire /niveau 1	Tarifs ambulatoire en 2009	Différentiel tarif/coût en ambulatoire, avec actualisation des coûts	Tarifs niveau 1 en 2009	Différentiel tarif/coût en niveau 1, avec actualisation des coûts
	Ambulatoire	Niveau 1					
Oreilles décollées							
Public	1408	1779	-20,9%	1347,17	-9,8%	1347,17	-28,6%
Privé	560	686	-18,4%	561,72	-5,5%	561,72	-22,8%
Extractions dentaires							
Public	746	1435	-48,0%	997,19	26,0%	997,19	-34,5%
Privé	402	510	-21,2%	431,67	1,2%	431,67	-20,2%
Biopsies et excisions locales sein pour affections non malignes							
Public	1082	1666	-35,1%	1311,66	14,3%	1311,66	-25,8%
Privé	435	626	-30,5%	557,91	20,9%	557,91	-16,0%

* Voir l'encadré 2 pour plus de détail sur le calcul des coûts.

Note • En italique, sont indiqués les GHM ne faisant pas l'objet du « tarif unique ».

Champ • 19 catégories d'actes étudiées (encadré 1); établissements publics et privés sauf établissements à but non lucratif.

Sources • ATIH, traitements DREES et Les Asclépiades.

vent supérieurs aux coûts, les plus gros écarts étant observés dans le secteur privé. Ainsi par exemple, si 200 interventions pour varices ne font plus l'objet d'une hospitalisation mais d'une prise en charge ambulatoire, un établissement public économise 58 400 euros si on regarde le différentiel de coûts entre le niveau 1 et l'ambulatoire. Si on regarde la situation par rapport aux tarifs, il passe d'une situation déficitaire de l'ordre de 84 800 euros à une situation déficitaire de 22 900 euros. S'il s'agissait de 200 interventions pour cataracte, il économiserait 49 200 euros, avec un différentiel entre tarifs et coût passant de -42 000 euros à +10 200 euros.

Encore faut-il toutefois que son organisation lui permette d'avoir de tels coûts en ambulatoire, ce qui ne peut être le cas que si le circuit des patients est adapté.

L'équation économique de la chirurgie ambulatoire dépend en effet directement des modalités de sa mise en œuvre. Il faut que l'unité dédiée soit suffisamment importante pour bénéficier des avantages économiques de ce mode de prise en charge (fermeture nuits et week-end, bonne rotation des lits, etc.). La réalisation de l'ambulatoire sur un ou deux lits dans tous les services ne fait évidemment rien gagner à l'établissement. Et au moment d'ouvrir une unité de plus de dix lits pour la chirurgie ambulatoire, il faut arriver à fermer dans l'établissement une autre unité pour redéployer les moyens humains. Ces problématiques sont apparues comme primordiales lors de l'enquête qualitative.

Les incitations tarifaires liées à la T2A sont peu connues des professionnels

L'enquête qualitative réalisée pour la chirurgie ambulatoire comprenait quatre établissements choisis selon plusieurs critères (existence d'actes relevant de la liste étudiée, développement de l'activité ambulatoire entre 2004 et 2009, localisation dans des régions différentes): un centre hospitalier universitaire (CHU), deux centres hospitaliers (CH) et une clinique privée à but lucratif.

Le développement de la chirurgie ambulatoire est fort variable selon les établissements. Dans les entretiens, deux caractéristiques principales apparaissent déterminantes dans ce développement.

La présence d'une unité dédiée et bien organisée de chirurgie ambulatoire, transversale à toutes les disciplines. Parmi les établissements visités, seul le centre hospitalier universitaire (CHU) n'en disposait pas encore mais avait un projet en ce sens. De l'avis de tous, la présence d'une telle unité dédiée est le véritable moteur en interne du développement de la chirurgie ambulatoire et aussi la condition pour en recueillir les avantages économiques.

La soumission de certains actes à la procédure d'accord préalable par l'assurance maladie. Tous les établissements visités ont été soumis à cette procédure pour au moins un acte. La pression de l'assurance maladie est d'ailleurs si présente que trois établissements ont mis en place des outils de suivi qui se réfè-

rent à la liste des 18 actes marqueurs de l'assurance maladie et non à la liste des GHM ayant fait l'objet d'incitations tarifaires. Seul le CHU se réfère aussi aux 18 racines de GHM à « tarif unique ».

Les incitations tarifaires liées à la T2A sont peu connues au sein des établissements. Seule la direction du CHU a produit une description précise de ces incitations; les autres établissements sont surtout sensibles à la tonalité du discours des pouvoirs publics en faveur de la chirurgie ambulatoire, qui permet de sensibiliser le corps médical au besoin. Le directeur de l'information médicale (DIM) peut également être moteur en ayant conscience de l'intérêt financier que procure l'ambulatoire par rapport à l'hospitalisation classique, mais les différentes versions de la classification et les modifications annuelles des tarifs ont quelque peu brouillé les esprits. En dehors des DIM, aucun acteur rencontré (personnels de direction, praticiens, cadres de santé ou personnels administratifs) ne se souciait de l'évolution annuelle des tarifs. Les tarifs ne sont tout simplement pas connus des praticiens et des cadres (avec en outre quelques confusions liées à l'existence de bornes basses sur certains GHM). Certains présidents de commissions médicales d'établissement (CME), tout en ne connaissant pas les évolutions tarifaires dans le détail, sont conscients de l'enjeu financier et institutionnel du développement de l'ambulatoire. En effet, les grilles tarifaires ont évolué considérablement au cours de la période d'étude, avec en 2010 un mouvement à la baisse des tarifs de chirurgie ambulatoire (dans le secteur public en raison de la « convergence ciblée », dans le secteur privé par application de l'ENC). Cette politique incitative s'avère donc illisible dans ses détails et n'a pas d'impact propre sur les comportements, les décisions de structuration de l'activité ambulatoire et les projets des établissements. La stratégie d'un établissement, en matière de chirurgie ambulatoire comme pour les autres activités, se construit sur plusieurs années et n'est pas modifiée au 1^{er} mars lors de la publication des nouveaux tarifs, même si ceux-ci donnent un signal différent de ce qui prévalait antérieurement.

Le fait que la chirurgie ambulatoire se soit tout de même développée est surtout lié à d'autres facteurs: progrès technique, organisation

interne, pression de l'assurance maladie, etc. Toutefois, dans le secteur public, la mécanique générale de la T2A a joué son rôle grâce à son principe de base qui consiste à lier les recettes à l'activité. Ce principe a conduit les établissements à rechercher des marges d'augmentation d'activité, les lits ambulatoires le permettant à coût presque constant lorsque l'organisation permet d'augmenter le taux de rotation des lits sur une journée. Cet argument joue surtout un rôle pour les directions qui accompagnent ou promeuvent les projets de développement de la chirurgie ambulatoire. Mais ce n'est pas la politique tarifaire fine sur les tarifs de tel ou tel GHM qui a été moteur dans ce développement.

Les leviers permettant de développer la chirurgie ambulatoire et notamment de mettre en place une unité dédiée

D'après les personnes interrogées, les facteurs favorisant la chirurgie ambulatoire sont multiples.

- Les possibilités techniques (progrès de l'anesthésie et des techniques chirurgicales, prise en compte de la douleur, diminution des temps opératoires, etc.). Il est clair que les évolutions techniques de ces dernières années ont d'une manière générale permis de diminuer la durée de prise en charge des patients, ce qui s'est traduit par un glissement d'une partie de l'hospitalisation complète vers l'hospitalisation de semaine ou de jour, et d'une partie de l'hospitalisation de jour vers les soins externes (sous la pression de la circulaire « frontière »).
- Les demandes des patients et le confort que cette prise en charge leur apporte.
- La concurrence locale. Ce stimulus a par exemple constitué le facteur incitatif majeur en ophtalmologie dans le CHU, pour éviter que tous les patients se rendent dans l'établissement privé pour les cataractes.
- Les incitations des tutelles, avec deux volets: la soumission à la procédure d'accord préalable par l'assurance maladie; la mécanique tarifaire qui encourage l'augmentation du taux de rotation des lits, et donc l'organisation optimale d'une unité de chirurgie ambulatoire dédiée, afin d'accroître les recettes.
- La saturation des lits d'hospitalisation dans certaines spécialités. Dans le second CH, cette

situation a motivé la mise en place de l'unité ambulatoire dans plusieurs disciplines.

- Des initiatives de certains chirurgiens. Souvent, sauf dans le premier CH, un ou deux praticiens pionniers ont ouvert la voie et permis de constituer un noyau d'activité ambulatoire qui a entraîné d'autres spécialités.
- L'aspect d'innovation est aussi présent dans les motivations: les praticiens et les cadres sont satisfaits de participer à un projet d'innovation organisationnelle et technique. Dans le CHU, cependant, cette dimension ne joue pas du tout, probablement parce que les praticiens ont investi leurs capacités d'innovation dans d'autres domaines.
- La diminution des coûts *via* la fermeture de l'unité les nuits et week-ends.
- L'opportunité d'organiser de manière rigoureuse l'activité chirurgicale et le bloc opératoire.

Avantages et contraintes d'une unité de chirurgie ambulatoire

Selon les acteurs des établissements de santé disposant d'une unité de chirurgie ambulatoire, une unité de chirurgie ambulatoire présente un certain nombre d'avantages:

- amélioration de l'organisation du bloc opératoire, tant en termes de programmation que d'occupation des salles;
- organisation centrée autour du patient avec une meilleure prise en charge de la douleur, développement de l'anesthésie loco-régionale, appels la veille et le lendemain, etc.;
- satisfaction des patients et des équipes soignantes;
- augmentation du taux de rotation des lits;
- effet positif d'image pour l'établissement.

Elle nécessite en revanche une plus grande disponibilité de la part des chirurgiens dans la journée et une organisation rigoureuse qui se heurte souvent au manque d'enthousiasme de certains praticiens.

Les freins au développement de la chirurgie ambulatoire

Le frein principal réside dans la volonté du corps médical, et en premier lieu les chirurgiens. Il est en fin de compte plus confortable pour le chirurgien de garder le patient une nuit: pas de pression sur le programme opératoire,

surveillance sur place « au cas où », etc. Dans le second CH, l'initiative de développer l'ambulatoire a été prise par le corps médical à la fin des années 1990, alors que dans les autres établissements, le développement a été plus lent. La plupart des praticiens rencontrés dans le CHU ne semblent pas voir le sens et l'intérêt d'une telle unité. Cette réticence des chirurgiens pour la prise en charge ambulatoire est surtout le fait de médecins âgés, alors que la jeune génération est davantage ouverte à cette prise en charge rapide, sans transiger sur les règles de sécurité médicale. Dans ce contexte, la procédure d'accord préalable pour la prise en charge de certains actes en hospitalisation a été fort efficace, le médecin n'appréciant que fort peu cette contrainte imposée par l'assurance maladie.

Un autre frein réside dans les réticences de certains patients, peu éduqués en France pour des prises en charge rapides dans les établissements de santé. De plus, dans les CH et le CHU visités, la proportion de patients âgés vivant isolés en zone rurale est significative. Cet obstacle doit toutefois être relativisé: ces caractéristiques sont équivalentes dans les trois établissements publics et pourtant le taux de prise en charge en ambulatoire y est très différent... Il demeure que les patients en France sont plutôt habitués à être totalement pris en charge par l'établissement pendant quelques jours, et même si ceux qui ont connu le mode de prise en charge ambulatoire deviennent très demandeurs, les praticiens accordent encore beaucoup d'importance au fait de passer du temps en consultation pour expliquer que toutes les conditions de sécurité sont réunies. Même dans la clinique, située dans une grande ville, ce point a été souligné.

En revanche, pour certains actes (cataracte, canal carpien, etc.), la prise en charge ambulatoire devient une procédure de référence. C'est un changement d'état d'esprit qui est en train de se produire: on ne parlera plus de la chirurgie ambulatoire comme une procédure innovante réservée à certains patients « en bonne santé », mais comme la prise en charge proposée *a priori*.

Un troisième frein est à signaler: la nature des actes réalisés. Pour certains actes, comme les amygdalectomies ou les hernies, les risques de saignement ou de douleur mal maîtrisés sont importants, et il ne peut être question de faire sortir un patient dans un état instable. Aussi, le

taux d'ambulatoire pour ces types d'actes ne pourra pas augmenter beaucoup en l'absence d'évolution des techniques.

Positionnement du développement ambulatoire selon les actes

Parmi les groupes d'actes analysés, on peut opérer un classement en quatre catégories.

- GHM d'ophtalmologie, de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale et d'orthopédie: la prise en charge ambulatoire est fréquente, soit parce que ce type de patient est spontanément pris en charge en ambulatoire, vu l'évolution des techniques de chirurgie et de l'anesthésie, soit parce que la soumission à la procédure d'accord préalable a stimulé le processus.

- Pour certains GHM de chirurgie vasculaire (varices) et chirurgie viscérale (hernies), la position des chirurgiens est contrastée: certains freinent cette prise en charge (pour des raisons de sécurité des soins dans le discours), alors que d'autres réalisent presque toutes les interventions en ambulatoire.

- GHM de gynécologie: les chirurgiens dans les établissements visités sont en général réticents à la prise en charge en ambulatoire.

- GHM pour les amygdalectomies, les hémoroïdectomies et les hernies chez l'adulte: la technicité chirurgicale ne permet pas encore de prendre en charge les patients systématiquement en ambulatoire.

La chirurgie ambulatoire est-elle « rentable » pour les établissements ?

Deux établissements de l'échantillon font partie de l'ENC et sont donc en mesure de comparer les tarifs à leurs coûts propres. Les résultats sont contrastés.

Dans le CHU, le tarif se situe généralement entre le coût de l'ambulatoire et le coût du GHM correspondant de niveau 1, mais il arrive aussi que le tarif soit inférieur au coût du GHM d'ambulatoire. L'incitation économique à réaliser de l'ambulatoire du fait d'un écart entre coûts et tarifs est donc réelle, même si dans certains cas, l'établissement est en déficit sur la réalisation d'un acte effectué en ambulatoire. Toutefois, les coûts de l'établissement pour l'ambulatoire ne sont pas optimisés, en l'absence d'organisation dédiée.

Dans la clinique, la situation est différente: pour les GHM ambulatoires étudiés, l'établissement présente des coûts systématiquement supérieurs aux coûts moyens de l'ENC 2007. De fait, d'après ces données, l'établissement perd de l'argent à chaque intervention réalisée en ambulatoire. Il en perdrait certes davantage en hospitalisation complète puisque le coût augmenterait pour un tarif identique. Les principales raisons évoquées sont l'absence de structure et d'organisation dédiées à l'ambulatoire et l'existence encore fréquente d'ambulatoire « forain ». De fait, ces séjours ont tous les coûts d'un patient hospitalisé.

Dans les deux CH, c'est surtout *via* les tableaux de bord de pôle que les données sont consolidées et diffusées, mais donc à un niveau assez agrégé. Dans le premier CH, une comptabilité par unité est disponible, mais parfois incomplète. Pour l'unité de chirurgie ambulatoire, sans tenir compte du temps passé par les médecins et chirurgiens (non ventilé au sein du pôle), le solde est peu ou prou à l'équilibre. Ceci dit, si on ajoutait les temps médicaux, le solde deviendrait négatif. Dans le second CH, il n'y a pas d'analyse de comptabilité analytique fine par unité ou service. Deux établissements ont pris comme indicateur la recette moyenne du GHS de chirurgie ambulatoire et observent des évolutions différentes: en baisse dans la clinique (où la diminution des tarifs en 2010 a joué un grand rôle), en hausse dans le second CH (effet case-mix). Sur le plan des coûts « obligatoires » d'une unité dédiée de chirurgie ambulatoire, il faut rappeler que l'article D 6124-303 du code de la santé publique prévoit un infirmier diplômé d'État (IDE) pour cinq patients présents. Sur la base d'une unité de 15 lits occupés à 100 %, il faut trois IDE en permanence sur la période d'ouverture, ce qui, sur la base de la réglementation du temps de travail, nécessite cinq postes d'IDE. Il faut ajouter à cela un temps de cadre, un ou deux secrétaires, deux ou trois aides-soignants, un agent de service hospitalier). De l'avis des personnes rencontrées, la rentabilité d'une telle unité est acquise si l'unité est totalement occupée.

Conclusion

Avec les nouvelles techniques anesthésiques et chirurgicales, la chirurgie ambulatoire s'inscrit dans l'évolution naturelle de la prise en charge

4. Elles sont par ailleurs souvent présidées par un professeur de néphrologie du centre hospitalier universitaire.

hospitalière, avec la tendance au raccourcissement des prises en charge. Mais pour se développer, elle requiert parfois des actions supplémentaires : pression interne exercée par la direction de l'établissement ou pression externe de l'assurance maladie. Toutefois, les détails de la tarification demeurent largement méconnus par le personnel médical et ne constituent pas un stimulus particulier. Car *in fine*, c'est le personnel médical qui décide des indications, selon ses critères propres, où les éléments tarifaires ne jouent aucun rôle. Or c'est justement lui qui, d'après les entretiens réalisés et mis à part quelques éléments particulièrement moteurs, a semblé plutôt constituer un frein au développement de la chirurgie ambulatoire.

La dialyse à domicile

Il existe 11 modalités différentes de prise en charge de la dialyse : centre pour adulte, centre pour enfants, unité de dialyse médicalisée (UDM), autodialyse simple ou assistée, hémodialyse à domicile (HDD), dialyse péritonéale automatisée (DPA) et dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA), entraînement à l'HDD et l'autodialyse, entraînement à la DPA, entraînement à la DPCA.

La prise en charge classique en centre se fait dans des établissements de santé publics ou privés ou dans des centres autonomes de dialyse privés. Hors centre, et notamment à domicile, les prises en charge sont assurées par des associations de dialyse à domicile, à vocation régionale, qui ont passé des conventions avec les établissements de santé. Les prises en charge en UDM et en autodialyse sont assurées en centre ou hors centre, selon la région. En outre, il est de plus en plus fréquent que les associations ouvrent un ou plusieurs centres d'hémodialyse pour compléter leur palette d'intervention et assurer une présence dans certaines zones mal desservies. Ces associations de droit privé ont signé la convention collective de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) et se voient donc appliquer des tarifs privés⁴. La CNAMTS a récemment mis en exergue les enjeux économiques de la dialyse au travers d'une étude sur le coût de l'insuffisance rénale

chronique en 2007 (Blotière *et al.*, 2010), qui a permis d'identifier les écarts de dépenses selon les modalités de prise en charge. Ainsi, les coûts moyens de prise en charge d'un malade s'élèveraient à 64 450 euros pour une dialyse péritonéale (DP), 88 608 euros pour une hémodialyse, 86 471 euros pour une greffe du rein et 20 147 euros pour un suivi de greffe du rein. Ces coûts intègrent l'ensemble des dépenses repérables dans les bases de l'assurance maladie (hospitalisation, soins ambulatoires, médicaments, transports, etc.). Les coûts d'hospitalisation sont prédominants dans toutes les modalités de prise en charge, mais des différences notables existent pour les coûts de transport (11 147 euros en hémodialyse contre 1 313 euros en DP) et les soins infirmiers (1 229 euros en hémodialyse contre 8 670 euros en DP). La CNAMTS estime ensuite que, si l'ensemble des régions s'alignaient sur le taux le plus élevé, à savoir 25 % de DP en Franche-Comté, les économies potentiellement réalisables seraient de 159 millions d'euros, toutes régions confondues, en année pleine.

Le détail des incitations à la dialyse à domicile

Les incitations tarifaires pour développer la prise en charge des patients dialysés à domicile (dialyse péritonéale et hémodialyse à domicile) ont connu plusieurs étapes.

En 2004-2005, au moment de calculer les nouveaux tarifs des différentes modalités de dialyse dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), une incitation en faveur des modalités de dialyse hors centre a été introduite. Ainsi, pour fixer les tarifs de 2005 dans le secteur privé, on a pris en compte la moyenne des tarifs observés dans les différentes régions pour chaque modalité, sur des champs de charges identiques (en particulier hors érythropoïétine), à la suite de quoi plusieurs ajustements ont été opérés : la prise en compte des normes édictées en matière de DP (à savoir un temps d'infirmière et une astreinte) a conduit à augmenter le tarif hebdomadaire des prises en charge en DP de 42 euros ; les tarifs de l'HDD, de l'autodialyse et des forfaits d'entraînement ont été augmentés de 1 % ; le tarif de la dialyse en centre dans le secteur

TABLEAU 6

Évolution des forfaits de dialyse entre 2005 et 2009 dans les secteurs public et privé (indice base 100 en 2005)

	Secteur privé (ex-OQN)	Secteur public (ex-DG)
Forfait d'hémodialyse en centre	99,2	89,5
Forfait d'hémodialyse en centre pour enfants	99,2	89,5
Forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM)	99,2	89,5
Forfait d'autodialyse simple	99,2	96,7
Forfait d'autodialyse assistée	99,2	96,7
Forfait d'hémodialyse à domicile (HDD)	102,5	98,3
Forfait de dialyse péritonéale automatisée (DPA)	103,6	99,3
Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)	103,6	99,3
Forfait d'entraînement à l'hémodialyse à domicile et à l'autodialyse	100,9	158,8
Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée	100,9	98,3
Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire	100,9	98,3

Source • DGOS.

public a été abaissé de 428 à 390 euros, pour se rapprocher du tarif du secteur privé (qui était de 296 euros hors honoraires), permettant de financer les augmentations sur les modalités hors centre.

En 2006, suite aux effets de la régulation prix/volume et à un dépassement d'enveloppe en 2005, les tarifs de l'ensemble des GHS et des prestations ont connu une baisse globale de 1 % dans les deux secteurs. Toutefois, en cours d'année, au vu des résultats budgétaires, une hausse tarifaire ciblée a pu être opérée et les baisses ont été annulées pour la DP.

En 2007, une hausse du tarif de l'HDD dans le secteur privé a permis d'annuler les effets de la baisse de 2006.

En 2008, alors que les tarifs augmentaient en moyenne de 0,3 %, les tarifs de DP, d'HDD et les forfaits d'entraînement ont augmenté de 2 % dans les deux secteurs.

En 2009, les tarifs de dialyse en centre et en UDM ont fortement baissé dans le secteur public (-7 %), contrairement aux tarifs hors centre (+0,52 %) et au forfait d'entraînement à l'hémodialyse (+65 %).

En 2010, enfin, est créé le supplément de DP au cours d'une hospitalisation intercurrente.

Le tableau 6 indique comment ont évolué les tarifs de dialyse entre 2005 et 2009 dans le secteur public et le secteur privé, sachant qu'on est parti en 2005 d'une situation où les modalités de dialyse à domicile ont été en principe favorisées. Le fait qu'en valeur nominale, les tarifs aient diminué dans le

secteur public est surtout lié aux différents épisodes de baisse tarifaire, effectués pour des raisons d'ajustement prix/volume et de transferts de budgets de la base tarifaire vers la base des MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation). Cependant, même si les modalités de dialyse à domicile ont fait l'objet d'incitations tarifaires objectives, les évolutions nombreuses et complexes de ces tarifs ont été diversement appréhendées par les acteurs de la prise en charge des patients en dialyse. Jusqu'en 2008, le tarif de la dialyse en centre dans le secteur public était supérieur au coût de production de l'ENC. La situation a été corrigée en 2009, mais donc à la fin de la période analysée. Par ailleurs, pour les associations de dialyse à domicile, qui ne disposent pas de MIGAC, la faible hausse des tarifs (de seulement 3,6 % en DP et 2,5 % en HDD) sur quatre ans (voire cinq ans puisqu'en 2010, les tarifs n'ont pas bougé) n'a pas permis de couvrir l'augmentation des charges. Quoi qu'il en soit, il faut regarder si ces incitations, même modestes, se sont accompagnées de modifications dans les prises en charge.

Érosion de la part de la dialyse à domicile en France depuis 2004

Une publication récente a fait le point sur la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en France, en utilisant les don-

nées du registre du réseau épidémiologie et information en néphrologie REIN (Jacquelinet *et al.*, 2010). Il ressort que, dans un contexte d'augmentation du nombre de patients (+4,7 % par an en moyenne), les prises en charge de dialyse hors centre ont connu une nette diminution (tableau 7), alors que l'hémodialyse en centre continue d'augmenter et que les unités de dialyse médicalisée montent en charge. Par ailleurs, la greffe rénale se développe favorablement, limitant de manière positive les modalités de dialyse hors centre. Les auteurs observent en outre que l'évolution de la part de la dialyse hors centre va à l'encontre des objectifs des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS): ces derniers fixaient par exemple un objectif moyen de 11 % de patients en DP au sein du total des patients dialysés en 2011, alors que cette part était de 7,6 % en 2008.

L'exploitation de la Statistique annuelle des établissements (SAE) 2004-2008 permet de confirmer ces constats pour la dialyse: les

évolutions ne penchent pas en faveur de la dialyse hors centre (tableau 8). Certes, on observe certains écarts entre les deux sources mais ceux-ci tiennent à des différences méthodologiques: le registre REIN enregistre un nombre de patients au 31 décembre de chaque année, alors que la SAE compte soit des séances ou des semaines sur l'année soit un nombre de patients pris en charge dans la semaine du 15 octobre: ces notions ne se recouvrent donc pas. De plus, la SAE est exhaustive sur la France, alors que l'exploitation de REIN ci-dessus ne couvre que douze régions. Enfin, la SAE présente quelques défauts de recueil du fait de problèmes inévitables de saisie par exemple.

Les deux sources de données mettent ainsi en évidence une augmentation régulière de l'activité en centre, une baisse de l'autodialyse et surtout de l'HDD, une augmentation de la DPA et une baisse de la DPCA, d'où la relative stabilité de la part de la DP, dans un contexte où le nombre de patients augmente régulièrement.

TABLEAU 7

Évolution de la répartition des patients traités pour insuffisance rénale chronique entre 2005 et 2008 (registre REIN)

	2005		2006		2007		2008		Évolution 2005-2008
Porteur de greffon	12011	43,7 %	12772	44,0 %	13651	45,0 %	14375	45,8 %	+19,7 %
Hémodialyse en centre	9088	33,1 %	9620	33,1 %	9904	32,6 %	10149	32,3 %	+11,7 %
Hémodialyse en UDM	977	3,6 %	1207	4,2 %	1398	4,6 %	1687	5,4 %	+72,7 %
Hémodialyse en autodialyse	3502	12,7 %	3488	12,0 %	3465	11,4 %	3331	10,6 %	-4,9 %
Hémodialyse à domicile	283	1,0 %	247	0,9 %	219	0,7 %	198	0,6 %	-30,0 %
Hémodialyse en entraînement	349	1,3 %	332	1,1 %	343	1,1 %	363	1,2 %	+4,0 %
DPCA	828	3,0 %	856	2,9 %	846	2,8 %	769	2,4 %	-7,1 %
DPA	421	1,5 %	479	1,6 %	499	1,6 %	505	1,6 %	+20,0 %
DP en entraînement	37	0,1 %	39	0,1 %	22	0,1 %	23	0,1 %	-37,8 %
Total	27496		29040		30347		31400		+14,2%

Champ • Nombre et répartition des patients au 31 décembre de chaque année; douze régions françaises.

Sources • Registre REIN.

TABLEAU 8

Évolution de l'activité de traitement par dialyse entre 2004 et 2008 (SAE)

Type de dialyse (catégories SAE)	Nombre de centres	Nombre de séances 2008	Nombre de semaines 2008	Nombre de patients dans la semaine du 15 oct. 2008	Évolution du nombre de séances ou semaines 2004-2008	Évolution du nombre de séances ou semaines 2005-2008	Évolution du nombre de patients dans la semaine du 15 oct. 2005-2008
Hémodialyse en centre	360	3166845		22424	+11,6%	+7,8%	+9,4%
Unité de dialyse médicalisée	157	428965		3199	+178,5%	+137,3%	+154,3%
Autodialyse	640	1361157		8694	+0,9%	+1,0%	-2,7 %
Hémodialyse à domicile	122	62362		348	-37,0 %	-22,4 %	-28,2 %
Dialyse péritonéale continue ambulatoire	187		83281	1837	-21,1 %	-9,3 %	-3,6 %
Dialyse péritonéale automatisée	190		62730	1388	+23,7%	+18,6%	+19,6%
Dialyse péritonéale en centre	99		8932	307	-12,6 %	-29,3 %	-31,6 %

Note • Les deux dernières colonnes (évolutions 2005-2008) permettent de comparer les données au tableau issu de l'exploitation du registre REIN.

Champ • Traitements par dialyse hors entraînements.

Sources • DREES-SAE.

Finalement, au regard de ces résultats globaux, les incitations financières en faveur de la dialyse à domicile semblent n'avoir eu aucun effet. L'une des difficultés consiste évidemment à isoler l'effet d'un facteur alors que bien d'autres facteurs entrent en jeu : pratiques médicales, disponibilité de l'offre, choix des patients, enjeux de rémunération des médecins, etc. Mais pour le moment, hormis les objectifs volontaristes qui figurent dans les SROS, il n'y a pas eu de mesures cherchant à agir simultanément sur les différents facteurs de blocage (contrairement au cas de la chirurgie ambulatoire) pour développer la dialyse à domicile.

D'importantes disparités régionales

En matière de dialyse à domicile, les disparités régionales sont importantes. Le rapport d'activité du registre REIN 2008 présente les situations régionales en matière de développement des différentes techniques de dialyse dans 22 régions (34055 patients enregistrés). La proportion de patients en DP varie de 2 % en Aquitaine à 19 % en Basse-Normandie. Seules cinq régions dépassent les 11 % : la Bourgogne, l'Alsace, la Haute-Normandie, la Basse-Normandie et la Franche-Comté, pas encore incluse dans le registre REIN mais qui présente un taux élevé de DP d'après la CNAMTS (25 %). Les indications de la DP sont variables d'une région à l'autre (utilisation à tout âge, utilisation préférentielle chez les personnes âgées ou utilisation chez les jeunes, en pont vers la greffe). À noter que le taux cible des SROS (11 % de DP en 2011) est déjà dépassé dans certaines régions en 2008, ce qui montre que cet objectif n'est pas irréaliste.

En ce qui concerne l'HDD, cette technique est devenue marginale dans le dispositif de prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques en phase terminale. En dehors du Languedoc-Roussillon (3,2 %), de la Lorraine (1,5 %) et du Nord-Pas-de-Calais (1,1 %), les taux observés sont inférieurs à 1 %.

Pour approfondir cette analyse, l'Agence de biomédecine a fourni des éléments complémentaires sur le registre REIN pour juger de la situation dans les régions pour lesquelles on dispose d'une certaine ancienneté. Ainsi, nous avons pu exploiter les éléments issus des neuf régions présentes dans le registre depuis 2004, pour les années 2004 à 2009. Pour apprécier les évolutions dans le temps, nous avons choisi le niveau départemental comme territoire d'analyse. Il est crucial de pouvoir étudier à la fois l'incidence et la prévalence car les taux par modalité de prise en charge sont forcément très différents entre les deux approches, en raison des durées moyennes de présence différentes d'une modalité à l'autre.

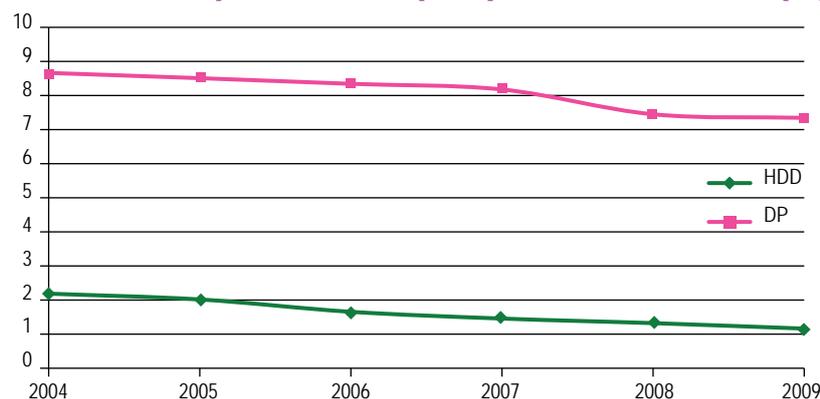
Prévalence des patients pris en charge en dialyse

Le graphique 1 souligne la tendance à la baisse des taux de prévalence de patients pris en charge en DP et HDD dans les neuf régions étudiées.

En **hémodialyse à domicile**, rares sont les départements dans lesquels plus de 1 % des patients dialysés sont pris en charge en hémodialyse à domicile en 2009 ; en outre, la plupart présentent une tendance à la baisse. Dans le Languedoc-Roussillon, la proportion de patients en HDD reste plus importante que

GRAPHIQUE 1

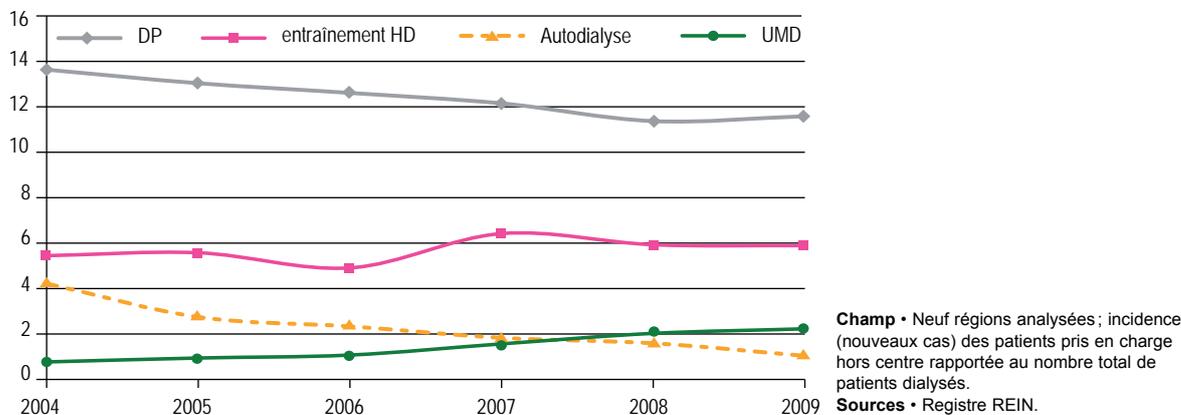
Évolution de la prévalence de malades pris en charge en dialyse péritonéale (DP) et en hémodialyse à domicile (HDD) entre 2004 et 2009 (registre REIN)



Champ • Neuf régions analysées ; prise en charge au 31 décembre.
Sources • Registre REIN.

GRAPHIQUE 2

Évolution de l'incidence des patients pris en charge hors centre (en %) entre 2004 et 2009 (registre REIN)



partout ailleurs sur le territoire, mais avec là aussi une tendance à la baisse.

Sur les neuf régions, les départements les plus « actifs » dans cette modalité (plus de 1 % avec plus de un patient) sont : le Gard (5,3 %), l'Hérault (3,5 %), le Var (2,9 %), l'Ardèche (2,6 %), la Meurthe-et-Moselle (2 %), les Côtes-d'Armor (1,6 %), le Pas-de-Calais (1,5 %), le Rhône (1,4 %), l'Aude (1,1 %), la Loire (1,1 %) et le Puy-de-Dôme (1,1 %). Dans ces départements, à l'exception du Rhône, il existe des zones isolées, qui facilitent probablement la mise sous HDD de patients jeunes.

La baisse de l'HDD n'est toutefois pas inéluctable, puisque certains départements arrivent à garder un taux supérieur à 2 %, dans des conditions qui n'ont rien de particulier. Par ailleurs, plusieurs interlocuteurs ont souligné que cette technique pourrait reprendre une certaine place si les conditions changeaient. Ce sont aussi souvent les mêmes départements qui présentent des taux élevés en DP. Il n'y a donc pas de substitution entre ces deux techniques de domicile, mais plutôt complémentarité et volonté conjointe de développer les modalités de prise en charge à domicile.

En **dialyse péritonéale**, les situations et les évolutions sont très disparates selon les départements. La situation est toutefois dominée par une certaine stabilité : les départements présentant une prévalence inférieure à 10 % sont majoritaires et globalement, la tendance est stable ou à la baisse.

Il est frappant de constater que certains des départements orientés à la hausse présentaient des taux déjà élevés en 2004. Ainsi, la Drôme est

passée de 13,1 % à 15,4 %. Il y a peu de cas de « rattrapage » dans les départements présentant de faibles taux de prévalence, mais le dynamisme se maintient dans les départements ayant déjà bien développé la technique (Drôme, Ardennes, Marne, Ardèche, Savoie, Allier, Meurthe et Moselle, Aude, Corrèze, Haute-Vienne). Seule la Haute-Loire affiche une hausse importante avec des taux très faibles en 2004 et supérieurs à 10 % en 2009, ce qui montre donc qu'une évolution rapide est possible.

Incidence des patients pris en charge en dialyse

Le graphique 2 met en évidence que le taux de nouveaux patients (incidence) pris en charge en DP a tendance à diminuer, même si l'année 2009 semble interrompre cette baisse. L'UDM enregistre une hausse, ce qui est naturel dans la mesure où cette modalité a été créée en début de période. Les patients en entraînement sont majoritairement pris en charge en autodialyse, si bien qu'il faut lire ensemble les évolutions de l'autodialyse et de l'entraînement sur ce graphique.

Quand on analyse les évolutions de prise en charge en DP par région, seule la Bretagne connaît une légère hausse pour atteindre 16 % des nouveaux patients en 2009. Ailleurs, on constate au mieux une stabilité des taux, avec même des baisses en Limousin, Lorraine, Champagne-Ardenne et Languedoc-Roussillon. Les régions Rhône-Alpes et Bretagne dépassent 15 % de nouveaux patients en 2009. Ces résultats montrent que la situation de la dialyse à domicile se dégrade. Ces observations sont

d'autant plus importantes quand on sait que la durée de prise en charge à domicile est en moyenne plus courte qu'en centre. Il faut aussi rappeler qu'une fois le patient orienté en hémodyalyse, il n'est jamais réorienté ensuite en DP, alors que l'inverse est fréquent. De fait, ces chiffres laissent présager une diminution prochaine des taux de prévalence de patients pris en charge en DP en France, à moins que le redressement observé en 2009 ne se confirme.

Est-ce la conséquence d'un alourdissement des situations morbides des patients? L'exploitation des données du registre REIN, qui comprend l'âge et plusieurs caractéristiques de morbidité des patients (insuffisance cardiaque, diabète, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, insuffisance respiratoire chronique, cancer évolutif, troubles du comportement, troubles de la marche), permet de répondre en partie à cette question. On constate que sur les différents items collectés dans le registre, aucun ne s'aggrave particulièrement entre 2004 et 2009, même si l'âge moyen est quant à lui orienté à la hausse. Cette situation avait été identifiée dans un article récent: « Globalement, le nombre des comorbidités reste stable mais, après ajustement sur l'âge, il existe une diminution des comorbidités cardiovasculaires » (Kessler et Loos-Ayav, 2010). La CNAMTS dresse des constats similaires, dans une étude portant sur les patients dialysés en 2007: le taux de comorbidités apparaît même un peu plus élevé en DP qu'en hémodyalyse (Blotière, 2010). Ainsi, ce n'est pas l'aggravation de l'état des patients qui serait à l'origine d'un moindre recours aux modalités de prise en charge à domicile pour les nouveaux patients.

Existe-t-il des différences entre les nouveaux patients en centre et les nouveaux patients en DP? Les nouveaux patients en DPCA sont plus âgés que les nouveaux patients en centre, et n'ont pas moins de comorbidités, sauf en ce qui concerne le taux de cancer évolutif (taux faible par ailleurs). Les patients en DPA sont en revanche plus jeunes que les patients en centre, avec des taux de comorbidités un peu plus faibles.

Tous ces éléments, ainsi que l'observation de disparités régionales, contribuent à rechercher d'autres causes que des causes médicales à la décroissance de la dialyse à domicile. Au regard des fortes disparités régionales, voire des disparités départementales au sein d'une même

région, on suspecte plutôt des choix différents faits par les équipes de néphrologie et donc des différences de pratiques médicales. L'enquête qualitative, réalisée dans deux régions de France métropolitaine, permet de mieux comprendre les déterminants et les freins au développement de la dialyse à domicile.

Les arguments médicaux ne suffisent pas à expliquer la faible part de patients pris en charge à domicile

Pour certaines personnes interrogées, la difficulté d'accroître le taux de patients en dialyse à domicile semble être liée à l'état de santé des patients. Plusieurs arguments médicaux sont avancés.

- Le fait que les patients arrivent souvent en urgence constitue un frein pour l'orientation à domicile: d'après les données du registre REIN, plus d'un quart des patients arrivent de façon non programmée et 94 % de ces patients sont alors orientés en centre (contre 75 % pour les patients programmés), avec en outre des taux de survie plus bas (Chantrel *et al.*, 2010). L'équipe du CHU de Caen a cependant développé une procédure qui s'est avérée positive en termes de résultats médicaux, au cours de laquelle des patients non programmés peuvent être mis en DP d'emblée (Lobbedez *et al.*, 2008).

- Les patients sont de plus en plus âgés et des contre-indications existent à la DP. Toutefois, une étude a mis en évidence que d'une zone géographique à l'autre, les indications posées sont très diverses et qu'en fin de compte, la DP peut s'appliquer à tous les types de malades (Couchoud *et al.*, 2008): en suivant les situations de plus de 10 000 patients dans 59 zones géographiques, le taux moyen de démarrage en dialyse est de 14 % en DP, mais avec des taux variant de 0 % à 45 %.

- Il est aussi souvent souligné que la DP n'est que transitoire et que les patients en sortent après un ou deux ans. Toutefois, d'après le registre de dialyse péritonéale, il apparaît que, parmi un total de 14 070 patients traités entre 1998 et 2008, 999 patients ont passé plus de cinq ans en DP, sans qu'une classe d'âge soit plus particulièrement concernée. Il reste que la durée médiane en DP est inférieure à celle en centre. Un calcul effectué dans le cadre d'une modélisation, prenant en compte

la durée moyenne observée en DP, indique qu'en partant d'un taux moyen de prévalence de 7 % de patients pris en charge en DP, il faut un taux de 45 % de nouveaux patients en DP pour atteindre une prévalence de 16 % au bout de cinq ans parmi les patients dialysés (D'Andon *et al.*, 2002). Il y a ainsi une forte inertie de l'évolution du taux de prévalence de patients pris en charge en DP.

• La DP et l'HDD sont aussi utilisées en attente de greffe. De fait, une greffe réussie permet de « sortir » le patient de dialyse, diminuant ainsi la file active en dialyse, ce qui constitue d'ailleurs un objectif à poursuivre aussi bien sur le plan médical et de la qualité de vie que sur le plan économique.

Certains de ces arguments rendent compte de freins au développement de la dialyse à domicile, mais n'expliquent pas pourquoi la dialyse à domicile est utilisée de manière extrêmement hétérogène d'une région à l'autre. Les pratiques et indications médicales varient classiquement d'une région à l'autre dans le système de santé, mais la variabilité atteinte ici est exceptionnelle, ce qui conduit à penser que la rationalité médicale joue peu en la matière. Quels sont alors les autres facteurs en jeu ?

Les autres facteurs explicatifs des disparités régionales

La préférence des patients

L'argument selon lequel la préférence des patients s'orienterait majoritairement, et de façon différente d'une région à l'autre, vers l'hémodialyse en centre est difficile à mobiliser, tant que l'information pré-dialyse n'est pas généralisée. Or, force est de constater que ce n'est pas le cas. Lorsque, dans les régions visitées, l'information pré-dialyse est correctement effectuée, le taux de nouveaux patients orientés en DP atteint aisément 15 %-20 %. Toutefois, tous les acteurs interrogés ont souligné que les mentalités avaient évolué. En dehors des aspects strictement logistiques (disposer de suffisamment d'espace à domicile, ne pas être isolé, etc.), le principe de la dialyse à domicile « fait rentrer la maladie au domicile ». À l'inverse, en se rendant au centre trois fois par semaine, avec taxi payé, etc., le patient éprouve une sorte de confort, de sentiment de sécurité, dans un cadre de gratuité maximale :

tout est délégué au centre. En outre, les néphrologues observent qu'il est très difficile de convaincre un patient de s'orienter vers une prise en charge à domicile quand il a connu le centre et qu'il a le choix. Mais les responsables des associations observent aussi que, souvent, le patient ne désire plus retourner dans un centre une fois qu'il a effectué la démarche de se prendre en charge à son domicile, car ce mode de prise en charge améliore sa qualité de vie et son autonomie. Il faut souligner que la façon de présenter les différentes modalités avant l'entrée en dialyse est fondamentale. À la clinique des maladies rénales de Lyon par exemple, les patients bénéficient, avant d'entrer en dialyse, de formations spécifiques aux différentes modalités et peuvent effectuer leur choix de façon réellement éclairée.

Les opinions des médecins

Les opinions des médecins ou les différentes « écoles » semblent jouer un plus grand rôle. Un article paru en 2009 a étudié le rôle de l'opinion du néphrologue sur les disparités régionales en matière de DP (Bouvier *et al.*, 2009). On a interrogé, d'une part, des néphrologues de deux régions présentant des taux élevés de patients pris en charge en DP et, d'autre part, des néphrologues de trois régions présentant de faibles taux de patients en DP. L'opinion sur le taux optimal de patients devant être pris en charge en DP différait significativement dans les deux groupes : respectivement 31 % et 25 % pour la prévalence de patients et 25 % et 19 % pour les nouveaux cas de patients. Par ailleurs, le taux optimal évoqué était en moyenne de 29 % dans les centres publics et de 14 % dans les centres privés. Malgré ces écarts, l'ensemble des néphrologues interrogés, dans toutes les régions, considéraient que la DP était sous-utilisée en France. Les principaux freins à la DP qui ressortent de cette enquête étaient : l'insuffisance d'infirmières pour les soins à domicile (48 %), l'insuffisance des tarifs pour les médecins (25 %), l'insuffisance de formation sur la DP (23 %), les difficultés quant aux possibilités de repli en centre (23 %) et le manque d'expérience (18 %).

L'enquête qualitative fait ressortir ces facteurs ainsi que d'autres. Nous les détaillons ici, dans l'ordre qui nous paraît refléter la majorité des avis recueillis.

Les contraintes financières

Le frein financier est toujours évoqué. Les tarifs de dialyse à domicile ne sont pas directement en cause car, en fin de compte, les structures associatives qui assurent la DP ne sont pas en très grande difficulté financière. Leur situation financière pourrait toutefois se dégrader si les tarifs continuent à stagner et que les coûts de consommables continuent à augmenter. En outre, il semble que cet équilibre financier résulte de l'activité en centre développée par les associations. Le problème semble plutôt résider dans le différentiel de marge entre dialyse en centre et dialyse hors centre et dans l'organisation de l'offre de soins. À la suite de la nouvelle réglementation de 2002, les derniers SROS ont cherché à organiser les filières et astreint les différents acteurs à proposer aux patients l'ensemble des modalités. Mais cela n'a pu résoudre le problème fondamental de l'organisation verticale du système et le fait que les centres d'hémodialyse publics et privés sont des entités distinctes des associations régionales de dialyse à domicile. Or chacun a sa propre logique économique dans un système tarifaire commun : la décision prise par les praticiens du centre d'hémodialyse d'adresser un patient hors centre, donc à l'association, fait perdre des recettes au centre. Cette logique, longtemps identifiée comme spécifique du secteur privé (s'ajoutant au problème de rémunération des néphrologues privés, voir ci-après), est aussi à l'œuvre depuis la mise en place de la T2A dans les établissements publics. De fait, il faut attendre que le centre soit totalement saturé pour que la réflexion sur le hors-centre soit envisagée positivement par l'établissement. On trouve d'ailleurs de très gros centres d'hémodialyse dans le secteur public, dans des CHU qui ne s'impliquent pas dans l'orientation des patients à domicile. Lors des entretiens, il nous a été confirmé que certaines directions d'établissement public faisaient pression pour que le service de néphrologie remplisse son centre de dialyse avant d'adresser des patients à l'association. Les associations de dialyse à domicile se trouvent donc en quelque sorte en compétition avec les cliniques et les établissements publics, de sorte que l'on se dirigerait vers la création de trois filières de soins « étanches ».

Cet état de fait est favorisé par le fait que les pouvoirs publics autorisent de nouvelles places en centre ces dernières années, parfois contre l'orientation donnée dans le SROS. D'après la base SAE, le nombre de postes en hémodialyse en centre pour adultes a en effet augmenté de 34,8 % entre 2004 et 2009, soit en moyenne 6,1 % par an, un taux supérieur à l'augmentation moyenne du nombre de patients en insuffisance rénale chronique terminale. Il semblerait, comme le remarque l'un des acteurs interrogés, que « tout se conjugue pour orienter tous les moyens vers les centres ». Ainsi, contrairement à ce qui était observé pour la chirurgie ambulatoire, les acteurs sont, dans le cas de la dialyse, très attentifs aux valeurs des tarifs et à leurs évolutions, et voient dans le système tarifaire un moteur essentiel des développements relatifs des différentes modalités de dialyse.

Un système désincitatif dans le secteur privé

En outre, les praticiens privés occupent une position particulière : ils bénéficient d'une rémunération spécifique pour le suivi des patients en centre (tarif CCAM : 38,35 euros par patient et par séance), mais pas pour le suivi des patients hors centre : seules des consultations peuvent être facturées, alors même que l'orientation d'un patient vers une dialyse en DP est très « chronophage ». Il est donc clair qu'il n'y a aucune incitation financière à réaliser de la dialyse à domicile en secteur privé. Le fait que, malgré tout, certaines cliniques de la région 2 assurent une activité de DP (éducation puis adressage à l'association et suivi en consultation) relève de choix individuels de professionnels qui sont motivés par un exercice médical couvrant l'ensemble de la discipline néphrologique. Les néphrologues privés interrogés qui assurent cette activité sont des professionnels convaincus de l'intérêt de la technique pour les patients. La question tarifaire n'entre pas, dans ces cas, en ligne de compte dans la décision médicale : une fois que les patients ont fait leur choix après l'information pré-dialyse, la DP est prescrite dès que possible. De fait, le secteur privé développe de façon très disparate la DP dans la région 2. Paradoxalement, lorsque l'une des cliniques a déposé à plusieurs reprises la demande pour réaliser elle-même la

DP, l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) a opposé un refus. Le paradoxe réside dans le fait que l'augmentation du nombre d'acteurs dans ce domaine ne pourrait que favoriser la technique, mais en même temps, une telle autorisation fragiliserait la structure financière de l'association régionale.

Le manque d'éducation et de formation des jeunes néphrologues

Un autre frein important soulevé est le manque d'éducation des jeunes néphrologues qui n'ont pas de formation concernant la DP et l'HDD. Il y a une lacune grave dans l'enseignement, qui pourrait être en partie levée par la possibilité pour les internes d'effectuer des stages dans les associations de dialyse à domicile. À défaut, les jeunes néphrologues vont manquer de l'expérience nécessaire, engageant le système dans un cercle vicieux : pas d'expérience donc pas de choix d'orientation du patient en DP donc pas d'expérience, etc. Car bien sûr, une méconnaissance de la technique de DP conduit le néphrologue à privilégier l'orientation en hémodialyse. Cette observation souligne la responsabilité essentielle des CHU dans leur rôle d'impulsion. La question des choix pris par le service de néphrologie du CHU a été citée à plusieurs reprises comme une clef de compréhension des orientations prises dans la région.

Des surcoûts pour les associations

Certains facteurs intrinsèques à l'activité de dialyse à domicile induisent des surcoûts, qui sont en augmentation et ne sont pas forcément couverts par les tarifs, mettant les associations en difficulté budgétaire : la norme réglementaire demandant à l'association de disposer d'un infirmier diplômé d'État (IDE) pour 10 patients en DP ; les poches de DP de plus en plus onéreuses ; les frais déboursés par l'association pour mettre aux normes électriques le domicile du patient, éventuellement adapter l'installation d'eau, etc. Il s'est avéré que dans les deux régions, de nombreux types de frais sont engagés par l'association pour faciliter la prise en charge à domicile. Dans la région 2, un service social est aussi actif dans des cas complexes. Ces prestations ne sont pas explicitement incluses dans les forfaits de dialyse, mais font partie des mesures favorisant le maintien du patient à domicile.

Les freins à l'intervention des infirmières libérales

Dans certaines zones rurales, il n'y a pas d'infirmières libérales pour les patients dialysés à domicile et demandant une assistance – ou alors elles sont surchargées. Il devient alors impossible de proposer une prise en charge en dialyse à domicile pour les patients non autonomes et dont le conjoint ou l'entourage ne peut pas assumer cette prise en charge. À cet égard, les associations soulignent que la situation a changé depuis les débuts de la dialyse à domicile : les patients ont vieilli, les besoins d'assistance croissent et les tarifs devraient en tenir compte. Cette observation ne retire rien à la recherche d'autonomie, mais il ne s'agit pas tant d'autonomie du patient que d'autonomie dans la prise en charge des soins et du générateur (pour lesquels il faut parfois proposer une assistance à domicile) qu'une autonomie professionnelle et sociale.

Dans le même ordre d'idée, de plus en plus de patients sont hébergés en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Or il est impossible pour une infirmière libérale d'intervenir pour l'assistance d'un patient en dialyse et les infirmières de l'EHPAD ne peuvent évidemment pas assurer ce soin. Au moins deux régions françaises ont pu négocier avec l'assurance maladie une dérogation pour autoriser cette intervention (Alsace et Languedoc Roussillon), mais dans la première région, cette absence de dérogation constituait un obstacle majeur. Les patients étaient alors orientés en centre.

Il en est de même pour l'hospitalisation à domicile (HAD) : l'assurance maladie considère que si l'infirmière intervient pour le patient dialysé, il y aurait triple facturation (avec le GHT d'HAD et le forfait de dialyse). Enfin, il n'existe pas d'acte infirmier à la nomenclature pour l'assistance d'un patient en HDD. Cette lacune freine l'orientation à domicile de patients qui souhaitent une telle modalité de prise en charge mais demandent une aide pour la ponction, le branchement et le débranchement. Dans la seconde région, c'est l'association qui rémunère les infirmières libérales pour cet acte.

D'autres facteurs peuvent expliquer quelques différences entre régions : l'isolement et la précarité sociale, la grande précarité du logement, la moyenne d'âge (avec l'observation que le conjoint vieillit en même temps que le patient, rendant parfois difficile son implication). En

résumé, le principal facteur expliquant de telles disparités régionales dans la prise en charge de la dialyse à domicile réside dans la personnalité et la conviction du néphrologue, même si les aspects tarifaires et réglementaires sont également très présents.

À l'inverse, on peut citer quelques facteurs favorisant la dialyse à domicile, d'après les personnes interrogées : la saturation des postes en centre d'hémodialyse ; l'existence de situations spécifiques où le patient a besoin de dialyses quotidiennes ou de dialyses longues, au mieux assurées en HDD ; la constitution d'une véritable équipe de néphrologues dans la région, soudée et expérimentée en dialyse à domicile — cette situation se rencontre dans quelques régions où le secteur privé n'est pas représenté en dialyse ; l'impulsion donnée par le CHU, quand celui-ci est favorable à cette orientation.

Quelques pistes pour développer la prise en charge de la dialyse à domicile

Sans prétendre régler ici un problème qui est chronique depuis vingt ans, les analyses présentées dans ce travail permettent d'identifier quelques pistes.

Le nœud réside dans l'orientation initiale vers le domicile et dans la conviction du praticien en charge du patient. Celui-ci a évidemment toute liberté pour choisir ce qui lui convient le mieux mais encore faut-il qu'il ait pris connaissance de l'ensemble des modalités possibles, de leurs avantages et inconvénients. Il faut donc que le médecin conseille son patient dans ce sens, pour éclairer son choix. Et il faut inciter le médecin à agir ainsi. Il faut qu'il soit lui-même convaincu que la prise en charge à domicile est une bonne option pour certains patients et qu'il s'agit d'une option faisable. Ceci soulève différentes questions :

- celle de la formation des jeunes néphrologues, et d'une expérience en dialyse, et notamment en association de dialyse ;
- celle des obstacles liés à la recherche de productivité des centres : comme les budgets sont séparés, le seul moyen de court terme envisageable paraît être une contrainte liée à des objectifs d'organisation des soins (par exemple : au moins x % des nouveaux patients orientés vers le domicile, etc.) ;
- celle du financement de l'éducation thérapeu-

tique pré-dialyse, avec intervention d'infirmières, d'assistantes sociales, de psychologues, de diététiciennes. Un objectif possible serait que tous les nouveaux patients bénéficient d'un passage dans une structure d'éducation pré-dialyse agréée par l'ARS.

Un autre ensemble de questions relatives aux financements porte sur la dialyse à domicile elle-même :

- le financement de l'acte infirmier d'intervention à domicile pour HDD (comme c'est déjà le cas pour la DP) ;
- la possibilité de prendre en charge un patient dialysé en EHPAD, avec facturation du forfait de DP ou d'HDD et possibilité d'intervention d'une infirmière libérale ;
- la possibilité qu'une infirmière libérale puisse intervenir en HAD pour un patient dialysé à son domicile ;
- la possibilité de prise en charge d'un patient en DP en SSR ;
- le financement d'activité médicale des néphrologues libéraux pour le suivi de patients à domicile ;
- la prise en compte dans les tarifs de dialyse à domicile pour les associations, des surcoûts engagés, et de leur évolution.

D'autres questions liées à l'organisation des soins peuvent être évoquées :

- les outils de télémédecine peuvent se révéler d'une grande aide pour le maintien à domicile ;
- l'organisation du repli vers le centre de patients à domicile en cas de problème ne doit pas être négligée.

Par ailleurs, il a été signalé qu'un frein technique pourrait être levé prochainement avec l'arrivée de machines d'HDD plus faciles à utiliser.

Moyennant la résolution de tous ces freins, les perspectives en matière de taux de prise en charge des patients à domicile (les deux modalités confondues) pourraient largement atteindre les 15 % de patients, ce qui signifie que le taux de nouveaux patients devrait être de l'ordre de 30 %-35 %. Cette estimation dépend évidemment de la situation initiale de la région.

Conclusion

Sur la nature des incitations et leur perception

Il existe donc plusieurs manières de moduler les tarifs (différents types pouvant se conjuguer) :

- augmenter les tarifs d'une année sur l'autre pour accompagner une politique nationale ;
- fixer des tarifs supérieurs aux coûts de l'ENC, par exemple pour les activités lourdes, pour s'assurer que les établissements concernés ne soient pas mis en difficulté financière ;
- faire varier certains tarifs relativement à d'autres indépendamment des coûts, par exemple pour rapprocher certains GHM d'hospitalisation complète de chirurgie des GHM ambulatoires correspondant. Cette dernière modalité, la plus utilisée dans nos deux exemples, paraît la moins lisible, d'après les acteurs interrogés. Les « avertis » regardent surtout l'écart entre tarifs en coûts, ainsi que les évolutions tarifaires annuelles en l'absence de données de coûts.

Pour qu'une incitation soit effective pour un établissement, il faut en réalité réunir plusieurs conditions :

- que l'incitation soit reconnue comme telle par les acteurs ;
- que l'établissement puisse observer que dans son cas, au regard de son schéma de production des soins, les conditions ayant présidé à l'incitation soient réunies (par exemple que ses coûts soient effectivement inférieurs aux tarifs) ;
- que l'établissement ait des marges de manœuvre de développement concernant l'activité sur laquelle porte l'incitation, au regard de ses possibilités internes, des contraintes de l'environnement, des contraintes de démographie médicale, etc.
- que ce développement corresponde à la stratégie de l'établissement ;
- enfin, il est vivement souhaitable que le type de prise en charge encouragée par l'incitation rencontre l'assentiment des professionnels et des patients, qu'il s'agisse d'améliorer l'orientation dans le système de soins, la qualité des soins délivrés, la qualité de vie des patients, etc. Pour atteindre ces objectifs, l'idéal est donc de mener de front plusieurs modalités et ce, en cohérence avec le discours officiel. Le cas exemplaire est celui de la chirurgie ambulatoire pour certains « couples » de GHM, en tout cas jusqu'en 2009 : le tarif du GHM ambulatoire était supérieur au coût de l'ENC alors que le tarif du GHM d'hospitalisation correspondant lui était inférieur, les deux valeurs de tarifs ont évolué en se rapprochant, voire en s'égalisant, avec en outre une augmentation du tarif du GHM ambu-

latoire par rapport à l'année précédente. Tout ceci s'accompagnait d'un discours volontariste constant de la part du ministère en charge de la Santé et de l'assurance maladie. Mais force est de reconnaître que ce cas est rare et que même dans le cas de la chirurgie ambulatoire, la situation a été modifiée en 2010 avec une baisse des tarifs de certains GHM ambulatoires pratiqués de manière courante, dans le secteur public comme dans le secteur privé, pour des raisons différentes. Le rapport 2010 du ministère de la Santé sur la convergence tarifaire souligne d'ailleurs cette contradiction entre certaines décisions prises en matière de rapprochement tarifaire entre secteur public et secteur privé et les orientations prises au nom des priorités de santé publique. Trois des établissements visités pour l'enquête sur la chirurgie ambulatoire disposaient par ailleurs de données de coûts suffisamment détaillées pour juger de la « rentabilité » de l'activité ambulatoire. Il ne ressortait pas de ces analyses que l'activité ambulatoire était particulièrement bénéficiaire. En revanche, l'augmentation induite des recettes était dans une dynamique positive. Ainsi, l'incitation réside davantage dans la mécanique générale de la T2A qui engage à augmenter son activité, que dans la finesse de l'évolution des tarifs des GHS concernés. Il faut aussi rappeler que la procédure de mise sous accord préalable de l'assurance maladie a davantage marqué les esprits et les comportements dans les établissements que les mouvements tarifaires, qui sont très peu connus. Dans le domaine de la dialyse à domicile, les incitations ont paru trop modestes pour être perceptibles et pour venir modifier les comportements. Pourtant, deux des modalités d'incitation ont été utilisées : augmentation d'une année sur l'autre, évolution différenciée des tarifs de dialyse à domicile et d'hémodialyse en centre. Mais il semble que les tarifs de dialyse à domicile ne soient pas supérieurs aux coûts. Et alors que les incitations tarifaires (modestes) ont porté sur les modalités de dialyse à domicile, l'ensemble des acteurs perçoit que la T2A encourage l'hémodialyse en centre. De fait, là aussi, la T2A joue un rôle incitatif par sa mécanique générale visant à l'augmentation d'activité, les centres d'hémodialyse cherchant en priorité à occuper leurs postes.

Est-ce à dire que toute politique tarifaire incitative serait inutile ? On ne peut pas tirer cette

conclusion au regard des éléments rassemblés ici, puisqu'en quelque sorte, ces politiques incitatives ne sont pas allées jusqu'au bout de leur logique ou en tout cas ont été perçues ainsi. On peut tout au plus noter que le maniement de l'outil tarifaire à des fins d'incitation est complexe et difficile. On peut surtout identifier quelques conditions de succès d'une politique incitative :

- garder une cohérence complète entre les différents outils tarifaires disponibles, le discours politique et les autres modalités d'action des pouvoirs publics (organisation des soins, actes réglementaires, etc.);
- maintenir cette politique dans le temps, sans mesure contradictoire;
- en évaluer les effets et faire connaître les résultats de ces évaluations.

Pour la chirurgie ambulatoire, c'est quasiment le cas sauf que les incitations ciblées ont été noyées dans le mouvement général des modifications de la grille tarifaire des GHS sur les années étudiées et que les tarifs de principaux GHS de chirurgie ambulatoire ont baissé en 2010. Pour la dialyse à domicile, aucune de ces conditions n'a véritablement été remplie.

Il se pose aussi la problématique du partage de l'économie attendue d'une orientation des organisations et des pratiques vers une plus grande efficacité : en chirurgie ambulatoire, l'assurance maladie a récupéré une partie de l'économie *via* une baisse tendancielle des tarifs, mais les établissements gardent une marge par rapport aux coûts. En dialyse à domicile, la question se pose dans le cadre de la politique actuelle de développement des modalités de dialyse à domicile.

Sur les leviers d'actions pour produire un changement de pratiques

La question principale posée par les deux thèmes analysés porte sur la manière de changer les comportements et pratiques de soins, à résultat médical identique (voire résultat meilleur en termes de qualité des soins et qualité de vie) et alors qu'il existe des recommandations claires sur les indications des techniques concernées.

Il faut rappeler que tous les patients ne peuvent pas être pris en charge en chirurgie ambulatoire : il existe des contre-indications médicales et des limitations liées à l'environnement social et géographique. De même, en ce qui concerne la dialyse, les contraintes pour proposer à un

patient une prise en charge en DP ou en HDD sont nombreuses. La tarification ne pourra avoir d'effet sur des obstacles de nature médicale, socio-économique ou sur le choix des patients. Dans le domaine de l'insuffisance rénale par exemple, on sait que la transplantation rénale est une alternative plus pérenne, mieux acceptée que la dialyse et qu'elle répond aux critères d'amélioration de l'efficacité et de la qualité de vie des patients. La tarification a accompagné aussi ce volet de la prise en charge, mais d'autres types de freins existent, essentiellement l'accès aux greffons. Or une augmentation massive des tarifs ne permettra pas d'augmenter massivement le nombre de greffons.

Il reste qu'il existe une frange supplémentaire de patients équivalents sur le plan médical et social qui pourraient bénéficier de ces prises en charge. En ce qui concerne la dialyse à domicile, l'existence de fortes disparités régionales souligne la marge de développement qui existe dans les régions présentant de faibles taux de prise en charge en DP et HDD. Nous avons vu que les éléments tarifaires jouaient un grand rôle mais qu'une politique volontariste en faveur de la dialyse à domicile devrait mobiliser bien d'autres outils : formation des néphrologues, mise en place de plates-formes d'éducation thérapeutique pré-dialyse, réglementation sur les interventions des infirmières libérales en EHPAD, etc. Le volet tarifaire, qui doit s'astreindre à couvrir correctement les prestations offertes par les structures de dialyse à domicile, ne constitue qu'une brique parmi d'autres.

Concernant la chirurgie ambulatoire, des rapports soulignent régulièrement que le développement doit se poursuivre; les pouvoirs publics insistent sur ce point chaque année, et les prochains SROS devraient inscrire cette action comme l'une des priorités dans la recherche de l'efficacité. Comment donc aller plus loin dans ce développement si ardemment souhaité? Les tarifs sont-ils en fin de compte un levier important ou faut-il avant tout agir sur d'autres facteurs de blocage? L'un des enseignements de l'étude qualitative sur la chirurgie ambulatoire indique que l'organisation hospitalière, si elle met souvent un certain temps pour se mobiliser sur un projet, produit des résultats positifs, à partir du moment où démonstration est faite que la nouvelle organisation est plus satisfaisante pour les patients. Il y a une période d'adaptation, d'appropriation, après quoi la prise en charge nouvelle est adoptée, voire exi-

gée, devenant la « norme » de prise en charge. Dans ce lent processus, les tarifs semblent jouer un rôle assez mineur, mais contribuent d'une politique d'ensemble.

Dans cette appropriation de nouveaux types de prise en charge, le médecin garde un rôle prédominant en posant les indications, en présentant à son patient les options en présence, etc. Les effets d'école jouent leur part, les systèmes de rémunération aussi. Sur ce plan, à partir des deux exemples analysés dans cette étude, on observe une situation contrastée : la décision médicale prime sur les autres considérations en chirurgie ambulatoire, même si la pression des pouvoirs publics (accord préalable, tarifs, communication) joue un rôle de modificateur des comportements sur le moyen

terme. Mais à l'inverse, dans le domaine de la dialyse à domicile, les aspects économiques l'emportent globalement sur la seule logique médicale.

Les études réalisées sur les méthodes de changements de pratiques professionnelles soulignent qu'il faut surtout adopter une approche globale, associant élaboration consensuelle des règles par les professionnels eux-mêmes, formations, retours d'information et contrôles, incitations financières positives ou négatives, réglementations, travail fin sur les organisations locales (De Pourville, 1997). À cet égard, jusqu'à présent, les différentes mesures prises sur la chirurgie ambulatoire sont plus en phase avec cette notion d'approche globale que celles prises sur la dialyse à domicile.

Bibliographie

- Blotière P.-O., Tuppin P., Weill A., Ricordeau P. et Allemand H., 2010, « Coût de la prise en charge de l'IRCT en France en 2007 et impact potentiel d'une augmentation du recours à la dialyse péritonéale et à la greffe », *Néphrologie et Thérapeutique*, n° 6, p. 240-247.
- Bouvier N., Durand P.-Y., Testa A., Albert C., Planquois V., Ryckelynck J.-P. et Lobbedez T., 2009, "Regional discrepancies in peritoneal dialysis utilization in France: the role of the nephrologist's opinion about peritoneal dialysis", *Nephrology Dialysis Transplantation*, n° 24, p. 1293-1297.
- Cash E., Cash R. et Dupilet C., 2011, "Étude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires. Rapport final.", *Document de travail*, DREES, série Études et recherche, n°XXX.
- Chantrel F., Lassalle M., Choucoud C. et Frimat L., 2010, « Démarrage d'un traitement par dialyse chronique en urgence. Quels patients ? Quelles conséquences ? » *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 9-10 mars.
- Couchoud C., Savoye E., Frimat L., Ryckelynck J.-P., Chalem Y. et Verger C., 2008, "Variability in case mix and peritoneal dialysis selection in fifty-nine french districts", *Peritoneal Dialysis International*, n° 28, p. 509-517.
- D'Andon A., Greneche S. et Faller B., 2002, « Modélisation de l'offre de soins dans le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale », *Néphrologie*, n° 23, A173, 299.
- Direction générale de l'offre de soins (DGOS), 2010, *Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité*, Ministère de la Santé et des Sports, octobre.
- Ellis R.P. et McGuire T.G., 1986, "Provider Behaviour under Prospective Payment Reimbursement: Cost Sharing and Supply", *Journal of Health Economics*, n° 5(2).
- Henriot D., 2001, "Paiements prospectifs, tarification à la pathologie, concurrence par comparaison: fondements théoriques", in « La régulation des dépenses de santé », *Dossiers solidarité et santé*, janv.-mars.
- Jacquelinet C., Ekong, E. et Labeeuw M., 2010, « Évolution des modalités de traitement de suppléance de l'insuffisance rénale terminale en France entre 2005 et 2008 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 9-10 mars.
- Kessler M. et Loos-Ayav C., 2010, « Évolution dans le temps des caractéristiques des patients en insuffisance rénale chronique terminale lors de l'initiation du traitement de suppléance par dialyse, France, 2004-2007 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 9-10 mars.
- Lobbedez T., Lecouf A., Ficheux M., Henri P., Hurault de Ligny B. et Ryckelynck J.-P., 2008, « Is rapid initiation of peritoneal dialysis feasible in unplanned dialysis patients? A single-centre experience », *Nephrology Dialysis Transplantation*, n° 23 : 3290-3294.
- Pépin M. et Moisson J.-C., 2010, « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé », *Dossier solidarité et santé*, DREES, n° 16.
- de Pourville G., 1997, « Peut-on réduire l'hétérogénéité des pratiques médicales ? », in Saily J.-C. et Lebrun T. (sous la dir. de), *Dix ans d'avancées en économie de la santé*, John Libbey.
- Or Z. et Renaud T., 2009, « Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital: enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères », *Document de travail*, IRDES, n° 23, mars.
- Shleifer A., 1985, « A theory of Yardstick Competition », *The RAND Journal of Economics*, n° 16(3).

Remerciements

- Dr Jean-Pierre Blériot, Direction générale de l'organisation des soins (DGOS)
- Dr Cécile Couchoud, Dr Christian Jacquelinet, Dr Nadine Ribet-Reinhart, Mathilde Lassalle, Agence de Biomédecine
- Frédéric Bousquet, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
- Dr Christian Verger, responsable du registre de dialyse péritonéale de langue française
- Stéphanie Rousval, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)
- Dr Jean-Paul Ortiz, Président du syndicat des néphrologues libéraux

Et l'ensemble des personnes ayant bien voulu répondre à nos questions lors des enquêtes sur site.

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

Directrice de publication : Anne-Marie Brocas
Secrétariat de rédaction : Élisabeth Hini ; Mise en page : La Souris

ISSN: 1958-587X
