Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Inspection générale
des finances

N° 2015-M-053

Inspection générale des
affaires sociales

N° 2015-117R

RAPPORT

DÉVELOPPEMENT DES PRISES EN CHARGE HOSPITALIÈRES AMBULATOIRES DE MÉDECINE

Établi par

LAURE DELTOUR-BECQ
INSPECTRICE DES FINANCES

JEROME D'HARCOURT
INSPECTEUR DES FINANCES

SOUS LA SUPERVISION DE
JEAN-FRANÇOIS VERDIER
INSPECTEUR GENERAL DES FINANCES

AVEC LE CONCOURS DE
LEA BOUDET
ASSISTANTE DE VERIFICATION

CHRISTIAN DELAVAQUERIE
INSPECTEUR GENERAL DES AFFAIRES SOCIALES

MIREILLE ELBAUM
INSPECTRICE GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES

- FÉVRIER 2016 -

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

Inspection Générale
des Affaires Sociales

SYNTHESE

Par lettre de mission du 25 juin 2015, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le ministre des finances et des comptes publics ont demandé à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale des finances (IGF) d'évaluer « *les enjeux, les conditions et les moyens* » dans lesquelles pourraient être développées les prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine.

Après avoir défini un périmètre d'étude correspondant à la médecine programmée, la mission a conduit ses travaux en trois temps :

- elle a d'abord caractérisé l'activité de médecine sans nuitée, à partir de comparaisons par âge, régions et catégories d'établissement et en retraçant les grandes évolutions par GHM[1] ;
- la mission a ensuite analysé les enjeux liés au développement des hôpitaux de jour. Elle a dans ce cadre examiné les modes d'organisation des unités d'hospitalisation de jour en médecine et les a resitués dans le *continuum* des prises en charge allant des soins dispensés en établissements de santé aux prises en charge à domicile. Elle a également recensé les freins au développement des hôpitaux de jour, en réalisant en particulier un bilan de l'instruction dite « frontière »[2], qui constitue un point de tension majeur entre les acteurs ;
- la mission a enfin proposé une méthode pour engager le virage ambulatoire de médecine à l'hôpital qui repose :
  - d'une part, sur une approche territoriale invitant les établissements de santé à conduire un examen systématique de leurs courts séjours et de leurs séjours forains, sous l'égide des agences régionales de santé (ARS) ;
  - d'autre part, sur l'élaboration de référentiels de prise en charge par la Haute autorité de santé (HAS) et les sociétés savantes, complétés par la publication de guides organisationnels et médico-économiques.

****

Tout d'abord, pour définir l'activité susceptible en première analyse de relever de l'hôpital de jour, la mission a identifié un périmètre se rapportant à la médecine programmée, et l'a validé avec l'ensemble des acteurs concernés. Ce périmètre incluait, en 2014, 3 069 410 séjours de médecine, dont 1 316 050 réalisés sans nuitée. **Sur ce périmètre, le taux de séjours sans nuitée est de 42,9 %, contre seulement 25,2 % lorsque celui-ci est calculé sur l'ensemble des séjours de médecine.** S'y ajoutent 3 087 345 séances, dont les chimiothérapies représentent plus des neuf dixièmes, qui correspondent exclusivement à des prises en charge sans nuitée.

L'activité de médecine sans nuitée[3] est hétérogène dans son contenu et varie selon les spécialités, les tranches d'âge, les régions et les types d'établissements :

- pour la majorité des domaines d'activité, elle concerne 30 à 60 % des séjours, cette proportion étant plus faible pour le domaine « Digestif » (26,1 %) ;

---

[1] Groupe homogène de malades.

[2] Instruction DGOS/R n° 2010 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjours (GHS) pour les prises en charge hospitalière de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

[3] Hors séances.

- les séjours sans nuitée sont en majorité concentrés sur les 18 - 74 ans, les différences par tranche d'âge tenant plus aux longs qu'aux courts séjours ;
- les écarts régionaux de taux de séjours sans nuitée peuvent, quant à eux, aller jusqu'à 30 points entre régions métropolitaines, et opposent d'un côté l'Île-de-France et le Nord–Pas de Calais et, de l'autre le Limousin, le Centre-Val de Loire et la Corse ;
- les établissements du secteur ex-DG[4] concentrent l'essentiel des séjours sans nuitée de médecine, qui sont en proportion réduite dans les cliniques et les centres de lutte contre le cancer ; l'activité de médecine programmée ne semble donc pas y avoir fait l'objet du même investissement en matière de prises en charge sans nuitée que la médecine interventionnelle ou les séances.

Par ailleurs, en 2014 plus de 300 000 séjours et séances sans nuitée ont été réalisés dans des structures d'hospitalisation complète (séjours dits « forains »), ce qui correspond à un taux de séjours forains de 13,4 % et un taux de séances foraines de 4,6 %. Les deux domaines d'activité plus particulièrement concernés sont les domaines « Digestif » et « Cardio-vasculaire ».

L'analyse par GHM révèle quant à elle l'absence d'évolution homogène depuis 2009, ainsi qu'une forte concentration des séjours sur quelques GHM. Elle laisse penser que les marges de progression de l'hospitalisation de jour sont limitées dans la mesure où les GHM qui comptent le plus de séjours sont ceux dont le taux de séjours sans nuitée est le plus élevé. **Un examen des nombres de séjours de zéro, une et deux nuitées par racine de GHM permet toutefois d'identifier des marges de développement de l'activité en hôpital de jour, en tenant compte des effets de seuil entre GHM**. Des priorités de travail pour l'élaboration de référentiels (cf. *infra*) peuvent être ciblées, en particulier sur les domaines d'activité « Digestif » « Cardio-vasculaire » et « Pneumologie ».

La mission a en deuxième lieu souligné que le développement des hôpitaux de jour suppose la mise en place d'organisations adaptées prenant en compte l'ensemble de leur environnement.

L'hospitalisation de jour de médecine est une notion imprécise, définie, du point de vue de la facturation, par opposition aux activités de soins externes. **Cette imprécision conduit à une diversité d'appréciation et d'organisation selon les établissements**, qui reflète celle des objectifs ayant présidé à la mise en place des hôpitaux de jour et de la conception que les acteurs en ont par rapport à l'offre de ville.

Les prises en charge en hôpital de jour supposent une organisation « millimétrée » en matière de planification, de programmation et de coordination. Le rôle des personnels infirmiers, et particulièrement de l'encadrement soignant, est essentiel en la matière. Cette organisation est d'autant plus importante qu'il n'y a pas, en médecine, de lieu pivot comme le bloc opératoire en chirurgie. Elle repose sur des modalités d'entrée et de sortie efficaces et rapides, et suppose une coordination forte de l'ensemble des acteurs, notamment pour garantir l'accession aux plateaux techniques.

[4] Etablissements de santé du secteur public anciennement financés sous dotation globale (DG).

L'hôpital de jour de médecine s'inscrit par ailleurs dans un *continuum* de prises en charge, dont il convient de tenir compte dans ses projets de développement. Au-delà de son interface avec l'hospitalisation conventionnelle, il participe d'un ensemble de prises en charge constituant des alternatives à l'hospitalisation complète (HAD[5], SSR[6]) ou visant à assurer un suivi spécialisé, coordonné ou pluridisciplinaire, notamment pour des patients touchés par des pathologies lourdes, complexes ou multiples. Ces différents modes de prise en charge sont à « géométrie variable », ce qui conduit à des positionnements différenciés des configurations d'hôpital de jour rencontrées, qui vont parfois au-delà de leur « cœur de métier ».

Ces positionnements sont appelés à être modifiés à l'avenir par une série d'innovations techniques, technologiques et thérapeutiques, ainsi que sous l'effet du vieillissement de la population.

Les possibilités de développement de l'hôpital de jour sont enfin tributaires des caractéristiques socio-économiques des populations (précarité, isolement, éloignement géographique) et de l'environnement qui existe en « amont » et en « aval », en termes de transports, d'hébergement et de suivi médico-social.

S'il n'est pas souhaitable de « normer » l'activité ou l'organisation des hôpitaux de jour, des précisions devraient donc être apportées pour les inscrire clairement dans leur environnement. Le développement de l'hôpital de jour devrait être structuré par les pouvoirs publics et accompagné auprès des acteurs concernés (ARS et établissements). Il devrait s'inscrire dans le cadre des réflexions portant sur la structuration de l'offre de soins en réponse aux besoins de santé territoriaux, et notamment de celles relatives aux groupements hospitaliers de territoires (GHT).

La mission a constaté que le principal frein au développement de l'hôpital de jour est le risque de requalification en actes et consultations externes lié aux incertitudes d'application de l'instruction dite « frontière » du 15 juin 2010 précitée, qui précise les conditions de facturation d'un groupe homogène de séjours (GHS) en hôpital de jour.

Les ambiguïtés d'interprétation auxquelles cette instruction donne lieu induisent une insécurité juridique et un risque financier pour les établissements, liés à l'éventuelle requalification en actes et consultations externes de certains de leurs séjours hospitaliers. Ces risques non maîtrisés de requalification peuvent conduire à des stratégies de contournement consistant notamment à privilégier l'hospitalisation complète ou à multiplier les actes en hospitalisation partielle.

Les contrôles externes de tarification à l'activité (T2A) de l'Assurance maladie sont à cet égard très concentrés sur le champ des « actes et consultations externes facturés en hospitalisation de jour et séances ». Leur pression s'exerce plus fortement sur cette priorité que sur les autres champs de contrôle, sans que les contrôles pratiqués soient réellement dissuasifs. Les résultats de ces derniers ne donnent lieu qu'à un suivi quantitatif, en vue de l'évaluation chiffrée des préjudices financiers, mais à aucune analyse qualitative, ni à un suivi des motifs de fond invoqués lors des contentieux devant les tribunaux.

La mission émet donc une série de recommandations pour « remettre du lien entre les acteurs » dans le cadre des contrôles T2A et clarifier l'instruction frontière, afin de sécuriser le développement de l'hôpital de jour.

Les questions tarifaires doivent être considérées sous deux aspects.

---

[5] Hospitalisation à domicile.

[6] Soins de suite et de réadaptation.

Les obstacles liés à la facturation d'un GHS en hôpital de jour sont limités, et ne peuvent être analysés sans examen concomitant des différentiels de coûts, puisque les transferts de prises en charge depuis l'hospitalisation complète se traduisent par des diminutions de coûts pour les établissements de santé lorsqu'y sont associées des réorganisations adéquates. La tarification des GHM sans nuitée n'a du reste pas été invoquée par les établissements comme un frein réel au développement de l'hôpital de jour.

Nonobstant une meilleure organisation de la médecine de ville, il existe en revanche des soins externes longs, complexes et coordonnés dont la prise en charge a vocation à être réalisée en milieu hospitalier et pour lesquels la tarification actuelle, identique à celle des soins de ville, n'est pas adaptée au regard des moyens engagés. Sont en particulier mal reconnus et financés les contenus de certaines consultations de médecine longues et complexes, les coordinations auxquelles elles donnent lieu, les prestations de professions comme les psychologues ou les diététiciens, ou certains actes innovants pratiqués en milieu hospitalier. Jusque-là seules des réponses partielles et fragmentées ont été apportées à ce problème, essentiellement à travers la mobilisation des missions d'intérêt général (MIG).

Ces problèmes de tarification majorent l'effet dissuasif du risque de requalification en actes et consultations externes quant au développement des prises en charge en hôpital de jour. **La réflexion sur l'évolution tarifaire de ces soins longs, complexes, innovants et/ou coordonnés réalisés à l'hôpital devrait donc être conduite concomitamment à celles portant sur la clarification de l'instruction frontière.** Différentes évolutions tarifaires sont possibles, dont la gradation va de la définition de prises en charge « intermédiaires » à une réforme d'ensemble de la tarification. La mission n'a pas été en mesure de les expertiser, mais a tenté de les identifier et de proposer une première synthèse de leurs avantages et inconvénients.

Une démarche d'ensemble visant à développer l'hôpital de jour comme élément d'un nouveau modèle de référence fondé sur les prises en charge ambulatoires ou alternatives à l'hospitalisation complète est préconisée par la mission à la fois au niveau territorial et au niveau national.

Au niveau national, l'impulsion à donner au virage ambulatoire de médecine implique un lancement officiel, susceptible de mobiliser l'ensemble des acteurs, ainsi que l'installation d'un comité stratégique national chargé de piloter et coordonner la démarche, présidé par une personnalité qualifiée, et associant des représentants des professionnels de santé et des associations de patients.

Par-delà ce signal, **l'action des pouvoirs publics au niveau national passe par la poursuite de trois axes prioritaires :**

- **la clarification et l'actualisation de l'instruction frontière** (cf. *supra*) ;
- **l'élaboration de référentiels de prise en charge.** Les sociétés savantes et la Haute autorité de santé (HAS) devraient être mobilisées pour définir ces référentiels de prise en charge, aider les établissements dans leur démarche et leur permettre d'avoir une approche systématique par spécialité et type de prise en charge. Ces référentiels devraient porter, à l'image de ce qui a été initié dans la filière « cancer » sur l'ensemble de la « chaîne » des prises en charge destinées à être réalisées en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour, en hospitalisation à domicile ou en ville ;
- **la diffusion de guides organisationnels et médico-économiques**. L'élaboration de ces guides devrait permettre aux acteurs d'appréhender et de développer plus facilement l'hôpital de jour de médecine. Elle devra être articulée avec la démarche méthodologique d'accompagnement des établissements engagée par l'ANAP sur la période 2015 - 2017.

Au niveau territorial, le développement des hôpitaux de jour de médecine suppose qu'une action soit engagée dès à présent pour en définir les modalités dans le cadre d'une stratégie co-construite entre les établissements de santé et les ARS. La mission préconise de confier aux établissements la responsabilité de mener une analyse au niveau local des marges de progression dont ils disposent, en lien étroit avec leurs équipes médicales et soignantes, et aux ARS celle de piloter cette démarche, en s'appuyant sur une analyse comparative des établissements, à la fois sur leur territoire et dans un cadre plus large. La mission propose des grilles d'analyses comparatives par racine afin de faciliter l'engagement de ces travaux.

Dans ce cadre, l'intégration du virage ambulatoire de médecine aux dispositifs de contractualisation mis en œuvre par les ARS devrait être renforcée, notamment en identifiant un volet « hospitalisation de jour de médecine » dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre ARS et établissements. La mise en œuvre de cette politique implique que soient construits et suivis, au niveau national comme territorial (CPOM entre Etat et ARS), un ensemble d'indicateurs dont la mission propose la liste et le contenu.

En ce qui concerne l'analyse du potentiel de développement des hôpitaux de jour, la mission a d'abord identifié les séances et séjours forains, réalisés sans nuitée en unité d'hospitalisation complète, comme en étant constitutifs. **Il est à cet égard nécessaire que les ARS engagent, en lien avec les établissements concernés, un examen systématique de la pertinence de ces 300 000 séances et séjours forains**.

Pour le reste de ce potentiel, essentiellement constitué d'une fraction des courts séjours, il n'est pas pertinent, compte tenu des caractéristiques de l'activité hospitalière de médecine et de sa « porosité » avec la médecine de ville**, de définir des « taux cible de médecine ambulatoire », qui pourraient entraîner des effets pervers ou non maîtrisés.**

En outre, seule la publication de référentiels cliniques élaborés par spécialité rendra possible une évaluation d'un potentiel de développement de l'hospitalisation de jour au niveau national. Il dépendra à la fois du transfert de séjours actuellement réalisés en une ou deux nuitées, des activités de soins qui pourront être prises en charge à domicile (par exemple en matière de chimiothérapie) et des projets d'activité complémentaires qui pourraient être développés. Dans l'attente de ces référentiels, et dans le cadre de l'approche territoriale préconisée, **les établissements de santé sont invités à conduire, sous l'égide des ARS, un examen systématique de leurs courts séjours**.

En complément, afin de guider le questionnement et la réflexion des acteurs, ont été réalisées des simulations de potentiel de développement reposant sur des hypothèses conventionnelles, et dont la portée reste illustrative. Elles portent respectivement sur l'application à la médecine d'hypothèses globales de taux de transfert des séjours d'une ou deux nuitées vers l'hôpital de jour et sur des hypothèses d'alignement, racine par racine, des taux de séjours sans nuitée, dans les établissements où ils sont inférieurs, sur la moyenne de ceux situés au-dessus de la médiane ou du troisième quartile.

Ces exercices ont vocation à être adaptés en fonction des racines de GHM, des types d'établissements et des territoires en fonction des hypothèses retenues par les acteurs, et à être complétés par une vision dynamique permettant d'envisager l'inscription dans le temps de ces évolutions.

L'estimation des économies qui pourraient être réalisées dépendra de la situation de chaque établissement, et doit prendre en compte un ensemble de facteurs (résultat de l'examen des séjours, redimensionnement capacitaire, analyse territoriale).

Afin de permettre aux acteurs de s'approprier la démarche, la mission a enfin synthétisé sous forme de « feuille de route » ses recommandations pour assurer un développement judicieux des prises en charges hospitalières ambulatoires de médecine dans le cadre du virage ambulatoire à l'hôpital.

La mise en œuvre de cette feuille de route devrait être conduite de façon concertée, en y associant les sociétés savantes, les représentants des professionnels et les associations de patients. Certaines de ces actions peuvent être engagées dès à présent par les ARS en lien avec les établissements**,** de manière à ce qu'ils s'approprient la démarche en vue de sa contractualisation dans les prochains CPOM.

La déclinaison de cette feuille de route est présentée en conclusion du présent rapport dans un tableau récapitulatif reprenant les propositions détaillées dans ses annexes.

SOMMAIRE

INTRODUCTION **1**

1. L'ACTIVITE DE MEDECINE SANS NUITEE A L'HOPITAL REPRESENTE 43 % DES SEJOURS DE MEDECINE PROGRAMMEE **3**

1.1. La définition d'un périmètre de médecine programmée, en lien avec les acteurs, conduit à réévaluer le taux de séjours sans nuitée en 2014 de 25 % à 43 % 3

1.1.1. Sur l'ensemble du périmètre des séjours de médecine, le taux de séjours sans nuitée de l'activité de médecine s'élève à 25 % *3*

1.1.2. La mission a défini un périmètre de médecine programmé validé avec l'ensemble des interlocuteurs rencontrés *3*

1.1.3. Les séances retenues dans le périmètre de la mission sont à plus de 90 % des chimiothérapies *5*

1.1.4. Hors séances, sur le périmètre de l'activité de médecine programmée, le taux de séjours sans nuitée s'élève à 43 % *6*

1.2. L'activité de médecine sans nuitée, hors séances, est hétérogène dans son contenu et diversement pratiquée selon les régions et les types d'établissements 7

1.2.1. L'activité de médecine sans nuitée concerne pour la majorité des domaines d'activité de 30 à 60 % des séjours *7*

1.2.2. Près de 170 000 séjours de médecine sans nuitée et 130 000 séances sont réalisés de manière « foraine » *8*

1.2.3. Les taux de séjours sans nuitée comme ceux d'une et deux nuitées varient fortement selon les tranches d'âge, les régions et les catégories d'établissements *9*

1.2.4. Les GHM concernés par l'activité de médecine en hôpital de jour peuvent comporter en totalité ou partiellement des séjours sans nuitée, avec des évolutions différenciées *13*

1.3. La croissance du nombre de places de médecine ne s'est pas accompagnée d'une diminution du nombre de lits, et les différences régionales restent marquées en ce qui concerne les capacités d'hospitalisation 16

2. LE DEVELOPPEMENT DES HOPITAUX DE JOUR SUPPOSE LA MISE EN PLACE D'ORGANISATIONS ADAPTEES PRENANT EN COMPTE L'ENSEMBLE DE LEUR ENVIRONNEMENT **18**

2.1. L'hospitalisation de jour de médecine est une notion imprécise, tant dans son contenu que dans son organisation, qui conduit à une diversité d'appréciations par les établissements de santé 18

2.1.1. Du point de vue de la facturation, l'hospitalisation de jour de médecine est définie par opposition aux activités externes *18*

2.1.2. Cette définition imprécise des objectifs et des activités de l'hôpital de jour conduit à une diversité d'appréciations par les acteurs et à des modes d'organisation variables selon les établissements *19*

2.1.3. Les prises en charge en hôpital de jour supposent une organisation « millimétrée », en particulier en matière de planification, de

programmation et de coordination, selon des modalités qui peuvent être variées *20*

2.2. L'hôpital de jour de médecine s'inscrit dans un *continuum* de prises en charge dont il convient de tenir compte dans ses projets de développement 20

2.2.1. Le positionnement de l'hôpital de jour est variable selon les filières de soins et les territoires *20*

2.2.2. Le positionnement de l'hôpital de jour est appelé à être modifié par une série d'innovations techniques, technologiques et thérapeutiques ainsi que sous l'effet du vieillissement de la population *21*

2.2.3. Le développement effectif, le coût et la qualité des prises en charge associées à l'hôpital de jour sont tributaires d'un « environnement » dont l'évolution doit être organisée en parallèle *22*

2.2.4. Le positionnement de l'hôpital de jour mériterait d'être plus clairement établi, partagé entre les acteurs et intégré aux réflexions territoriales *22*

3. LE PRINCIPAL FREIN AU DEVELOPPEMENT DE L'HOPITAL DE JOUR EST LE RISQUE DE REQUALIFICATION EN ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES LIE AUX INCERTITUDES D'APPLICATION DE L'INSTRUCTION DITE « FRONTIERE »..... 24

3.1. L'instruction frontière et son application sont perçues par les acteurs comme un obstacle majeur au développement de l'hôpital de jour 24

3.1.1. L'instruction frontière vise à préciser les conditions de facturation d'un GHS en hôpital de jour *24*

3.1.2. Les ambiguïtés d'interprétation et d'application de l'instruction frontière et les risques financiers induits par la requalification en actes et consultations externes freinent le développement de l'hôpital de jour *26*

3.1.3. Les contrôles externes T2A se concentrent fortement sur le champ des « actes et consultations externes facturés en hospitalisation de jour et séances » *26*

3.2. Les problèmes tarifaires concernent essentiellement la tarification de certains soins longs, complexes, innovants et/ou coordonnés réalisés en milieu hospitalier 27

3.2.1. Les obstacles tarifaires liés à la facturation d'un GHS en hôpital de jour sont limités et ne peuvent être analysés sans examen concomitant des différentiels de coûts *28*

3.2.2. Un problème de tarification existe pour certains soins longs, complexes, innovants et/ou coordonnés réalisés à l'hôpital, qui majore l'effet dissuasif des risques de requalification *29*

4. UNE IMPULSION NATIONALE DEVRAIT ETRE DONNEE, UNE APPROCHE TERRITORIALE CONDUITE PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE SOUS L'EGIDE DES ARS, ET DES REFERENTIELS DE PRISE EN CHARGE ELABORES EN PREALABLE A LA DEFINITION D'UN POTENTIEL DE DEVELOPPEMENT NATIONAL 31

4.1. Au niveau national, la priorité donnée au virage ambulatoire de médecine à l'hôpital passe par une impulsion nationale et trois axes complémentaires 31

4.1.1. « Des soins de qualité dispensés sans nuit à l'hôpital » : une impulsion nationale à donner *31*

4.1.2. Une clarification et une actualisation de l'instruction frontière sont indispensables *31*

4.1.3. L'élaboration de référentiels de prise en charge est nécessaire sans délai *32*

4.1.4. La diffusion de guides pratiques organisationnels et médico-économiques devrait permettre aux acteurs d'appréhender et de développer plus facilement l'hôpital de jour de médecine *32*

4.2. Le développement des hôpitaux de jour de médecine suppose une action engagée dès à présent au niveau territorial 33
4.2.1. Contrairement à la chirurgie, le développement de l'hospitalisation de jour ne se prête pas à la déclinaison de taux cibles locaux à partir d'une cible nationale 33
4.2.2. Le niveau territorial est pertinent pour définir les modalités de développement de l'hôpital de jour dans le cadre d'une stratégie co-construite entre les établissements de santé et les ARS 35
4.3. Le potentiel de développement de l'hôpital de jour depuis l'hospitalisation complète est constitué des séances et séjours forains, et d'une fraction des courts séjours qui ne peut être évaluée a priori au niveau national en l'absence de référentiels 37
4.3.1. Les séances et séjours forains constituent un potentiel de développement de l'hôpital de jour et doivent faire l'objet d'un examen systématique par les ARS en lien avec les établissements de santé 37
4.3.2. À l'exception des séances et séjours forains, l'élaboration de référentiels de prise en charge est un préalable à la définition nationale d'un potentiel de développement de l'hôpital de jour 38
4.3.3. Au-delà de la médecine foraine, les simulations des marges de développement de l'hôpital de jour, réalisées ici sur la base d'hypothèses conventionnelles, ont une portée qui reste illustrative afin de guider la réflexion et le questionnement des acteurs 38
4.4. Ces analyses ne peuvent donner lieu à un chiffrage national d'économies indépendamment de la situation de chaque établissement, prenant en compte un ensemble de facteurs 39

5. UNE FEUILLE DE ROUTE EST PRECONISEE POUR PERMETTRE AUX ACTEURS DE S'APPROPRIER LA DEMARCHE ET ASSURER UN DEVELOPPEMENT JUDICIEUX DES PRISES EN CHARGES HOSPITALIERES AMBULATOIRES DE MEDECINE 40

SYNTHESE DES PROPOSITIONS 42

PIECES JOINTES 47

Pièce jointe n° 1 : Lettre de mission 1
Pièce jointe n° 2 : Liste des personnes rencontrées 3
Pièce jointe n° 3 : Sigles 19

INTRODUCTION

Par lettre de mission du 25 juin 2015, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le ministre des finances et des comptes publics ont demandé à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale des finances (IGF) d'évaluer « *les enjeux, les conditions et les moyens du développement de l'activité d'hôpital de jour de médecine*».

Conformément à la lettre de mission, l'objectif de la mission a été d'identifier les conditions d'engagement d'un virage ambulatoire de l'activité de médecine à l'hôpital. Le « virage ambulatoire » est un axe fort de la stratégie nationale de santé (SNS) qui vise à assurer :

- la qualité de prise en charge équivalente et un retour à domicile en toute sécurité ;
- la fluidité des parcours des patients en évitant toute rupture liée à l'hospitalisation.

Son objectif général est de recentrer l'hôpital sur les soins, au bénéfice du patient, et non plus sur l'hébergement.

Après avoir défini la notion de médecine et retenu un périmètre d'étude, la mission a conduit ses travaux en trois temps.

Dans un premier temps, la mission a caractérisé l'activité de médecine sans nuitée, notamment à partir de comparaisons par âge, régions et catégories d'établissement. Comme demandé par la lettre de mission, les grandes évolutions par GHM[7] ont également été analysées.

Dans un deuxième temps, la mission a analysé les enjeux liés au développement des hôpitaux de jour, et les outils à mobiliser, tant du point de vue organisationnel que des éventuels obstacles tarifaires. Comme demandé dans la lettre de mission, la mission a plus particulièrement dressé un bilan de l'instruction frontière[8] et examiné les réflexions en cours concernant sa révision, en lien avec les travaux engagés par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Dans ce cadre, la mission a analysé les modes d'organisation des unités d'hospitalisation ambulatoire en médecine. Elle les a resitués dans le *continuum* de prises en charge dans lequel elles s'inscrivent, depuis les soins dispensés en établissements de santé jusqu'aux prises en charge à domicile.

Dans un troisième temps, la mission a proposé une méthode pour engager le virage ambulatoire de médecine à l'hôpital. Elle repose d'une part sur une approche territoriale invitant les établissements de santé à conduire un examen systématique de leurs courts séjours, sous le pilotage des agences régionales de santé (ARS), et d'autre part sur l'élaboration de référentiels de prise en charge par la Haute autorité de santé (HAS) et les sociétés savantes.

[7] Groupe homogène de malades.

[8] Instruction n° °DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Dans l'attente de la publication de ces référentiels et à l'exception de l'activité sans nuitée en unité d'hospitalisation complète (médecine dite « foraine »), il n'a pas été défini de potentiel national de développement de l'hôpital de jour *ex ante*. Les simulations qui ont été conduites, sur le fondement d'hypothèses conventionnelles, ont une portée qui reste illustrative et sont destinées à guider les réflexions des acteurs au niveau local.

La mission appuie ses constats et propositions sur les nombreux entretiens (cf. pièce jointe n° 2) qu'elle a réalisés :

- auprès des administrations centrales concernées (direction générale de l'offre de soins (DGOS) ; direction de la sécurité sociale (DSS) ; direction du budget ; direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ; de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), des fédérations hospitalières (FHF, FHP-MCO, FEHAP, Unicancer)[9], d'opérateurs de santé (ATIH, HAS, ANAP, INCa)[10], d'associations de patients, de personnalités qualifiées, d'économistes de la santé et de sociétés savantes ;
- dans le cadre de déplacements réalisés dans six régions (Bourgogne, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays-de-la-Loire, Picardie, Provence Alpes Côte-d'Azur) et en Île-de-France. Lors de ces déplacements, la mission a non seulement auditionné les représentants des agences régionales de santé (ARS) mais également des établissements de taille et de nature différente[11] ainsi que des représentants de caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

L'analyse quantitative conduite par la mission est fondée :

- sur les données du PMSI[12] et de ScanSanté, exploitées en étroite collaboration avec l'ATIH qui en a réalisées les extractions ; la mission la remercie particulièrement pour sa réactivité et sa disponibilité ;
- sur les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE)[13], transmises par la DREES ;
- et sur les éléments communiqués par la CNAMTS en ce qui concerne l'instruction frontière.

Les éléments qualitatifs ont été recueillis auprès des acteurs locaux (ARS et établissements) sur la base notamment d'un questionnaire élaboré par la mission.

En raison de l'absence de littérature internationale disponible sur le sujet et de la diversité des modes d'organisation des soins médicaux, notamment spécialisés, la mission n'a pas été en mesure de réaliser de comparaisons entre pays.

L'ensemble des investigations a conduit à la rédaction du présent rapport et de quatre annexes portant sur la caractérisation de l'activité de médecine (annexe I), les enjeux liés au développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine (annexe II), le potentiel de développement des prises en charge de médecine en hôpital de jour (annexe III) ainsi qu'une présentation du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) (annexe IV).

---

[9] Fédération hospitalière de France, Fédération de l'hospitalisation privée (médecine, chirurgie, obstétrique), Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, Fédération des centres de lutte contre le cancer.

[10] Agence technique de l'information hospitalière, Haute autorité de santé, Agence nationale d'appui à la performance, Institut national du cancer.

[11] Sept centres hospitaliers universitaires/régionaux (CHU/CHR), six centres hospitaliers (CH), trois centres de lutte contre le cancer (CLCC), trois cliniques, trois établissements à but non lucratif (EBNL).

[12] Programme de médicalisation des systèmes d'information.

[13] Les établissements de santé déclarent chaque année leur nombre de lits et places installés au 31 décembre via la SAE.

1. L'activité de médecine sans nuitée à l'hôpital représente 43 % des séjours de médecine programmée

1.1. La définition d'un périmètre de médecine programmée, en lien avec les acteurs, conduit à réévaluer le taux de séjours sans nuitée en 2014 de 25 % à 43 %

1.1.1. Sur l'ensemble du périmètre des séjours de médecine, le taux de séjours sans nuitée de l'activité de médecine s'élève à 25 %

L'activité des établissements de santé dans le secteur médecine – chirurgie –obstétrique (MCO) s'est élevée à plus de 17 millions de séjours en 2014, dont 7,1 millions au titre des séjours de médecine[14].

À ces séjours s'ajoutent 9,2 millions séances, qui correspondent à des prises en charge itératives pour des motifs définis[15] et qui par définition sont réalisées sur au plus une journée (ou une nuit).

Hors séances, l'activité de médecine sans nuitée à l'hôpital représente **1,79 millions de séjours, soit 25,2 % du total des séjours de médecine.** Ce taux de séjours sans nuitée est d'un ordre de grandeur comparable selon les secteurs, avec 25,6 % dans le secteur ex-DG[16] et 22,3 % dans le secteur ex-OQN[17].

1.1.2. La mission a défini un périmètre de médecine programmé validé avec l'ensemble des interlocuteurs rencontrés

Pour définir l'activité susceptible en première analyse de relever de l'hôpital de jour, la mission a identifié un périmètre se rapportant à la médecine programmée (cf. encadré 1) :

- **les séances, qui correspondent déjà intégralement à des séjours sans nuitées pour des prises en charge spécifiques, sont caractérisées de manière distincte** dans les analyses pour préserver la significativité des volumes d'activité des établissements. Cinq GHM de séances ont été retenus dans le cadre de cette analyse, et en particulier les chimiothérapies et transfusions. Les séances de radiothérapie et dialyse ont été exclues de l'analyse, leurs caractéristiques justifiant qu'elles fassent l'objet d'un examen spécifique ;
- **pour les séjours, hors séances** :
  - **dans un premier temps a été défini un périmètre de médecine** : ont été exclus les GHM classés des CMD 14 (obstétrique), 15 (périnatalité) et 90 (erreurs), et au sein des autres CMD n'ont été retenues que les racines en M[18] (sans acte classant) et les racines en Z (indifférenciée) classées en M dans la classification activités de soins (ASO). Les racines en C (chirurgie) sont exclues, ainsi que les racines en K, correspondant à la médecine interventionnelle, les

[14] Séjours sans acte classant, cf. annexe I, 2.1.1, et annexe IV.

[15] Dialyse, chimiothérapie, transfusion, radiothérapie, oxygénothérapie hyperbare, aphérèse sanguine et injection de fer. Cf. annexe I, 2.2.2 et tableau 9 en particulier.

[16] Etablissements de santé du secteur public anciennement financés sous dotation globale (DG).

[17] Etablissements de santé du secteur privé anciennement financés au sein de l'objectif quantifié national (OQN).

[18] La version de classification actuelle est la V11g.

caractéristiques de cette dernière justifiant qu'elle fasse l'objet d'un examen spécifique.

- **dans un second temps, ont été retenus parmi ces séjours ceux qui correspondent à la médecine programmée :** ne sont conservés que les séjours sans passage par les urgences ni passage par un service dit « chaud » (réanimation, soins intensifs, surveillance continue), avec le domicile en mode d'entrée et en mode de sortie. Les entrées et sorties par transfert (dans un autre établissement) ou mutation (dans un autre service du même établissement ne relevant pas du MCO, par exemple soins de suite et de réadaptation(SSR)) sont exclues, ainsi que les décès en cours d'hospitalisation.

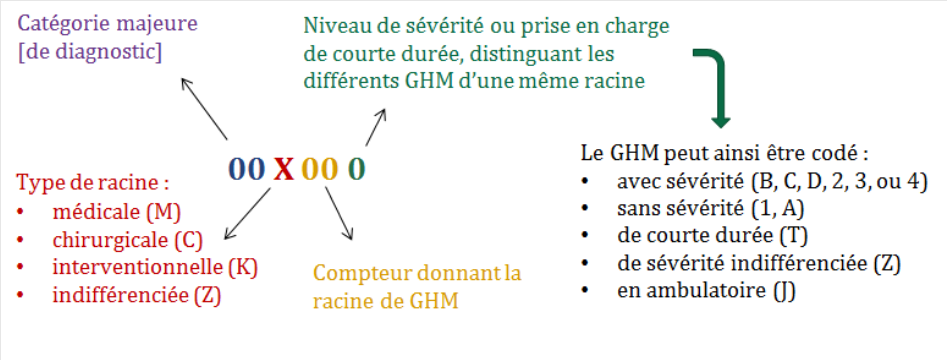
Le périmètre ainsi défini est présenté dans la figure 2. **Systématiquement présenté aux interlocuteurs rencontrés par la mission, en particulier lors des déplacements, il n'a jamais été remis en question, plusieurs établissements ayant du reste engagé des travaux sur des périmètres similaires.**

Encadré 1 : Présentation simplifiée des GHM (cf. annexe IV)

Tout séjour hospitalier en MCO dans un établissement de santé public ou privé donne lieu à la production d'un résumé de sortie standardisé (RSS). Les informations ainsi recueillies font l'objet d'un traitement automatique aboutissant à leur classement en un nombre limité de groupes, les groupes homogènes de malades (GHM), qui sont cohérents du point de vue médical et des coûts de prise en charge, en plusieurs étapes :

- le RSS est classé dans une catégorie majeure de diagnostic (CMD) à partir de différents critères, et principalement le diagnostic principal. La CMD correspond aux deux premiers caractères du GHS ;
- l'existence ou non d'acte classant donne la lettre de la racine du GHM (troisième caractère) ;
- les quatrièmes et cinquièmes caractères sont un compteur qui distingue les différentes racines ;
- d'autres variables, et notamment les complications ou morbidités associées (CMA), l'âge, et la durée de séjour, déterminent le niveau de sévérité (sixième caractère).

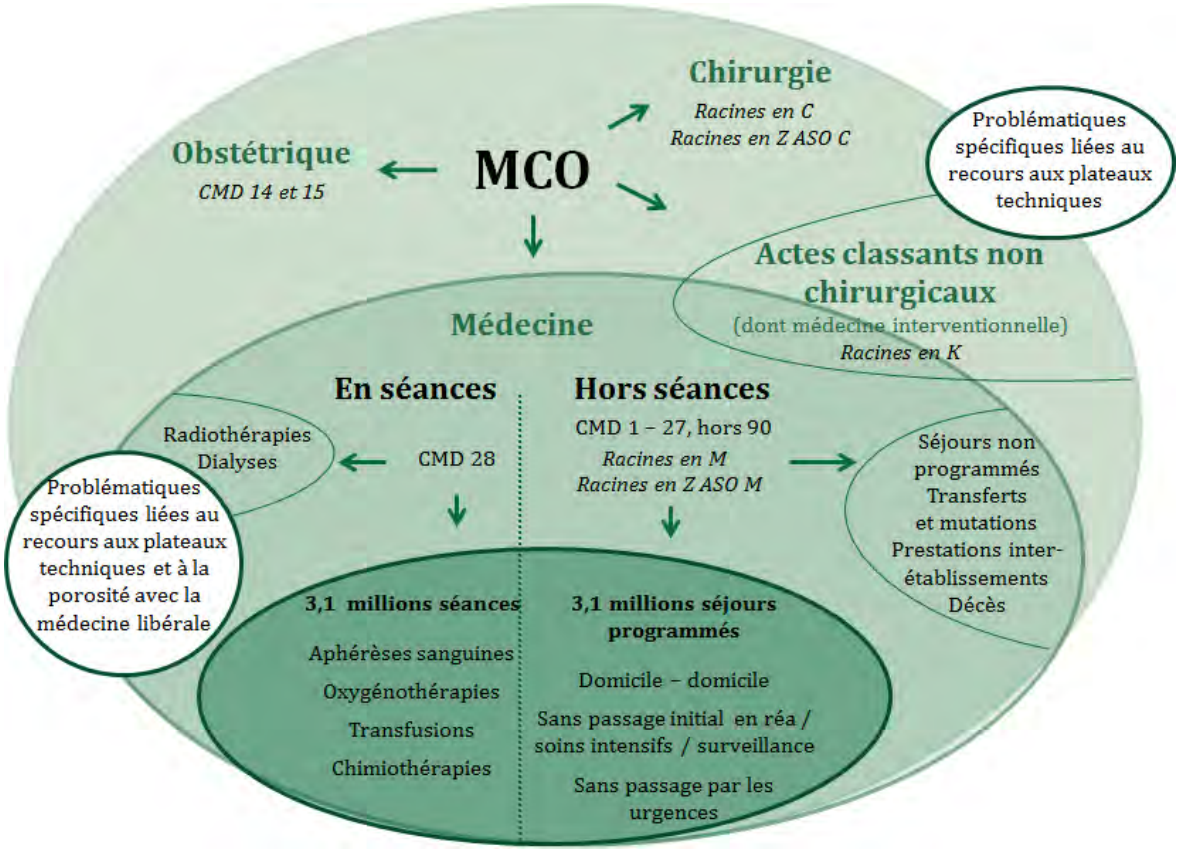
Figure 1 : Les composantes d'un GHM



Source : Mission.

Source : Mission.

Figure 2 : Synthèse du périmètre défini par la mission



Source : Mission.

1.1.3. Les séances retenues dans le périmètre de la mission sont à plus de 90 % des chimiothérapies

En 2014, les séances retenues dans le périmètre de l'analyse sont au nombre de 3 087 345, dont 91,4 % de chimiothérapies, pour un volume économique[19] de 3,3 Mds € (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Nombre et volume économique des cinq GHM de séances considérés

GHM	Nombre de séances	Volume économique (€)
Aphérèses sanguines, en séances	28 485	37 718 966
Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	536 733	973 256 065
Chimiothérapie pour tumeur, en séances	2 286 447	2 169 789 927
Oxygénothérapie hyperbare, en séances	51 939	12 353 681
Transfusions, en séances	183 741	123 725 034
Total général	**3 087 345**	**3 316 843 673**

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Elles correspondent à des prises en charge déjà intégralement sans nuitée. La caractérisation de l'activité de médecine sans nuitée et l'examen des marges de développement de l'hôpital de jour qui suivent se concentrent donc sur les séjours[20].

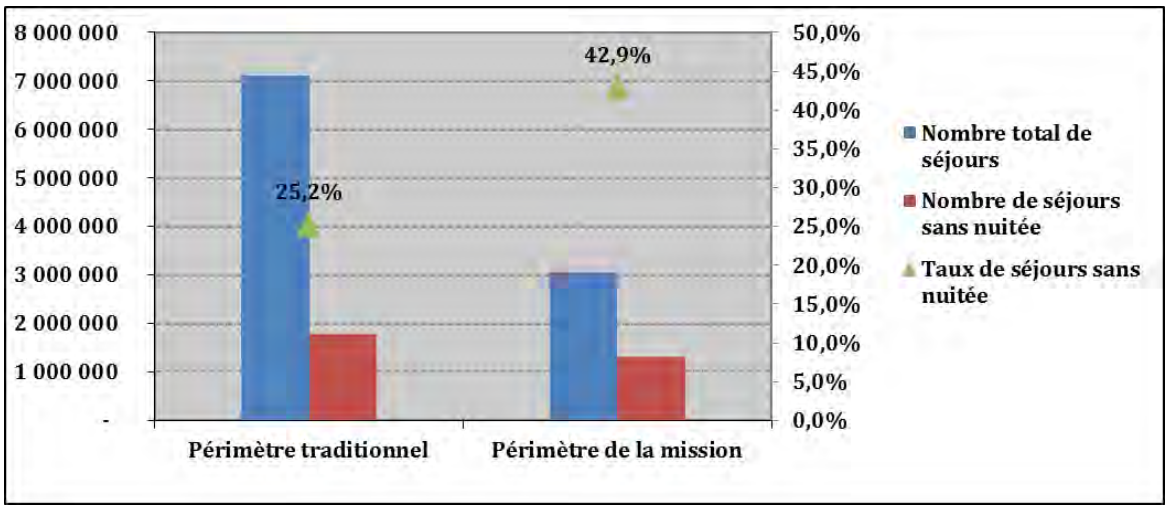
[19] Valorisation en base de remboursement des séjours correspondants.

[20] Pour une caractérisation détaillée des séances, cf. annexe I, 3.

1.1.4. Hors séances, sur le périmètre de l'activité de médecine programmée, le taux de séjours sans nuitée s'élève à 43 %

En 2014, sur les 3 069 410 séjours de médecine compris dans le périmètre d'analyse retenu par la mission, 1 316 050 ont été réalisés sans nuitée. Sur ce périmètre, l**e taux de séjours sans nuitée est donc de 42,9 %, soit 17,7 points de plus que le taux de séjours sans nuitée calculé sur le périmètre habituellement considéré (25,2 %)**[21] (cf. graphique 3).

Graphique 3 : Nombre et taux de séjours sans nuitée selon le périmètre considéré



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Ce taux de séjours sans nuitée est en légère progression, de 2,0 points depuis 2009 (cf. tableau 2). **Cette progression du taux de séjours sans nuitée tient à une diminution du nombre total des séjours de médecine supérieure à celle du nombre de séjours sans nuitée.** En effet, depuis 2009, le nombre de séjours sans nuitée a diminué de 130 886 (- 9,0 %), tandis que le nombre total de séjours a, hors urgences, diminué de 474 843 (- 13,4 %).

Tableau 2 : Evolution du nombre de séjours depuis 2009

	2009	2011	2011	2012	2013	2014	Evolution
Nombre de séjours sans nuitée	1 446 936	1 383 068	1 342 318	1 348 957	1 305 735	1 316 050	- 9,0 %
Nombre total de séjours	3 544 253	3 402 886	3 242 465	3 169 511	3 074 272	3 069 410	- 13,4 %
Taux de séjours sans nuitée	40,8 %	40,6 %	41,4 %	42,6 %	42,5 %	42,9 %	+ 2,1 points

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

[21] Si les séjours multirums étaient exclus de l'analyse, ce taux s'élèverait en 2014 à 44,7 % (soit 1 310 455 séjours sans nuitée pour un total de 2 929 012 séjours).

1.2. L'activité de médecine sans nuitée, hors séances, est hétérogène dans son contenu et diversement pratiquée selon les régions et les types d'établissements

Une caractérisation détaillée des séjours sans nuitée est proposée en annexe I du présent rapport (cf. 4. et 5.). Elle comprend également des focus spécifiques permettant d'éclairer de manière plus approfondie la comparaison des régions et des catégories d'établissements, et d'affiner l'analyse par domaine d'activité.

1.2.1. L'activité de médecine sans nuitée concerne pour la majorité des domaines d'activité de 30 à 60 % des séjours

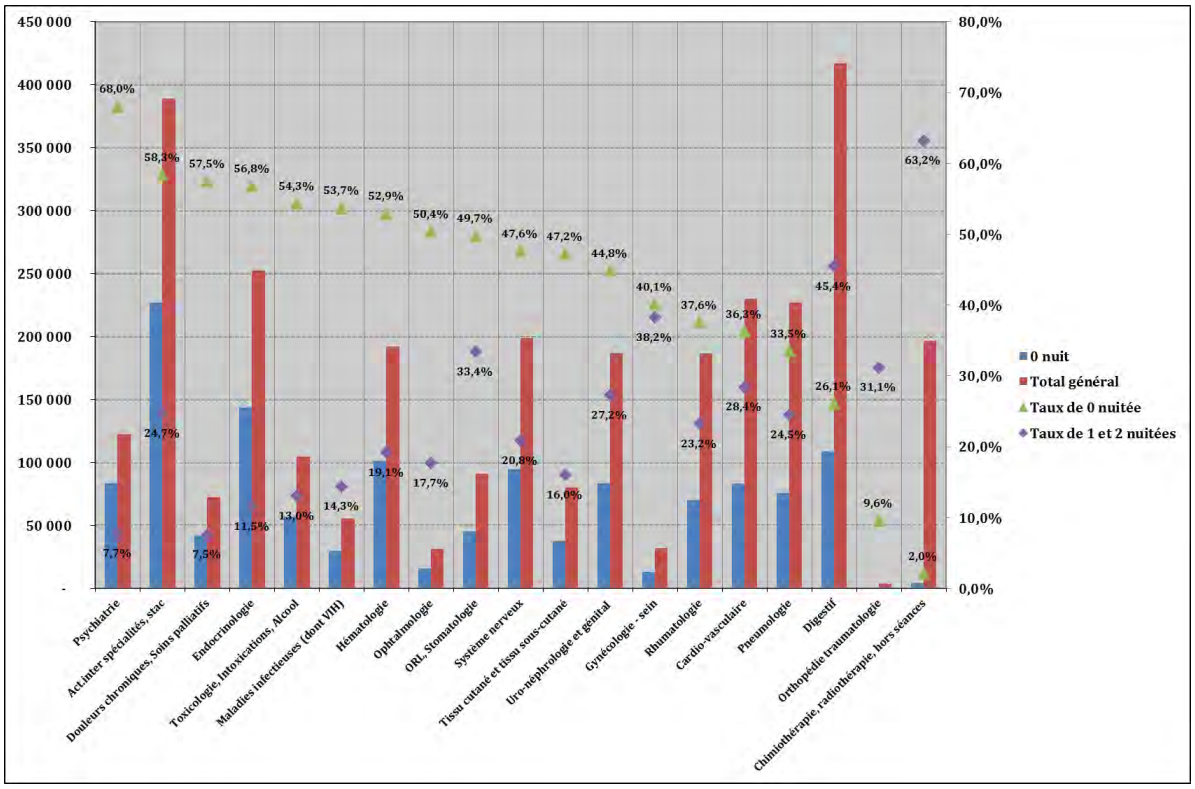
Pour les séjours hors séances, l'analyse par domaine d'activité[22] fait apparaître des différences marquées entre les spécialités (cf. graphique 4). Il ressort notamment que :

- le domaine « Digestif » a un taux de séjour sans nuitée peu élevé (26,1 %), alors qu'il représente le volume de séjours le plus important de tous les domaines d'activité (420 000 séjours) et que son taux de séjours de une et deux nuitées est le plus haut après celui des « Chimiothérapies, radiothérapies, hors séances » (45,4 %) ;
- le domaine « Activités inter-spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues »[23] se distingue au contraire par un taux de séjour sans nuitée nettement supérieur à la moyenne (58,3 %) avec un volume important de séjours (380 000 séjours) qui s'explique par son caractère « résiduel » par rapport aux autres domaines d'activités ;
- le domaine d'activité « Psychiatrie » présente également un taux de séjours sans nuitée très élevé (68 %) mais représente un volume de séjours plus faible (125 000 séjours) ;
- le domaine d'activité « Chimiothérapies, radiothérapies, hors séances » se caractérise par un taux de séjour sans nuitée particulièrement faible (2,0 %) qui peut s'expliquer par le fait que le périmètre retenu pour cette analyse exclut les séances.

[22] Au sens du PMSI. Cf. annexe IV.

[23] Domaine d'activité « activités inter-spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues » (STAC).

Graphique 4 : Nombre et taux de séjours sans nuitée par domaine d'activité en 2014



Source : Mission. Stac : suivi thérapeutique d'affections connues. Système nerveux : hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels.

1.2.2. Près de 170 000 séjours de médecine sans nuitée et 130 000 séances sont réalisés de manière « foraine »

Les séjours sans nuités réalisés au sein d'une unité d'hospitalisation complète et non au sein d'une unité d'hospitalisation partielle (hôpital de jour) sont appelés séjours « forains »[24].

Pour l'analyse de ces séjours « forains », il ne peut être tenu compte des séjours codés en unités d'hospitalisation mixte[25], n'étant pas possible d'en déduire l'organisation mise en place. En effet, il est impossible de savoir si ces unités sont organisées en deux secteurs identifiés (hospitalisation de jour et hospitalisation conventionnelle) ou selon des modalités où les prises en charge sont mêlées sans être organisées de façon séparée. Sur ce point, **la mission s'interroge sur la pertinence de cette nomenclature ne permettant pas l'analyse des prises en charge et des organisations.**

Le taux de séances ou séjours forains correspond au rapport entre le nombre de séances ou séjours sans nuitée en unités d'hospitalisation complète et le nombre de séances ou séjours sans nuitée total[26].

---

[24] Cf. 4.3.1 page 36 pour la présentation des enjeux associés à la prise en charge des séjours sans nuitée en hôpital de jour.

[25] Les unités médicales, typées par les établissements, sont déclarées « hospitalisation mixte » lorsque leur organisation accueille des patients relevant d'hospitalisation complète et d'hospitalisation partielle. Dans ce cas, la ventilation de l'activité en hospitalisation complète et hospitalisation partielle est effectuée selon la durée de séjour (les séjours sans nuitée sont affectés en unités d'hospitalisation partielle et les séjours avec nuitée sont affectés en unités hospitalisation complète).

[26] Ce dernier étant défini comme la somme du nombre de séances ou séjours sans nuitée en unités d'hospitalisation partielle et complète, les unités d'hospitalisation mixte étant exclues de l'analyse.

En premier lieu, hors séances, 169 078 séjours sans nuitée[27] ont été réalisés dans des structures d'hospitalisation complète, soit un taux de séjours forains de 13,4 %[28]. Deux domaines d'activité sont plus particulièrement concernés par cette problématique : le domaine **« Digestif », avec 23 492 séjours forains, soit un taux de 22,8 %,** et **le domaine « Cardio-vasculaire », avec 18 444 séjours forains, soit un taux de 23,3 %.** Cette sur-représentation s'explique en partie par le fait que ces deux spécialités nécessitent des plateaux techniques dédiés, et que leurs spécialistes sont conduits à intervenir en de nombreux lieux de l'hôpital (unités d'hospitalisation complète, plateau technique, bloc opératoire, urgences, consultations). En outre, ces spécialités ont souvent été présentées, lors des entretiens conduits par la mission, comme les moins enclines à intégrer des hôpitaux de jour.

De plus, l'analyse des taux de séjours forains par catégorie d'établissement fait apparaître :

- des taux très élevés pour le secteur ex-OQN, en particulier pour les établissements dont le volume économique est supérieur à 20 M€ (34,2 %) ;
- un taux de médecine foraine en centres de lutte contre le cancer (CLCC, 15,3 %) supérieur de 1,9 points au taux national (13,4 %) alors que ces établissements ont généralement des hôpitaux de jour fortement structurés ;
- de plus faibles taux de séjours forains (8,7 %) pour les centres hospitaliers régionaux (CHR) et centres hospitaliers universitaires (CHU).

En second lieu, en 2014, sur le périmètre examiné par la mission, 136 365 séances ont été réalisées en unités d'hospitalisation complète. Sous réserve des erreurs possibles de codage des séances, qui justifient de considérer ce taux avec prudence, **le taux de séances foraines moyen est de 4,6 %.** En valeur absolue, les deux GHM de séances de chimiothérapie[29] représentent le plus de séances foraines (85,7 %).

Du point de vue des catégories d'établissement, les centres hospitaliers d'un volume économique inférieur à 60 M€ ont, exception faite des établissements à statut particulier, le taux de séances foraines le plus élevé (9,0 %).

1.2.3. Les taux de séjours sans nuitée comme ceux d'une et deux nuitées varient fortement selon les tranches d'âge, les régions et les catégories d'établissements

1.2.3.1. Les séjours sans nuitée sont en majorité concentrés sur les 18-74 ans, les différences de taux de séjours sans nuitée par tranche d'âge tenant plus aux longs qu'aux courts séjours

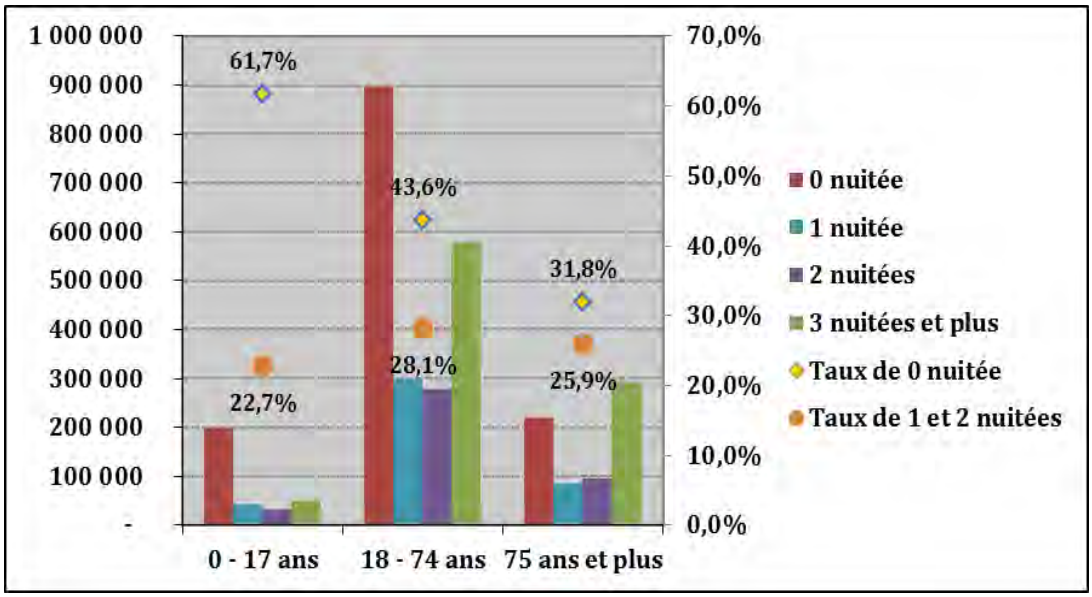
Les séjours sans nuitée concernent en majorité les 18-74 ans. Les écarts sont par ailleurs marqués entre classes d'âge s'agissant des taux de séjours sans nuitée (cf. graphique 5), qui varient du simple au double (30 points d'écart) alors que les taux de séjours d'une et deux nuitées sont beaucoup moins dispersés (5 points d'écart). **Ce sont donc essentiellement les taux de séjours de longue durée qui expliquent la différence entre les modes de prise en charge des patients des différentes tranches d'âge.**

---

[27] Incluant 2 631 séjours correspondant à trois GHM pouvant relever d'erreurs de codage (17M051 ; 17M06T et 23M091). Sur ce point, cf. annexe I, encadré 9.

[28] Pour le taux de séjours forains comme le taux de séances foraines, il n'est pas tenu compte des séjours ni réalisés intégralement en hospitalisation complète, ni réalisés intégralement en hospitalisation partielle.

Graphique 5 : Répartition des durées de séjours selon la tranche d'âge



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

1.2.3.2. Les écarts de taux de séjours sans nuitée peuvent aller jusqu'à 30 points entre régions métropolitaines

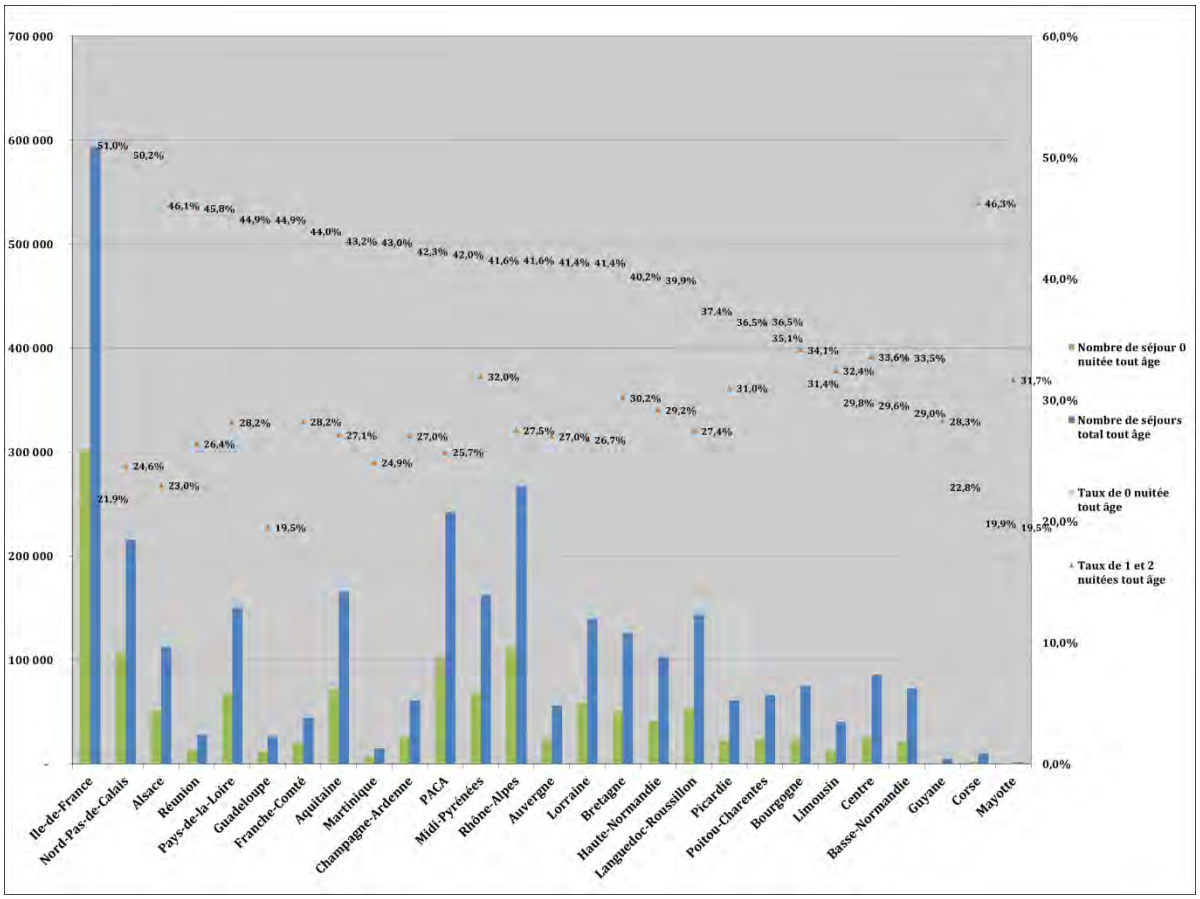
Les comparaisons régionales font apparaître des écarts marqués entre l'Île-de-France et le Nord-Pas de Calais d'un côté (respectivement 51 et 50,2 % de taux de séjours sans nuitée tous âges confondus) et des régions comme le Limousin, le Centre-Val de Loire et la Basse-Normandie (environ 30 %) de l'autre, les régions où ces taux sont les plus faibles étant la Guyane, Mayotte et la Corse (environ 20 %).

Les écarts régionaux concernant les taux de séjours d'une et deux nuitées en sont un reflet direct. Hors départements et régions d'Outre-Mer, le taux le plus faible est ainsi de 22 % pour l'Île-de-France, et le taux le plus élevé de 46 % pour la Corse – la Basse-Normandie, le Centre-Val de Loire et le Limousin ayant des taux de séjours d'une ou deux nuitées de 28 à 32 %.

La majorité des régions ont un taux de séjour sans nuitée supérieur à celui d'une ou deux nuitées, les écarts entre ces deux taux allant de 9,6 points pour Midi-Pyrénées à 29,1 points pour l'Île-de-France (graphique 6).

Si l'on ne tient compte que de la tranche d'âge des 18-74 ans, les constats sur les disparités régionales restent du même ordre, les différences entre régions extrêmes étant peu modifiées : le taux de séjours sans nuitée atteint, pour les 18-74 ans, 51,5 % dans le Nord-Pas de Calais, et 51,0 % en Île-de-France, contre 21,3 % en Corse.

Graphique 6 : Taux de séjours sans nuitée et taux de séjours de une et deux nuitées par région (tout âge)



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

1.2.3.3. Les établissements du secteur ex-DG concentrent l'essentiel des séjours sans nuitée de médecine, qui sont en proportion réduite dans les cliniques et les centres de lutte contre le cancer

L'analyse détaillée[30] par catégorie d'établissement (cf. annexe I) fait apparaître une différence marquée entre :

- d'un côté les centres hospitaliers régionaux (CHR), dont l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP), qui ont un taux de séjours sans nuitée (tous âges confondus) de 53,4 % et un taux de séjours d'une et deux nuitées limité à 22,2 % ;
- de l'autre, les petites et grandes cliniques privées[31] ainsi que les centres de lutte contre le cancer (CLCC), qui ne comptent respectivement que 27,0 %, 27,5 % et 28,0 % de séjours sans nuitée, et un taux de séjours d'une et deux nuitées de 40,1 %, 41,3 % et 42,2 %.

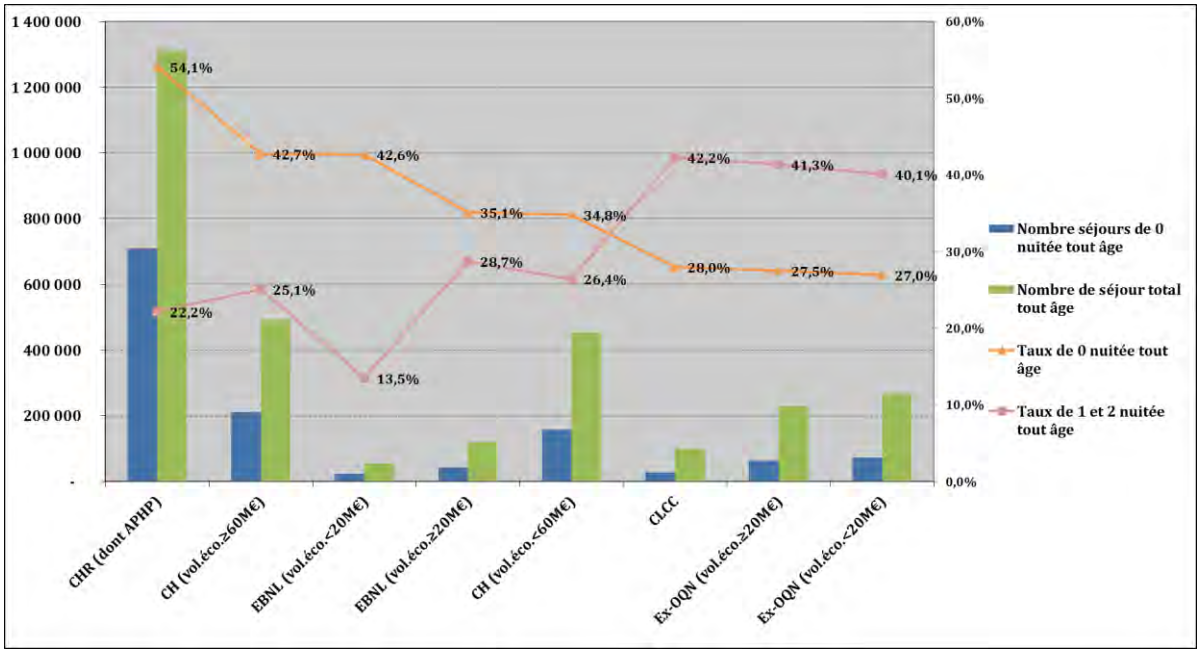
[30] Pour toutes les tranches d'âge, la restriction à la tranche d'âge des 18 – 74 ans ne modifiant pas les termes de l'analyse. Cf. annexe I.

[31] Par convention, une petite (respectivement grande) clinique est une clinique ayant réalisé un volume économique inférieur ou égal (respectivement supérieur) à 20 M€ l'année considérée.

- les centres hospitaliers (CH) se distinguent quant à eux selon leur taille, avec des taux de séjours sans nuitée de respectivement 42,7 % pour les grands CH[32] et 34,8 % pour les petits. Les taux de séjours d'une et deux nuitées y sont respectivement de 25,1 % et 26,4 %.

Ces résultats peuvent interroger, dans la mesure où les établissements du secteur ex-OQN et les CLCC ont une pratique répandue des prises en charge sans nuitée, mais celles-ci concernent prioritairement soit les séances (dans les CLCC), soit la chirurgie et la médecine interventionnelle (dans les cliniques), qui ne figurent pas dans le périmètre ici considéré. **L'activité de médecine programmée, hors séances, ne semble donc pas avoir fait l'objet de la part de ces établissements d'un investissement en matière de développement des prises en charge sans nuitée**.

Graphique 7 : Taux de séjours sans nuitée et taux de séjours d'une et deux nuitées (tous âges)



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

1.2.3.4. Les différences régionales peuvent refléter des pratiques contrastées selon les types d'établissements

Un focus détaillé, réalisé sur les seuls séjours sans sévérité[33] des adultes âgés de 18 à 74 ans, afin d'assurer une comparaison plus homogène, montre des différences de pratiques entre catégories d'établissements dans les régions.

Ainsi, si le Nord-Pas de Calais figure parmi les premières régions en matière de taux de séjours sans nuitée pour presque toutes les catégories d'établissements, **la situation de l'Île-de-France apparaît particulièrement contrastée** : première région pour les taux de séjours sans nuitée dans les CHR mais aussi dans les CH, elle figure au contraire plutôt dans les dernières en ce qui concerne les cliniques, grandes comme petites, tandis que les CLCC y ont une pratique proche de la moyenne.

[32] Par convention, un grand (respectivement petit) CH est un CH ayant réalisé un volume économique supérieur (respectivement inférieur ou égal) à 60 M€ l'année considérée.

[33] Pour une présentation des racines et des sévérités, cf. annexe IV et annexe I, encadré 8.

Dans les Pays de la Loire, se distinguent d'une part le CHR (second, après l'Île-de-France) et d'autre part les CH et les cliniques, où les taux de séjours sans nuitée sont plus faibles que la moyenne. Enfin, la région Centre, dont la position d'ensemble est défavorable concernant les taux de séjours sans nuitée dans les CHR et les CH de volume économique important, a une position qui dépasse légèrement la moyenne pour ce qui est des cliniques privées.

1.2.4. Les GHM concernés par l'activité de médecine en hôpital de jour peuvent comporter en totalité ou partiellement des séjours sans nuitée, avec des évolutions différenciées

Hors séances, 1 180 GHM sont compris dans le périmètre examiné par la mission. En 2014, les 3 069 410 séjours de médecine étaient regroupés en 1 167 GHM[34], se décomposant comme suit :

- 1 273 258 séjours, soit 41,5 % de l'ensemble, ont trait à des GHM ne comportant que des séjours avec nuitée (890 GHM) ;
- 1 796 152 séjours, soit 58,5 % de l'ensemble, se rapportent à 277 GHM sans sévérité, comportant au moins un séjour sans nuitée, parmi lesquels :
  - 381 750 séjours correspondent à 77 GHM intégralement sans nuitée, soit 12,4 % de l'ensemble ;
  - 1 414 402 séjours correspondent à 200 GHM partiellement sans nuitée, soit 46,5 % de l'ensemble ; parmi ces séjours, 934 300, soit 66,1 %, sont réalisés sans nuitée.

Les développements ci-après examinent successivement ces 77 puis ces 200 GHM.

1.2.4.1. Les 12,4 % des séjours correspondant à des GHM intégralement sans nuitée sont très concentrés et en recul de près de 16 % depuis 2009

Parmi les 77 GHM considérés, les 15 GHM rassemblant le plus grand nombre de séjours représentent plus de 65 % de ces séjours. 6 de ces 15 GHM sont de type « autres », « symptômes et autres recours » ou « autres symptômes et recours ».

L'analyse de l'évolution de ces GHM depuis 2009 révèle une diminution globale de 15,9 % du total des séjours.

Quatre GHM expliquent à eux seuls plus de 40 % de la diminution, le GHM « rééducation, très courte durée », en réduction de 84,5 % sur la période, expliquant à lui seul près de 25 % de la diminution totale du nombre de séjours[35].

Ces diminutions ne s'expliquent pas par un report vers des séjours avec nuitée, mais par des évolutions thérapeutiques, des évolutions de codage ou des effets liés à l'application de l'instruction frontière précitée.

En ce qui concerne les GHM dont le nombre de séjours est en augmentation, 86,3 % de cette croissance est expliquée par seulement quatre GHM, dont les GHM « Douleurs chroniques rebelles, très courte durée » (+ 269,2 % entre 2009 et 2014) et « Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation, très courte durée » (+143,0 %).

---

[34] Pour l'année 2014, 13 GHM n'ont connu aucun séjour.

[35] Les trois autres GHM sont « Autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire » ; « Autres affections dermatologiques, très courte durée » et « Autres motifs de recours pour infection à VIH, en ambulatoire ».

1.2.4.2. Pour les 200 GHM partiellement réalisés sans nuitée, les marges de progression paraissent limitées

Il n'existe pas de tendance homogène concernant l'évolution depuis 2009 du taux de séjours sans nuitée pour les 200 GHM considérés (cf. graphique 8).

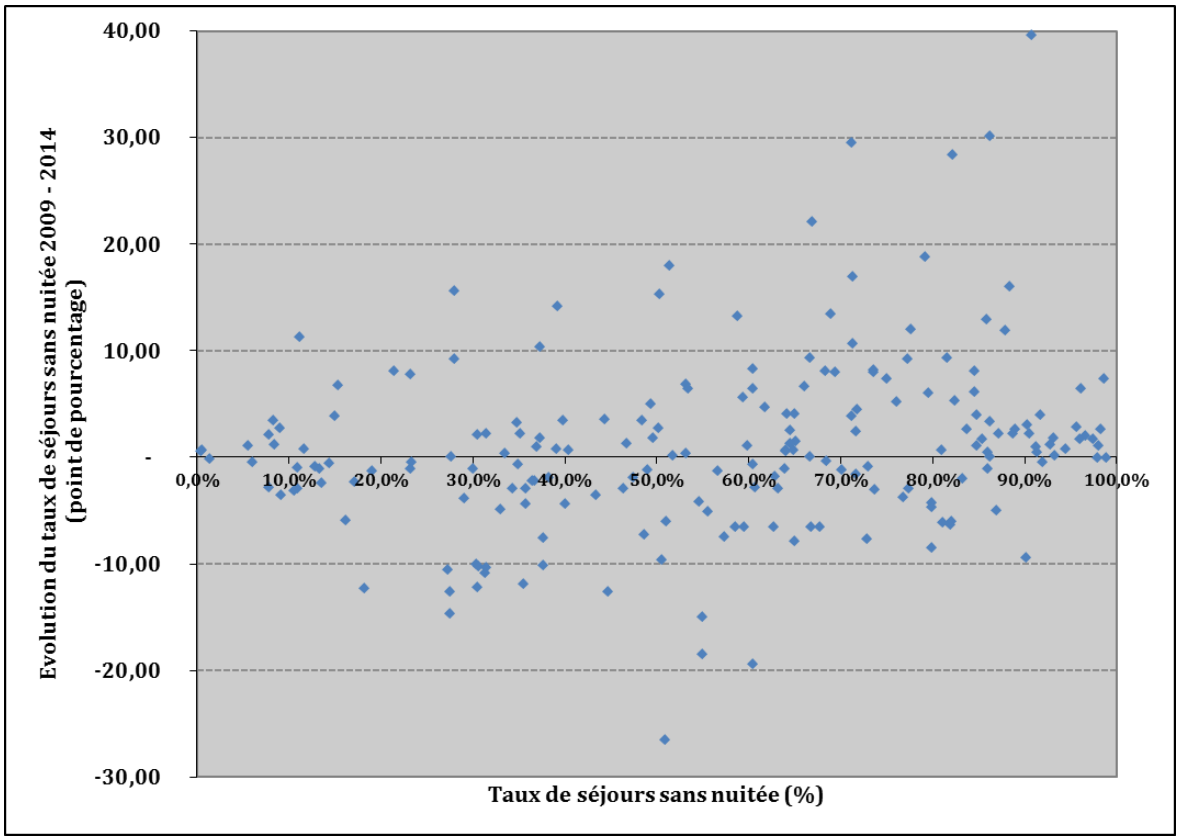
Ainsi :

- 110 GHM connaissent une croissance de leur taux de séjours sans nuitée depuis 2009, parmi ceux-ci, 45 GHM ont connu une progression de plus de cinq points ;
- 90 GHM connaissent une décroissance de leur taux de séjours sans nuitée depuis 2009 ; parmi ces derniers, 37 connaissent une diminution supérieure à cinq points.

Parmi ces mêmes 200 GHM, seuls 38 ont connu une progression du nombre total de leurs séjours depuis 2009 :

- sur ces 38 GHM, 30 ont un taux de séjour sans nuitée en 2014 supérieur à 70 %, et 14 ont un taux de séjours sans nuitée supérieur à 90 %. Pour ces GHM, **la progression du nombre total de séjours s'est quasi-systématiquement accompagnée d'une croissance du taux de séjours sans nuitée** (cf. annexe I, 5.) ;
- d'autre part, **peut être relevée parmi eux une part importante de GHM à dimension neuro-psychiatrique** (psychiatrie (six GHM), addictologie (trois GHM), ou en lien avec la géronto-psychiatrie (un GHM). (cf. pièce-jointe n° 2 de l'annexe I).

Graphique 8 : Répartition des GHM comportant au moins un séjour sans nuitée par taux de séjours sans nuitée et évolution du taux de séjours sans nuitée entre 2009 et 2014

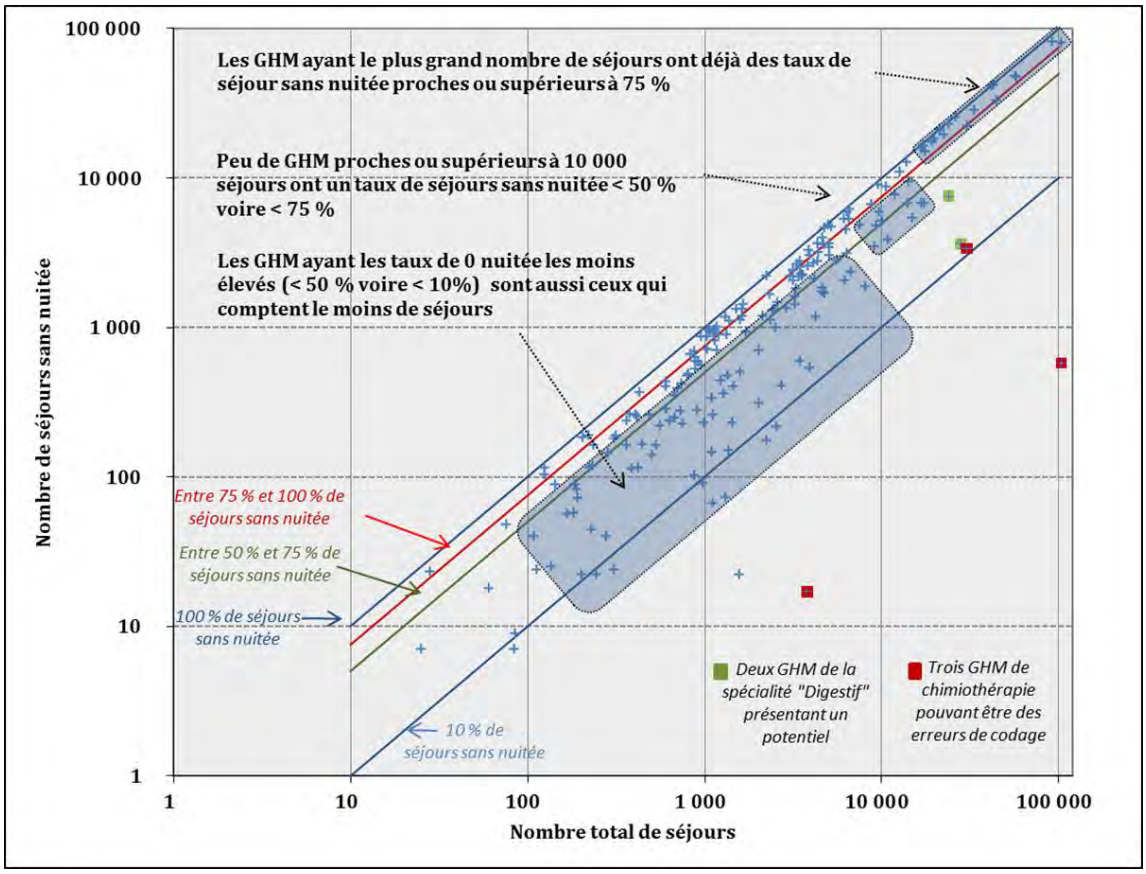


Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

A l'issue de ces évolutions, les taux de séjour sans nuitée de ces 200 GHM restent très dispersés, autour d'une moyenne de 66,1 % : le taux de séjour du premier quartile s'établit à 35,1 %, le taux médian à 60,4 % et le taux du troisième quartile à 79,9 %.

Il faut cependant noter que les GHM pour lesquels les taux de séjours sans nuitée sont les plus élevés sont également ceux qui comptent le plus grand nombre de séjours. Ainsi, 59 GHM ont un taux de séjours sans nuitée supérieur à 75 %, représentant plus de la moitié des séjours des 200 GHM considérés, tandis que 35 GHM ont même un taux de séjour sans nuitée supérieur à 85 %, **Les GHM qui comptent le plus de séjours sont également ceux dont le taux de séjours sans nuitée est déjà le plus élevé** (cf. graphique 9).

Graphique 9 : Présentation des GHM pour partie sans nuitée



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Si cette analyse est pertinente pour mener une caractérisation de l'activité, elle n'est pas suffisante pour évaluer les potentiels de développement de l'hôpital de jour, dans la mesure où un séjour d'une même racine peut être codé en deux GHM différents selon la durée de ce séjour et où un examen du nombre de séjours d'une ou deux nuitées est aussi nécessaire pour les apprécier.

La mission a donc conduit un examen par racine des nombres de séjours de zéro, une et deux nuitées pour cibler les priorités de travail à envisager pour l'analyse de ce potentiel (cf. annexe III, 2.3.3 et 2.3.4).

En première approche, et si l'on excepte le domaine d'activités « Chimiothérapies, radiothérapies, hors séances », qui fait l'objet de nombreux protocoles, et le domaine « Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues », dont l'interprétation est limitée, ce sont **les spécialités « Digestif » en premier lieu, puis « Cardio-vasculaire » et « Pneumologie », qui comptent le plus de séjours d'une et deux nuitées, et pourraient par conséquent être ciblées de manière prioritaire pour élaborer des référentiels de prise en charge.** Afin de faciliter l'engagement de ces travaux, une présentation exhaustive des racines par domaine d'activité est donnée en annexe III (cf. pièce-jointe n°2).

1.3. La croissance du nombre de places de médecine ne s'est pas accompagnée d'une diminution du nombre de lits, et les différences régionales restent marquées en ce qui concerne les capacités d'hospitalisation

L'analyse des capacités d'hospitalisation en médecine ici conduite concerne l'ensemble de l'activité de médecine, les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ne pouvant faire l'objet d'un retraitement sur le périmètre défini par la mission.

En premier lieu, l'évolution de la structure des capacités d'accueil hospitalières depuis 2000 traduit le développement de la médecine sans nuitée, la part des places étant passée de 5,8 % à 10,4 % sur la période, soit une progression de 4,6 points (cf. tableau 3). Ce rythme de croissance s'est toutefois infléchi à partir de 2009 - 2010.

De plus, alors que le nombre de places a doublé depuis 2000 (+ 93 %), le nombre de lits est en augmentation modérée (+ 2 %) sur la même période.

Cette évolution se différencie sur longue période de celle observée pour la chirurgie et l'obstétrique, pour lesquelles la croissance du nombre de places s'est accompagnée d'une réduction du nombre de lits. Ainsi, depuis 2000, les capacités d'hospitalisation complète de chirurgie et d'obstétrique ont été réduites respectivement de 28 % et 19 %, alors que dans le même temps les capacités d'hospitalisation partielle de chirurgie ont connu une augmentation de 20 points supérieure à celle qui est observée pour la médecine[36].

Tableau 3 : Evolution comparée du nombre de lits et places dans les établissements de santé entre 2000 et 2014

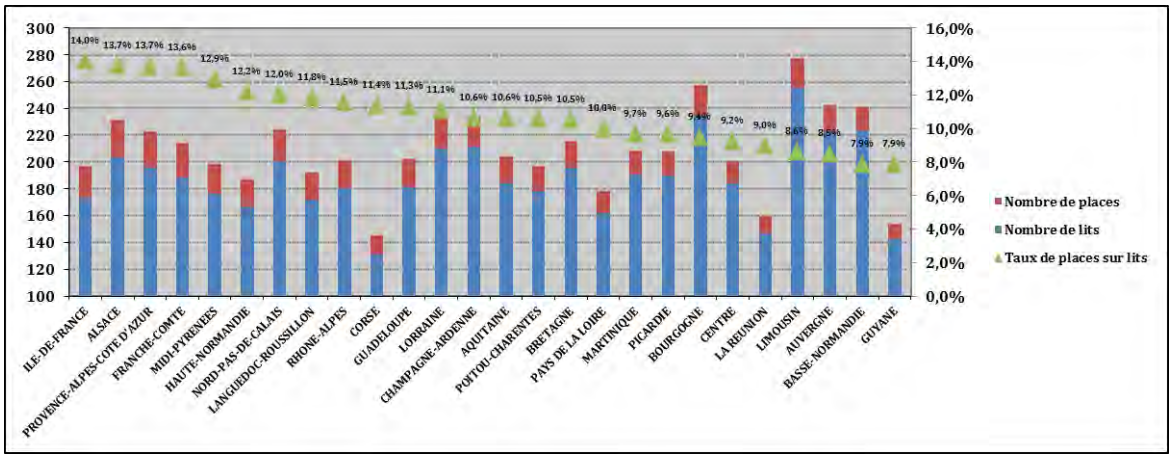
MCO		2000	2006	2014*	Evolution (%)
Capacités d'hospitalisation complète (lits)	Médecine	120 219	116 053	122 798	+ 2
	Chirurgie	101 756	90 972	73 271	- 28
	Obstétrique	24 897	22 898	20 217	- 19
Capacités d'hospitalisation partielle (places)	Médecine	7 392	9 506	14 264	+ 93
	Chirurgie	7 641	10 039	16 300	+ 113
	Obstétrique	898	982	1 377	+ 53

*Source : DREES, SAE 2000 à 2014, traitements DREES. Champ : France métropolitaine et DOM hors Mayotte, et hors Service de Santé des Armées (SSA) en 2000. * données statistiques provisoires.*

En second lieu, l'analyse régionale met en évidence une forte hétérogénéité du nombre de lits et places pour 100 000 habitants (cf. graphique 10). Le rapport entre capacités d'hospitalisation partielle (places) et complètes (lits) s'étage de 14 % en Île-de-France à moins de 8 % en Guyane et en Basse-Normandie.

[36] En l'état actuel de la SAE, il n'est pas possible d'obtenir la ventilation des lits et places par unité médicale.

Graphique 10 : Nombre de lits et places pour 100 000 habitants, par région



Source : DREES 2014, traitements DREES. Champ : France métropolitaine et DOM hors Mayotte, INSEE population estimée 1er janvier 2014 retraitement mission.

2. Le développement des hôpitaux de jour suppose la mise en place d'organisations adaptées prenant en compte l'ensemble de leur environnement

2.1. L'hospitalisation de jour de médecine est une notion imprécise, tant dans son contenu que dans son organisation, qui conduit à une diversité d'appréciations par les établissements de santé

2.1.1. Du point de vue de la facturation, l'hospitalisation de jour de médecine est définie par opposition aux activités externes

Aux termes de l'article R. 6221-4 du code de la santé publique, l'hospitalisation de jour de médecine est une alternative à l'hospitalisation complète. **Les prises en charge éligibles au sein de ces structures se définissent par opposition aux autres prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé (actes et consultations externes).** L'instruction frontière[37] précise les conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) d'hôpital de jour dans les termes suivants : « *ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée soit en médecine de ville s'agissant du secteur libéral, soit dans le cadre des consultations ou actes externes s'agissant des établissements de santé antérieurement sous dotation globale.* »

Il n'existe donc pas de définition positive de l'hospitalisation de jour de médecine.

Les modalités d'organisation des structures d'hospitalisation de jour de médecine sont définies par les articles D. 6124-301 et suivants du code de la santé publique. Les prises en charge qu'elles dispensent doivent être réalisées en moins de douze heures, ne comprennent pas d'hébergement (nuitée) et s'appliquent aux patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.

Ces structures doivent :

- être identifiables ;
- faire l'objet d'une organisation spécifique ;
- être organisées en plusieurs unités de soins individualisées ;
- disposer de moyens dédiés en locaux et en matériel ;
- disposer d'une équipe médicale et paramédicale, dont les fonctions et les tâches sont définies par la charte de fonctionnement[38] et dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel ;
- être organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients.

L'équipe peut être composée de personnels exerçant également en hospitalisation complète sur le même site, et l'existence d'un plateau technique dédié à ces structures n'est pas impérative.

---

[37] Instruction DGOS/R n° 2010-201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

[38] Cf. article D. 6124-305 du code de la santé publique qui précise que cette charte précise l'organisation de la structure (personnel, horaires, organisation des soins, fonctionnement médical, indicateurs de suivi de l'activité et de la qualité des soins) les conditions de désignation et qualification du médecin coordonnateur, …

Au-delà de ces dispositions réglementaires, le virage ambulatoire annoncé par les pouvoirs publics ne fait pas l'objet de leur part d'orientations claires pour la médecine. Le développement de l'activité ambulatoire de médecine à l'hôpital est ainsi une orientation récente qui fait l'objet d'initiatives diverses et pour l'instant inabouties au plan national, et qui ne donne pas lieu à une gouvernance *ad hoc* (cf. 4.1.1).

2.1.2. Cette définition imprécise des objectifs et des activités de l'hôpital de jour conduit à une diversité d'appréciations par les acteurs et à des modes d'organisation variables selon les établissements

Par-delà le cadre juridique mentionné précédemment, il n'existe pas d'organisation type des prises en charge de l'hôpital de jour de médecine. Les textes précités du code de la santé publique laissent des marges de manœuvres aux établissements pour organiser leurs structures, notamment sur la composition du personnel et l'utilisation du plateau technique.

L'organisation de ces structures est ainsi variable selon les établissements. L'unité de médecine ambulatoire peut être plus ou moins polyvalente, ou *a contrario* spécialisée. En général, la cancérologie est isolée dans une unité dédiée, et l'organisation des unités polyvalentes se fait par identification de jours de la semaine dédiés à certaines spécialités. Certains projets mettent en avant des unités communes de médecine et chirurgie ambulatoires.

Les différentes unités qui ont été visitées lors des déplacements de la mission, et qui sont sauf en matière de cancérologie de création récente, témoignent de ces différences d'organisation possibles de l'hôpital de jour (cf. tableau 4).

Tableau 4 : Illustration des organisations rencontrées par la mission

Points examinés	Observations
Date de création des hôpitaux de jour	Entre 1989 et 2015
Caractère polyvalent de la structure	19/21 (1 oncologie1 diabétologie)
Nombre de places (moyenne)	17 (CHU sur-représentés)
Nombre de spécialités représentées (moyenne)	7
Spécialités les plus représentées	Dermatologie, neurologie, rhumatologie, pneumologie, diabétologie, gastroentérologie, oncologie
Existence d'un médecin coordinateur	4/20
Présence de médecine foraine	8/20

Source : Réponses de quinze établissements au questionnaire de la mission. Retraitement mission.

D'une manière générale, la diversité des organisations rencontrées reflète :

- les objectifs ayant présidé à la mise en place de ces hôpitaux de jour (par exemple des réductions de capacités, la prise en compte de contraintes immobilières ou le regroupement des unités dans le cadre d'un nouveau projet immobilier) ;
- la conception que les acteurs se font de d'hôpital de jour qui agit soit en substitution de l'hospitalisation complète ou de l'offre de ville, soit en complémentarité avec cette dernière (cf. *infra*) ;
- la dynamique des projets, parfois nouveaux, engagés au sein des établissements autour de certaines spécialités ou pôles d'activité.

2.1.3. Les prises en charge en hôpital de jour supposent une organisation « millimétrée », en particulier en matière de planification, de programmation et de coordination, selon des modalités qui peuvent être variées

De même qu'en matière de chirurgie ambulatoire, le rôle des personnels infirmiers et tout particulièrement de l'encadrement soignant est essentiel dans l'organisation de la planification, de la programmation et du suivi du bon déroulement des prises en charge.

Ces organisations millimétrées sont d'autant plus importantes à mettre en œuvre qu'il n'y a pas, en médecine, de prestation ou de lieu pivot clairement identifié permettant de structurer la prise en charge, comme l'intervention de l'anesthésiste et le bloc opératoire en chirurgie. Elles reposent sur des **modalités d'entrée et de sortie efficaces et rapides** (circuit identifié, rappel du patient, admission, sortie rapide avec tous les documents) et supposent **une coordination forte de l'ensemble des acteurs, en particulier du point de vue de l'accessibilité des plateaux techniques.**

L'organisation constatée de ces prises en charge prend de fait des formes diverses :

- le mode d'adressage des patients en hôpital de jour dépend du mode d'organisation de l'établissement et de ses relations avec les professionnels de ville ;
- la planification de l'activité peut être exercée par des médecins coordonnateurs, des IDE[39], ou, dans certains cas, des secrétaires même si les acteurs conviennent qu'une qualification médicale permet d'exercer cette tâche dans les meilleures conditions ;
- la programmation peut donner lieu ou non à un rappel 24 ou 72 heures avant la date de la venue, pour vérification de la venue du patient et de la complétude de son dossier.

2.2. L'hôpital de jour de médecine s'inscrit dans un *continuum* de prises en charge dont il convient de tenir compte dans ses projets de développement

2.2.1. Le positionnement de l'hôpital de jour est variable selon les filières de soins et les territoires

L'hôpital de jour s'inscrit dans un *continuum* de modes de prise en charge, avec des relations de proximité plus ou moins étroites. Au-delà de son interface avec l'hospitalisation conventionnelle, l'hôpital de jour est une modalité parmi un ensemble de solutions de prises en charge :

- soit, constituant des alternatives à l'hospitalisation complète : notamment l'hospitalisation à domicile (HAD), les soins de suite et de réadaptation (SSR) ou les prises en charge ambulatoires en psychiatrie ;
- soit, visant à assurer un suivi spécialisé, coordonné ou pluridisciplinaire des patients, notamment ceux qui sont touchés par des pathologies lourdes, complexes ou multiples. Il s'agit notamment des consultations pratiquées, en lien ou non avec le médecin traitant, par les médecins spécialistes en ville ou dans les établissements de santé lorsque la réalisation d'actes ou de consultations externes (ACE) nécessite la mobilisation de plateaux techniques et un temps d'exécution, de réflexion et de coordination.

En dehors de ses missions traditionnelles, l'hôpital de jour peut également entretenir des relations de proximité avec d'autres structures ou organisations chargées de favoriser une prise en charge coordonnée et pluri-professionnelle des parcours de soins.

[39] Infirmier diplômé d'Etat.

Les différents modes de prise en charge sont à « géométrie variable » et plus ou moins présents selon les territoires. Cette diversité, jointe à la « plasticité » des activités de médecine, conduit à des positionnements différenciés des configurations d'hôpital de jour rencontrées, qui vont parfois au-delà de leur « cœur de métier ».

L'appréciation des concurrences ou des complémentarités qui peuvent exister entre ces modes de prise en charge et les activités de médecine réalisées en hôpital de jour est aujourd'hui difficile et nécessiterait des études spécifiques, à la fois par spécialité et à différents niveaux géographiques, en particulier s'agissant des actes et consultations externes réalisés en milieu hospitalier.

2.2.2. Le positionnement de l'hôpital de jour est appelé à être modifié par une série d'innovations techniques, technologiques et thérapeutiques ainsi que sous l'effet du vieillissement de la population

Les activités et le rôle de l'hôpital de jour sont appelés à connaître des modifications importantes au cours des années à venir, en fonction de la **montée en charge et de la diffusion d'innovations dont le développement** est aujourd'hui en germe. Ces innovations sont à la fois **techniques**, avec le développement des plateaux d'imagerie et des possibilités de dépistage et de diagnostic précoces ; **technologiques**, avec le développement du numérique et l'émergence de la télémédecine **; thérapeutiques**, avec la diffusion de nouveaux traitements, de plus en plus personnalisés et ciblés et le développement de molécules susceptibles d'être administrées par voie sous-cutanée ou orale.

Afin de tirer parti des innovations dans des conditions de qualité et de sécurité garanties, il convient de ne pas figer l'organisation des prises en charge et de maintenir la souplesse de l'hôpital de jour, leur impact sur les structures n'étant pas mesurable. Il importe cependant d'éviter que l'emploi des innovations vise à préserver « des bastions » d'activités qui pourraient être réalisées dans des conditions plus efficientes, mais aussi que des basculements trop rapides d'activités soient opérés, par exemple vers des chimiothérapies à domicile ou des activités de « télémédecine », dans des conditions qui ne permettraient pas d'assurer la qualité et la sécurité des parcours des patients, et les laisseraient seuls face à des problèmes de santé ou des effets indésirables.

L'approche évolutive du rôle et du positionnement de l'hôpital de jour doit également tenir compte des **perspectives liées au vieillissement de la population**, qui pourront influer sur le volume et la nature des prises en charge :

- l'augmentation potentielle du nombre de patients atteints de maladies chroniques pourrait donner lieu à un essor des actions de prévention et de dépistage conduites en hôpital de jour, ainsi que des traitements suivis de façon coordonnée avec la médecine de ville ;
- l'hôpital de jour pourrait de même être sollicité pour répondre aux besoins de prise en charge précoce du risque de perte d'autonomie, à travers la prévention et le dépistage de la « fragilité ».

2.2.3. Le développement effectif, le coût et la qualité des prises en charge associées à l'hôpital de jour sont tributaires d'un « environnement » dont l'évolution doit être organisée en parallèle

Les possibilités effectives de développement de l'hôpital de jour et les conditions, y compris financières, de sa mise en œuvre sont tributaires des caractéristiques socio-économiques des populations (précarité, isolement, éloignement géographique) **et de l'environnement qui existe en « amont » et en « aval » en termes de transports, d'hébergement et de suivi médico-social**.

Ainsi, **la montée en charge de l'hôpital de jour nécessite de maîtriser le coût de transport des patients**[40]**.** Le développement de l'hôpital de jour est en effet susceptible de jouer de façon contradictoire sur ce poste de dépenses, d'une part en réduisant les allers et retours entre domicile et établissements de santé pour les patients dont les examens, contrôles et consultations sont regroupés sur une journée, mais, d'autre part, en accroissant la nécessité de recourir à ce type de transports pour des prises en charge itératives ou pour des patients sortant de l'hôpital en fin de journée.

Le développement de l'hôpital de jour peut d'un autre côté être favorisé par des solutions d'hébergement des patients en amont ou en aval de l'hospitalisation. L'expérimentation de formules « d'hôtels pour patients » prévue par la loi de financement pour la sécurité sociale (LFSS) pour 2015[41] mériterait à cet égard d'être accélérée et confortée.

Afin d'assurer un accompagnement adapté des patients, les initiatives visant à développer l'hôpital de jour doivent enfin organiser, dans le domaine médico-social, les relations entre établissements de santé et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et les solutions d'aval permettant d'associer soins à domicile et aide aux actes de la vie quotidienne.

2.2.4. Le positionnement de l'hôpital de jour mériterait d'être plus clairement établi, partagé entre les acteurs et intégré aux réflexions territoriales

Les développements précédents ont montré la pluralité et l'évolutivité des logiques d'organisation et de positionnement de l'hôpital de jour, à la fois selon les filières de soins et les territoires. **S'il n'est pas souhaitable de normer l'activité ou l'organisation des hôpitaux de jour, des précisions doivent être apportées pour les inscrire clairement dans leur environnement**.

Le ralentissement de la croissance des moyens alloués, l'inégale répartition des expertises médicales, les innovations techniques et pharmaceutiques et le vieillissement de la population poussent à une recomposition en profondeur envisageant les parcours de soins des patients à l'échelle des territoires. Le développement de l'hôpital de jour devrait donc être structuré par les pouvoirs publics et accompagné auprès des acteurs concernés (ARS et établissements). Il est à conduire dans le cadre des réflexions portant sur la structuration de l'offre de soins en réponse aux besoins territoriaux, et donc de celle menée sur les groupements hospitaliers de territoires (GHT).

---

[40] Les transports de patients prescrits par les établissements de santé vont donner lieu à une revue de dépenses publiques. Cf. Jaune budgétaire « revues de dépenses » annexé au PLF 2016.

[41] Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014.

Le rôle joué par les ARS est de ce point de vue essentiel :

- dans le cadre des schémas régionaux de l'offre de soins (SROS) et des autorisations accordées, elles sont en mesure d'organiser les réorganisations et coopérations nécessaires, à la fois entre les établissements sanitaires publics et privés et entre ces derniers et les établissements médico-sociaux afin de permettre une refonte des prises en charge hospitalières de médecine fondée sur le développement de l'hospitalisation de jour ;
- lors de l'approbation de la convention constitutive des GHT, qui conduira à la construction en commun d'une nouvelle ingénierie territoriale à même de développer l'hospitalisation de jour dans toutes ses composantes et de dégager des parcours de soins progressivement plus personnalisés.

3. Le principal frein au développement de l'hôpital de jour est le risque de requalification en actes et consultations externes lié aux incertitudes d'application de l'instruction dite « frontière »

La mission a identifié un ensemble de freins organisationnels, culturels ou exogènes qui contraignent le développement de l'activité de médecine en hôpital de jour et sont énumérés en annexe II. L'accent est mis ici sur les difficultés de facturation induites par l'instruction frontière ainsi que sur le manque de référentiels médicaux et de recommandations en termes d'organisation et d'analyse médico-économique des prises en charge (cf. 4).

3.1. L'instruction frontière et son application sont perçues par les acteurs comme un obstacle majeur au développement de l'hôpital de jour

3.1.1. L'instruction frontière vise à préciser les conditions de facturation d'un GHS en hôpital de jour

L'instruction dite « frontière »[42] précitée du 15 juin 2010 précise les conditions permettant la facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et pour les prises en charge de moins d'une journée dans des structures d'hospitalisation à temps partiel. Elle a abrogé une première circulaire du 31 août 2006, pour intégrer les retours d'expérience des contrôles externes T2A[43] et préciser les situations ouvrant droit ou non à facturation d'un GHS (cf. encadré 2).

Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, la prise en charge donne lieu à facturation d'actes et consultations externes dont la tarification est identique à celle des soins de ville (cf. 3.2.2).

Encadré 2 : Conditions de facturation d'un groupe homogène de séjours (GHS) pour les bilans diagnostiques ou thérapeutiques

- L'arrêté du 15 mars 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile, notamment son article 11, précise les conditions cumulatives de facturation d'un GHS d'hôpital de jour :
  - *« une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ;*
  - *un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ;*
  - *l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état du patient. »*
- L'instruction DGOS/R n° 2010-201 du 15 juin 2010 dite instruction frontière dispose :

« Un GHS ne peut être facturé que si la prise en charge comporte plusieurs examens (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers, et qu'une synthèse diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire en est réalisée par un médecin. S'agissant de ce dernier point, l'élaboration, à l'issue du

[42] Cf. note 37.

[43] Tarification à l'activité.

bilan, d'un protocole de soins suivi ultérieurement en externe est un type de synthèse médicale à privilégier.

Si l'une de ces conditions n'est pas respectée, chaque acte diagnostique ou thérapeutique doit être facturé selon la nomenclature d'actes en vigueur, et dans le respect des règles de facturation de cette activité (honoraires médicaux en médecine de ville, actes externes dans les établissements antérieurement sous dotation globale).

Il convient en outre de souligner que la réalisation de plusieurs actes au cours de la même journée peut donner lieu à la facturation d'un GHS, lorsque les conditions suscitées sont respectées, y compris lorsque l'un des actes réalisés n'est pas un acte pris en charge par l'assurance maladie.

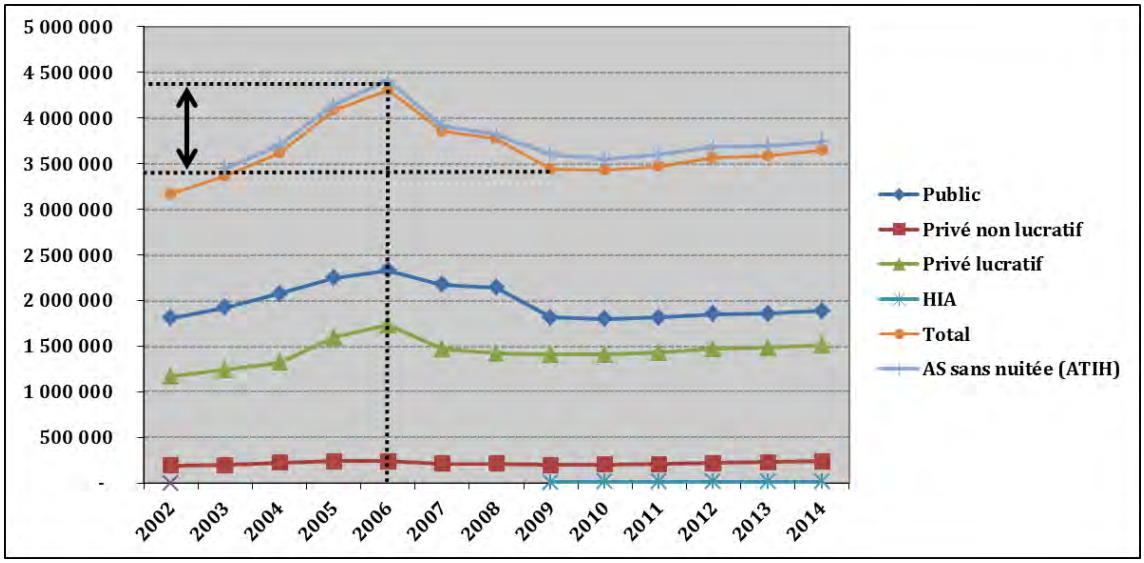
Toutefois, les actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie doivent, pour leur part, justifier l'hospitalisation.

Enfin, les RSS[44] des séjours de moins d'une journée doivent comporter la totalité des actes réalisés, dès lors qu'ils sont « codables » avec la CCAM[45], y compris lorsque ceux-ci ne sont pas des actes classants au sens de la classification des GHM, ou qu'ils n'ont pas de tarif à la CCAM. »

Source : Arrêté du 15 mars 2015 et instruction DGOS/R n° 2010-201 du 15 juin 2010.

En 2006, la publication de la première circulaire[46] a permis une clarification des règles et une première unification des pratiques de facturation. Celle-ci s'est accompagnée d'une diminution du nombre total de séjours de médecine sans nuitée d'environ un million jusqu'en 2009.

Graphique 11 : Evolution du nombre total de séjours de médecine sans nuitée et entrée en vigueur de l'instruction frontière



Source : Données FHF, issues des PMSI 2002 – 2014 ; données ATIH pour les autres séjours (AS) sans nuitée. HIA : hôpitaux d'instruction des armées.

[44] Résumés de sortie standardisés, cf. annexe IV.

[45] Classification commune des actes médicaux, cf. encadré 2.

[46] Circulaire DHOS/F1/MTAA n° 2006-376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.

3.1.2. Les ambiguïtés d'interprétation et d'application de l'instruction frontière et les risques financiers induits par la requalification en actes et consultations externes freinent le développement de l'hôpital de jour

Si le principe des contrôles externes T2A n'est pas remis en cause par les établissements, leurs modalités de mise en œuvre au regard de l'application et de l'interprétation de l'instruction frontière sont présentées comme des freins majeurs aux projets de développements d'hôpitaux de jour :

- **cette insécurité juridique a été révélée par les contrôles externes T2A de la CNAMTS.** Elle se traduit par **des interprétations variables, à la fois entre régions sur le territoire national, et dans le temps** pour un même établissement (entre deux contrôles par exemple). **Ce manque de cohérence dans les contrôles paralyse les projets des développements d'hôpital de jour, et constitue un facteur important de tension entre les acteurs ;**
- certains praticiens conseils disent ne pas être liés par l'instruction frontière alors que celle-ci a une valeur impérative[47] à leur égard ;
- les établissements regrettent le manque de prise de position, tant de l'Assurance maladie (CPAM, direction régionale du service médical (DRSM)) que des ARS, sur les projets de prises en charge et de facturation qu'ils présentent, en amont, afin de les sécuriser financièrement.

Par-delà leur caractère dissuasif pour le développement des hôpitaux de jours, **ces risques non maîtrisés de requalification se traduisent par des stratégies de contournement qui ont pour objectif de prévenir le contrôle T2A et la requalification en actes et consultations externes (ACE) qui pourrait en résulter :**

- séjours d'une nuitée non nécessaires ;
- séjours en hospitalisation partielle pouvant donner lieu à réalisation d'actes non indispensables ;
- prescription de médicaments issus de la réserve hospitalière, ou maintien en hospitalisation complète avec nuitée en cas de volonté de prescrire un substitut non issu de la réserve hospitalière.

Du point de vue des freins au développement de l'hôpital de jour, la clarification de l'instruction frontière doit donc être une priorité, parallèlement à l'édiction des référentiels de prise en charge, pour sécuriser les établissements.

3.1.3. Les contrôles externes T2A se concentrent fortement sur le champ des « actes et consultations externes facturés en hospitalisation de jour et séances »

À la demande de la mission, la direction de l'audit, du contrôle, du contentieux et de la répression des fraudes (DACCRF) de la caisse nationale d'assurance maladie a réalisé un bilan chiffré des campagnes des contrôles T2A opérés sur le champ des « actes et consultations externes facturés en hospitalisation de jour et séances », et visant donc à s'assurer du respect de l'instruction frontière, sur la période des campagnes 2008 - 2014[48].

[47] Reconnue par la CNAMTS comme la DGOS.

[48] La mission s'est étonnée de l'absence de données directement disponibles en raison des travaux conduits actuellement par la CNAMTS et certaines directions du ministère de tutelle sur différentes pathologies.

En premier lieu, la pression des contrôles paraît s'exercer plus fortement sur la priorité « actes et consultations externes facturés en hôpital de jour ». En effet, pour la campagne 2014, les résultats des contrôles portant sur les actes et consultations externes en hospitalisation de jour et séances (31 % des champs de contrôles T2A) sont presque toujours supérieurs à ceux des contrôles tous champs confondus.

En deuxième lieu, les taux de contrôles comme les montants rappelés demeurent sur la période dans les mêmes proportions, ce qui laisse penser que les contrôles T2A ne sont pas dissuasifs. Selon la DACCRF, la pression de contrôle étant faible et les montants de sanction très inférieurs à ce qu'ils pourraient être, les établissements non vertueux n'ont donc aucun intérêt à modifier leurs pratiques. L'absence d'impact des contrôles résulterait selon la DACCRF de la reconduction, depuis 2006, des mêmes priorités de contrôle.

En troisième lieu, les résultats des contrôles ne donnent lieu qu'à un suivi quantitatif, incluant une évaluation chiffrée des préjudices financiers :

- **ils ne donnent pas lieu à une analyse qualitative.** Il ressort des entretiens avec la CNAMTS qu'à l'exception de l'année 2008, les contrôles ne donnent pas lieu, faute de ressources disponibles et de temps, à une analyse des motifs de requalification des facturations erronées et les motifs de « requalification » suite à contrôle ne sont pas suivis en tant que tels dans les outils informatiques ;
- **ils ne donnent pas lieu à suivi des motifs de fond invoqués lors des contentieux devant les tribunaux.** L'examen des recueils 2013-2014 d'analyse des contentieux T2A montre que les contentieux (indus et sanctions) portent exclusivement sur des moyens de forme liés à la qualité des personnes pour agir, au respect des délais ou au respect du contradictoire. Ces recueils ne font apparaître aucun contentieux tiré du moyen d'une requalification à tort de la facturation. Or, selon la DACCRF, la requalification des facturations serait un motif récemment soulevé dans les contentieux jugés par les tribunaux des affaires de sécurité sociale.

Depuis 2015, la CNAMTS a engagé deux expérimentations pour améliorer les relations entre acteurs lors des contrôles, qui pourraient être complétées par une réflexion sur les priorités de contrôle, mais qui n'ont été mentionnées par aucun des acteurs rencontrés lors des déplacements de la mission :

- la première vise à modifier les modalités de contrôle sur site pour renforcer la phase contradictoire, pour écourter la phase de contrôle sur site et prévenir les contentieux ;
- la seconde vise à redéfinir la stratégie de contrôle et de ciblage par établissement pour dissuader les pratiques déviantes des établissements les plus atypiques.

Les modalités de diffusion de ces expérimentations devraient être renforcées, et plus largement, une réflexion engagée sur la définition des priorités de contrôle et leurs finalités.

3.2. Les problèmes tarifaires concernent essentiellement la tarification de certains soins longs, complexes, innovants et/ou coordonnés réalisés en milieu hospitalier

Les acteurs rencontrés ont mis en avant le facteur dissuasif de requalification de la prise en charge en actes et consultations externes pour des soins longs, complexes, innovants et/ou coordonnés dont le niveau de tarification est faible au regard des moyens engagés.

3.2.1. Les obstacles tarifaires liés à la facturation d'un GHS en hôpital de jour sont limités et ne peuvent être analysés sans examen concomitant des différentiels de coûts

Les obstacles tarifaires au transfert des courts séjours d'hospitalisation complète (une ou deux nuits) vers les hôpitaux de jour, qui peuvent relever soit de bornes basses, soit d'effets de seuils entre GHM, **sont limités** :

- les bornes basses[49] des GHM de sévérité 1 fixées à deux jours ou moins ne concernent que douze GHM du secteur ex-DG et seize GHM du secteur ex-OQN, soit respectivement seulement 5,2 % et 7,0 % des GHM de sévérité 1 ;
- les effets de seuil liés à une différence tarifaire :
  - sont limités à environ 25 % des racines entre une prise en charge d'une nuit et une prise en charge en hôpital de jour ;
  - concernent environ 50 % des racines entre une prise en charge de deux nuits et une prise en charge d'une nuit.

Pour les racines sans effet de seuil, les établissements de santé peuvent engager le développement des transferts des courts séjours en hôpitaux de jour à « iso-recettes », c'est-à-dire en limitant les risques financiers de court terme – avant de tirer bénéfice de la réduction concomitante des coûts.

La mission considère que **l'interprétation des effets de seuil doit être conduite avec prudence. En effet, ceux-ci ne constituent pas en eux-mêmes un obstacle au développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine** s'ils correspondent effectivement à une différence de coût de prise en charge : un séjour sans nuitée coûte moins qu'un séjour avec nuitée à l'établissement de santé. **Il est ainsi rappelé que le transfert de prises en charges de l'hospitalisation complète vers les hôpitaux de jour se traduit par une diminution du coût de la prise en charge pour l'établissement de santé lorsqu'y sont associées des réorganisations adéquates.**

L'existence d'effets de seuil relève donc souvent d'un obstacle avant tout symbolique, dans la mesure où les pertes de recettes sont plus directement perçues que les économies de coûts. Pour les établissements en difficulté financière, elle peut constituer un risque plus direct dans la mesure où la perte de recettes à court terme peut aggraver leur situation financière, le temps que les économies produisent leurs effets[50].

Il apparaît donc peu souhaitable de manier l'outil tarifaire à des fins purement incitatives pour développer les prises en charge sans nuitée puisque les différentiels tarifaires mis en évidence ne pénalisent pas les établissements au regard de leurs coûts.

De plus, des outils de « *microcosting* » peuvent être utiles pour appuyer les établissements dans l'analyse de leurs coûts, étant précisé qu'il importe que celles-ci soient menées de façon rigoureuse, en faisant la part entre les différences qui sont spécifiquement liées au tarif des GHM sans nuitée et celles liées par exemple au caractère globalisant des GHM de la T2A, et surtout en mettant en regard l'ensemble des coûts correspondants.

La tarification des GHM sans nuitée n'ayant pas été invoquée par les établissements comme un frein réel au développement de l'hôpital de jour, la priorité doit aller à la levée des incertitudes liées aux risques de requalification en ACE.

---

[49] Durée de séjour en-dessous de laquelle le tarif appliqué n'est pas celui du GHM correspondant. Le dispositif des bornes basses est présenté dans l'annexe IV.

[50] De plus, l'existence de bornes basses constitue un élément protecteur du niveau tarifaire des prises en charge dans les GHS de niveau de sévérité supérieure (cf. annexes II et IV).

3.2.2. Un problème de tarification existe pour certains soins longs, complexes, innovants et/ou coordonnés réalisés à l'hôpital, qui majore l'effet dissuasif des risques de requalification

Nonobstant une meilleure structuration de la médecine de ville, il existe des soins externes longs, complexes et coordonnés pour lesquels la prise en charge a vocation à être réalisée en milieu hospitalier mais pour lesquels la tarification actuelle n'est pas adaptée.

La tarification de ces actes et consultations externes est en effet la même que celle des soins réalisés en ville dans le secteur libéral, ce qui ne permet pas de prendre en compte la spécificité de certaines prises en charge réalisées dans le cadre de soins externes en environnement hospitalier. L'absence de correspondance entre les nomenclatures (cf. encadré 3) conduit en particulier à **ne pas ou mal reconnaître et financer :**

- le contenu de certaines consultations de médecine longues et complexes et, le cas échéant, les activités de conseil d'éducation thérapeutique qui peuvent y être associées ;
- les prestations de certaines professions qui peuvent intervenir dans ce cadre (psychologues, diététiciens) ;
- certains actes innovants pratiqués dans le cadre hospitalier, qui, lorsqu'ils sont intégrés, le sont avec délai ;
- les coordinations auxquelles ces consultations donnent lieu entre professionnels ou avec la médecine de ville sans forcément relever de l'hôpital de jour.

Encadré 3 : Modes de tarification des actes et consultations externes

La tarification de ces actes et consultations externes résulte, comme celle des soins réalisés en ville, de l'application de la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes techniques, de la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) pour les examens biologiques, et de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour les actes cliniques.

Les tarifs des actes et consultations externes ne sont donc pas fixés en référence à des prises en charges hospitalières, mais résultent des négociations conventionnelles conduites pour la rémunération de l'activité médicale réalisée dans le secteur libéral.

Or, si la CCAM a permis une connaissance détaillée des actes réalisés, elle ne couvre que le périmètre des actes techniques, et la tarification appliquée, qui s'appuie aussi la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) et la NGAP, ne permet pas la tarification à un niveau adéquat de certains actes et consultations externes, complexes et lourds ne pouvant être pris en charge par la médecine de ville dans sa structuration actuelle ou ayant vocation à rester dispensés en milieu hospitalier.

Source : Mission.

Jusque-là, seules des réponses partielles et fragmentées ont été apportées à travers la mobilisation des missions d'intérêt général (MIG) ou du Fonds d'intervention régional (FIR), par exemple pour l'éducation thérapeutique.

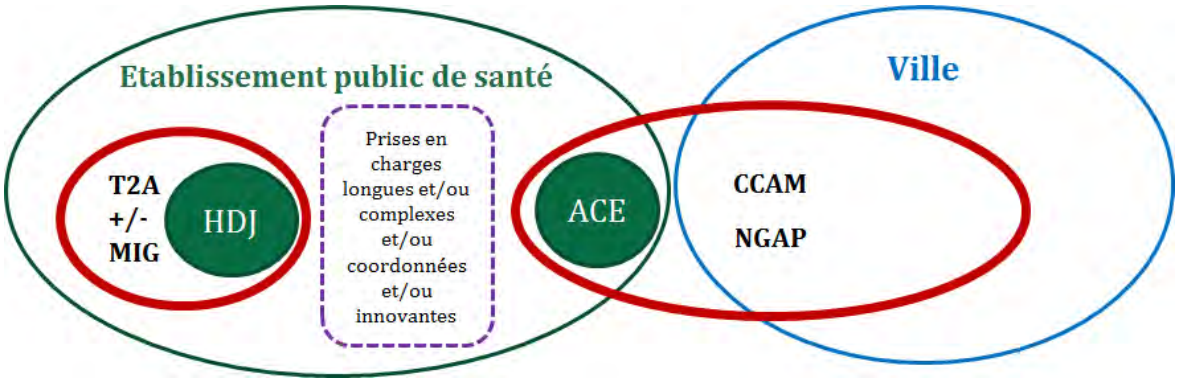
La réflexion sur l'évolution tarifaire de ces soins longs, complexes, innovants et/ou coordonnés réalisés à l'hôpital doit donc être conduite concomitamment à celles portant sur la clarification de l'instruction frontière et sur la diffusion de référentiels de prise en charge.

Indépendamment même du « niveau » souhaitable de ces tarifications, la réflexion sur leurs modalités est encore embryonnaire, et les acteurs qui les préconisent les envisagent sous des formes différentes. Différentes évolutions sont à cet égard possibles, dont la gradation va de la définition de prises en charge « intermédiaires » à la réforme d'ensemble de la tarification (cf. annexe II, 3.2) :

- **à moyen terme, différentes évolutions sont envisageables**, avec des logiques différentes et des incidences variables sur les enjeux d'ensemble de la tarification :
  - instauration de tarifs de GHS « amendés » ;
  - mise en place de forfaits tarifaires alternatifs pour certaines prises en charge hospitalières ;
  - mise en place de « forfaits médecine » complétant la valorisation de certains actes et consultations externes non suivis d'hospitalisation ;
  - mise en place d'une tarification spécifique pour tout ou partie des consultations hospitalières ;

  Eu égard à l'imprécision des réflexions sur le contenu détaillé de ces solutions, la mission n'a pas été en mesure de les expertiser, mais tente dans l'annexe II d'identifier plus précisément les différentes formules possibles et de proposer une première synthèse des avantages et inconvénients de chacune de ces options ;
- **à long terme, la tarification de ces prises en charge pourrait s'inscrire dans les réflexions d'ensemble sur la réforme de la tarification** :
  - la réforme de la tarification concernant les pathologies chroniques et les soins aux personnes âgées en perte d'autonomie ;
  - le développement de tarifications au « parcours de soins » prenant en compte le *continuum* des prises en charge en établissement de santé et en ville ;
  - la réactualisation de la CCAM technique et la possibilité d'une éventuelle CCAM clinique.

Graphique 12 : Représentation schématique de la question de la tarification des prises en charge intermédiaires



Source : Mission.

4. Une impulsion nationale devrait être donnée, une approche territoriale conduite par les établissements de santé sous l'égide des ARS, et des référentiels de prise en charge élaborés en préalable à la définition d'un potentiel de développement national

4.1. Au niveau national, la priorité donnée au virage ambulatoire de médecine à l'hôpital passe par une impulsion nationale et trois axes complémentaires

L'expression de « virage ambulatoire » irrigue l'ensemble des orientations et directives adressées au monde hospitalier depuis plusieurs années. L'hôpital de jour de médecine n'a pourtant jusque-là pas fait l'objet d'orientations clairement définies[51], à la différence de la chirurgie[52].

4.1.1. « Des soins de qualité dispensés sans nuit à l'hôpital » : une impulsion nationale à donner

Une impulsion nationale doit donc être donnée au virage ambulatoire de médecine. Celle-ci passe par un lancement national officiel, susceptible de mobiliser l'ensemble des acteurs, et par l'installation d'un comité stratégique national, présidé par une personnalité qualifiée, en y associant des représentants des professionnels de santé et des associations de patients.

Des orientations claires sont à donner aux ARS pour engager la mise en œuvre du virage ambulatoire en médecine à l'hôpital.

Selon la Direction de la Sécurité sociale, un projet « développement de l'hôpital de jour » a été lancé dans le cadre du plan ONDAM[53] en janvier 2015[54]. Toutefois, cette démarche qui vise au développement de l'hôpital de jour ne recouvre qu'imparfaitement et partiellement celle qui est conduite et proposée par la mission.

Par-delà ce signal à donner, la mobilisation des pouvoirs publics au niveau national passe par plusieurs axes complémentaires.

4.1.2. Une clarification et une actualisation de l'instruction frontière sont indispensables

L'instruction frontière, dont les incertitudes et les risques de requalification en actes et consultations externes qu'elles induisent constituent le principal frein au développement de l'hôpital de jour, doit être revue sur la base de trois objectifs complémentaires :

- définir positivement ce qui devrait relever de l'activité de médecine en hospitalisation de jour pour les différentes activités ou spécialités ;

---

[51] Ainsi par exemple, les documents de contractualisation (CPOM) entre l'Etat et les ARS ne font pas du développement de l'hôpital de jour une priorité clairement identifiée.

[52] Un objectif de taux de chirurgie ambulatoire a été fixé à 66,2 % à l'horizon 2020 (cf. Instruction n° DGOS/R3/2015-296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020).

[53] Objectif national des dépenses d'assurance maladie.

[54] Ce projet prévoit une démarche en deux temps : optimisation des capacités existantes d'hospitalisation complète et développement, le cas échéant, d'unités d'hospitalisation de jour.

- permettre aux établissements de santé de disposer d'une plus grande visibilité concernant leurs ressources futures ;
- prendre en compte les évolutions thérapeutiques ou l'émergence de nouveaux besoins de soins pour certaines pathologies ou populations.

4.1.3. L'élaboration de référentiels de prise en charge est nécessaire sans délai

Les sociétés savantes et la HAS devraient être mobilisées pour définir des référentiels de prise en charge, pour aider les établissements dans leur démarche et leur permettre d'avoir une approche systématique par spécialité et type de prise en charge.

Ces référentiels devraient porter, à l'image de ce qui a été initié dans la filière « cancer » sur l'ensemble de la « chaîne » des prises en charge destinées à être réalisées en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour, en hospitalisation à domicile ou en ville.

Ils pourront ainsi donner les leviers nécessaires aux ARS pour engager puis généraliser le virage ambulatoire de médecine.

Les travaux engagés pour quatre groupes de pathologie constituent en ce sens une première étape.

Encadré 4 : Présentation des travaux en cours

À la suite de refus massifs dans le cadre de contrôles T2A, la CNAMTS et les fédérations hospitalières ont informé le ministère de la santé des difficultés de facturation et d'interprétation posées par les pathologies suivantes addictologie, diabétologie, mucoviscidose et rhumatologie.

Des réflexions ont donc été engagées sur ces quatre types de prises en charge. Elles visent à favoriser l'élaboration de référentiels nationaux, à améliorer l'adéquation et la pertinence des prises en charge ainsi que leur financement et de sécuriser les professionnels et les établissements de santé dans leurs pratiques et leurs codages.

Source : Mission.

L'élaboration et la diffusion de ces référentiels devraient intervenir dans des délais aussi brefs que possibles. Afin de faciliter l'engagement de ces travaux, pour chaque domaine d'activité est proposée une synthèse du nombre de courts séjours (une et deux nuits) par racine (cf. annexe III, pièce jointe n° 2). Le concours de l'ATIH pourrait être sollicité pour obtenir des exploitations plus approfondies du PMSI.

Il conviendra en outre de veiller à ne pas figer l'organisation des prises en charge en prévoyant l'actualisation et de réexamen réguliers des référentiels cliniques élaborés, afin de tirer parti des innovations dans des conditions de qualité et de sécurité garanties.

4.1.4. La diffusion de guides pratiques organisationnels et médico-économiques devrait permettre aux acteurs d'appréhender et de développer plus facilement l'hôpital de jour de médecine

Il conviendrait d'accompagner les référentiels développés pour chaque type de spécialité de la rédaction de guides opérationnels associant recommandations d'ordre organisationnel et médico-économique (à l'instar de ce qui a été fait par la HAS sur la chirurgie ambulatoire ou sur la chimiothérapie en HAD).

La rédaction de ces guides organisationnels et médico-économiques devra être articulée avec la réflexion lancée par l'ANAP sur la période 2015-2017 dans le cadre de la démarche méthodologique d'accompagnement des établissements engagée en septembre 2015. Ainsi, d'après la note de cadrage de ce projet « Accompagner le développement des hôpitaux de jour de médecine », une première version de « Guide pour la mise en place de l'hôpital de jour de médecine » devrait être publiée en septembre 2016, et une seconde en février 2017.

4.2. Le développement des hôpitaux de jour de médecine suppose une action engagée dès à présent au niveau territorial

4.2.1. Contrairement à la chirurgie, le développement de l'hospitalisation de jour ne se prête pas à la déclinaison de taux cibles locaux à partir d'une cible nationale

Le virage ambulatoire préconisé pour la médecine ne peut à ce stade donner lieu à la déclinaison de taux cibles locaux à partir d'une cible nationale, compte tenu des particularités de la médecine.

D'une part, **contrairement à la chirurgie, et à l'exception de la cancérologie, la réflexion en matière de développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine est récente, et encore peu développée**, qu'il s'agisse de littérature académique ou de référentiels de prise en charge publiés par la HAS ou par les sociétés savantes. Du point de vue organisationnel, il existe peu de guides organisationnels et médico-économiques propres à la médecine de nature à offrir un appui au changement. Enfin, la mission n'a pas été en mesure d'obtenir des travaux de comparaisons internationales sur ce thème, ne serait-ce qu'en raison de l'absence de définition partagée et des difficultés à en mener du fait des différences entre systèmes de santé.

D'autre part, contrairement à l'acte chirurgical, l'acte médical peut avoir lieu hors des établissements de santé**. Le positionnement des hôpitaux de jour et leur forte porosité avec la médecine de ville et les autres substituts envisageables aux séjours d'hospitalisation complète nécessite de tenir compte des contextes locaux lors de l'examen de la situation des établissements**. Les difficultés liées à l'hétérogénéité des territoires (cf. annexe I) peuvent de ce point de vue se trouver majorées en fonction :

- de la démographie médicale du territoire, qu'il s'agisse des généralistes ou des spécialistes ;
- des caractéristiques socio-démographiques de la population du territoire de santé ;
- du positionnement de l'activité d'hôpital de jour comme substitut ou complément à l'activité de médecine libérale, qu'elle soit réalisée en ville ou en milieu hospitalier (ACE).

Des paramètres comme l'articulation avec le système de transports sanitaires et les risques de réhospitalisations doivent en outre être pris en compte dans les évaluations médico-économiques du développement des hôpitaux de jour. Cette question est aussi à travailler dans une perspective dynamique, notamment au regard des innovations thérapeutiques (prises en charge à domicile par exemple), technologiques (télémédecine par exemple), et organisationnelles, internes ou externes aux établissements (projets d'hôtels de patients).

Ces réflexions doivent enfin s'inscrire dans le cadre des réflexions territoriales sur les besoins de santé et sur l'organisation des groupements hospitaliers de territoires, les reconfigurations d'organisation ne devant ainsi plus être conçues au niveau des seuls établissements.

Enfin, ces difficultés sont renforcées par le manque de traçabilité dans les systèmes d'information des actes réalisés et le caractère globalisant des GHM en médecine dans le PMSI, qui limitent les potentialités des exploitations statistiques réalisables au niveau national. En effet :

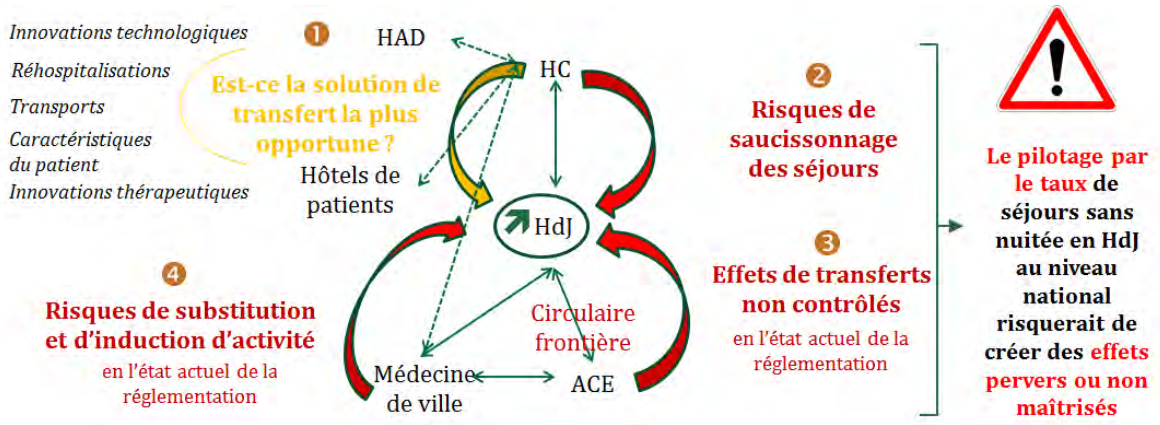
- **en premier lieu, alors que** le fait que **les actes médicaux peuvent être réalisés hors des milieux hospitaliers** emporte des conséquences importantes du point de vue des politiques de développement des hôpitaux de jour**, il n'existe aucune possibilité, ni même d'études, permettant d'établir une traçabilité des parcours des patients entre prises en charge hospitalières et prises en charge en ville, pas plus qu'il n'existe de description de ces activités ;**
- **en second lieu, les GHM de médecine rendent compte, par construction, de manière moins adéquate de l'activité de médecine que de celle de chirurgie, dans la mesure où ils peuvent être très globalisants et recouvrir des prises en charge de nature hétérogènes**, ce qu'illustre par exemple le nombre important des catégories par défaut (GHM de type « autres »).

Pour ces raisons et compte tenu de l'absence de référentiels de prise en charge, **un examen des caractéristiques des prises en charge au niveau territorial apparaît donc nécessaire**.

A contrario, une **approche par la fixation d'un taux cible national décliné localement est à proscrire compte tenu des effets pervers ou non maîtrisés qu'elle risquerait d'entraîner, et notamment** (cf. figure 13) :

- des séjours pourraient être transférés depuis l'hospitalisation conventionnelle vers l'hôpital de jour alors que d'autres solutions pourraient être plus pertinentes ;
- des séjours pourraient donner lieu à des « saucissonnages », un même patient revenant plusieurs fois de suite en hôpital de jour ;
- compte-tenu des incertitudes liées à l'instruction frontière (cf. annexe II), une part des actes et consultations externes pourrait être déportée vers des prises en charge en hôpital de jour ;
- ce même risque pourrait exister depuis les consultations de médecine de ville, avec de surcroît un risque d'induction d'activité, le développement de l'offre pouvant favoriser une augmentation du recours aux soins.

Figure 13 : Synthèse des risques liés à un pilotage par le taux du développement des hôpitaux de jour



Source : Mission.

4.2.2. Le niveau territorial est pertinent pour définir les modalités de développement de l'hôpital de jour dans le cadre d'une stratégie co-construite entre les établissements de santé et les ARS

Plusieurs établissements ont engagé des démarches au niveau local, inspirées de la méthode retenue en matière de chirurgie ambulatoire (cf. encadré 5).

Encadré 5 : Exemples de démarches engagées par certains établissements de santé rencontrés

En général, les établissements de santé ont pour ce faire repris et adapté la méthode proposée pour la chirurgie ambulatoire et engagé la discussion avec la communauté médicale[55]. Ainsi :

- un CHR (Metz) a engagé un travail discipline par discipline après avoir appliqué les taux retenus pour la chirurgie ambulatoire sur les séjours de zéro nuit (intégralité des séjours forains), une nuit (90 % des séjours) et deux nuits (80 % des séjours) sur les GHM de sévérité 1 et T, qui sont donc les GHM sans sévérité (hors GHM en Z) ;
- dans le cadre d'un travail avec l'ANAP, dans un autre CHU (Amiens), l'analyse engagée a notamment conduit à identifier l'intégralité des séjours forains, 80 % des séjours d'une nuitée et 50 % des séjours de deux nuitées, sur le périmètre des séjours mono-RUM non entrés par les urgences ;
- un CHU (Nancy) a identifié 80 % des séjours de une nuit et 50 % des séjours de deux nuits comme étant transférables, à la suite d'un benchmark à partir d'une base de données inter-CHU, sur le périmètre des séjours hors racines en C et K, hors décès, hors multi RUM, hors séjours en unités de réanimation, soins intensifs et soins continus, en unités de médecine. Il est à noter que cette méthodologie a été complétée, dans un premier temps, par l'application d'un filtre iso-recettes pour ne pas pénaliser l'établissement de santé en difficultés financières ;
- pour un autre CHU, l'ARS (PACA) a engagé un travail d'analyse des séjours de zéro, une et deux nuits au regard des pratiques sur le territoire.

De plus, un CHU (Dijon) a présenté un outil de comparaison avec cinq autres CHU (Amiens, Besançon, Dijon, Nîmes, Nice, Rennes) permettant d'afficher par domaine d'activité, groupe de planification ou groupe d'activité et par catégorie d'âge un potentiel de développement de l'activité ambulatoire.

Si ces démarches sont le fait d'établissements de santé de taille importante, certains établissements de plus petite taille ont conduit des approches non pas à partir du PMSI mais d'entretiens avec les praticiens des spécialités médicales et leurs équipes. C'est notamment le cas pour certains centres hospitaliers (La Roche-sur-Yon), CLCC (Institut de cancérologie de l'Ouest) ou cliniques privées.

Source : Mission.

Le degré d'avancement des réflexions en la matière est également hétérogène selon les ARS. Ainsi, sur les six ARS rencontrées par la mission, seule une s'est véritablement emparée de la problématique et trois ont amorcé une démarche en ce domaine.

Ces démarches ont vocation à être systématisées par les établissements de santé et animées par les ARS. La mission préconise ainsi une double délégation :

- **délégation aux établissements de la responsabilité de mener une analyse au niveau local des marges de progression dont ils disposent** en lien étroit avec leur communauté médicale. Pour ce faire, ils pourront engager des travaux à partir de la méthodologie retenue pour la chirurgie ambulatoire, des méthodologies retenues dans d'autres établissements (cf. supra) et des caractérisations statistiques figurant dans les annexes au présent rapport ;

[55] Cf. 33 page 11.

- **délégation aux ARS de la responsabilité du pilotage de cette démarche, en particulier de l'analyse comparative des établissements**, à la fois sur leur territoire et dans un cadre plus large. À cette fin, et dans un premier temps, sont mis à disposition des grilles d'analyse des distributions des taux de séjours sans nuitée par racine, avec le détail par secteur d'activité et pour chaque catégorie d'établissement, qui permettent de situer un établissement faisant l'objet d'une analyse dans le cadre national (cf. annexe III, P.J. n° 1). Les ARS pourront en ce sens adapter les comparaisons au contexte local des établissements dont elles ont la connaissance.

  Ces démarches pourront être prolongées par la généralisation de groupes de travail d'analyse comparative entre établissements (retours d'expérience, travaux comparatifs, échanges de pratiques).

L'intégration du virage ambulatoire de médecine aux dispositifs de contractualisation mis en œuvre devrait dans ce cadre être renforcée.

En matière de suivi d'activité par les établissements, les tableaux de bord disponibles actuellement intègrent peu d'indicateurs permettant de mesurer finement l'évolution de la médecine hospitalière ambulatoire tant en termes d'évolution des pratiques médicales par type de prises en charge ainsi que, plus globalement, de mesure des effets de transfert de l'hospitalisation complète. Par conséquent, **pour assurer le suivi de la politique de développement de l'hôpital de jour, la mission préconise que soient construits et suivis,** un ensemble d'indicateurs (cf. encadré 6 et annexe III, 2.4).

Encadré 6 : Indicateurs préconisés par la mission

Sur le périmètre qu'elle a examiné[56], la mission préconise la construction et le suivi des indicateurs suivants :

- **au niveau national**, le suivi pourra se concentrer sur les indicateurs suivants :
  - ratio nombre de places divisé nombre de lits d'hospitalisation complète, Ce taux permettra de suivre la transformation des structures d'hébergement en hôpital de jour ;
  - taux de séances foraines et le taux de séjours forains, qui appréciera le suivi de la recommandation relative au transfert de ces séjours en hôpital de jour ; et taux de séjours en unité d'hospitalisation mixte afin de contrôler d'éventuels effets de report ;
  - nombre et taux de séjours sans nuitées. Ces éléments mesureront la dynamique de développement des séjours pris en charge sans nuitée ;
  - nombre et taux de courts séjours (une et deux nuits). Ce taux devrait diminuer par l'augmentation des prise en charge en hôpital de jour ou en ville ;
- **aux niveaux régional et local**, trois indicateurs complémentaires pourraient être suivis, permettant d'analyser la performance des organisations de ces hôpital de jour :
  - taux de rotation ;
  - taux de déprogrammation avec le taux de non venues ;
  - taux de repli.

L'évolution de ces indicateurs a vocation à être suivie autant que leur niveau et, dans la mesure du possible, reconstituée sur les dernières années.

Source : Mission.

[56] Ce périmètre pouvant être amené à évoluer en fonction des travaux conduits.

4.3. Le potentiel de développement de l'hôpital de jour depuis l'hospitalisation complète est constitué des séances et séjours forains, et d'une fraction des courts séjours qui ne peut être évaluée a priori au niveau national en l'absence de référentiels

4.3.1. Les séances et séjours forains constituent un potentiel de développement de l'hôpital de jour et doivent faire l'objet d'un examen systématique par les ARS en lien avec les établissements de santé

Le code de la santé publique prévoit une « organisation spécifique » pour les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit (article D. 6124-301-1 du code de la santé publique, cf. 2.). **Elle vise à assurer une qualité de prise en charge optimale des patients et une organisation des soins la plus efficiente possible, centrée sur le patient et individualisée**. Les avantages liés à la mise en place d'un hôpital de jour sont notamment de garantir :

- un moindre risque d'infection nosocomiale ;
- une organisation performante de l'ensemble des intervenants autour du patient : consultants spécialistes, examens complémentaires, spécialistes paramédicaux ;
- un flux identifié évitant les croisements avec des patients en hospitalisation complète, sources de dysfonctionnement ;
- une absence de risque de déprogrammation si le lit a été donné à un patient des urgences ;
- un moindre coût de fonctionnement, les personnels n'étant présents ni la nuit ni le week-end.

Par opposition, l'absence d'unité dédiée et la prise en charge de séjours sans nuitée au sein d'unité d'hospitalisation complète (séjours « forains ») correspondent à une organisation centrée sur le médecin, sa discipline, ses lits et ses personnels associés. Elle peut être maintenue par facilité (réservation du lit et hospitalisation d'un patient la veille au soir, permettant en outre d'éviter l'occupation du lit par un patient en provenance des urgences) ou par souhait de préserver les organisations traditionnelles La mission rappelle en outre qu'en l'absence de respect des dispositions du code de la santé publique précitées le séjour ne peut donner lieu à facturation d'un GHS, comme rappelé par plusieurs arrêtés depuis 2009[57].

Il est donc nécessaire d'interroger systématiquement la pertinence des 300 000 séances et séjours forains au sein des établissements de santé[58]. Il appartient aux ARS de mener cette analyse en lien avec les établissements concernés, au regard des autorisations d'activité, des visites de conformité, de l'offre locale ainsi que l'organisation interne des établissements et de leurs contraintes architecturales et en personnel.

L'adaptation du diagnostic à la situation de chaque établissement se justifie en effet au regard des impacts variables du transfert de l'activité de médecine foraine selon les établissements et de la nécessité de les définir en fonction du besoin et de l'offre à organiser sur les différents territoires. Les délais et les modalités de résorption de ces séances et séjours forains pourront être définis dans le cadre de la contractualisation entre les ARS et les établissements de santé.

---

[57] Le dernier en date est l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile (notamment son article 11).

[58] 169 078 séjours forains et 136 365 séances foraines d'après l'analyse du PMSI sur le périmètre de la mission, et donc sous réserve d'erreurs de codage de la part des établissements. Sur ce point, cf. annexe III, 1.

4.3.2. À l'exception des séances et séjours forains, l'élaboration de référentiels de prise en charge est un préalable à la définition nationale d'un potentiel de développement de l'hôpital de jour

Seule la publication de référentiels cliniques élaborés par spécialité rendra possible une évaluation des potentiels de développement de l'hôpital de jour. Dans l'attente, la mission préconise la systématisation de démarches d'analyse au niveau local dans les établissements de santé, sous le pilotage des ARS. Pour ce faire, ils pourront engager des travaux, à partir des analyses conduites dans d'autres établissements et des éléments statistiques fournis par le présent rapport (grilles d'analyses comparatives notamment, cf. pièce jointe n° 1, annexe III). Cette approche déconcentrée ne permet pas de définition, et *a fortiori* d'évaluation d'un potentiel de transférabilité *ex ante*.

Le développement de l'hôpital de jour dépendra par ailleurs de celui des activités de soins qui pourront être prises en charge à domicile (par exemple en matière de chimiothérapie) ou des projets d'activité complémentaires qui pourraient *a contrario* être développés en hôpital de jour, par exemple en matière de soins de support ou de gérontologie, qui apparaît aussi comme une spécialité devant prioritairement donner lieu l'élaboration de référentiels.

L'évolution du développement de l'hôpital de jour reflétera donc *in fine* la ventilation qui sera opérée, au sein des prises en charge réalisées à l'hôpital, entre séjours hospitaliers, actes et consultations externes et soins réalisés en ville.

4.3.3. Au-delà de la médecine foraine, les simulations des marges de développement de l'hôpital de jour, réalisées ici sur la base d'hypothèses conventionnelles, ont une portée qui reste illustrative afin de guider la réflexion et le questionnement des acteurs

À titre uniquement illustratif et sur la base d'hypothèses conventionnelles, la mission a ainsi réalisé deux simulations, détaillées dans l'annexe III :

- l'une portant sur l'application à la médecine d'hypothèses globales de taux de transfert des séjours d'une ou deux nuitées vers l'hôpital de jour (cf. annexe III, encadré 5) ;
- l'autre portant sur des hypothèses d'alignement, racine par racine, des taux de séjours sans nuitée, dans les établissements où ils sont inférieurs sur la moyenne de ceux situés au-dessus de la médiane ou du troisième quartile (cf. annexe III, encadré 6)

Un tel exercice de simulation pourrait donner lieu à des adaptations en fonctions des racines de GHM, des types d'établissements et des territoires en fonction d'hypothèses de convergence jugées les plus probables par les acteurs concernés, et dans le même temps être complétée par une vision dynamique permettant d'envisager l'inscription dans le temps de ces évolutions.

Aucune de ces simulations ne permet d'évaluer un potentiel national. Il s'agit d'exercices dépendant des hypothèses retenues et limités par ces dernières, et dont le seul objectif est d'aider à la réalisation de travaux de ce type par les acteurs concernés**. La finalité de ces simulations est en effet de susciter et d'appuyer la réalisation de ce type de travaux :**

- d'une part, au niveau des établissements, afin qu'ils engagent comme la mission le préconise, sous le pilotage des ARS, le processus d'examen de leur séjours de courte durée en lien avec leurs communautés médicales et soignantes ;
- et d'autre part, par spécialité, dans le cadre des réflexions à engager avec les sociétés savantes.

Le développement de ce type d'analyses au niveau territorial rejoint l'approche comparative proposée précédemment pour guider le dialogue entre les acteurs, qui pourront les adapter en fonction des hypothèses qu'ils souhaitent eux-mêmes formuler.

4.4. Ces analyses ne peuvent donner lieu à un chiffrage national d'économies indépendamment de la situation de chaque établissement, prenant en compte un ensemble de facteurs

Le caractère illustratif des simulations proposées au sujet du développement de l'hôpital de jour ne permet pas de proposer un chiffrage national d'économies. Celui-ci ne peut s'envisager qu'à l'issue des analyses réalisées localement :

- tenant compte du potentiel lié à la bascule des séances et séjours forains au niveau de chaque établissement ;
- adoptant une vision d'ensemble, permettant de définir le redimensionnement capacitaire en fonction de l'évolution de la durée moyenne de séjour (DMS) et des taux d'occupation à l'échelle de l'établissement, en plus du nombre de séjours identifiés (forains et à identifier comme relevant d'un potentiel de développement) comme pouvant basculer ;
- tenant compte des effets de seuils permettant la fermeture éventuelle d'unités médicales d'hospitalisation complète et l'ouverture ou l'extension d'unités médicales d'hospitalisation de jour, ainsi que du renforcement à attendre de l'encadrement pour les structures d'hospitalisation complète accueillant une patientèle relativement plus lourde ;
- réalisant ces analyses au niveau des territoires pour organiser l'offre de soins et ses spécialisations à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire, notamment sur la base d'équipes médicales au dimensionnement suffisant[59] ;
- adaptant les rythmes de transformation au degré de maturité des réflexions engagées pour chaque établissement, et à l'offre de soins pré-existante sur chaque territoire.

[59] Cf. annexe II.

5. Une feuille de route est préconisée pour permettre aux acteurs de s'approprier la démarche et assurer un développement judicieux des prises en charges hospitalières ambulatoires de médecine

Sur la base de l'ensemble des investigations qu'elle a conduites et en synthèse des développements précédents, la mission a retracé ci-après, sous forme de feuille de route et avec une visée « opérationnelle », les conditions dans lesquelles le développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine pourrait être réalisé pour permettre la mise en place effective du virage ambulatoire de médecine à l'hôpital.

La mise en œuvre de cette feuille de route devrait être conduite de façon concertée, en y associant les sociétés savantes, les représentants des professionnels et les associations de patients. Elle passe par différentes étapes :

- **donner une impulsion nationale au développement de l'hospitalisation de jour, comme élément d'un nouveau modèle de référence fondé sur les prises en charge ambulatoires ou alternatives à l'hospitalisation complète**. Il s'agit de faire du virage ambulatoire de médecine une priorité à part entière au même titre que la chirurgie. Le développement de l'hôpital de jour devrait être une priorité assignée aux ARS et présentée comme telle aux acteurs nationaux et locaux ;
- dans le même temps, **doter les acteurs des moyens nécessaires pour engager ce virage**, dans une perspective à la fois de court et de plus long terme :
  - **au niveau national :**
    - clarifier l'instruction frontière, remettre du lien entre les acteurs dans le cadre des contrôles T2A et réfléchir à une tarification adaptée des soins externes longs, complexes et coordonnés à l'hôpital ;
    - promouvoir l'élaboration et la diffusion de référentiels de prise en charge et des guides pratiques et médico-économiques, respectivement par la HAS et les sociétés savantes d'une part, et par l'ANAP d'autre part ;
    - créer des indicateurs de pilotage et de suivi de l'activité d'hospitalisation de jour ;
    - définir des modalités d'accompagnement des patients adaptées à leurs situations et leur environnement.
  - **au niveau territorial,** il appartient :
    - aux ARS de décliner, dans leurs priorités, l'objectif de développement de l'hôpital de jour de médecine en l'inscrivant dans les réflexions territoriales sur les besoins de santé et la structuration de l'offre de soins, et dans la logique des coopérations hospitalières prévues dans le cadre les groupements hospitaliers de territoire ;
    - aux établissements, de définir, sous l'égide des ARS et en lien étroit avec leurs équipes médicales et soignantes, leur optimum de développement de l'hôpital de jour de médecine à partir de l'étude des séjours et séances forains ainsi que des courts séjours ;

Compte tenu des spécificités de l'activité de médecine, la démarche proposée par la mission est dans un premier temps en « *bottom-up* », dans l'attente de l'élaboration des référentiels de prise en charge et des guides organisationnels et médico-économiques.

Certaines de ces actions peuvent être engagées dès à présent par les ARS en lien avec les établissements, à partir de démarches d'analyse comparative, de retours d'expériences et de bonnes pratiques.

Un premier exercice pourrait être conduit dès 2016 de manière à ce que les établissements et les ARS s'approprient la démarche en vue de sa contractualisation dans les prochains CPOM, qui devraient définir des objectifs à atteindre et les modalités pour y parvenir.

La déclinaison de cette feuille de route figure dans le tableau récapitulatif ci-après, qui reprend les propositions détaillées dans les annexes au présent rapport.

Ces réflexions pourraient être enrichies par la conduite de travaux connexes tels que :

- la conduite de travaux similaires sur la médecine interventionnelle, ainsi que sur les séances de radiothérapie et dialyse qui ne sont pas comprises dans le périmètre examiné par la mission ;
- des études sur les hospitalisations évitables ou inadéquates et les parcours à envisager pour les patients atteints de maladies chroniques ;
- la réalisation d'études comparatives internationales.

SYNTHESE DES PROPOSITIONS

La mise en œuvre de ces propositions suppose une impulsion nationale

Thème	Propositions	Acteurs concernés	Délai de mise en œuvre[60]	Référence d'annexe
Niveau national				
Faire de l'hospitalisation de jour de médecine un élément d'un nouveau modèle de référence fondé sur les prises en charge ambulatoires ou alternatives à l'hospitalisation complète	Mettre en place un comité stratégique national chargé de piloter et coordonner le virage ambulatoire de médecine à l'hôpital, en y associant les représentants des professions de santé et les associations de patients	Administrations centrales CNAMTS	Court terme	Annexe III
	Engager l'élaboration des référentiels cliniques de prise en charge par spécialité : ◆ mener à leur terme les travaux engagés et en faire une diffusion active à l'ensemble des acteurs ; ◆ étendre l'élaboration des référentiels de prise en charge aux autres filières ou spécialités à partir d'un ciblage prioritaire par la DGOS ; ◆ prévoir l'actualisation et le réexamen réguliers des référentiels cliniques élaborés.	HAS Sociétés savantes	Court terme	Annexe III
	Mobiliser les ressources de l'ATIH en appui à la définition des référentiels de prise en charge	Administrations centrales ATIH	Court terme	Annexe III
	Prévoir une définition positive des prises en charge qui entrent dans la facturation de GHS en hôpital de jour, au fur et à mesure de la disponibilité des référentiels	Administrations centrales CNAMTS	Moyen terme	Annexe III
	Poursuivre la réflexion sur une tarification adaptée des soins longs, complexes et coordonnés ayant vocation à être réalisés en milieu hospitalier	Administrations centrales	Court terme	Annexe II

[60] Par convention, la mission considère qu'un délai de court terme est inférieur à trois ans et qu'un délai de moyen terme est compris entre trois à cinq ans.

	Définir des stratégies de prises en charge des patients prenant en compte leur environnement : ◆ veiller au coût des transports de patients dans l'organisation des prises en charge ambulatoires ◆ accélérer le développement des expériences d'hôtels de patients et clarifier leur statut juridique ◆ développer les relations entre les établissements de santé et les EHPAD pour organiser en hôpital de jour des actions de bilan et de prévention à destination des personnes âgées résidentes ◆ promouvoir des conventionnements entre établissements de santé et structures d'aide à domicile pour faciliter les prises en charge en hôpital de jour	Administrations centrales ARS Établissements	Moyen terme	Annexe II
Clarifier l'instruction frontière	Préciser au minimum les notions suivantes contenues dans l'instruction frontière : ◆ notion de pluralité associée aux examens et aux plateaux techniques ◆ notion de plateaux techniques hospitaliers ◆ caractère cumulatif ou alternatif des « professionnels de santé médicaux et paramédicaux »	Administrations centrales CNAMTS	Court terme	Annexe II
Doter les établissements et les ARS des outils leur permettant d'assurer le développement des hôpitaux de jour de médecine	Rédiger des guides opérationnels et médico-économiques en lien avec les réflexions en cours à l'ANAP	HAS ANAP	Court terme	Annexe II
	Promouvoir la construction et la diffusion d'outils d'analyse des coûts (*microcosting*) rigoureux et adaptés aux particularités des prises en charge ambulatoires de médecine	HAS ANAP	Court terme	Annexe III
	Intégrer un volet hospitalisation de jour de médecine dans la contractualisation entre l'Etat et les ARS	Administrations centrales (dont Secrétariat général) ARS	Court terme	Annexe III

	Mettre en place des indicateurs de pilotage et de suivi de l'activité en hôpital de jour	Administrations centrales ATIH	Court terme en fonction des données déjà disponibles dans les systèmes d'information	Annexe III
Remettre du lien entre les acteurs dans le cadre des contrôles T2A	S'assurer de la prise en compte et du respect de l'instruction frontière par les praticiens conseil de l'Assurance maladie	CNAMTS	Court terme	Annexe II
	Mettre en place une forme de « rescrit hôpital de jour » propre aux établissements de santé	Administrations centrales CNAMTS	Court terme	Annexe II
	Assurer une diffusion annuelle des réponses adressées par la DACCRF de l'Assurance maladie auprès de ses praticiens conseil, des ARS et des établissements de santé (DIM)	CNAMTS	Court terme	Annexe II
Faire évoluer les contrôles T2A portant sur les actes et consultations externes en hôpital de jour	Revoir les priorités nationales de contrôle T2A sur la base d'un diagnostic partagé entre la DGOS, la DSS et la CNAMTS	Administrations centrales CNAMTS	Court terme	Annexe II
Niveau territorial				
Demander aux établissements de définir leur optimum de développement	Engager un examen systématique des séances et séjours forains, ainsi que des courts séjours au niveau des établissements de santé en lien avec leurs équipes médicales et soignantes, sous l'égide des ARS	ARS Etablissements	Sans délai	Annexe III
	Développer des démarches d'analyse comparative des établissements de santé et notamment : ◆ les travaux comparatifs entre groupes d'établissements mis en réseau au sein de groupes de travail ◆ les sessions collectives de partage d'expériences et de valorisation des démarches innovantes	ARS Etablissements	Sans délai	Annexe III
Décliner dans les priorités suivies par les ARS l'objectif de développement de	Identifier un volet « hospitalisation de jour de médecine, hors séances » dans les CPOM conclus entre les ARS et les établissements et fixer les objectifs à atteindre (notamment transfert des forains et des courts séjours) ainsi que les modalités pour y parvenir	ARS Etablissements	Court terme	Annexe III

l'hôpital de jour de médecine	Mettre en place des indicateurs de pilotage et de suivi de l'activité en hôpital de jour	ARS Etablissements	Court terme	Annexe III
Remettre du lien entre les acteurs dans le cadre des contrôles T2A	Rappeler aux établissements de santé la nécessité de respecter les termes de l'article R. 1112-2 du code de la santé publique quant à l'importance du contenu et de la traçabilité des dossiers patients	ARS Etablissements	Sans délai	Annexe II
	Organiser des réunions annuelles entre les CPAM/DRSM et les ARS/DIM sur la base des retours des campagnes de contrôles précédentes afin de préparer au mieux celles à venir	CPAM ARS Etablissements	Sans délai	Annexe II
Statistiques et études				
Mettre en concordance les unités médicales et fonctionnelles afin de mieux analyser l'activité médicale et les informations financières qui s'y rapportent		DREES ATIH	Court terme	Annexe III
Étudier une refonte de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) permettant un suivi statistique des lits et places au niveau non plus des seules disciplines d'équipement mais des unités médicales d'hospitalisation		DREES ATIH	Court terme	Annexe I
Développer les études sur la médecine ambulatoire et son positionnement dans la chaîne des prises en charge		DREES CNAMTS	Court terme	Annexe II
Développer pour certaines filières de prise en charge des analyses comparant les coûts et recettes respectifs de l'hôpital de jour, des actes et consultations externes et des soins à domicile ou en ville pour des parcours « types »		DREES ATIH DGOS CNAMTS	Court terme	Annexe II

À Paris, le 26 février 2016

L'inspectrice des finances

Laure DELTOUR-BECQ

L'inspecteur général des affaires sociales

Christian Delavaquerie

L'inspecteur des finances

Jérôme d'Harcourt

L'inspectrice générale des affaires sociales

Mireille Elbaum

Sous la supervision de l'inspecteur général des finances

Jean-François Verdier

Avec le concours
de Léa Boudet,

assistante de vérification

PIECES JOINTES

PIÈCE JOINTE N° 1 : **LETTRE DE MISSION**

PIÈCE JOINTE N° 2 : **LISTE DES PERSONNES RENCONTREES**

PIECE JOINTE N° 3 : **SIGLES**

Pièce jointe n° 1 : Lettre de mission

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE
ET DES DROITS DES FEMMES

Les Ministres

Paris, le 25 JUIN 2015

Note
à l'attention de

Madame Marie-Christine LEPETIT
Chef de l'Inspection générale des finances

Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : Développement des prises en charges hospitalières ambulatoires de médecine

Le développement des prises en charge ambulatoires en établissement de santé en substitution de l'hospitalisation complète constitue une orientation forte de la politique publique inscrite dans la stratégie nationale de santé. En effet, le développement des alternatives à l'hospitalisation constitue un enjeu majeur de l'évolution de l'offre de soins en termes d'amélioration de la qualité des prises en charge et de l'efficience des organisations.

Or, si pour la chirurgie ou la médecine interventionnelle, le virage ambulatoire s'est largement amorcé, il n'en est pas de même s'agissant de la médecine non technique : 18% des séjours de médecine sont réalisés en ambulatoire.

Il s'agit de mieux cerner les enjeux, les conditions et les moyens, y compris tarifaires, du développement de l'activité d'hôpital de jour de médecine dans le prolongement des orientations de l'instruction dite « frontière »[1] dont il conviendra de dresser un bilan.

C'est la raison pour laquelle nous vous demandons de conduire une évaluation permettant, d'établir des préconisations opérationnelles susceptibles de créer les conditions favorables du virage ambulatoire de l'activité de médecine, incluant les chimiothérapies. Il conviendra, à partir d'un état des lieux et d'un diagnostic partagé avec les acteurs :

- de caractériser cette activité et de préciser sa place dans la prise en charge médicale des patients, en identifiant notamment les prises en charge en croissance;
- de déterminer le potentiel de développement de l'hospitalisation de jour ;

.../...

[1] INSTRUCTION N°DGOS/R/2010/201 DU 15 JUIN 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

139 RUE DE BERCY, 75572 PARIS CEDEX 12 – TÉLÉPHONE 01.40.04.04.04
14 AVENUE DUQUESNE, 75350 PARIS 07 SP – TÉLÉPHONE 01.40.56.64.00

- de proposer un taux cible de médecine ambulatoire à moyen terme, à l'instar de ce qui a été réalisé en chirurgie, si nécessaire en distinguant plusieurs scénarios ;
- d'évaluer le potentiel d'économie dégagée par les scénarios proposés notamment en mesurant les gains d'efficience possibles en termes d'organisation, de capacité et de ressources humaines ;
- de décrire les évolutions qui seront nécessaires au sein des établissements (locaux, ressources humaines, organisations…) et d'évaluer les coûts associés, en particulier en investissement, ainsi que les délais nécessaires aux établissements pour ajuster leur organisation interne et réaliser les investissements utiles ;
- de mesurer les impacts de l'évolution proposée sur l'organisation et le financement de l'offre de soins de ville, ainsi que sur les dépenses réalisées en ville (transports…);
- d'identifier les freins et les leviers, notamment tarifaires, pour la réussite d'un tel développement, pour l'hôpital, comme pour l'offre en ville;
- de déterminer des préconisations permettant d'assurer le virage ambulatoire de la médecine, les phases de transition à envisager et les outils, règlementaires ou non, à mobiliser ou à élaborer.

Les services de nos ministères, notamment ceux de la direction générale de l'offre de soins sont à votre disposition pour vous apporter leur appui dans la conduite des travaux.

Vous veillerez à associer les parties prenantes pendant les différentes étapes du processus évaluatif. Vous mettrez à profit les enseignements pouvant être tirés des résultats atteints par d'autres pays en matière de développement de la médecine ambulatoire. En particulier, vos travaux devront documenter le coût de la politique évaluée et, sur ces bases, le potentiel d'économie ainsi que les possibilités d'amélioration de la pertinence de l'action publique en la matière.

La mission devra procéder à un point d'étape trois mois après le début des travaux et rendre ses conclusions six mois plus tard.

Michel SAPIN

Marisol TOURAINE

Christian ECKERT

Pièce jointe n° 2 : Liste des personnes rencontrées

1. CABINETS MINISTERIELS 5

2. ADMINISTRATIONS CENTRALES 5

2.1. Direction générale de l'offre de soins (DGOS) 5

2.2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) 5

2.3. Direction de la sécurité sociale (DSS) 5

2.4. Direction du budget (DB) 6

3. AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH) 6

4. CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS) 6

5. HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS) 6

6. AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE (ANAP) 7

7. INSTITUT NATIONAL DU CANCER (INCA) 7

8. REGIONS 7

8.1. Bourgogne 7

8.1.1. ARS de Bourgogne 7

8.1.2. Centre hospitalier de Chalon-sur-Saône 7

8.1.3. Centre hospitalier de Macon 8

8.1.4. Centre Georges-François Leclerc 8

8.1.5. CHU de Dijon 8

8.2. Ile-de-France 8

8.2.1. Centre hospitalier d'Argenteuil 8

8.2.2. Groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph 8

8.2.3. Assistance publique des hôpitaux de Paris – (AP-HP) 9

8.2.4. Hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière Charles Foix (AP-HP) 9

8.3. Lorraine 9

8.3.1. ARS de Lorraine 9

8.3.2. CHU de Nancy, site de Brabois 10

8.3.3. Hôpitaux privé de Metz, site Robert Schumann (HRS) 10

8.3.4. CHR de Metz-Thionville, site de Mercy 10

8.4. Midi-Pyrénées 11

8.4.1. ARS de Midi-Pyrénées 11

8.4.2. CHU de Toulouse, site de la Grave 11

8.4.3. CHU de Toulouse, site de Purpan 11

8.4.4. Clinique des Cèdres, Toulouse 11

8.4.5. Hôpital Joseph Ducuing, Toulouse 12

8.5. Pays de la Loire 12

8.5.1. ARS de Pays de la Loire 12

8.5.2. Centre hospitalier départemental de Vendée 12

8.5.3. Nouvelles cliniques nantaises 12

8.5.4. Institut de cancérologie de l'Ouest 13

8.5.5. CHU de Nantes ... *13*
8.5.6. Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM - Directions régionales du service médical- DRSM) - Pays de la Loire ... *14*
8.6. Picardie ... 14
8.6.1. ARS de Picardie ... *14*
8.6.2. Groupe hospitalier public du sud de l'Oise ... *14*
8.6.3. Groupe de santé Victor Pauchet ... *14*
8.7. Provence-Alpes-Côte d'Azur ... 15
8.7.1. ARS de Provence-Alpes-Côte d'Azur ... *15*
8.7.2. AP-HM site de La Timone ... *15*
8.7.3. Institut Paoli Calmettes ... *15*
8.7.4. Centre hospitalier d'Avignon ... *15*
8.7.5. Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM- Directions régionales du service médical- DRSM) - Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse ... *16*

9. FEDERATIONS HOSPITALIERES ... 16
9.1. Fédération hospitalière de France (FHF) ... 16
9.2. Fédération de l'hospitalisation privée MCO (FHP-MCO) ... 16
9.3. Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne ... 16
9.4. Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (UNICANCER) ... 16
9.5. Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) ... 16

10. PERSONNALITES QUALIFIEES ... 16

11. CONFERENCE DES DIM DE CHU ... 17

12. SOCIETES SAVANTES ... 18
12.1.. Conseil National Professionnel de Pneumologie (Fédération Française de Pneumologie) ... 18
12.2.. Conseil National Professionnel d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques (CNPEDMM) ... 18
12.3.. Conseil National Professionnel d'Hépato Gastro Entérologie (CNP HGE) ... 18
12.4.. Conseil National Professionnel de Rhumatologie (Collège Français des Médecins Rhumatologues) ... 18
12.5.. Conseil National Professionnel de Neurologie (Fédération Française de Neurologie) ... 18
12.6.. Conseil National Professionnel de Cardiologie (CNPC) ... 18

13. COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTE (CISS) ... 18

1. Cabinets ministériels

- **Cabinet de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes**
  - M. Frédéric Varnier, conseiller chargé du financement des établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux.
- **Cabinet du ministre des finances et des comptes public**
  - Mme Sophie Martinon, conseillère comptes sociaux.

2. Administrations centrales

2.1. Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- M. Jean Debeaupuis, directeur général ;
- Dr Michel Varroud-Vial, conseiller soins primaires et professionnels libéraux ;
- M. Samuel Pramarty, sous-directeur de la régulation de l'offre de soins ;
- Mme Sandrine Billet, adjointe au sous-directeur de la régulation de l'offre de soins ;
- Mme Christine Bronnec, adjointe au sous-directeur de la régulation de l'offre de soins ;
- Mme Céline Faye, cheffe du bureau « synthèse organisationnelle et financière » ;
- Mme Déborah Cvetojevic, cheffe du bureau « plateaux techniques et prises en charge hospitalières aiguës » ;
- Mme Isabelle Prade, cheffe du bureau « prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale » ;
- M. Thierry Kurth, adjoint à la cheffe du bureau « prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale » ;
- M. Gaël Raimbault, adjoint au sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins.

2.2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

- M. Franck Von Lennep, directeur ;
- Mme Gwennaëlle Brilhault, cheffe du bureau « établissements de santé » ;
- M. Engin Yilmaz, adjoint à la cheffe du bureau « établissements de santé » ;
- Mme Ingrid Lefebvre-Hoang, chargée d'études, pôle études sur les établissements de santé, bureau « établissements de santé » ;
- Dr Albert Vuagnat, conseiller scientifique sur les PMSI, bureau « établissements de santé ».

2.3. Direction de la sécurité sociale (DSS)

- M. Thomas Fatome, directeur ;
- Mme Julie Pougheon, cheffe du bureau A1 des établissements de santé et des établissements médico-sociaux.

2.4. Direction du budget (DB)

- M. Gautier Bailly, sous-directeur de la 6ème ;
- Mme Claire Vincenti, cheffe du bureau 6BCS.

3. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

- M. Housseyni Holla, directeur général ;
- M. Max Bensadon, directeur général adjoint ;
- Dr Joëlle Dubois, cheffe du service classifications, information médicale et modèles de financement ;
- Mme Véronique Sauvadet, cheffe du service financement des établissements de santé ;
- Dr Anne Buronfosse, adjointe à la cheffe du service classifications, information médicale et modèles de financement ;
- Dr Eric Ekong, responsable du pôle MCO-HAD ;
- Mme Florence Pinelli, responsable du pôle suivi de l'ONDAM hospitalier
- Mme Marlène Bernard, ingénieur statisticien ;
- Mme Laetitia Chossegros, ingénieure statisticienne.

4. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

- Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice déléguée à la gestion et l'organisation des soins ;
- Mme Catherine Kermac, directrice de cabinet de la directrice déléguée à la gestion et l'organisation des soins ;
- Dr Annie Fouard, responsable du département de l'hospitalisation, direction de l'offre de soins ;
- M. Philippe Gissot, directeur de la stratégie, des études et de la statistique ;
- Dr Pierre Fender, directeur de l'audit, du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude ;
- M. François Grandet, adjoint au directeur, direction de l'audit, du contrôle contentieux et de la répression des fraudes ;
- Dr Valérie-Jeanne Bardou, responsable du pôle établissement ;
- Dr Vincent Rampillon, adjoint au responsable du pôle établissements.

5. Haute Autorité de santé (HAS)

- Pr Jean-Luc Harousseau, président du collège ;
- M. Dominique Maigne, directeur ;
- M. Jean-Christophe Bras, conseiller du président et du directeur ;
- M. Thomas Le Ludec, directeur délégué, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- M. Sébastien Leloup, chef du service certification des établissements de santé ;
- Mme Catherine Rumeau-Pichon, adjointe au directeur délégué, Direction de l'Evaluation Médicale Economique et de Santé Publique ;
- Dr Michèle Morin-Surroca, cheffe du service évaluation des actes professionnels.

6. Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)

- M. Christian Anastasy, directeur général ;
- Dr Christian Espagno, directeur du pôle « Déploiement et maintenance » ;
- Dr Stanislas Johanet, responsable de programmes, pôle « outils » ;
- Dr Iskandar Samaan, manager.

7. Institut national du cancer (INCa)

- Dr Jérôme Viguier, directeur du pôle santé publique et soins ;
- Dr Chantal Belorgey, directrice des recommandations, du médicament et de la qualité de l'expertise ;
- Dr Philippe-Jean Bousquet, responsable du département observation, veille, évaluation.

8. Régions

8.1. Bourgogne

8.1.1. ARS de Bourgogne

- M. Didier Jaffre, directeur de l'organisation des soins ;
- M. Pascal Avezou, chef du département filière de soins ;
- Dr Dominique Bollotte, département filière de soins ;
- Mme Virginie Blanchard, cheffe du département performance des établissements de santé, DOS ;
- M. François Richaud, administrateur régional PMSI.

8.1.2. Centre hospitalier de Chalon-sur-Saône

- M. Bruno Legourd, directeur de la CHT Saône-et-Loire Nord Morvan ;
- M. Fabrice Cordier, directeur délégué, CH Chalon-sur-Saône ;
- Dr ArnaudDellinger, président de la CME ;
- Dr Michel Francoise, vice-Président de la CME et Chef du pôle 5 Mère-Enfant ;
- Dr Philippe Dubot, chef du pôle 4 Médecines-Hémodialyse ;
- Dr Julien Vinit, responsable du service UMA ;
- Dr Laurent Voillat, responsable du service hémato-oncologie et HDJ ;
- Mme Valérie Lamasse, coordonnatrice générale des soins ;
- Mme Sylvie Apel-Muller, cadre supérieure des pôles 1 et 4 ;
- Mme Corinne Fayet-Fribourg, cadre de santé HDJ ;
- Mme Anne-Marie Recordon, cadre de santé UMA ;
- Dr Philippe Bolard, responsable du service DIM ;
- Mme Véronique Vala, cadre supérieure de santé du pôle 7 (UCA) ;
- Mme Lucie Rodot, cadre de santé UCA ;
- M. Patrick Basset, référent direction du pôle 4 ;

- Mme Virginie Le Ven, contrôle de gestion DAF.

8.1.3. Centre hospitalier de Macon

- M. Alain Boissau, directeur adjoint chargé de l'activité, des finances et du contrôle de gestion ;
- Dr Géraldine Raichon-Patru, responsable du pôle ambulatoire ;
- Mme Bénédicte André, cadre supérieure de santé, pôle ambulatoire ;
- Mme Christine Guernion, cadre de santé, consultations externes.

8.1.4. Centre Georges-François Leclerc

- M. Alain Lalie, directeur général adjoint ;
- Dr Patrick Arveux, DIM ;
- Dr Bruno Courdert, responsable du département d'oncologie médicale ;
- Mme Christine Dorléan, directrice des soins ;
- M. Pierre Perroche, cadre de santé HDJ.

8.1.5. CHU de Dijon

- M. Didier Guidoni, directeur général adjoint ;
- Dr Denis Caillot, chef du pôle pathologies médicales ;
- Dr Sophie Dalac, responsable HDJ ;
- Mme Céline Arnoux-Morianez, directrice des opérations ;
- Dr Romain Cailliod, DIM.

8.2. Ile-de-France

8.2.1. Centre hospitalier d'Argenteuil

- M. Bertrand Martin, directeur ;
- Dr Sylvie Peron, présidente de la CME ;
- Dr Michèle-Léa Sigal, cheffe du pôle spécialités médicales ;
- Mme Isabelle Lefalher, cadre supérieure de santé du pôle spécialités médicales ;
- Dr Corinne Chevalier, DIM ;
- Dr Arnaud Boutan-Larose, chef du pôle cancérologie ;
- Dr Laurent Sutton, chef du service d'hématologie ;
- Mme Gwladys Romien, infirmière référente, HDJ de chimiothérapie.

8.2.2. Groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph

- M. Jean-Patrick Lajonchère, directeur général ;
- Dr Gérald Rajzbaum, chef du service de rhumatologie ;
- Mme Nadia Nouvion, directrice du développement ;

- M. Laurent Heckmann, directeur financier ;
- Dr Pascal Alfonsi, chef de service d'anesthésie ;
- Dr Gilles Réjasse, DIM.

8.2.3. Assistance publique des hôpitaux de Paris – (AP-HP)

- Mme Christine Welty, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités ;
- M. Michaël Cohen, adjoint à la directrice, direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine ;
- Dr Dominique Manach, cheffe du département du pilotage et de la maîtrise d'ouvrage SI finances, direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine ;
- Dr Sophie de Chambine, département parcours patients et organisations médicales innovantes, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités ;
- Mme Sabine Rivet, direction de l'inspection et de l'audit.

8.2.4. Hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière Charles Foix (AP-HP)

- M. Serge Morel, directeur ;
- Mme Edith Benmansour, adjointe au directeur ;
- M. Jérôme Hubin, directeur des finances ;
- M. Christophe Mazin, adjoint au directeur des finances ;
- Mme Agnès Petit, directrice de la qualité, de la gestion des risques et des relations avec les usagers ;
- M. Luc Geoffroy, contrôleur de gestion ;
- Pr Agnès Hartemann, cheffe du pôle cœur et métabolisme ;
- Pr Bruno Fautrel, chef du pôle Immunité-infections-inflammations ;
- Pr Catherine Lubetzki, cheffe du service département des maladies du système nerveux ;
- Pr Zahir Amoura, chef du service médecine interne 2 ;
- Dr Pierre Rufat, DIM, Pôle santé publique, évaluation et produits de santé ;
- M. Aurélien Maugars, cadre administratif du pôle 105 cœur et métabolisme.

8.3. Lorraine

8.3.1. ARS de Lorraine

- M. Wilfried Strauss, directeur de l'offre de santé et de l'autonomie ;
- Dr Sylvie Gamel, directrice adjointe de l'offre de santé et de l'autonomie ;
- M. Patrick Marx, directeur de la performance et de la gestion du risque ;
- Dr Elise Blery, directrice adjointe de la performance et de la gestion du risque ;
- Mme Annick Wadell-Seibert, cheffe du service statistiques et de l'efficience du système de santé.

8.3.2. CHU de Nancy, site de Brabois

- M. Bernard Dupont, directeur général ;
- Pr Michel Claudon, président de CME ;
- Mme Eliane Toussaint, directrice générale adjointe ;
- Pr Nicolas Jay, DIM ;
- Mme Barbara Flieller, directrice d'appui à la performance ;
- Dr Serge Bologna, PH ;
- Mme Christelle Rausch-Febvrel, chargée de projet en organisation ;
- Mme Maud Ferrier, directrice adjointe à la stratégie ;
- M. Gérard Thomas, coordonnateur général des soins ;
- Mme Valérie Ratajczak, cadre de santé en pédiatrie ;
- Pr Emmanuel Raffo, chef du service pédiatrie médicale ambulatoire ;
- Pr Cyril Schweitzer, chef du pôle enfants-néonatologie ;
- Pr Yves Martinet, chef du service de pneumologie ;
- Pr Gilles Karcher, chef du pôle imagerie.

8.3.3. Hôpitaux privé de Metz, site Robert Schumann (HRS)

- M. Régis Moreau, directeur général ;
- Mme Lydie Pachtchenko, directrice générale adjointe ;
- Mme Aurélie Piquard, responsable financière ;
- Dr Christiane Reville, DIM ;
- Mme Nadine Stoerkel, coordonnatrice des sites interventionnels et HDJ ;
- Mme Martine Mougeot, coordonnatrice de soins site HRS (HC) ;
- Mme Marie-Josée Gilquin, responsable IDE oncologie hématologie ;
- Mme Isabelle Petitjean, coordonnatrice imagerie médicale ;
- Dr Laurent Dussolier, diabétologue ;
- Dr Olivier Cortivo, anesthésiste-réanimateur, référent HDJ ;
- Dr Stéphane Raymond, pneumologue ;
- Mme Catherine Clémence, pharmacienne gérante.

8.3.4. CHR de Metz-Thionville, site de Mercy

- Mme Marie-Odile Saillard, directrice générale ;
- Dr Khalife Khalife, président de la CME ;
- Mme Elisabeth Gloaguen, coordonnatrice générale des soins ;
- M. Jean-Martin Andarelli, directeur général adjoint ;
- Mme Clémentine Roth, directrice adjointe ;
- M. David Larivière, directeur des finances ;
- M. Manar Elouafi, directeur adjoint des projets et des affaires médicales ;
- Dr Philippe Quetin, chef du pôle cancérologie-hématologie-pneumologie ;
- Dr Corinne Wesslinger, DIM ;
- Mme Blandine Hombourger, cadre de santé, UMAP ;

- Mme Aline Borer, cadre de santé ;
- M. Vincent Weuter, secrétaire médical ;
- Dr Raffaele Longo, chef du service d'oncologie médicale ;
- Mme Marie-France Carsin, cadre supérieure de santé, pôle cancérologie-hématologie-pneumologie ;
- Dr Véronique Dorvaux, cheffe du service d'hématologie ;
- Dr Eric Kull, chef du service de gastro-entérologie ;
- Dr Guillaume Mathey, assistant en neurologie.

8.4. Midi-Pyrénées

8.4.1. ARS de Midi-Pyrénées

- Mme Monique Cavalier, directrice générale ;
- Dr Jean-Jacques Morfoisse, directeur général adjoint ;
- M. Olivier Challet, statisticien ;
- Dr Anne Rouzeau, DIM ;
- Dr Marie-Dominique Medou, médecin référente personnes âgée.

8.4.2. CHU de Toulouse, site de la Grave

- Mme Sophie Guyonnet, coordinatrice de mission du gérontopole ;
- M. Laurent Balardy, chef de pôle adjoint ;
- Mme Sandrine Sourdet, responsable HDJ fragilité ;
- Mme Maryse Pedra, cadre de santé, HDJ fragilité ;
- Mme Valérie Pons Prêtre, directrice pôle gériatrie.

8.4.3. CHU de Toulouse, site de Purpan

- Mme Cécile Delcasso, directrice déléguée au pôle neurosciences ;
- Pr Laurent Molinier, DIM ;
- Mme Stéphanie Petetin, attachée d'administration hospitalière, pôle neurosciences ;
- Mme Justine Rogee, cadre de santé ;
- Mme Sylvie Bouniol, cadre de santé ;
- Dr Nathalie Nasr, responsable HDJ ;
- Mme Véronique Frejaville, cadre supérieure de santé.

8.4.4. Clinique des Cèdres, Toulouse

- M. Christophe Hammer, directeur région Midi-Pyrénées ;
- Mme Mariette Longueille, directrice des soins ;
- Mme Lahouaria Loucif, attachée de direction, responsable service qualité et gestion des risques ;
- Dr Valérie Garnault, DIM ;

- Mme Véronique Dahan, directrice ;
- Dr Michel Queralto, coordonnateur de la médecine ambulatoire ;
- Dr Marie-Paule Chariot, présidente de CME.

8.4.5. Hôpital Joseph Ducuing, Toulouse

- M. Michel Hiff, directeur administratif et financier ;
- Mme Christine Carle, directrice des systèmes d'information ;
- Dr Laure Jonca, DIM, directrice des affaires médicales ;
- Dr Philippe Loup, président de la commission médicale ;
- Dr Francis Gaches, chef de service médecine ;
- Dr Corinne Couteau, oncologue ;
- Dr Sébastien Fontaine, endocrinologue.

8.5. Pays de la Loire

8.5.1. ARS de Pays de la Loire

- Mme Cécile Courrèges, directrice générale ;
- M. François Grimonprez, directeur efficience de l'offre ;
- M. Pascal Duperray, directeur accompagnement et des soins ;
- Dr Juliette Daniel, médecin inspecteur de santé publique, direction efficience de l'offre ;
- Dr Benoît Vincent, responsable du département « offre hospitalière », direction efficience de l'offre ;
- M. Florent Pouget, responsable du département « accès au soin de premier recours », direction accompagnement et des soins ;
- Mme Martine Baraër, chargée de projets département efficience de l'offre ;
- M. Jean-Loïc Retaud, chargé de projet direction efficience de l'offre.

8.5.2. Centre hospitalier départemental de Vendée

- M. Yvon Richir, directeur ;
- Mme Catherine Furic, directrice adjointe du contrôle de gestion et de la contractualisation ;
- Mme Valérie Sansoucy, cadre supérieure, pôle médecine spécialisée ;
- Dr Martine Martin-Grellier, cheffe du pôle médecine gériatrique et rééducation ;
- Dr Alexande Rollet, DIM ;
- Mme Anne-Laure Mathieu-Wacquant, interne au service d'information médicale ;
- Dr Julien Paillereau, DIM ;
- Dr Lejeune, chef du pôle médecine spécialisée.

8.5.3. Nouvelles cliniques nantaises

- M. Ronan Dubois, directeur général ;

- Dr Yves Banus, cardiologue ;
- Dr Benjamin Vion, gériatre ;
- M. Jean-François Laurent, chargé de mission projet médical ;
- Mme Sylvie Rousselot, directrice des soins ;
- Mme Anne-Sophie Braire, secrétaire générale ;
- M. Fabien Guilmineau, chargé d'études.

8.5.4. Institut de cancérologie de l'Ouest

- Pr François-Régis Bataille, directeur général ;
- M. Yves Dubourg, directeur général adjoint ;
- Dr Philippe Solal-Celigny, directeur médical et de la recherche clinique ;
- Pr Jaafar Bennouna, chef de service oncologie médicale ;
- Dr Olivier Guérin, DIM ;
- M. Nicolas Bukovec, directeur administratif et financier ;
- Mme Barbara Robert, directrice des soins.

8.5.5. CHU de Nantes

- M. Philippe Sudreau, directeur général ;
- M. Hubert Jaspard, directeur général adjoint ;
- Mme Martine Mace, directrice adjointe de la coordination ambulatoire ;
- Dr Bertrand Vabres, pilote médical de la coordination ambulatoire ;
- Mme Catherine Licois-Véron, cadre supérieure de gestion en charge des unités ambulatoires ;
- M. Fabien Latinier, assistant de gestion sur la coordination ;
- Dr Yann Touchefeu, coordonnateur médical de l'unité médicale ambulatoire site Hôtel-Dieu ;
- Mme Gwenaëlle Marcellin, cadre de santé de l'unité médicale ambulatoire site Hôtel-Dieu ;
- Dr Béatrice Mahé, coordonnatrice médicale de l'unité médicale ambulatoire cancérologique Hôtel-Dieu ;
- Mme Sylvie Michault-Goudet, cadre de santé de l'unité médicale ambulatoire cancérologique Hôtel-Dieu ;
- Dr Gwenaelle Roussey-Kesler, coordonnatrice médicale de l'hôpital de jour pédiatrique ;
- Mme Rosita Chaillou, cadre de santé de l'hôpital de jour pédiatrique ;
- Mme Sandrine Delage, directrice adjointe de la plate-forme de proximité, hôpital de jour pédiatrique ;
- Mme Lea Guivarch, directrice adjointe de la plate-forme de proximité, unité de médecine ambulatoire et unité de médecine ambulatoire cancérologique ;
- Dr Eric Bord, vice-président de la CME ;
- Pr Gilles Potel, ex-président de la CME ;
- Dr Nicolas Mauduit, DIM.

8.5.6. Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM - Directions régionales du service médical- DRSM) - Pays de la Loire

- M. Thomas Bouvier, sous-directeur, coordonnateur régional de la gestion du risque, CPAM 44 ;
- Dr Pierre Cloître, médecin conseil, chef de service direction régionale du service médical.

8.6. Picardie

8.6.1. ARS de Picardie

- M. Christian Dubosq, directeur ;
- M. Fabrice Laurain, conseil stratégie et performance ;
- M. Thierry Vejux, directeur hospitalisation ;
- M. Matthieu Derancourt, conseiller médical sous-direction gestion du risque et information médicale ;
- M. Rézak Idris, responsable du service régulation financière, direction hospitalisation, chef du projet chirurgie ambulatoire ;
- Mme Claude Marintabouret, médecin conseil, direction de l'hospitalisation.

8.6.2. Groupe hospitalier public du sud de l'Oise

- Mme Dolorès Trueba de la Pinta, directrice ;
- Dr Christophe Pitre, président de la CME ;
- Dr Caroline Allonier, médecin DIM ;
- M. Slimane Bousserhane, directeur adjoint ;
- Dr Elisabeth Carola, cheffe du pôle oncologie ;
- Mme Corine Buury, cadre de santé ;
- Dr Pierre Le Lann, pneumologue, responsable du service de pneumologie ;
- Dr Christine Baillet, cadre du pôle « FME » ;
- M. Romain Hamart, directeur des soins ;
- Mme Inès Arranz, cadre de santé chirurgie ambulatoire.

8.6.3. Groupe de santé Victor Pauchet

- M. Stephan de Butler, président directeur général ;
- M. Jean Zaabour, directeur général ;
- Dr Philippe Boisselier, directeur général délégué ;
- Dr Eric Mathiron, médecin HDJ ;
- Mme Camille Weber Obry, attachée de direction ;
- Mme Catherine Bouquet, directrice des soins ;
- M. Julien Walloir, directeur ;
- Mme Véronique Bouchard, cadre de services.

8.7. Provence-Alpes-Côte d'Azur

8.7.1. ARS de Provence-Alpes-Côte d'Azur

- Mme Martine Riffard-Voilqué, directrice de l'organisation des soins ;
- Dr Vincent Unal, directeur adjoint de l'organisation des soins ;
- Dr Geneviève Védrines, adjointe au responsable du service performance médico-économique ;
- Dr Gabriel Kulling, responsable du département de l'offre de premier recours ;
- M. Emmanuel de Bernières, responsable du département de l'offre hospitalière.

8.7.2. AP-HM site de La Timone

- Mme Michèle Damon, directrice du site de La Timone ;
- Pr Jean-Philippe Azulay, chef du pôle neurosciences ;
- Dr Annie Verschueren, pôle neurosciences ;
- Dr Audrey Rico, pôle neurosciences ;
- Dr Leyla Koric, pôle neurosciences ;
- Dr Maryline Barrie, pôle neurosciences ;
- Mme Sandrine Caluzzi, contrôleuse de gestion ;
- Dr Stéphanie Ranque Garnier, pôle neurosciences ;
- Dr Laurence Durif, DIM ;
- Dr Françoise Volot, DIM ;
- M. Alain Tessier, directeur délégué du pôle neurosciences ;
- Mme Hassiba Maalem, cadre supérieure de sante, pôle neurosciences.

8.7.3. Institut Paoli Calmettes

- Pr Patrice Viens, directeur général ;
- M. Philippe Michard, secrétaire général ;
- Dr Réda Bouabdallah, chef de l'unité d'hématologie I.

8.7.4. Centre hospitalier d'Avignon

- Dr Jean-Marc Broglia, président de CME ;
- Mme Cécile Polito, directrice des affaires financières ;
- M. Alain Bohême, directeur de la stratégie, des affaires médicales et de la communication ;
- Mme Fabienne Testenière, coordinatrice générale des soins ;
- Dr Patricia Tourniaire, cheffe du pôle médecine
- Dr Sylvie Assadourian, DIM ;
- Mme Claire Chrestia, cadre supérieure de santé du pôle de médecine ;
- M. Olivier Richard, contrôleur de gestion ;
- Mme Sylvie Nicol, élève directrice des soins.

8.7.5. Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM- Directions régionales du service médical- DRSM) - Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse

- Dr Sylvie Chevallier, responsable du service contrôle.

9. Fédérations hospitalières

9.1. Fédération hospitalière de France (FHF)

- M. Gérard Vincent, délégué général ;
- M. Yves Gaubert, responsable du pôle finances et banque de données hospitalière de France (BDHF).

9.2. Fédération de l'hospitalisation privée MCO (FHP-MCO)

- M. Thierry Bechu, délégué général ;
- Dr Michelle Brami, médecin conseil.

9.3. Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne

- M. David Causse, coordonnateur du pôle santé-social et directeur du secteur sanitaire ;
- Dr Catherine Réa, conseillère médical ;
- M. Philippe Bucheret, délégué régional Bourgogne.

9.4. Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (UNICANCER)

- Mme Pascale Flamant, déléguée générale ;
- Dr Hélène Espérou, directrice du projet médico-scientifique et de la qualité ;
- Mme Sandrine Boucher, directrice de la stratégie et de la gestion hospitalière.

9.5. Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)

- M. Olivier Terrade, délégué régional Bourgogne.

10. Personnalités qualifiées

- M. Roland Cash, économiste de la santé ;
- Mme Anne-Marie Brocas, présidente du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) ;
- Dr Philippe Feigel, DIM, centre hospitalier de La Roche sur Yon-Luçon-Montaigu ;
- M. Dominique Libault, ancien directeur de la sécurité sociale et directeur général de l'Ecole nationale supérieure de la sécurité sociale (EN3S) ;

- Mme Lise Rochaix, professeur agrégé des universités en sciences économiques, Université de Paris 1, responsable scientifique de la chaire HOSPINNOMICS et présidente du conseil d'administration de l'ATIH ;
- Mme Isabelle Hirtzlin, maître de conférences, Université de Paris 1 ;
- M. Jean-Claude Dupont, adjoint de la responsable scientifique de la chaire « HOSPINNOMICS » et membre de la commission d'évaluation économique de la HAS ;
- M. Pierre-Louis Bras, IGAS, ancien directeur de la sécurité sociale ;
- Pr Pierre Lombrail, praticien universitaire-praticien hospitalier (PU-PH) de santé publique, Université Paris XIII ;
- Pr Jean-Yves Fagon, chef du service de réanimation hôpital européen Georges Pompidou, AP-HP ;
- Pr Laurent Degos, PU-PH d'hématologie clinique, ancien président du collège de la HAS, membre du HCAAM ;
- Mme Brigitte Dormont, professeure d'économie, à l'Université Paris Dauphine, membre du HCAAM.

11. Conférence des DIM de CHU

- Dr Françoise Volot, Assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM) ;
- Dr Martine Faulon, CHR Metz-Thionville ;
- Dr Dominique Weil, CHU Angers ;
- Dr Eric Eynard, CHR Orléans ;
- Dr Elisabeth Lewandowski, CHU Amiens ;
- Dr Didier Theis, CHU Lille ;
- Dr Véronique Gilleron, CHU Bordeaux ;
- Dr Gabriel Nisand, CHU Strasbourg ;
- Dr Fabienne Seguret, CHU Montpellier ;
- Dr Gilles Nuemi, CHU Dijon ;
- Dr Dominique Le Magny, CHU Grenoble ;
- Dr Eric Pradat, Hospices Civils de Lyon ;
- Dr Jean-Michel Cauvin, CHU Brest ;
- Dr Mamadou Balde, CHU Nancy ;
- Dr Jean-Christophe Jourdy, CHU Clermont-Ferrand ;
- Dr Marion Fages, CHU Nïmes ;
- Dr Delphine Nidegger, CHU Reims ;
- Dr Namik Taright, AP-HP ;
- Dr Emmanuel Rusch, CHU Tours ;
- Dr Loetizia Froment, CHU Rouen ;
- Dr Sandrine Julié, CHU Martinique.

12. Sociétés savantes

12.1. Conseil National Professionnel de Pneumologie (Fédération Française de Pneumologie)

- Pr Bruno Housset, président ;
- Pr Nicolas Roche, secrétaire général ;
- Dr Philippe Laurent, trésorier adjoint ;
- Dr Jacques Piquet.

12.2. Conseil National Professionnel d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques (CNPEDMM)

- Pr Brigitte Delemer, secrétaire ;
- Pr Pierre Fontaine ;
- Dr Pierre Serusclat, trésorier ;
- Dr Agnès Sola-Gazagnes.

12.3. Conseil National Professionnel d'Hépato Gastro Entérologie (CNP HGE)

- Dr Franck Devulder, président ;
- Pr Franck Zerbib, vice-président.

12.4. Conseil National Professionnel de Rhumatologie (Collège Français des Médecins Rhumatologues)

- Pr Françoise Debiais, secrétaire générale ;
- Pr Bruno Fautrel.

12.5. Conseil National Professionnel de Neurologie (Fédération Française de Neurologie)

- Dr Thomas de Broucker, secrétaire général.

12.6. Conseil National Professionnel de Cardiologie (CNPC)

- Dr Eric Perchicot, vice-président.

13. Collectif interassociatif sur la santé (CISS)

- Mme Danièle Desclerc-Dulac coprésidente du CISS ;
- M. Pierre-Marie Lebrun coprésident ;
- M. Christian Saout, secrétaire général délégué ;
- M. Sylvain Fernandez-Curiel, chargé de mission santé.

Pièce jointe n° 3 : Sigles

Sigle	Signification
ALD	Affection longue durée
ACE	Actes et consultations externes
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
AP-HP	Assistance publique des hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
AS	Autres séjours
ASO	Activité de soins
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAS	Catégorie d'activité de soin
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIM	Classification internationale des maladies
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10e révision
CMA	Complication ou morbidité associée
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM	Caisse primaire de l'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
DA	Diagnostic associé
DACCRF	Direction de l'audit, du contrôle, du contentieux et de la répression des fraudes
DG	Dotation globale
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMP	Dossier médical personnel
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Diagnostic principal
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRG	Diagnosis related groups
DRSM	Direction régionale du service médical
DSS	Direction de la Sécurité sociale
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EBNL	établissement à but non lucratif
ENC	Étude nationale de coûts
ENCC	Étude nationale de coûts à méthodologie commune
EPS	Établissement public de santé
ES	Établissement de santé
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP-MCO	Fédération de l'hospitalisation privée (médecine, chirurgie, obstétrique)
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR	Fonds d'intervention régionale
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjour
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HC	Hospitalisation complète
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Sigle	Signification
HDJ	Hôpital de jour
HIA	Hôpital d'instruction des armées
HM	Hospitalisation mixte
HP	Hospitalisation partielle
HPST	Hôpital, patients, santé, territoire (loi)
IDE	Infirmier diplômé d'État
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
INCa	Institut national du cancer
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MIG	Mission d'intérêt général
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSAP	Mise sous accord préalable
NABM	Nomenclature des actes de biologie médicale
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses de l'assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national
PA	Personnes âgées
PEC	Prise en charge
PH	Personne handicapée
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PQE	Programme de qualité et d'efficience
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile des jeunes mamans
PRS	Programme régional de santé
RAC	Reste à charge
RSA	Résumé de sortie anonyme
RSS	Résumé de sortie standardisé
RUM	Résumé d'unité médicale
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SNIIRAM	Système d'information de l'assurance maladie
SNS	Stratégie natinonale de santé
SROMS	Schéma régional de l'organisation médico-sociale
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSA	Service de santé des armées
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A/TAA	Tarification à l'activité
UF	Unité fonctionnelle
UHCD	Unité hospitalisation courte durée
UM	Unité médicale
USLD	Unité de soins de longue durée

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : **CARACTÉRISATION DE L'ACTIVITÉ DE MÉDECINE SANS NUITÉE**

ANNEXE II : **ENJEUX LIÉS AU DÉVELOPPEMENT DES PRISES EN CHARGE HOSPITALIÈRES AMBULATOIRES DE MÉDECINE : ORGANISATION, POSITIONNEMENT ET TARIFICATION**

ANNEXE III : **POTENTIEL DE DÉVELOPPEMENT DES PRISES EN CHARGE DE MÉDECINE EN HÔPITAL DE JOUR**

ANNEXE IV : **DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ MÉDICALE DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE MÉDICALISATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION (PMSI)**

ANNEXE V : **SUPPORT DE PRÉSENTATION**

ANNEXE I

Caractérisation de l'activité de médecine sans nuitée

SOMMAIRE

INTRODUCTION **4**

1. L'AUGMENTATION DES CAPACITÉS D'HOSPITALISATION PARTIELLE NE S'EST PAS ACCOMPAGNÉE D'UNE RÉDUCTION DU NOMBRE DE LITS, PAS PLUS QU'ELLE N'A EFFACÉ L'HÉTÉROGÉNÉITÉ ENTRE CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS ET ENTRE RÉGIONS **5**

1.1. L'évolution de la structure des capacités d'accueil traduit le développement des hôpitaux de jour de médecine 5

1.1.1. La croissance du nombre de places de médecine ne s'est pas accompagnée d'une diminution du nombre de lits *5*

1.1.2. Cette évolution se différencie sur longue période de celle qui est observée pour la chirurgie et l'obstétrique *6*

1.2. L'évolution des capacités d'hospitalisation en médecine est très contrastée selon les types d'établissements et les régions 7

1.2.1. Les évolutions des capacités d'accueil sont différenciées entre catégories d'établissements, avec un rattrapage pour celles dont la part des places était moins élevée en 2000 ..... *7*

1.2.2. Les capacités en lits et places sont fortement hétérogènes entre régions *8*

2. SUR LE PÉRIMÈTRE DE LA MÉDECINE PROGRAMMÉE DÉFINI PAR LA MISSION, 43 % DES SÉJOURS SONT RÉALISÉS SANS NUITÉE **12**

2.1. Sur l'ensemble du périmètre des séjours de médecine, le taux de séjours sans nuitée de l'activité de médecine s'élève à 25 % 12

2.1.1. En 2014, le nombre de séjours de médecine est de 7,1 millions, soit 41 % de l'activité totale des établissements de santé dans le secteur médecine – chirurgie – obstétrique (MCO) *12*

2.1.2. Sur l'ensemble du périmètre de la médecine, 25 % des séjours sont réalisés sans nuitée *13*

2.2. Le périmètre de l'activité de médecine pris en compte a été précisé à partir des données recueillies dans le PMSI 13

2.2.1. L'activité de médecine programmée prise en compte par la mission représente 3,1 millions de séjours, hors séances *13*

2.2.2. Cinq GHM représentant plus de trois millions de séances ont été retenus pour la caractérisation de l'activité de médecine en séances *16*

2.2.3. La définition de ce périmètre a été validée par l'ensemble des interlocuteurs rencontrés *18*

2.3. Sur le périmètre de l'activité de médecine programmée, le taux de séjours sans nuitée s'élève à 43 % 19

3. LES SÉANCES PRISES EN COMPTE DANS LE PÉRIMÈTRE DE LA MISSION SONT POUR LES TROIS-QUARTS RÉALISÉES DANS DES ÉTABLISSEMENTS DU SECTEUR EX-DG 21

4. POUR LES SÉJOURS, L'ACTIVITÉ DE MÉDECINE SANS NUITÉE EST HÉTÉROGÈNE DANS SON CONTENU ET DIVERSEMENT PRATIQUÉE SELON LES RÉGIONS ET LES TYPES D'ÉTABLISSEMENTS 27

4.1. Les séjours sans nuitée sont en majorité concentrés sur les 18-74 ans, les différences par tranche d'âge tenant plus aux longs qu'aux courts séjours 27

4.2. Le taux de séjours sans nuitée est majoritairement compris entre un tiers et 60 % selon les domaines d'activité 29

4.3. Les différences régionales sont marquées, y compris pour la seule tranche d'âge des 18-74 ans 35

4.3.1. Les écarts de taux de séjours sans nuitée vont jusqu'à 30 points entre régions métropolitaines 35

4.3.2. Les disparités régionales ne sont pas moindres pas pour les adultes de 18 à 74 ans 36

4.4. Les établissements du secteur ex-DG concentrent l'essentiel des séjours sans nuitée de médecine, qui sont en proportion réduite dans les cliniques et les CLCC. 39

4.4.1. Le secteur ex-DG concentre 90 % des séjours de médecine sans nuitée, avec un taux supérieur de près de 20 points au secteur ex-OQN 39

4.4.2. Les établissements du secteur ex-OQN et les CLCC ont des taux de séjours sans nuitée beaucoup plus faibles que les autres catégories d'établissements 41

4.5. Des focus détaillés sur les séjours des 18 – 74 ans sans sévérité, permettent de mieux éclairer la comparaison des régions et des catégories d'établissements 43

4.5.1. Les disparités de taux de séjours sans nuitée s'expliquent pour partie, pour certaines régions ou catégories d'établissement, par des séjours avec sévérité en proportion plus importante 44

4.5.2. Un premier focus détaillé montre que les différences régionales peuvent refléter des pratiques contrastées selon les types d'établissements 46

4.5.3. Un second focus détaillé a été réalisé sur sept principaux domaines d'activité, en comparant, pour les séjours sans sévérité des 18 – 74 ans, les différentes catégories d'établissement 49

5. L'ANALYSE DES SÉJOURS SANS NUITÉE DÉTAILLÉE PAR GHM MET EN ÉVIDENCE LA FORTE CONCENTRATION DES SÉJOURS ET LEUR ABSENCE D'ÉVOLUTION HOMOGÈNE DEPUIS 2009 54

5.1. 12,4 % des séjours correspondent à des GHM intégralement sans nuitée, séjours dont le nombre est en recul de près de 16 % depuis 2009 55

5.2. Parmi les 200 GHM dont le taux de séjours sans nuitée est compris entre 0 et 100 %, 59 ont un taux de séjours sans nuitée supérieur à 75 % et représentent plus de la moitié du total des séjours 58

5.2.1. Les niveaux de sévérité de ces GHM ne sont pas homogènes 58

5.2.2. Les taux de séjour sans nuitée de ces GHM sont très dispersés, autour d'une moyenne de 66,1 %. 59

5.2.3. Les GHM ayant des taux de séjours sans nuitée élevés sont ceux qui comptent le nombre total de séjours le plus important 59

5.2.4. Les GHM pour lesquels les taux de séjours sans nuitée ont le plus progressé ont aussi vu augmenter leur nombre total de séjours, et inversement..... 61
5.2.5. L'analyse plus détaillée des 50 GHM représentant plus de 80 % du nombre total de séjours confirme le niveau élevé de leur taux de séjours sans nuitée..... 62

CONCLUSION..... 65

SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS 66

PIÈCES JOINTES 67

PIÈCE JOINTE N° 1 – RECENSEMENT POUR CHAQUE SECTEUR DES QUINZE PREMIERS GHM EN TERMES DE NOMBRE ET DE VOLUME ÉCONOMIQUE DES SÉJOURS SANS NUITÉE 67

PIÈCE JOINTE N° 2 – ANALYSE DES ÉVOLUTIONS PAR GHM 69

Les 82 GHM ayant connu une augmentation ou une diminution supérieure à cinq points de leur taux de séjours sans nuitée entre 2009 et 2014 69
Les 38 GHM dont le nombre total de séjours est en progression entre 2009 et 2014 72
Les 50 GHM représentant plus de 80 % du nombre total de séjours 75

Introduction

La lettre de mission demandait de caractériser l'activité d'hôpital de jour de médecine et de « *préciser sa place dans la prise en charge médicale des patients, en identifiant notamment les prises en charge en croissance.* »

Compte tenu de l'absence de travaux antérieurs sur ce domaine, la mission s'est attachée à proposer une caractérisation aussi détaillée que possible.

Une analyse des capacités d'accueil hospitalières en médecine est tout d'abord menée (cf. 1), mettant en regard leur évolution par rapport à celles de chirurgie et d'obstétrique.

Le périmètre d'étude retenu par la mission est ensuite défini (cf. 2) : il s'agit d'un périmètre relatif à la médecine programmée, hors actes classants, qui exclut en particulier les admissions par les urgences.

Les séances font l'objet d'une caractérisation distincte (cf. 3), dont sont exclues les radiothérapies et dialyses en raison de leurs problématiques spécifiques.

La caractérisation des séjours, hors séances, est enfin menée en deux temps avec :

- dans un premier temps (cf. 4), une analyse au regard des différences par âge, domaine d'activité, régions, secteurs et catégories d'établissements, et enfin des focus détaillés affinant l'analyse. L'analyse des séances et séjours forains est conduite dans l'annexe III.
- dans un second temps (cf. 5), une analyse par GHM permettant notamment d'apprécier la concentration des séjours et leurs évolutions. et des concentrations de séjours. Cette caractérisation par GHM est complétée par une analyse par racine conduite dans l'annexe III, cette dernière étant plus pertinente pour apprécier les marges de développement à cibler en priorité.

Tous les travaux ont été réalisés à partir des extractions du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) proposées par l'ATIH, avec laquelle les analyses ont été conduites en étroite collaboration. La mission tient à remercier en particulier la réactivité et la disponibilité de Mme Véronique Sauvadet-Chouvy, Mme Laetitia Chossegros et Mme Marlène Bernard qui ont été ses interlocuteurs.

Enfin, en raison de l'absence de littérature internationale disponible sur le sujet et de la diversité des modes d'organisation des soins médicaux, notamment spécialisés, la mission n'a pas été en mesure de réaliser de comparaisons entre pays.

1. L'augmentation des capacités d'hospitalisation partielle ne s'est pas accompagnée d'une réduction du nombre de lits, pas plus qu'elle n'a effacé l'hétérogénéité entre catégories d'établissements et entre régions

La capacité d'accueil de médecine a été examinée par la mission à partir des données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les données présentées ci-après doivent être comparées avec précaution aux analyses menées par la suite, dans la mesure où leur périmètre ne se superposent pas (cf. encadré 1).

Encadré 1 : Périmètre d'analyse des capacités d'hospitalisation

Le nombre de lits et places, installés au 31 décembre de chaque année, est déclaré via la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) par chaque établissement sur la base des capacités d'accueil de médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique, en hospitalisation complète et hospitalisation partielle, conformément aux autorisations d'activités de l'établissement.

Le nombre de lits de médecine intègre les lits d'unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD), de réanimation, soins intensifs, surveillance continue. Il s'agit donc d'un périmètre d'activité plus large que celui de la mission (cf. 2.2).

Le nombre de places correspond en revanche aux activités retenues par la mission au titre des venues, intégrant les séances à l'exception de celles de radiothérapie et de dialyse, puisque le nombre de places n'intègre pas les prises en charge en radiothérapie ni les postes de dialyse.

Source : Mission.

1.1. L'évolution de la structure des capacités d'accueil traduit le développement des hôpitaux de jour de médecine

1.1.1. La croissance du nombre de places de médecine ne s'est pas accompagnée d'une diminution du nombre de lits

L'évolution de la structure des capacités d'accueil depuis 2000[1] (cf. graphique 1), traduit le développement de la médecine en hôpital de jour, la part des places ayant progressé de 4,6 points sur la période. Pour autant, si la part des places dans l'ensemble de la capacité d'accueil (lits[2] et places[3]) a crû de plus de 50 % entre 2002 (6,3 %) et 2012 (9,9 %), cette tendance s'est infléchie en 2014 avec un recul de 0,5 point (10,4 %) par rapport à 2013. Selon les entretiens menés par la mission, cette inflexion correspondrait à une erreur de déclaration de la part des établissements en 2013[4].

[1] Un focus est fait pour l'année 2006, correspondant à la mise en œuvre de 35 % de la tarification à l'activité et à la publication de la première circulaire dite « frontière ». L'évolution annuelle est suivie de 2009 à 2014, correspondant à la série sans rupture du PMSI analysée par la mission et à des règles de remplissage de la SAE fixées par arrêté à partir de 2009.

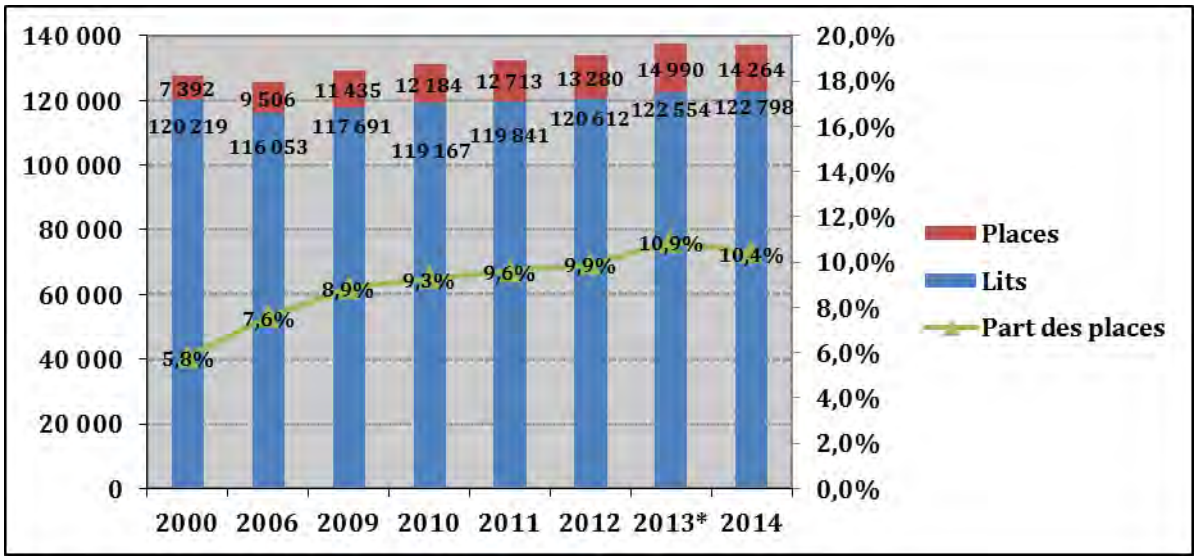
[2] Le terme de lits est employé dans le cadre d'une hospitalisation complète.

[3] Le terme de places est employé dans le cadre d'une hospitalisation de jour.

[4] En effet, il a été oublié de préciser aux établissements que les postes de dialyse ne comptaient pas comme places, ce qui explique probablement une surestimation du nombre de places pour cette année et ainsi l'augmentation observée non retrouvée en 2014.

Sur plus longue période, la croissance de la part des places est plus marquée, avec une augmentation de près de cinq points entre 2000 et 2014. Une diminution de plus de 4 000 lits installés peut en outre être constatée entre 2000 et 2014.

Graphique 1 : Capacités d'accueil de médecine de 2000 à 2014



Source : DREES, SAE 2000 à 2014, traitements DREES. Champ : France métropolitaine et DOM hors Mayotte, et hors Service de Santé des Armées (SSA) en 2000. Données statistiques provisoires pour 2014.

1.1.2. Cette évolution se différencie sur longue période de celle qui est observée pour la chirurgie et l'obstétrique

En quinze ans, le nombre de lits de médecine a diminué de 2000 à 2006 puis a cru de 2006 à 2014. Comme présenté dans le tableau 1, l'augmentation est modérée sur la période totale (+ 2 %), alors même que le nombre places a doublé dans le même temps (+ 93 %).

Sur la même période, *a contrario*, les capacités d'hospitalisation complète de chirurgie et d'obstétrique ont été réduites de 33 165 lits, soit une diminution de 26,1 %. Dans le même temps les capacités d'hospitalisation partielle de chirurgie ont connu une augmentation de 20 points supérieure à celle qui est observée pour la médecine[5].

Tableau 1 : Evolution comparée du nombre de lits et places dans les établissements de santé entre 2000 et 2014

MCO		2000	2006	2014*	Evolution (%)
Lits	Médecine	120 219	116 053	122 798	+ 2
	Chirurgie	101 756	90 972	73 271	- 28
	Obstétrique	24 897	22 898	20 217	- 19
Places	Médecine	7 392	9 506	14 264	+ 93
	Chirurgie	7 641	10 039	16 300	+ 113
	Obstétrique	898	982	1 377	+ 53

*Source : DREES, SAE 2000 à 2014, traitements DREES Champ : France métropolitaine et DOM hors Mayotte, et hors Service de Santé des Armées (SSA) en 2000. * données statistiques provisoires*

[5] En l'état actuel de la SAE, il n'est pas possible d'obtenir la ventilation des lits et places par unité médicale.

1.2. L'évolution des capacités d'hospitalisation en médecine est très contrastée selon les types d'établissements et les régions

1.2.1. Les évolutions des capacités d'accueil sont différenciées entre catégories d'établissements, avec un rattrapage pour celles dont la part des places était moins élevée en 2000

Au niveau national, le ratio national places/lits est passé de 5,8 % en 2000 à 10,4 % en 2014. Cette évolution est différente selon les catégories d'établissements de santé (ES) (cf. tableau 3) :

- **au sein des établissements publics**, les centres hospitaliers universitaires (CHU) et centres hospitaliers régionaux (CHR) ont un nombre stable de lits en hospitalisation complète alors que les centres hospitaliers connaissent une légère augmentation de leur capacité d'accueil. Le nombre de places augmente très fortement, tout particulièrement pour les centres hospitaliers. Toutefois, ce type d'établissements conserve en 2014 le ratio places/lits le moins élevé ;
- **au sein des établissements privés à but non lucratif**, le nombre de lits diminue plus fortement que pour l'ensemble des établissements. Les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ont le plus fort ratio places/lits, ce qui s'explique probablement par le type particulier de prise en charge qu'ils proposent (séances) ;
- enfin, **les établissements privés à but lucratif** ont la plus faible augmentation du nombre de places (hors service de santé des armées (SSA)) mais le deuxième ratio places/lits, nettement plus faible que celui des CLCC et juste au-dessus de celui des CHU et CHR.

D'une manière générale, il existe une augmentation plus marquée des capacités d'hospitalisation partielle dans les catégories d'établissements où elles étaient proportionnellement les plus faibles, et en particulier dans le secteur public hospitalier ; les disparités entre secteurs restent néanmoins marquées.

Tableau 2 : Évolution du nombre de lits et places en médecine entre 2000 et 2014, par type d'établissement

Médecine		2000	2006	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2000 - 2014**
CHR/CHU	Lits	34 801	32 961	32 482	33 504	33 647	33 532	34 694	34 787	0 %
	Places	2 835	3 440	3 997	4 378	4 509	4 721	4 997	5 057	78 %
	% places	7,5 %	9,5 %	11,0 %	11,6 %	11,8 %	12,3 %	12,6 %	12,7 %	5,2 points
CH	Lits	61 657	60 484	61 975	61 966	62 202	62 976	63 070	63 751	3 %
	Places	2 175	3 088	3 873	4 174	4 408	4 638	5 507	5 119	135 %
	% places	3,4 %	4,9 %	5,9 %	6,3 %	6,6 %	6,9 %	8,0 %	7,4 %	4,0 points
Hôpitaux militaires	Lits	-	1 272	1 280	1 217	1 285	1 302	1 228	1 211	-5 %
	Places	-	103	130	128	148	138	111	112	9 %
	% places	-	7,5 %	9,2 %	9,5 %	10,3 %	9,6 %	8,3 %	8,5 %	
CLCC	Lits	2 158	1 900	1 831	1 873	1 854	1 848	1 880	1 863	-14 %
	Places	445	521	628	657	692	734	762	807	81 %
	% places	17,1 %	21,5 %	25,5 %	26,0 %	27,2 %	28,4 %	28,8 %	30,2 %	
Autres ES privés à but non lucratif	Lits	8 526	7 660	7 818	7 829	8 044	8 018	8 205	7 994	-6 %
	Places	491	572	680	706	845	915	997	1 047	113 %
	% places	5,4 %	6,9 %	8,0 %	8,3 %	9,5 %	10,2 %	10,8 %	11,6 %	

Médecine		2000	2006	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2000 - 2014**
ES privés à but lucratif	Lits	13 074	11 776	12 305	12 778	12 809	12 936	13 477	13 332	2 %
	Places	1 446	1 782	2 127	2 141	2 111	2 134	2 616	2 122	47 %
	% places	10,0 %	13,1 %	14,7 %	14,4 %	14,1 %	14,2 %	16,3 %	13,7 %	

*Sources : DREES, SAE 2000 à 2014, traitements DREES Champ : France métropolitaine et DOM hors Mayotte, et hors Service de Santé des Armées (SSA) en 2000. * données administratives ** sauf pour le SSA évolution 2006/2014.*

Aucune donnée n'est en revanche disponible concernant les taux de rotation (nombre de venues par place) alors qu'ils permettraient d'éclairer l'utilisation du nombre de places installées.

En outre, en l'absence de données suffisamment détaillées dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), la mission n'a pas été en mesure d'examiner la répartition des places et des lits par unité médicale. Il serait souhaitable d'enrichir et de simplifier en conséquence la SAE.

Proposition n° 1 Étudier une refonte de la SAE permettant un suivi statistique des lits et places au niveau non plus des seules disciplines d'équipement mais des unités médicales d'hospitalisation.

Un tel suivi permettrait de rapporter les capacités installées au nombre d'unités de chaque type dans les établissements, et donc d'appréhender leur taille et l'évolution de cette dernière.

1.2.2. Les capacités en lits et places sont fortement hétérogènes entre régions

En ce qui concerne le nombre de lits et places, les situations des régions sont extrêmement variables et, si le nombre de places augmente dans toutes les régions, les évolutions observées au cours des quinze dernières années sont différenciées (cf. tableau 3). Il peut en particulier être relevé que :

- trois régions, l'Île-de-France, l'Alsace et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) ont le ratio places/lits le plus élevé. Dans le même temps la progression du nombre de places y a été moindre entre 2000 et 2014 ;
- deux régions, Basse-Normandie et Guyane, ont le ratio places/lits le plus faible. La progression du nombre de places y a été plus importante que la moyenne nationale (93 %).

Les mêmes données relatives aux capacités en lits et places rapportées au nombre d'habitants de chaque région sont présentées dans le graphique 2.

Il importe que ces données fassent l'objet d'une appropriation par les acteurs au niveau régional au regard des caractéristiques sanitaires et sociales de la population de chaque territoire, et en mettant au regard l'offre de soins de ville comme l'offre hospitalière.

Tableau 3 : Évolution du nombre de places entre 2000 et 2014, par région

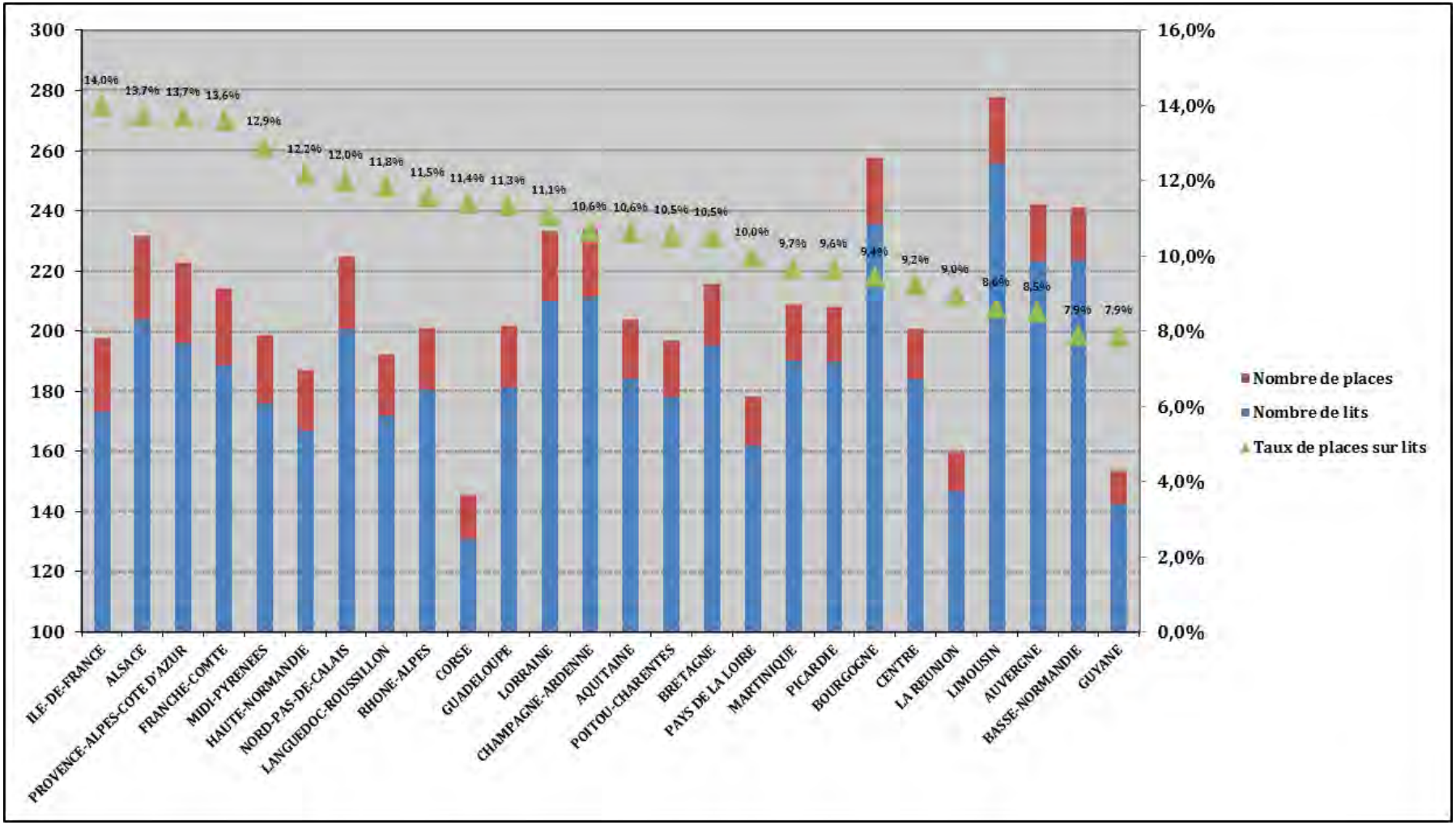
Région		2000	2006	2009	2014*	Evolution 2000 - 2014
Île-de-France	Places	1 526	2 111	2 355	2 908	91 %
	Lits	21 299	19 884	19 790	20 790	-2 %
	Ratio places/lits	7,16 %	10,62 %	11,90 %	13,99 %	
Champagne-Ardenne	Places	175	214	260	301	72 %
	Lits	2 858	2 770	2 724	2 831	-1 %
	Ratio places/lits	6,12 %	7,73 %	9,54 %	10,63 %	

Picardie	Places	164	190	261	352	115 %
	Lits	3 433	3 303	3 524	3 655	6 %
	Ratio places/lits	4,78 %	5,75 %	7,41 %	9,63 %	
Haute-Normandie	Places	204	268	326	376	84 %
	Lits	3 073	3 051	3 099	3 092	1 %
	Ratio places/lits	6,64 %	8,78 %	10,52 %	12,16 %	
Centre	Places	280	321	383	436	56 %
	Lits	4 471	4 363	4 477	4 738	6 %
	Ratio places/lits	6,26 %	7,36 %	8,55 %	9,20 %	
Basse-Normandie	Places	97	138	204	260	168 %
	Lits	3 243	3 263	3 301	3 304	2 %
	Ratio places/lits	2,99 %	4,23 %	6,18 %	7,87 %	
Bourgogne	Places	164	255	311	364	122 %
	Lits	3 764	3 638	3 712	3 857	2 %
	Ratio places/lits	4,36 %	7,01 %	8,38 %	9,44 %	
Nord-Pas de Calais	Places	466	583	826	976	109 %
	Lits	7 351	7 076	7 512	8 140	11 %
	Ratio places/lits	6,34 %	8,24 %	11,00 %	11,99 %	
Lorraine	Places	237	363	488	545	130 %
	Lits	5 689	5 476	5 333	4 928	-13 %
	Ratio places/lits	4,17 %	6,63 %	9,15 %	11,06 %	
Alsace	Places	315	394	444	522	66 %
	Lits	3 923	3 729	3 644	3 808	-3 %
	Ratio places/lits	8,03 %	10,57 %	12,18 %	13,71 %	
Franche-Comte	Places	84	158	185	302	260 %
	Lits	2 188	2 125	2 163	2 222	2 %
	Ratio places/lits	3,84 %	7,44 %	8,55 %	13,59 %	
Pays de La Loire	Places	287	342	424	595	107 %
	Lits	5 668	5 531	5 695	5 974	5 %
	Ratio places/lits	5,06 %	6,18 %	7,45 %	9,96 %	
Bretagne	Places	303	413	518	670	121 %
	Lits	5 831	6 020	6 193	6 394	10 %
	Ratio places/lits	5,20 %	6,86 %	8,36 %	10,48 %	
Poitou-Charentes	Places	127	201	337	337	165 %
	Lits	2 781	2 894	3 024	3 199	15 %
	Ratio places/lits	4,57 %	6,95 %	11,14 %	10,53 %	
Aquitaine	Places	326	438	529	652	100 %
	Lits	6 020	5 940	5 884	6 150	2 %
	Ratio places/lits	5,42 %	7,37 %	8,99 %	10,60 %	
Midi-Pyrénées	Places	352	423	486	673	91 %
	Lits	4 986	4 850	4 892	5 220	5 %
	Ratio places/lits	7,06 %	8,72 %	9,93 %	12,89 %	
Limousin	Places	99	105	140	162	64 %
	Lits	1 825	1 724	1 768	1 882	3 %
	Ratio places/lits	5,42 %	6,09 %	7,92 %	8,61 %	
Rhône-Alpes	Places	703	819	1 010	1 343	91 %
	Lits	10 765	10 713	11 021	11 635	8 %
	Ratio places/lits	6,53 %	7,64 %	9,16 %	11,54 %	
Auvergne	Places	162	187	229	258	59 %
	Lits	2 816	2 703	2 779	3 034	8 %
	Ratio places/lits	5,75 %	6,92 %	8,24 %	8,50 %	
Languedoc-Roussillon	Places	361	432	456	560	55 %
	Lits	4 850	4 362	4 384	4 739	-2 %
	Ratio places/lits	7,44 %	9,90 %	10,40 %	11,82 %	
Provence-Alpes-	Places	797	932	1 010	1 332	67 %

Cote d'Azur	Lits	9 525	9 090	9 331	9 730	2 %
	Ratio places/lits	8,37 %	10,25 %	10,82 %	13,69 %	
Corse	Places	21	26	30	48	129 %
	Lits	611	537	518	422	-31 %
	Ratio places/lits	3,44 %	4,84 %	5,79 %	11,37 %	
Guadeloupe	Places	65	74	77	83	28 %
	Lits	916	850	822	733	-20 %
	Ratio places/lits	7,10 %	8,71 %	9,37 %	11,32 %	60 %
Martinique	Places	14	38	39	70	400 %
	Lits	1 012	797	756	725	-28 %
	Ratio places/lits	1,38 %	4,77 %	5,16 %	9,66 %	
Guyane	Places	8	8	21	28	250 %
	Lits	301	298	318	356	18 %
	Ratio places/lits	2,66 %	2,68 %	6,60 %	7,87 %	
La Réunion	Places	55	73	86	111	102 %
	Lits	1 020	1 066	1 027	1 240	22 %
	Ratio places/lits	5,39 %	6,85 %	8,37 %	8,95 %	

*Sources : DREES, SAE 2000 à 2014, traitements DREES Champ : France métropolitaine et DOM hors Mayotte, et hors Service de Santé des Armées (SSA) en 2000. * données statistiques provisoires.*

Graphique 2 : Nombre de lits et places pour 100 000 habitants, par région



Source : DREES 2014, traitements DREES. Champ : France métropolitaine et DOM hors Mayotte, INSEE population estimée 1er janvier 2014 retraitement mission.

2. Sur le périmètre de la médecine programmée défini par la mission, 43 % des séjours sont réalisés sans nuitée

2.1. Sur l'ensemble du périmètre des séjours de médecine, le taux de séjours sans nuitée de l'activité de médecine s'élève à 25 %

2.1.1. En 2014, le nombre de séjours de médecine est de 7,1 millions, soit 41 % de l'activité totale des établissements de santé dans le secteur médecine – chirurgie – obstétrique (MCO)

Comme rappelé ci-dessus, en 2014, les capacités d'accueil en médecine étaient de 122 938 lits d'hospitalisation complète et de 14 310 places d'hospitalisation de jour pour un total de de 7,1 millions de séjours.

Sur la même année, le nombre total de séjours en établissement de santé en médecine – chirurgie – obstétrique (MCO)[6] **s'est élevé à plus de 17 millions**, se répartissant comme suit (cf. tableau 4) :

- 41 % de séjours de médecine (M) ;
- 31 % de séjours chirurgicaux (C) ;
- 11 % de séjours obstétricaux (O) ;
- 17 % de séjours concernant des techniques interventionnelles[7] (K).

Cette répartition est stable sur la période 2012-2014.

À ces 17,6 millions de séjours s'ajoutent 11,3 millions de séances, qui correspondent à des venues en établissement de santé, limitées à une journée ou une nuit, et qui correspondent habituellement à une fréquentation itérative pour des motifs thérapeutiques en vue de traitements identifiés (radiothérapie, chimiothérapie, dialyse, transfusion…)[8]. Ces séances sont usuellement considérées comme relevant d'une activité de médecine. La croissance du nombre de séances (+6 %) est depuis 2012 plus dynamique que celle des séjours (+1 %).

Tableau 4 : Nombre de séjours en établissement de santé dans le secteur médecine – chirurgie – obstétrique (MCO)

Séjours	2012	2013	2014
Nombre total de séjours (en millions)	17,3	17,3	17,5
dont médecine	*7,1 (soit 41 %)*	*7,1 (soit 41 %)*	*7,1 (soit 41 %)*
dont chirurgie	*5,4 (soit 31 %)*	*5,4 (soit 31 %)*	*5,5 (soit 31 %)*
dont obstétrique	*2,0 (soit 11 %)*	*1,9 (soit 11 %)*	*1,9 (soit 11 %)*
dont techniques interventionnelles	*2,8 (soit 17 %)*	*2,9 (soit 17 %)*	*3,0 (soit 17 %)*
Nombre total de séances et forfaits (en millions)	10,6	10,9	11,3

Source : ATIH, analyse de l'activité hospitalière 2014. France entière.

[6] Champ : Établissements de santé financés à l'activité, source : ATIH, Analyse de l'activité hospitalière 2014, p.15 sq. Les soins de suite et de réadaptation (SSR), la psychiatrie ainsi que l'hospitalisation à domicile sont par définition exclus.

[7] Endoscopies par exemple.

[8] Ces données seront donc systématiquement distinguées des séjours lors de l'analyse de l'activité des établissements.

2.1.2. Sur l'ensemble du périmètre de la médecine, 25 % des séjours sont réalisés sans nuitée

Le développement de la médecine ambulatoire semble en première analyse, et d'après les données publiées annuellement par l'ATIH sur les séjours par catégorie d'activité de soins, encore relativement limité. **Ainsi, en 2014, les séjours sans nuitée, hors séances, réalisés en médecine, hors obstétrique, représentent environ 1,79 millions de séjours soit 25,2 % du total.** Ce taux de séjours sans nuitée est d'un ordre de grandeur comparable selon les secteurs, avec 25,6 % dans le secteur ex-DG[9] et 22,3 % dans le secteur ex-OQN[10] (cf. tableau 5).

Tableau 5 : Activité de médecine ambulatoire par secteur

	Total	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Séjours de médecine sans nuitée (en millions)	1,79	1,59	0,20
Taux de séjours sans nuitée (en %)	25,2	25,6	22,3

Source : ATIH.

Si la part des séjours de médecine est plus forte dans le secteur ex-DG (87 %) que dans le secteur ex-OQN (13 %), cette proportion est renforcée pour les séjours de médecine sans nuitée (89 % dans le secteur ex-DG et 11 % dans le secteur ex-OQN, cf. tableau 6).

Tableau 6 : Nombre de séjours et part des secteurs ex-DG et ex-OQN dans l'activité de médecine et de médecine ambulatoire

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN	Total
Médecine (en millions)	6,21	0,90	7,11
Part (%)	87,3	12,7	100
Médecine sans nuitée (en millions)	1,59	0,20	1,79
Part (%)	88,8	11,2	100

Source : ATIH.

2.2. Le périmètre de l'activité de médecine pris en compte a été précisé à partir des données recueillies dans le PMSI

La méthodologie ayant conduit à définir le périmètre de la mission est présentée successivement pour les séjours, hors séances, puis pour les séances. Une présentation synthétique du périmètre est donnée dans l'encadré 3 et par la figure 3.

Le codage des séjours dans le PMSI fait l'objet d'une présentation détaillée dans l'annexe IV.

2.2.1. L'activité de médecine programmée prise en compte par la mission représente 3,1 millions de séjours, hors séances

Pour définir l'activité de médecine, hors séances, les données du PMSI ont été exploitées de la manière suivante :

- dans un premier temps ont été exclues :
  - les catégories majeures de diagnostic (CMD, cf. annexe IV) 14 et 15, correspondant à l'obstétrique et à la périnatalité ;

[9] Etablissements de santé du secteur public anciennement financés sous dotation globale (DG).

[10] Etablissements de santé du secteur privé anciennement financés au sein de l'objectif quantifié national (OQN).

- les racines de groupes homogènes de malades (GHM, cf. annexe IV) en C, correspondant à des activités chirurgicales ;
- les racines en K, correspondant à des activités de médecine interventionnelle, la mission considérant que celles-ci relèvent d'une analyse spécifique (cf. encadré 2).

Encadré 2 : L'activité de médecine interventionnelle relève d'une analyse spécifique

Les GHM K, appelés techniques peu invasives ou interventionnelles, correspondent aux GHM avec un acte classant non opératoire. Certes, nombre de ces GHM relèvent de la médecine, autrement appelée médecine interventionnelle (endoscopies, actes diagnostic par voie vasculaire…). Mais plusieurs arguments ont amené la mission à ne pas retenir les GHM en K, qui mériteraient un examen différencié :

- un certain nombre de ces prises en charge ont lieu dans ou à proximité des unités de chirurgie ambulatoire ou sur un plateau technique spécifique, traduisant le développement d'activités, principalement d'explorations « à la lisière » entre la médecine et la chirurgie ;
- près de 60 % des séjours ainsi codés sont pris en charge en ambulatoire ;
- cette catégorie est en forte croissance annuelle (plus de 3 % en 2014).

En revanche, il apparaît important à la mission que soient engagés des travaux sur ce type de séjours, notamment au regard de la forte croissance actuelle et probablement à venir au regard des progrès médicaux mais également en termes de pertinence des actes et de tarification.

Source : Mission.

Cela permet d'isoler l'activité de médecine non interventionnelle au sens du PMSI, c'est-à-dire l'ensemble des séjours réalisés sans acte classant, soit 7 048 150 séjours en 2014[11].

Les séjours pour lesquels la première unité médicale de séjour est une unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance ont également été exclus dès ce stade de l'analyse.

- sur ce champ « médecine », la CMD 90 qui correspond aux erreurs a également été exclue – la CMD 28 (séances) étant traitée distinctement (cf. 2.2.2) ;
- pour les 25 CMD restantes :
  - ont été exclues les racines en Z (activité indéterminée) non classées dans la catégorie ASO M ;
  - ont été exclues les racines en M non classées dans la catégorie ASO M[12] (orthopédie et autres équivalents chirurgicaux) ;
  - *in fine*, le périmètre retenu correspond donc aux GHM de racine M et Z restants.

Sur ce périmètre, l'activité de médecine représente 6 379 350 séjours en 2014, soit plus de 90 % des 7 048 150 séjours de médecine avant retraitement. Ce périmètre inclut l'ensemble des tranches d'âges.

Au sein de ce périmètre de l'activité de médecine, ont ensuite été isolés les séjours correspondant à une activité médicale programmée.

[11] La CMD 90 qui correspond aux erreurs a également été exclue.

[12] Par souci de simplicité, les six GHM de racine M codés en ASO C qui auraient malgré tout pu être inclus dans le périmètre de la mission n'ont pas été pris en compte. Il s'agit des GHM suivants : commotions cérébrales, épistaxis, occlusions intestinales, ostéomyélites aigues (y compris vertébrales) et arthrites septiques, rétrécissement urétral, brûlures et gelures non étendues sans intervention chirurgicale, représentant 160 000 séjours en 2014, mais seulement 29 000 après application du filtre domicile – domicile (cf. *infra*).

Cette restriction du champ a conduit à ne retenir que les séjours ayant le domicile en mode d'entrée et en mode de sortie[13], à l'exclusion de ceux qui sont passés par les urgences ou par une unité de réanimation, soins intensifs ou surveillance. Les entrées et sorties par transfert (dans un autre établissement) ou mutation (dans un autre service du même établissement ne relevant pas du MCO, ex. SSR) sont également exclues ainsi que les décès en cours d'hospitalisation.

***In fine* ont donc été retenus les séjours cumulant les trois conditions suivantes :**

- **entrée par le domicile ;**
- **sortie au domicile ;**
- **sans passage par les urgences, les séjours pour lesquels la première unité médicale du séjour est une unité de réanimation, soins intensifs ou surveillance ayant déjà été exclus** (cf. supra)[14]**.**

L'application de ce filtre restreint le champ d'analyse à 3 069 410 séjours en 2014, hors séances, soit 48,1 % du nombre total de séjours (cf. tableau 7). Le filtre du passage par les urgences conduit à exclure 44,8 % des séjours parmi les 51,9 % qui ne sont pas retenus.

Des marges de développement de l'activité en hôpital de jour à partir des admissions par les urgences peuvent aussi exister mais de manière limitée. Elles se prêtent moins directement que l'activité programmée à une réflexion spécifique sur les possibilités de basculement de séjours d'hospitalisation complète vers l'hospitalisation de jour, et requièrent une analyse spécifique. Celle-ci devrait porter à la fois sur les hospitalisations en urgence évitables en amont, et sur les solutions d'aval après un passage par ces services, dans le cadre d'une réflexion globale incluant également le sujet des hospitalisations de moins d'une journée dans les services d'urgence.

Enfin et *a contrario*, la mission a pris acte de la possibilité de réaliser des admissions « urgentes » directement dans les services, sans passage par les urgences, en particulier dans le cas de petits établissements. Ces séjours ne sont donc pas exclus du périmètre d'analyse statistique, faute de moyens pour cela, mais les déplacements réalisés et les entretiens conduits par la mission l'amènent à estimer que leur part reste, au niveau national, très limitée.

Tableau 7 : Nombre et répartition du nombre de séjours et venues de médecine en fonction du mode d'entrée – sortie

	Nombre total de séjours	Part (%)
Domicile – domicile, sans passage par les urgences	3 069 410	48,1
Autres, dont :	3 309 940	51,9
Urgences – domicile	*2 237 635*	*35,1*
Urgences ou domicile – décès	*165 172*	*2,6*
Urgences ou domicile – transfert ou mutation	*615 706*	*9,7*
Transfert ou mutation – domicile	*141 018*	*2,2*
Transfert ou mutation – décès	*31 153*	*0,5*
Transfert ou mutation – transfert ou mutation	*114 886*	*1,8*
Prestations inter-établissements	*4 370*	*0,1*
Total	6 379 350	100

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

[13] Le domicile incluant les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

[14] La mission est consciente de l'imperfection de ce dernier critère, qu'il s'agisse d'admissions directes sans passage par les urgences, ou à l'inverse d'admission systématique par les urgences en horaires atypiques, en particulier dans les petits établissements de santé.

Parmi ces 3 069 410 séjours, 140 398 d'entre eux (soit 5,7 %) correspondent à des séjours multi-unités (dits « multi-RUM[15] »), qui auraient pu être exclus du périmètre d'analyse dans la mesure où cela traduit selon toute vraisemblance des prises en charge d'une gravité particulière. Par souci de simplification, ils ont malgré tout été conservés[16].

Cette restriction du périmètre aux séjours de médecine programmée conduit à n'exclure que 23 % des séjours de 0 nuitée, qui correspondent quasi exclusivement aux admissions par les urgences (cf. tableau 8). Sauf exception, ces séjours correspondent aux séjours en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Tableau 8 : Nombre et répartition des séjours sans nuitée par mode d'entrée - sortie

Mode d'entrée – mode de sortie	Nombre de séjours	Part du total (%)
Domicile – Domicile	1 316 050	77
Urgences – Domicile	286 698	17
Urgences/Domicile – Décès	13 392	1
Urgences/Domicile - Transfert/Mutation	77 887	5
Transfert/Mutation – Domicile	2 641	0
Transfert/Mutation – Décès	917	0
Transfert/Mutation - Transfert/Mutation	4 843	0
PIE	2 620	0
Total	1 705 048	100

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission. PIE : prestations inter-établissements.

Dans le même temps, la restriction du périmètre aux séjours de médecine programmée permet de renforcer la robustesse des analyses comparatives menées ci-dessous dans la mesure où elle permet de neutraliser deux facteurs de variation entre établissements, qui les contraignent de manière exogène quant à leur capacité à développer les prises en charge sans nuitée. Ceux-ci correspondent :

- à des situations d'engorgement des structures d'aval, dues à des difficultés d'organisation de la sortie du patient ou à une absence de places dans les structures de soins de suite et de réadaptation[17] ;
- à des admissions après passage aux urgences, qui touchent particulièrement certaines populations en situation de précarité.

2.2.2. Cinq GHM représentant plus de trois millions de séances ont été retenus pour la caractérisation de l'activité de médecine en séances

Compte tenu de leur importance, les séances ont été isolées dans l'ensemble des analyses de caractérisation (CMD 28). Le périmètre de la CMD 28 a été retraité tel que suit :

- les GHM de préparations à une irradiation externe ont été exclus des analyses les GHM[18] ;

[15] Résumé d'unité médicale (RUM). Cf. annexe IV.

[16] Sur ces 140 398 séjours multirum, seuls 5 595, soit moins de 4 %, sont réalisés sans nuitée en 2014. Leur inclusion dans le périmètre conduit donc à minorer de fait l'activité de séjours sans nuitée réalisée.

[17] De ce point de vue, l'application de ce filtre ne permet malgré tout pas de neutraliser les variations liées aux différences de disponibilités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

[18] Ces GHM regroupent 95 799 séjours en 2014, répartis de la manière suivante : 28Z19Z Préparations à une irradiation externe par RCMI ou techniques spéciales (29 146 séjours) ; 28Z20Z Préparations à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle avec HDV (62 010 séjours) ; 28Z21Z Préparations à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle sans HDV (1 231 séjours) ; 28Z22Z Autres préparations à une irradiation externe (3 412 séjours).

- ont été exclus tous les GHM se rapportant à la dialyse et à la radiothérapie dans la mesure où ils correspondent à des modes de prise en charge particuliers avec des plateaux techniques dédiés et une comptabilisation non exhaustive dans la SAE ; en outre, l'activité de radiothérapie réalisée dans les cabinets libéraux n'est pas prise en compte dans le PMSI car elle est rattachée aux soins de ville[19] ;

Pour l'ensemble de ces raisons, n'ont finalement été retenus par la mission que cinq GHM : aphérèses sanguines, chimiothérapie pour affection non tumorale, chimiothérapie pour tumeur, oxygénothérapie hyperbare, transfusions, soit trois millions de séances représentant un tiers de l'ensemble (cf. tableau 9).

Tableau 9 Nombre et part des cinq GHM retenus pour l'analyse de l'activité de séances

GHM	Nombre de séances	Part du total (%)
Aphérèses sanguines, en séances	28 485	0,31
Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	536 733	5,85
Chimiothérapie pour tumeur, en séances	2 286 447	24,94
Oxygénothérapie hyperbare, en séances	51 939	0,57
Transfusions, en séances	183 741	2,00
Sous-total	**3 087 345**	**33,67**
Autres préparations à une irradiation externe	3 412	0,04
Autres techniques d'irradiation externe, en séances	17 973	0,20
Curiethérapie, en séances	7 487	0,08
Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée, en séances	3 175	0,03
Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire, en séances	5 443	0,06
Entraînements à l'hémodialyse, en séances	50 862	0,55
Hémodialyse, en séances	4 097 235	44,68
Préparations à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle avec HDV	61 997	0,68
Préparations à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle sans HDV	1 231	0,01
Préparations à une irradiation externe par RCMI ou techniques spéciales	29 125	0,32
Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances	598 713	6,53
Techniques complexes d'irradiation externe avec repositionnement, en séances	670 921	7,32
Techniques complexes d'irradiation externe sans repositionnement, en séances	496 869	5,42
Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances	37 572	0,41
Total général	**9 169 360**	**100,00**

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Sur l'ensemble des GHM de séances, les restrictions opérées par l'application des filtres « domicile – domicile » sont négligeables ; moins de 0,5 % des séances sont exclues, soit 28 886 séances. Parmi ces dernières, les cinq GHM sélectionnés représentent 20 847 séances, dont :

- 11 745 séances de chimiothérapies pour autre tumeur ;
- 3 791 séances de transfusions ;
- 3 687 séances d'oxygénothérapie hyperbare.

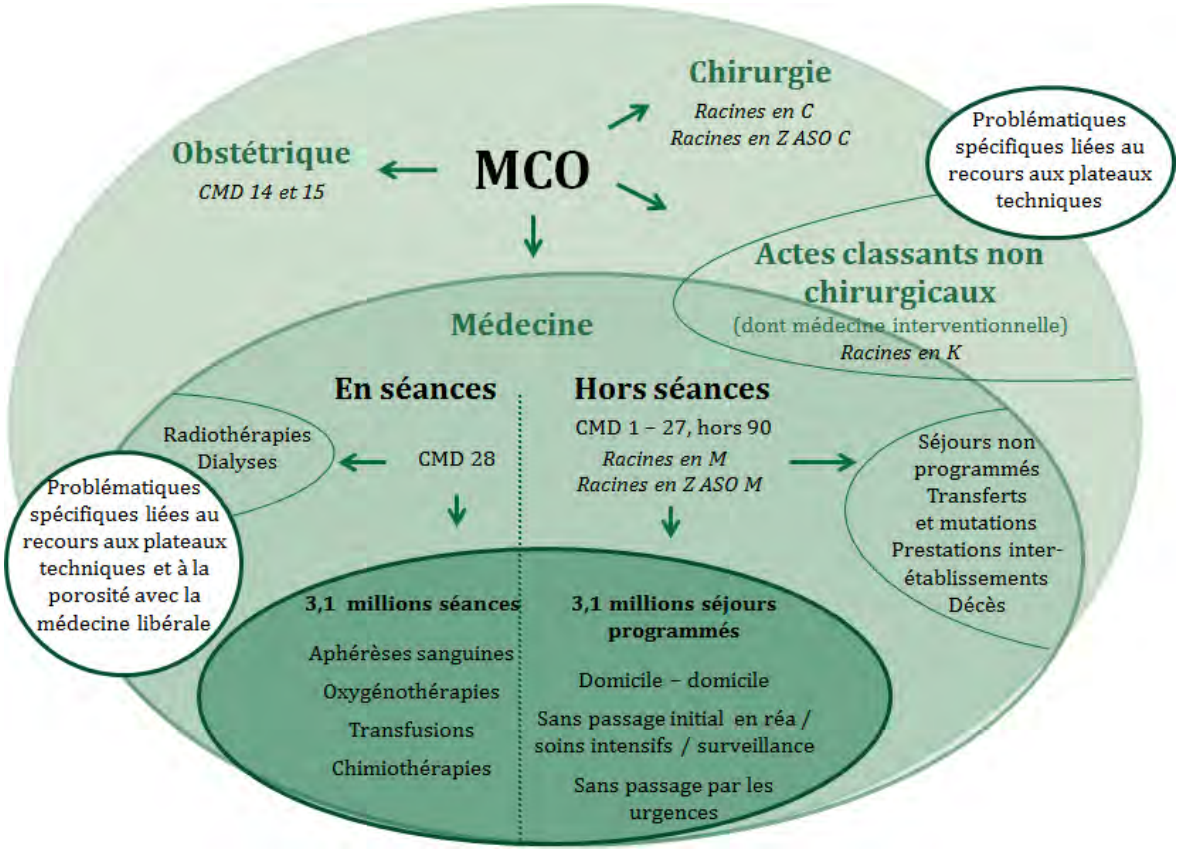
Il s'agit en toute hypothèse de décompensations ou de modes d'admission pour traitement prioritaire (transfusion).

[19] La mission estime en outre que le développement des alternatives à la dialyse en centre lourd mériterait une mission *ad hoc*.

2.2.3. La définition de ce périmètre a été validée par l'ensemble des interlocuteurs rencontrés

Le périmètre ainsi défini est synthétisé ci-dessous (cf. figure 3 et encadré 3). **Il a été systématiquement présenté aux interlocuteurs rencontrés par la mission, en particulier lors de ses déplacements. Il n'a jamais été remis en question, plusieurs établissements ayant du reste engagé des travaux sur des périmètres similaires.**

Figure 3 : Synthèse du périmètre défini par la mission



Source : Mission.

Encadré 3 : Synthèse du périmètre défini par la mission

Les séances, correspondant à la CMD 28, sont traitées de manière distincte dans les analyses pour préserver la significativité des volumes d'activité des établissements. Cinq GHM de séances sont retenus dans le cadre de cette analyse, et en particulier les chimiothérapies et transfusions, les séances de radiothérapie et dialyse ayant notamment été exclues.

Concernant les séjours, hors séances, sont exclus les GHM classés dans les CMD 14 (obstétrique), 15 (périnatalité) et 90 (erreurs). **Pour définir le périmètre de la médecine sont donc retenues, au sein des autres CMD, les racines en M[20] (sans acte classant) et les racines en Z (indifférenciée) classées en M dans la classification ASO**. Les racines en C correspondant à la chirurgie sont exclues, ainsi que les racines en K, correspondant à la médecine interventionnelle, cette dernière nécessitant un examen spécifique. Par souci de simplification, la mission n'a pas retenu quelques GHM classés en C et en ASO M qui auraient pu être intégrés à l'analyse.

Pour isoler au sein de ce périmètre le champ de la médecine programmée ne sont conservés que les séjours sans passage par les urgences ni passage par un service dit « chaud » (réanimation, soins intensifs, surveillance continue), avec le domicile en mode d'entrée et en

[20] La version de classification actuelle est la V11g.

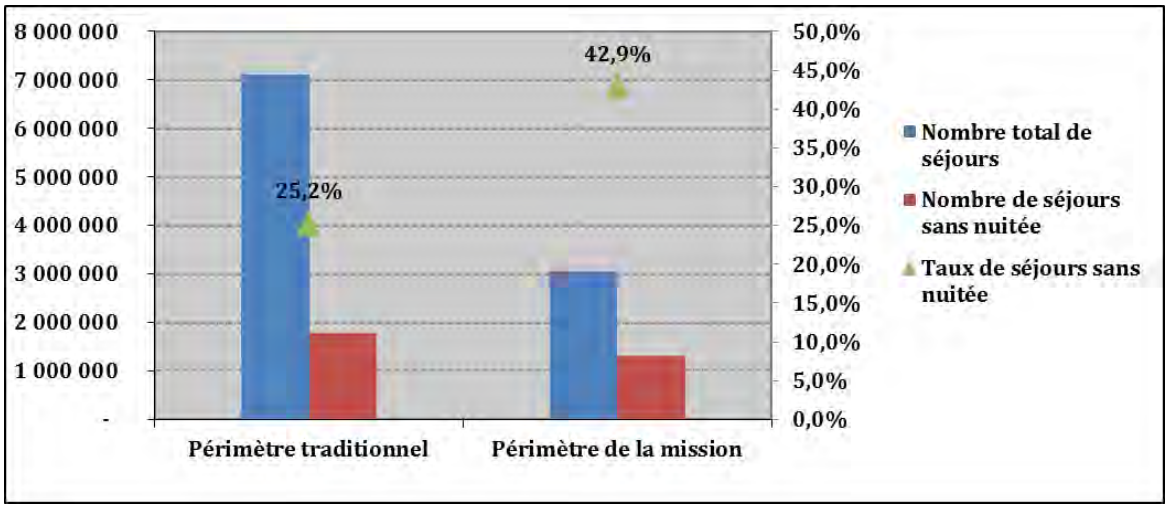
mode de sortie (le domicile inclut les établissements d'hébergement pour personnes âgées). Les entrées et sorties par transfert (dans un autre établissement) ou mutation (dans un autre service du même établissement ne relevant pas du MCO, par exemple SSR) sont exclues, ainsi que les décès en cours d'hospitalisation. Par souci de simplification, les multi-rums qui auraient également pu être exclus de l'analyse ont été conservés dans le champ d'analyse.

Source : Mission.

2.3. Sur le périmètre de l'activité de médecine programmée, le taux de séjours sans nuitée s'élève à 43 %

En 2014, sur les 3 069 410 séjours de médecine du périmètre d'analyse retenu par la mission, 1 316 050 ont été réalisés sans nuitée. **Cela correspond à un taux de séjours sans nuitée de 42,9 %, soit supérieur de 17,7 points au taux de séjours sans nuitée calculé sur le périmètre de la médecine habituellement considéré**[21] (cf. 2.1, et graphique 4).

Graphique 4 : Nombre et taux de séjours sans nuitée selon le périmètre considéré

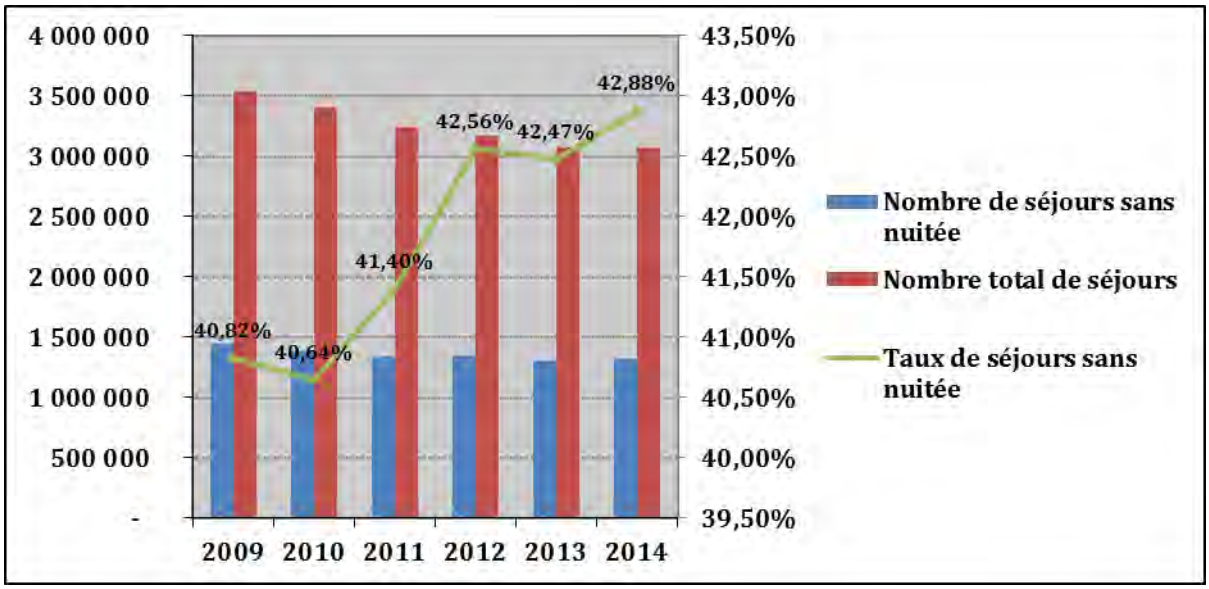


Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Ce taux de séjour sans nuitée est en outre en légère progression depuis 2009, de 2,06 points, comme présenté dans le graphique 5.

[21] Si les séjours multirums étaient exclus de l'analyse (cf. supra, note 16), ce taux s'élèverait en 2014 à 44,7 % (soit 1 310 455 séjours sans nuitée pour un total de 2 929 012 séjours).

Graphique 5 : Evolution du nombre de séjours total et sans nuitée depuis 2009



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Cette progression du taux de séjours sans nuitée tient à une diminution du nombre total des séjours de médecine supérieure à celle du nombre de séjours sans nuitée. En effet, depuis 2009, le nombre de séjours sans nuitée a diminué de 130 886, (– 0,9 %), tandis que le nombre total de séjours a diminué de 474 843 (-13,4 %) (cf. tableau 10). L'augmentation du taux de séjours sans nuitée ne provient donc pas d'une croissance directe du nombre de ces séjours.

Cette faible progression tient notamment à l'exclusion des séjours avec un mode d'entrée par les urgences du périmètre de la mission, qui sont les séjours dont la croissance est la plus dynamique.

Tableau 10 : Evolution du nombre de séjours depuis 2009

	2009	2011	2011	2012	2013	2014	Evolution
Nombre de séjours sans nuitée	1 446 936	1 383 068	1 342 318	1 348 957	1 305 735	1 316 050	-9,04 %
Nombre total de séjours	3 544 253	3 402 886	3 242 465	3 169 511	3 074 272	3 069 410	-13,39 %
Taux de séjours sans nuitée	40,82 %	40,64 %	41,40 %	42,56 %	42,47 %	42,88 %	+ 2,06 points

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Une caractérisation détaillée de l'activité de médecine sans nuitée, sur le périmètre de la mission, est donnée dans la suite de la présente annexe :

- sont traitées en premier lieu les séances, qui sont par définition sans nuitée (cf. 3) ;
- en second lieu sont caractérisés les séjours hors séances, d'abord dans une optique générale puis avec une analyse au niveau des GHM (cf. 4 et 5).

3. Les séances prises en compte dans le périmètre de la mission sont pour les trois-quarts réalisées dans des établissements du secteur ex-DG

En 2014, les séances retenues dans le périmètre de l'analyse représentent 3 087 345 séances, pour un volume économique[22] de 3,3 Mds € (cf. tableau 11). Elles correspondent exclusivement à des prises en charge sans nuitée.

Tableau 11 : Nombre et volume économique des cinq GHM de séances considérés

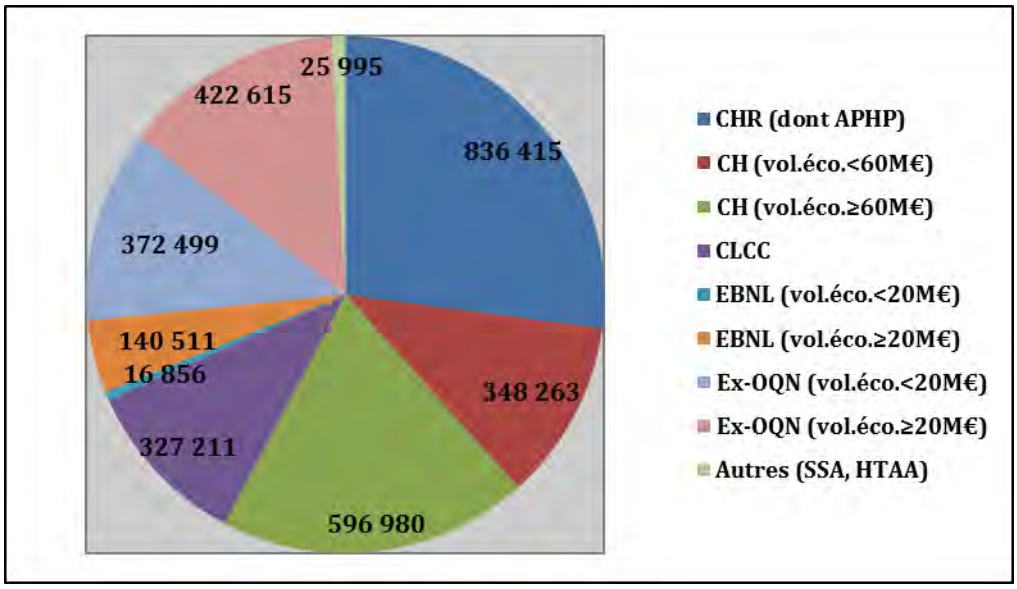
GHM	Nombre de séances	Volume économique (€)
Aphérèses sanguines, en séances	28 485	37 718 966
Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	536 733	973 256 065
Chimiothérapie pour tumeur, en séances	2 286 447	2 169 789 927
Oxygénothérapie hyperbare, en séances	51 939	12 353 681
Transfusions, en séances	183 741	123 725 034
Total général	3 087 345	3 316 843 673

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Les séances réalisées en unité d'hospitalisation complète font l'objet d'une caractérisation détaillée dans l'annexe III (1.2.2).

Du point de vue de l'analyse par catégorie d'établissements (cf. graphique 6), plus de la moitié des séances est réalisée dans le secteur ex-DG, et un peu plus d'un quart en centres hospitaliers.

Graphique 6 : Nombre et répartition des séances des cinq GHM par catégorie d'établissement[23]



Source :

[22] Valorisation des séjours correspondants par leur montant en termes de base de remboursement.

[23] Pour la présentation des catégories d'établissement, cf. *infra*, 4.4.2 p. 41.

L'analyse par GHM présentée dans le tableau 12 montre par ailleurs que les parts des CLCC et du secteur ex-OQN, sont plus importantes pour les séances de chimiothérapie pour tumeur (13,7 %). La réalisation de cette activité reste cependant répartie entre les différentes catégories d'établissements (31 % dans les établissements ex-OQN, 29 % dans les CH et 15 % dans les CHR), tandis que les autres types de séances concernent de façon prépondérante les hôpitaux publics.

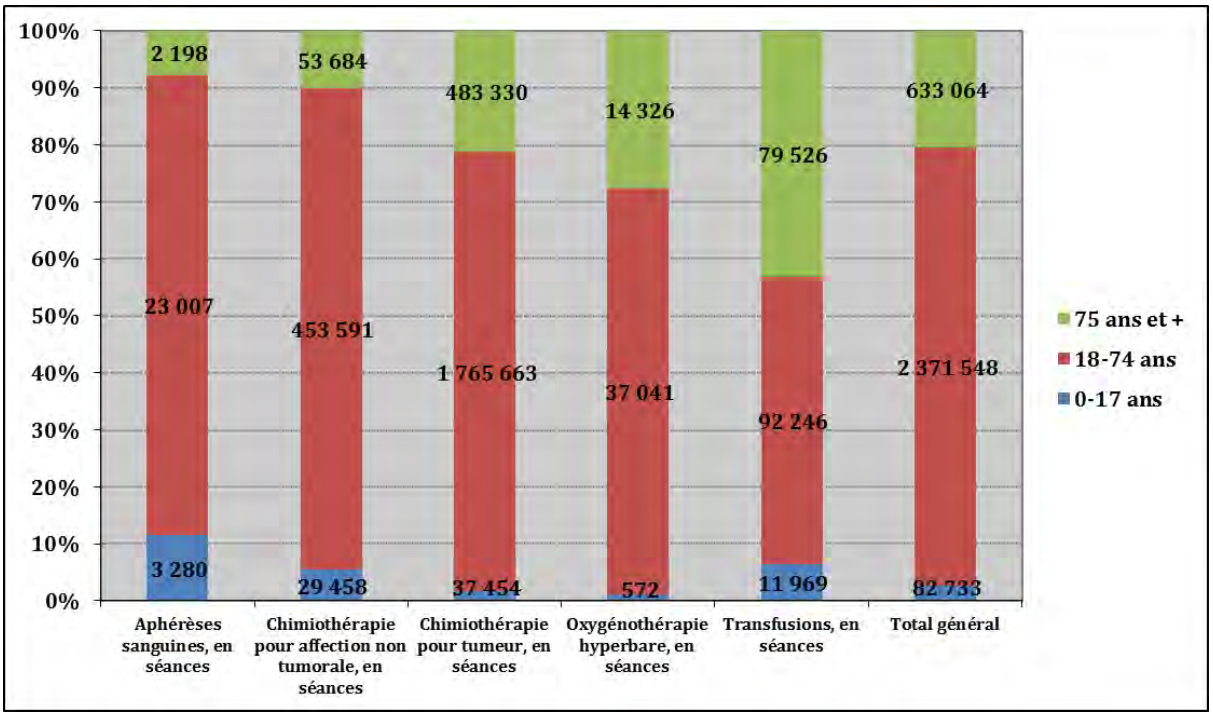
Tableau 12 : Répartition des séances des cinq GHM par catégorie d'établissement (en %)

Étiquettes de lignes	APHP	CH (vol.éco.<60 M€)	CH (vol.éco.≥ 60 M€)	CHR	CLCC	EBNL (vol.éco. < 20 M€)	EBNL (vol.éco.≥ 20 M€)	Ex-OQN (vol.éco.< 20 M€)	Ex-OQN (vol.éco. ≥ 20 M€)	HTAA	SSA
Aphérèses sanguines, en séances	29,1	1,8	7,9	58,2	2,8	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	10,4	14,0	23,6	35,7	0,3	0,5	4,8	4,5	5,2	0,1	0,9
Chimiothérapie pour tumeur, en séances	5,5	10,4	18,2	15,1	13,7	0,6	4,8	14,9	16,3	0,1	0,6
Oxygénothérapie hyperbare, en séances	0,0	5,9	0,0	63,6	0,0	0,0	0,0	0,3	20,8	0,9	8,4
Transfusions, en séances	8,5	17,0	28,7	24,6	6,6	0,3	3,3	3,8	6,3	0,3	0,6
Total	**6,6**	**11,3**	**19,3**	**20,5**	**10,6**	**0,5**	**4,6**	**12,1**	**13,7**	**0,1**	**0,7**

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

L'analyse des séances du périmètre par tranche d'âge, présentée dans le graphique 7, révèle une part plus importante, dépassant 43 %, des patients de 75 ans et plus pour les séances de transfusion.

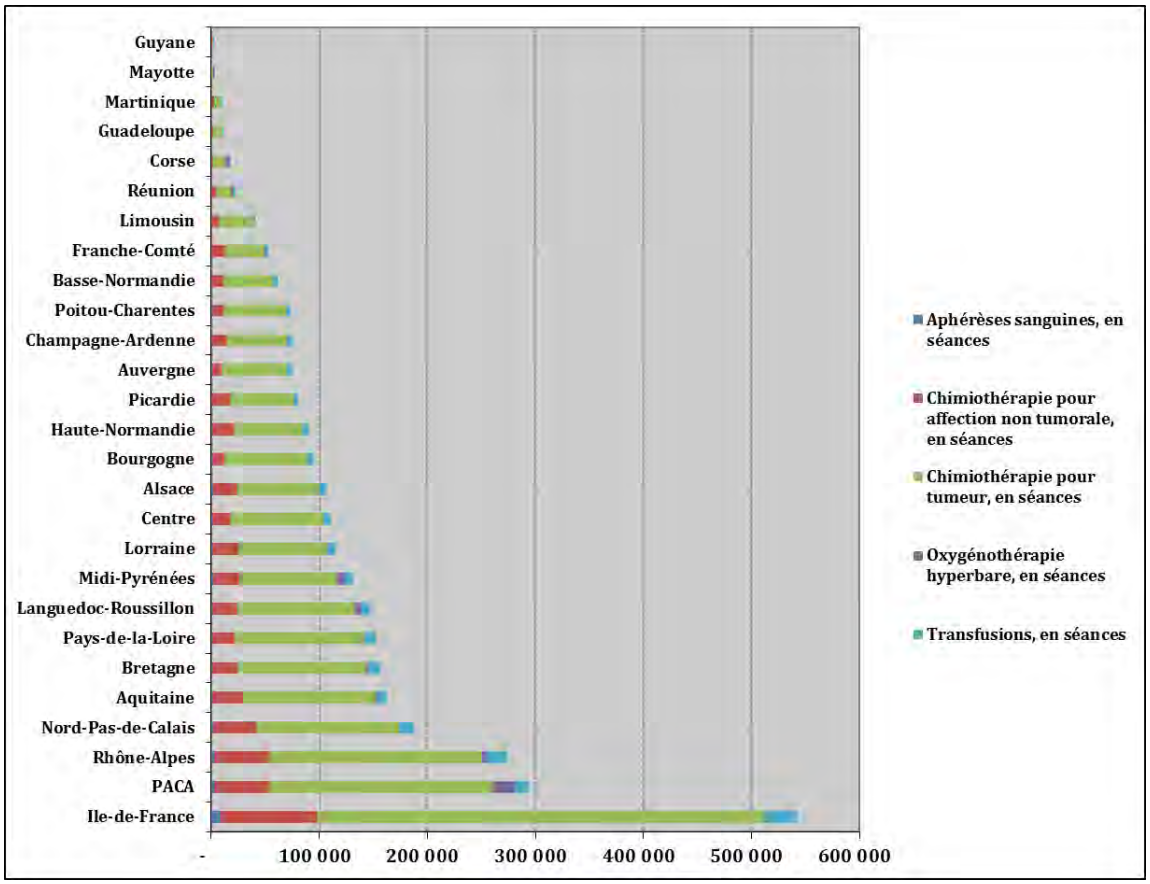
Graphique 7 : Nombre de séances par tranche d'âge et par GHM



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Enfin, l'analyse territoriale montre l'importance de l'Île-de-France, et dans une moindre mesure des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et Rhône-Alpes, en particulier pour les séances de chimiothérapie pour tumeur (cf. graphique 8).

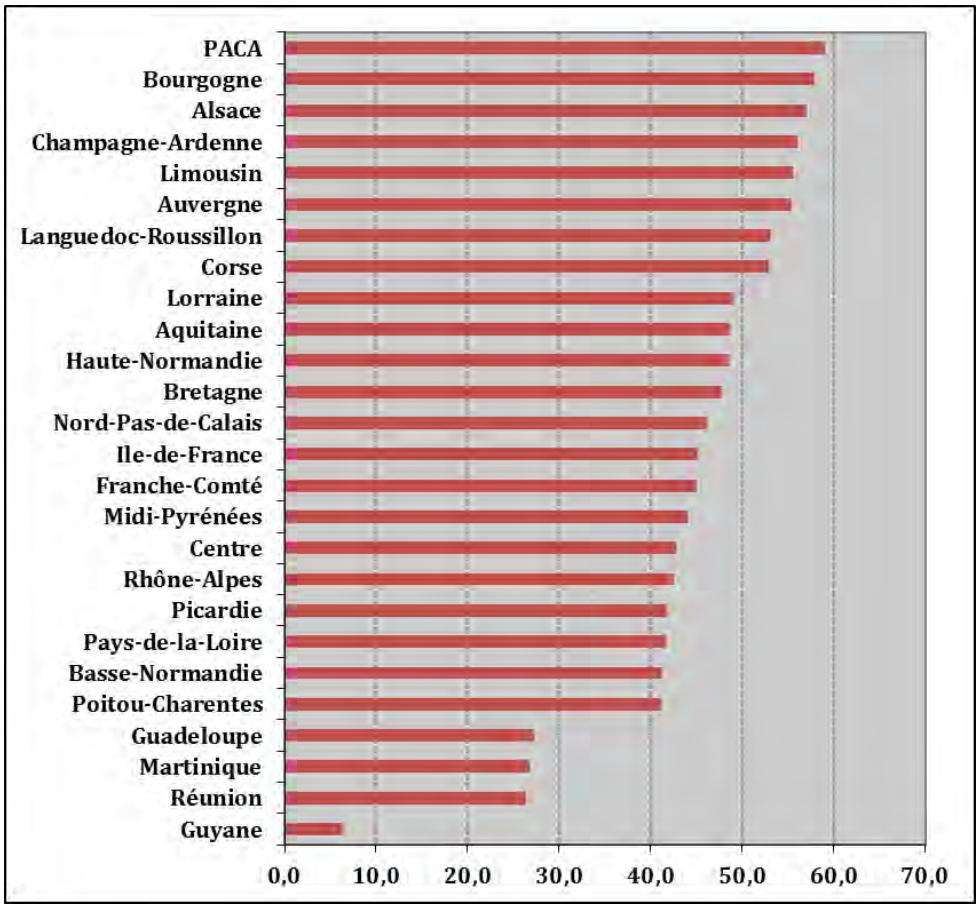
Graphique 8 : Nombre de séances par GHM et par région en2014



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Si le nombre de séances est rapporté au nombre d'habitants par région, comme présenté dans le graphique 9, la situation particulière de la Guyane, de La Réunion, de la Martinique et de la Guadeloupe est mise en exergue. Les situations sont également contrastées en métropole.

Graphique 9 : Nombre de séances par habitant, par GHM et par région en 2014



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

4. Pour les séjours, l'activité de médecine sans nuitée est hétérogène dans son contenu et diversement pratiquée selon les régions et les types d'établissements

L'analyse des séjours forains est réalisée dans l'annexe III.

La caractérisation réalisée ici est fondée sur des statistiques descriptives, et non sur des analyses économétriques. Les croisements successifs des données permettent toutefois de neutraliser une part importante des effets de structure (cf. focus détaillés, 4.5 ci-dessous).

Une limite à l'ensemble des analyses proposées tient toutefois à l'absence de données disponibles pour évaluer, en regard des séjours hospitaliers, la part des actes et consultations externes (ACE) et de l'offre de ville. En effet, aucune donnée détaillée (GHM par GHM) relative à la part des ACE dans l'offre de soins n'est disponible, alors que ces données seraient nécessaires pour les interpréter et comparer les taux de séjours sans nuitée entre GHM.

Un même faible taux de séjours sans nuitée peut ainsi refléter :

- **soit une part importante de consultations**, non mesurées par prises en charge (seul un volume global par établissement étant disponible) ;
- **soit une part importante de séjours avec nuitée**.

  Dans ce dernier cas, sous hypothèse d'une part égale de consultations, un même taux de séjours sans nuitée peut refléter une proportion importante soit de séjours d'une durée supérieure à trois nuits, soit de séjours d'une et deux nuits.

  Sont ici mis en regard de manière systématique les nombres et taux de séjours sans nuitée et les taux de séjours d'une et deux nuitées, étant précisé qu'aucune donnée ne permet de vérifier la part des consultations**.**

4.1. Les séjours sans nuitée sont en majorité concentrés sur les 18 - 74 ans, les différences par tranche d'âge tenant plus aux longs qu'aux courts séjours

L'analyse des séjours sans nuitée par tranche d'âge permet de caractériser les particularités de la classe des 0 à 17 ans et de celle des plus de 75 ans mais aussi de constater l'hétérogénéité des prises en charge au sein de la tranche d'âge des 18 – 74 ans[24].

Les exploitations réalisées révèlent que les 18 – 74 ans concentrent en valeur absolue la majorité des séjours sans nuitée.

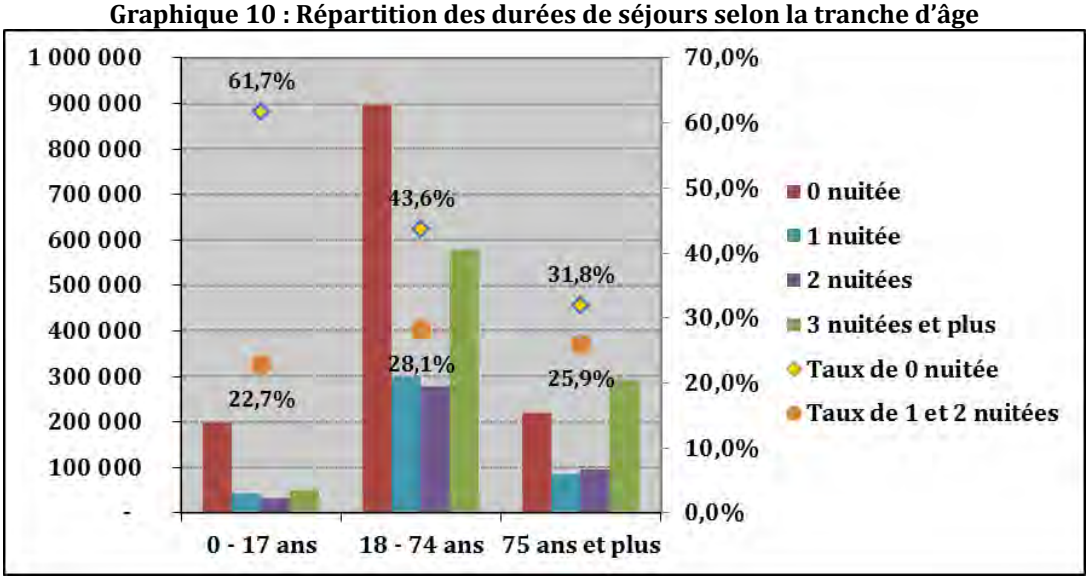
Les écarts sont marqués entre classes d'âge pour les taux de séjours sans nuitée, qui varient du simple au double (30 points d'écart) alors que les taux de séjours d'une et deux nuitées sont beaucoup moins dispersés (5 points d'écart). **Ce sont donc les taux de séjours de trois nuitées et plus qui expliquent avant tout la différence entre les modes de prise en charge des patients des différentes tranches d'âge.** Les éléments suivants peuvent notamment être relevés (cf. graphique 10) :

- la tranche d'âge des 18 - 74 ans a le taux de séjours d'une et deux nuitées le plus important, s'élevant à 28 % : ce constat conforte la pertinence d'un périmètre ciblé sur la classe des 18 - 74 ans pour les analyses détaillées ultérieures ;

[24] En première analyse, les séjours pour la classe des 0 à 17 ans et celle des plus de 75 ans peuvent être assimilés à des séjours en pédiatrie et en gériatrie.

- les prises en charge des moins de 18 ans se caractérisent par un très fort taux de séjours sans nuitée (62 %) et *a contrario* par un nombre plus réduit de séjours de plus longue durée[25] ;
- à la différence des autres classes d'âge, le nombre de séjours de plus de deux nuits devient supérieur, pour les 75 ans et plus, à celui des séjours sans nuitée.

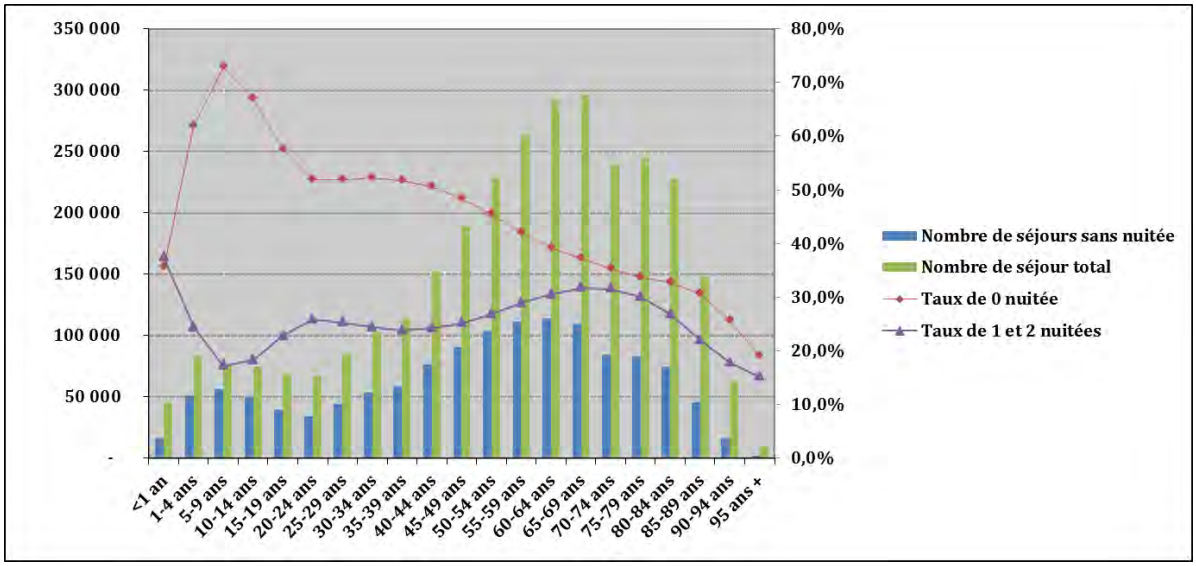
Graphique 10 : Répartition des durées de séjours selon la tranche d'âge



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Une analyse plus détaillée par tranche d'âge de cinq ans fait apparaître un « décrochage » du taux de séjours sans nuitée pour les plus de 74 ans, qui s'explique davantage par un moindre nombre total de séjours que par une diminution du nombre de séjours sans nuitée (graphique 11). À partir de 90 ans, le décrochage du taux de séjours sans nuitée est encore plus net. A contrario, entre 40 et 70 ans, la diminution du taux de séjours sans nuitée s'explique par une croissance du nombre total de séjours supérieure à celle du nombre de séjours sans nuitée.

Graphique 11 : Nombre de séjours et taux de séjours de courte durée selon l'âge de la patientèle



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

[25] Ce qui renvoie à l'antériorité relative du développement des hôpitaux de jour en pédiatrie.

Dans la suite de ces développements, l'analyse des taux de séjours sans nuitée est menée en parallèle, sur le périmètre considéré par la mission, d'une part pour l'ensemble des patients (tous âges confondus), et d'autre part pour les seuls adultes âgés de 18 à 74 ans.

4.2. Le taux de séjours sans nuitée est majoritairement compris entre un tiers et 60 % selon les domaines d'activité

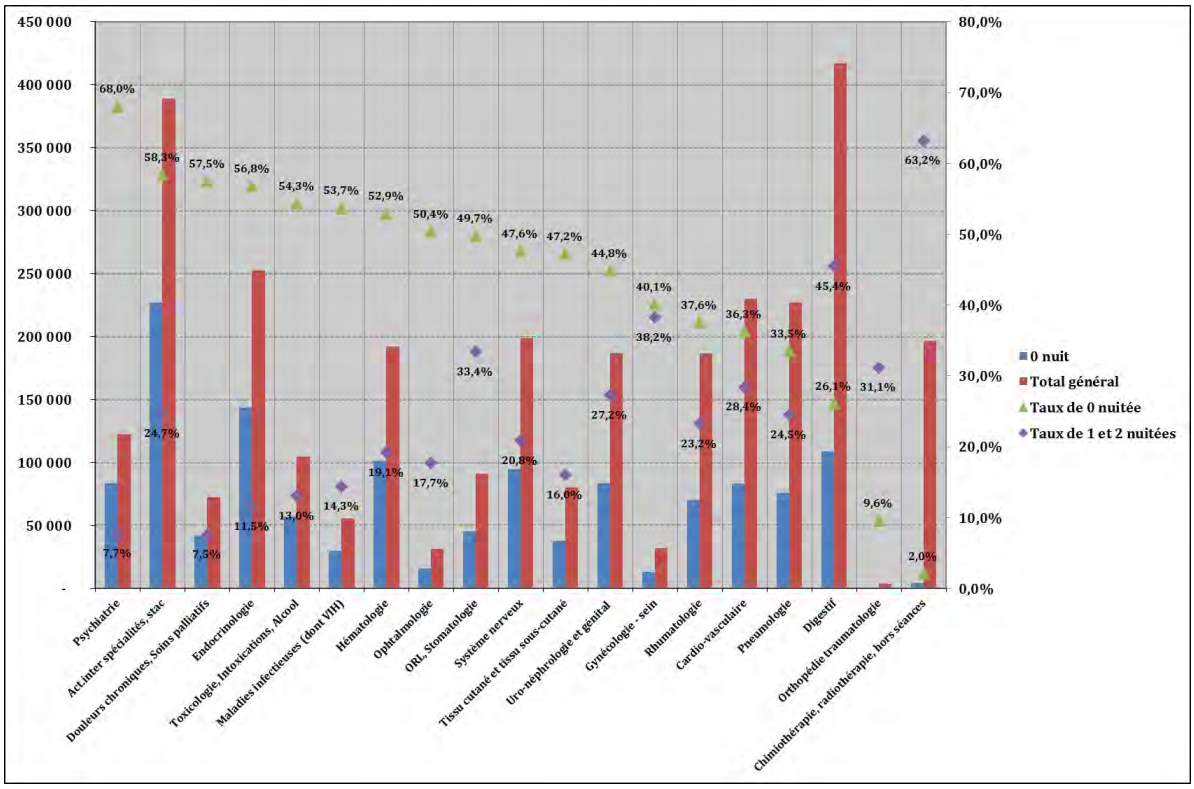
L'analyse par domaine d'activité[26] fait apparaître des disparités marquées entre les spécialités. À titre de cadrage global, pour plus de 60 % des domaines d'activité, le taux de séjour sans nuitée est compris entre 36 % et 56 % avec un taux de séjours d'une et deux nuitées variant de manière non homogène entre 11 % et 38 % (cf. graphique 12) :

- le domaine « Activités inter-spécialités »[27] se distingue par un taux de séjour sans nuitée nettement supérieur aux autres domaines d'activités (58,3 %) avec un volume important de séjours (380 000 séjours) ;
- le domaine d'activité « Psychiatrie » présente également un taux de séjours sans nuitée très élevé (68 %) mais représente un volume de séjours plus faible (125 000 séjours) ;
- le domaine « Digestif » a un taux de séjour sans nuitée peu élevé (45,4 %), alors qu'il représente le volume de séjours le plus important de tous les domaines d'activités (420 000 séjours) ;
- dans une moindre mesure, les domaines d'activité « Pneumologie » et « Cardiovasculaire » ont aussi un taux de séjours sans nuitée faible par rapport à leur nombre total de séjours ;
- enfin le domaine d'activité « Chimiothérapies, radiothérapies, hors séances » présente un taux de séjour sans nuitée particulièrement faible (2,0 %) qui peut s'expliquer par le périmètre retenu par la mission qui exclut les séances.

[26] Au sens du PMSI. Cf. annexe IV.

[27] Domaine d'activité « activités inter-spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues » (STAC).

Graphique 12 : Nombre et taux de séjours sans nuitée par domaine d'activité en 2014



Source : Mission.

En termes de volume économique[28], les séjours sans nuitée représentent 16,4 % de celui de l'ensemble des séjours. Les volumes économiques les plus importants concernent les domaines d'activité « Digestif » (636 656 203 €), « Hématologie » (575 009 110 €) et « Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances » (519 143 514 €).

Tableau 13 : Volume économique des séjours sans nuitée par domaine d'activité

Domaines activités	Nombre de séjours sans nuitée (€)	Nombre total de séjours (€)	Part du nombre total de séjours (en %)
Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	164 674 123,5	478 882 154,3	9,1
Endocrinologie	96 180 542,3	356 975 348,3	6,8
Hématologie	76 264 956,3	575 009 110,6	10,9
Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	73 170 499,2	352 362 779,3	6,7
Digestif	62 946 264,9	636 656 204,0	12,1
Uro-néphrologie et génital	59 090 361,0	253 586 933,5	4,8
Cardio-vasculaire[29]	53 928 374,9	355 968 928,3	6,8
Pneumologie	52 157 724,2	469 262 407,0	8,9
Psychiatrie	48 025 477,3	174 087 632,0	3,3
Rhumatologie	43 028 736,5	329 876 423,1	6,3

[28] Cf. note 22.

[29] Hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels

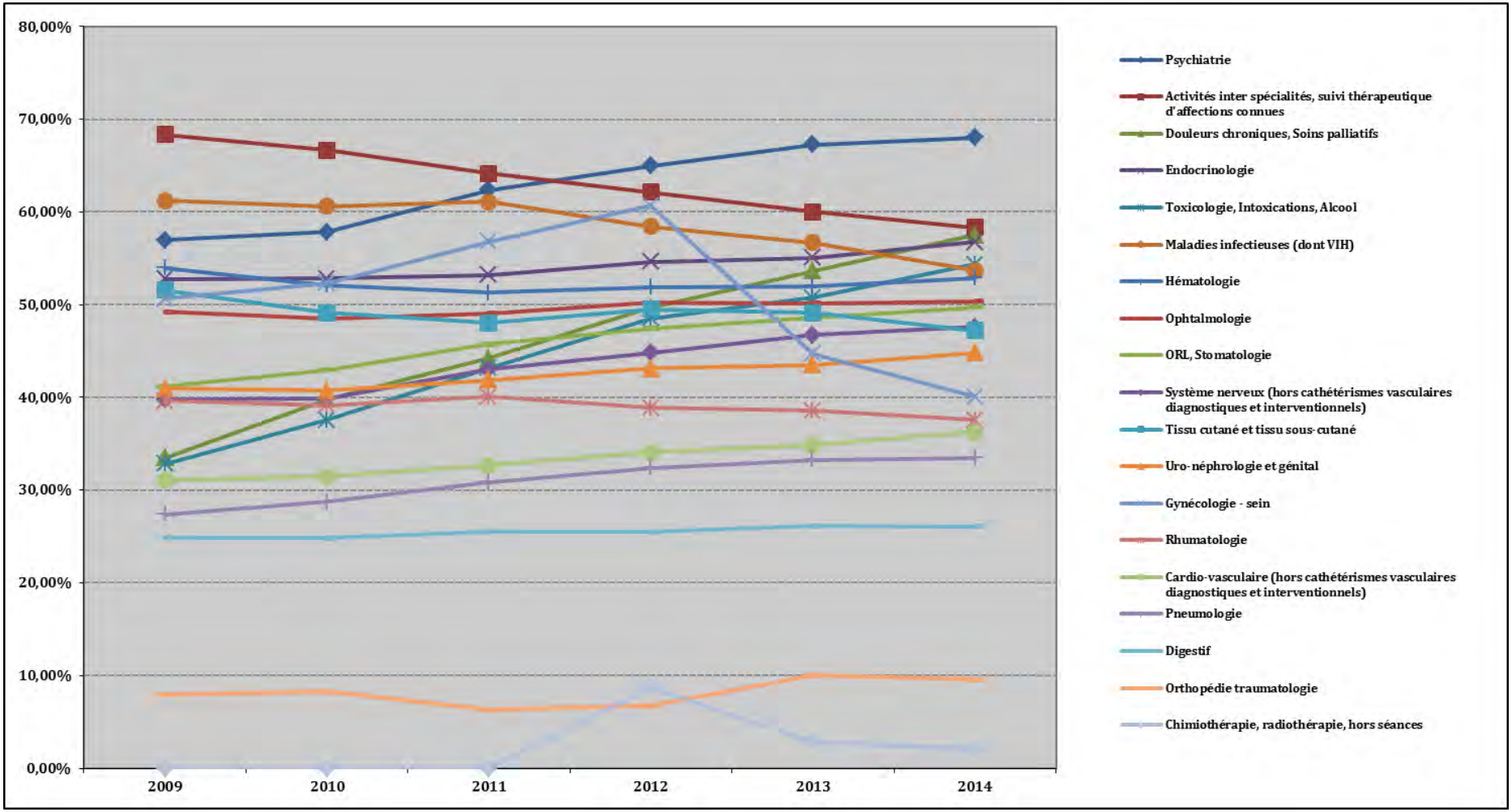
ORL, Stomatologie	27 987 111,8	108 905 471,5	2,1
Toxicologie, Intoxications, Alcool	24 889 997,2	156 785 826,3	3,0
Tissu cutané et tissu sous-cutané	22 432 952,7	150 520 391,7	2,9
Douleurs chroniques, Soins palliatifs	18 398 072,1	138 783 490,2	2,6
Maladies infectieuses (dont VIH)	16 333 089,2	108 187 255,1	2,1
Ophtalmologie	8 764 344,4	41 010 745,1	0,8
Gynécologie – sein	7 926 063,2	39 723 252,9	0,8
Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	6 724 700,6	519 143 514,6	9,9
Orthopédie traumatologie	123 211,9	8 133 652,3	0,2
Total général	**863 046 603,1**	**5 253 861 520,1**	**100,0**

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

L'évolution des taux de séjour sans nuitée entre 2009 et 2014 fait apparaître des disparités entre domaines d'activité, présentées dans le graphique 13, et notamment :

- une progression nette du taux de séjours sans nuitée pour le domaine d'activité « Douleurs chroniques, Soins palliatifs » (+ 20 points), le domaine « Toxicologie, Intoxications, Alcool » (+ 15 points) et le domaine « Psychiatrie » (+ 10 points) ;
- une sensible réduction du taux de séjours sans nuitée pour les domaines « Activités inter spécialités » (- 10 points) et « Maladies infectieuses (dont le VIH) » (- 6 points) ;
- un décrochage marqué pour le domaine d'activité « Gynécologie-sein », pour lequel le taux de séjours sans nuitée a chuté de 20 points entre 2012 et 2014, passant de 60 à 40 %.

Graphique 13 : Évolution du taux de séjours sans nuitée par domaine d'activité



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Enfin, l'analyse par âge fait apparaître des spécificités pour les enfants et les personnes âgées (cf. tableau 14 et commentaire en encadré 4), une approche plus fine de la tranche des 18 - 74 ans étant proposée dans le focus détaillé présenté ci-après (cf. 4.5.3).

Encadré 4 : Spécificités pour les enfants et les personnes âgées des séjours sans nuitée par domaine d'activité

Les taux de séjours sans nuitée par domaine d'activité montrent des spécificités pour les moins de 20 ans et les plus de 75 ans :

- pour les patients de moins de vingt ans, les taux de séjours sans nuitée sont surtout élevés en matière d'ophtalmologie, d'ORL et de stomatologie ;
- pour les 75 ans et plus, ils sont particulièrement faibles dans les domaines des maladies infectieuses, de la cardiologie et de l'endocrinologie.

Ainsi, comme présenté dans le tableau 14, pour la majorité des domaines d'activité, le taux de séjours sans nuitée est plus élevé pour la tranche d'âge des 0 - 19 ans[30] que pour les 20 - 74 ans, les écarts étant particulièrement importants pour les domaines d'activité « Ophtalmologie » (+ 34 points), « ORL, Stomatologie » (+ 28 points), « Cardiovasculaire » (+ 22 points) et « Gynécologie-sein » (22 points).

Toutefois, les taux de séjours sans nuitée pour les 0 - 19 ans sont proches de ceux qui sont observés pour les 20 – 74 ans pour les domaines d'activité « Digestif » et « Douleurs chroniques, Soins palliatifs ». Le cas particulier du domaine d'activité « Maladies infectieuses » peut être relevé, le taux de séjours sans nuitée pour la classe des 0 -19 ans étant cette fois nettement inférieur à celui des 20 à 74 ans (43 points d'écart).

La comparaison des taux de séjours sans nuitée pour les 20 - 74 ans et les 75 ans et plus fait de son côté apparaître que, pour une partie des domaines d'activité, notamment « Ophtalmologie », « Système nerveux » et « Tissus cutanés », les taux de séjours sans nuitée pour les adultes et les personnes âgées sont relativement proches.

En revanche, le taux de séjours sans nuitée est nettement inférieur pour les plus de 75 ans en ce qui concerne les domaines « Maladies infectieuses » (- 48 points d'écart), « Cardiovasculaire » (- 24 points d'écart) et « Endocrinologie » (- 23 points d'écart).

Source : Mission.

[30] En raison d'un changement de base de données les périmètres de classe d'âge diffèrent de l'analyse présentée précédemment.

Tableau 14 : Nombre et taux de séjours sans nuitée par domaine d'activité et par classe d'âge

Domaine d'activité	Nombre de séjours sans nuitée (0 - 19 ans)	Nombre de séjours sans nuitée (20 - 74 ans)	Nombre de séjours sans nuitée (75 ans et plus)	Taux de séjours sans nuitée (0 - 19 ans) (%)	Taux de séjours sans nuitée (20 - 74 ans) (%)	Taux de séjours sans nuitée (75 ans et plus) (%)	Taux de séjours sans nuitée global (%)
Psychiatrie	17 400	20 370	45 655	71	59	72	68
Activités inter spécialités**	40 890	142 861	43 160	77	56	52	58
Douleurs chroniques, Soins palliatifs	621	37 032	4 010	63	61	38	57
Endocrinologie	32 254	101 223	10 034	72	57	34	57
Toxicologie, Intoxications, Alcool	3 402	52 507	874	60	55	24	54
Maladies infectieuses (dont VIH)	1 214	27 607	797	20	63	15	54
Hématologie	17 622	69 244	14 616	75	59	29	53
Ophtalmologie	4 791	9 382	1 665	79	45	37	50
ORL, Stomatologie	18 277	23 915	2 961	71	43	30	50
Système nerveux*	18 269	56 154	20 145	64	45	45	48
Tissu cutané et tissu sous-cutané	3 907	24 453	9 641	51	49	41	47
Uro-néphrologie et génital	9 924	58 807	15 140	58	48	32	45
Gynécologie - sein	1 410	10 111	1 375	61	39	35	40
Rhumatologie	7 981	53 037	8 969	58	40	23	38
Cardio-vasculaire*	8 291	60 052	14 901	65	43	19	36
Pneumologie	17 203	47 662	11 171	51	36	18	33
Digestif	9 646	83 945	15 146	29	30	15	26
Orthopédie traumatologie	31	179	141	14	9	9	10
Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	144	3 438	393	2	2	1	2

*Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission. *hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels ; ** : et suivi thérapeutique d'affections connues.*

4.3. Les différences régionales sont marquées, y compris pour la seule tranche d'âge des 18-74 ans

Cette section examine la répartition régionale des séjours sans nuitée d'une part, des séjours d'une et deux nuitées d'autre part, tout d'abord pour l'ensemble des patients, puis pour la seule tranche d'âge des 18-74 ans.

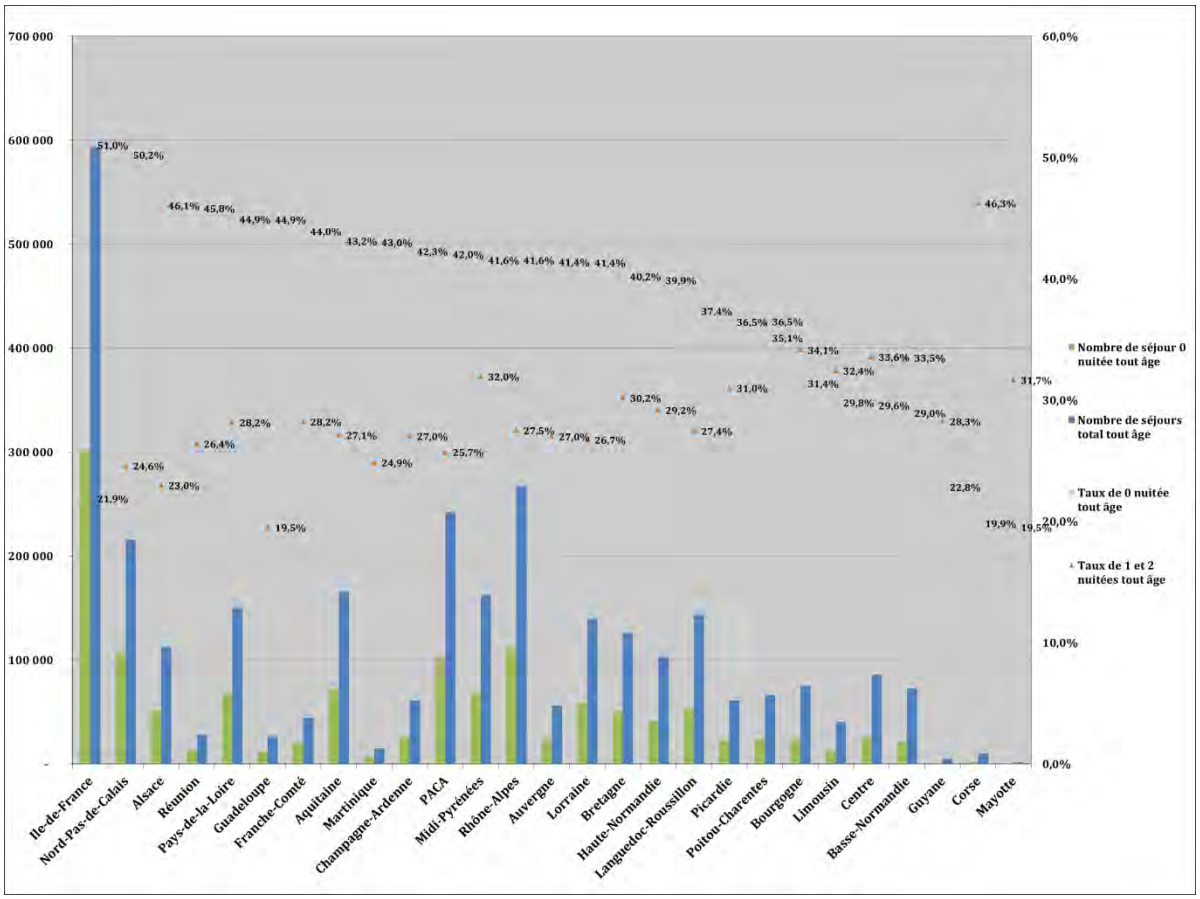
4.3.1. Les écarts de taux de séjours sans nuitée vont jusqu'à 30 points entre régions métropolitaines

Les comparaisons régionales font apparaître des écarts marqués entre l'Île-de-France et le Nord-Pas de Calais d'un côté (respectivement 51 et 50,2 % de taux de séjours sans nuitée tous âges) et des régions comme le Limousin, le Centre et la Basse-Normandie (environ 30 %), les régions où ces taux sont les plus faibles étant la Guyane, Mayotte et la Corse (environ 20 %).

Les écarts régionaux concernant les taux de séjours d'une et deux nuitées en sont un reflet direct. Hors départements et régions d'Outre-Mer, le taux le plus faible est ainsi de 22 % pour l'Île-de-France, et le taux le plus élevé de 46 % pour la Corse – la Basse-Normandie, le Centre-Val de Loire et le Limousin ayant des taux de séjours d'une ou deux nuitées de 28 à 32 %.

La majorité des régions ont un taux de séjour sans nuitée supérieur à celui d'une ou deux nuitées, les écarts entre ces deux taux allant de 9,6 points pour Midi-Pyrénées à 29,1 points pour l'Île-de-France (graphique 14).

Graphique 14 : Taux de séjours sans nuitée et taux de séjours d'une et deux nuitées par région (tous âges)



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

4.3.2. Les disparités régionales ne sont pas moindres pour les adultes de 18 à 74 ans

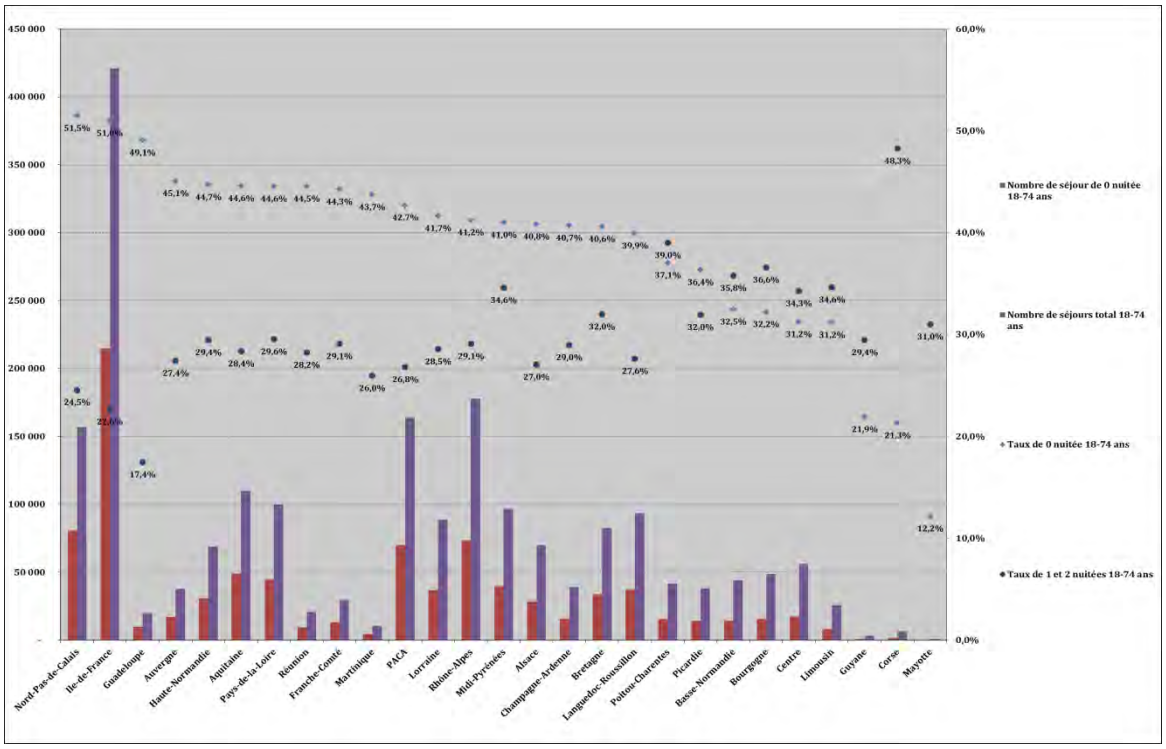
Si l'on ne tient compte que de la tranche d'âge des 18-74 ans (ce qui limite le champ considéré à 66,8 % des séjours), **les constats sur les disparités régionales restent du même ordre, avec quelques nuances** (cf. graphique 15) :

- pour 17 régions, le taux de séjours sans nuitée pour les seuls adultes de 18 à 74 ans est supérieur à son niveau tous âges confondus, les écarts allant de 0,1 point pour Mayotte à 7,3 points pour l'Ile-de-France (graphique 2) ;
- pour 10 régions, le taux de séjours sans nuitée est au contraire supérieur pour les 18 - 74 ans, les écarts allant de 0,3 point pour la Franche-Comté à 4,8 points pour la Haute-Normandie.

Les différences entre régions extrêmes restent quant à elles peu modifiées : le taux de séjours sans nuitée atteint, pour les 18 - 74 ans, 51,5 % dans le Nord-Pas-de Calais, et 51 % en Île-de-France, contre 21,3 % en Corse.

Concernant les séjours d'une et deux nuitées, qui sont de façon générale en proportion supérieure pour les 18 - 74 ans, les écarts régionaux ont même tendance à s'accroître : la part de ces séjours est pour cette tranche d'âge de 23 % en Île-de-France, de 37 % en Bourgogne et dépasse 48 % en Corse.

Graphique 15 : Taux de séjours sans nuitée et taux de séjours de une et deux nuitées par région (18 – 74 ans)



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Enfin, l'analyse des taux de recours standardisés, qui se réfère un périmètre différent de celui considéré par la mission, révèle que l'hétérogénéité régionale des taux de recours à l'hospitalisation partielle persiste après neutralisation des effets liés aux structures démographiques (cf. encadré 5).

Encadré 5 : Une analyse à partir des taux de recours standardisés

Les données ont été extraites à partir de l'outil proposé sur ScanSanté[31] : elles concernent les séances, les séjours en M et Z de « 0 nuitée » et ceux de plus d'une nuitée. Ce champ diffère donc partiellement du périmètre retenu par la mission.

Le taux de recours standardisé est ici défini comme le taux de recours brut correspondant au nombre de séjours/séances hospitaliers annuels pour 1 000 habitants d'une zone donnée, en corrigeant l'effet de sa structure démographique par sexe et par tranche d'âge (de 5 ans).

L'indice national donne le rapport entre le taux de recours standardisé (TRs) de la région, et le taux de recours national : si l'indice est supérieur à 1, le taux d'hospitalisation standardisé de la région considéré est plus important que le taux national.

Le constat de variations très fortes dans les taux de recours entre les régions et entre les territoires peut donc avoir plusieurs explications : l'état de santé de la population, le niveau de vie et les caractéristiques socio-économiques de la population, des différences de pratiques qui peuvent résulter de la pertinence des soins pratiqués ou des modes habituels de prise en charge, des différences de densité en professionnels de santé, des problèmes de codage ou de facturation (activités frontières), etc.

Ces analyses permettent d'identifier les activités et territoires pour lesquels le mode de recours aux soins s'éloigne le plus de la moyenne nationale et de prioriser les champs d'interrogation ou d'investigation. Ces approches sont souvent insuffisantes pour caractériser la problématique précise et nécessitent d'être affinées par des analyses complémentaires à la recherche d'éléments explicatifs de ces atypies en termes de sur consommation ou sous consommation.

Les indices nationaux concernant les séances varient de 0,79 à 2,16 et ceux des séjours de « 0 nuitée » de 0,35 à 1,45. Pour les séjours de plus d'une nuitée la dispersion est bien moindre, avec des indices variant entre 0,88 et 1,18. Ils sont présentés en détail dans le tableau 15.

Ces différences doivent être analysées au plan régional, avec une attention particulière aux indices pour chaque territoire infrarégional. L'étude doit se faire au regard de l'offre de soins et elle peut être complétée par des indices nationaux par autres types d'agrégats d'activité proposés sur ScanSanté : indicateurs de pilotage de l'activité, domaines d'activités, groupes de planification, groupe d'activités

Un indice élevé pour les séjours d'une nuitée associé à un faible indice pour les séjours de « 0 nuitée » conduit à rechercher des activités relevant de l'ambulatoire faites en hospitalisation complète. Mais il peut s'agir aussi d'activités réalisée en consultations (externes ou en ville) que d'autres établissements peuvent réaliser en hôpital de jour voire en hospitalisation complète.

A contrario, un indice élevé pour les séjours de « 0 nuitée » doit conduire à vérifier s'il ne s'agit pas d'activités qui relèvent des consultations (externes ou en ville) mais qui sont réalisées en hôpital de jour.

Tableau 15 : Taux de recours standardisés par région (séjours 2014 / population 2012)

Région	Indices nationaux 2014		
	Séances	Séjours en M et Z sans nuitée	Séjours en M et Z au moins une nuitée
Guyane	1,56	0,35	1,08
Corse	1	0,63	1,03
Limousin	0,9	0,66	1,02
Centre	0,86	0,69	0,98
Bretagne	0,98	0,78	1,02
Martinique	1,29	0,78	0,89
Picardie	1,08	0,82	1,17

[31] http://www.scansante.fr

Poitou-Charentes	0,82	0,83	0,97
Rhône-Alpes	0,8	0,84	0,97
Auvergne	0,89	0,84	0,95
Franche-Comté	0,96	0,85	1,02
Basse-Normandie	0,89	0,87	1,11
Pays-de-la-Loire	1,04	0,89	0,92
Bourgogne	0,79	0,91	1,12
Languedoc-Roussillon	1,08	0,91	0,88
Réunion	2,09	0,92	1,17
Champagne-Ardenne	0,87	1,02	1,08
Midi-Pyrénées	0,81	1,03	0,93
PACA	1,11	1,05	0,98
Haute-Normandie	1	1,09	1,05
Île-De-France	1,1	1,12	0,97
Lorraine	0,98	1,14	1,11
Alsace	1,4	1,29	1,02
Aquitaine	0,87	1,32	0,95
Guadeloupe	2,16	1,42	0,95
Nord-Pas-de-Calais	1,1	1,45	1,18

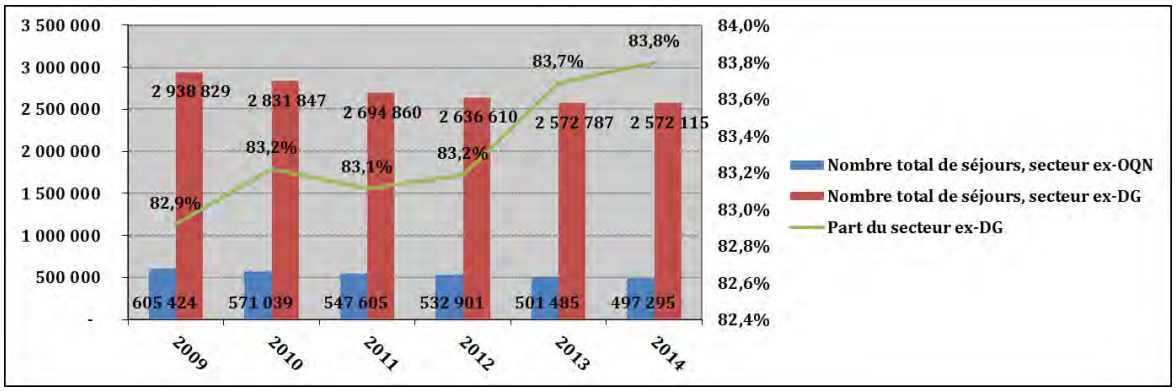
Source : Scansanté.

4.4. Les établissements du secteur ex-DG concentrent l'essentiel des séjours sans nuitée de médecine, qui sont en proportion réduite dans les cliniques et les CLCC.

4.4.1. Le secteur ex-DG concentre 90 % des séjours de médecine sans nuitée, avec un taux supérieur de près de 20 points au secteur ex-OQN

Pour l'ensemble des séjours de médecine, la part du secteur ex-DG est de 83,8 %, soit 2 572 115 séjours (cf. graphique 16). Cette part est en croissance de 0,9 point depuis 2009.

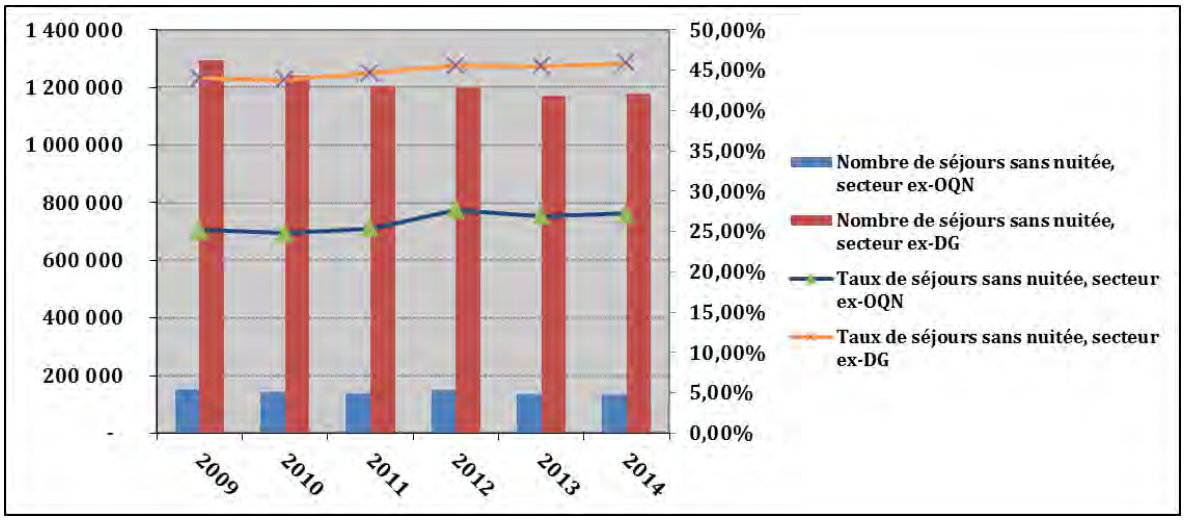
Graphique 16 : Répartition du nombre total de séjour par secteur



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

L'écart entre la part du secteur ex-DG et du secteur ex-OQN est encore supérieur pour les séjours sans nuitée. Ainsi, en 2014 le secteur ex-DG a réalisé 1 180 713 séjours sans nuitée pour un total de 2 572 115 séjours, soit un taux de 45,9 %. Le secteur ex-OQN comptait quant à lui 153 337 séjours sans nuitée, pour un total de 497 295, soit un taux de séjours sans nuitée de 27,2 %, inférieur de près de 20 points à celui du secteur ex-DG. Ces taux de séjours sans nuitée sont en légère progression sur la période 2009-2014 (cf. graphique 17).

Graphique 17 : Nombre et taux de séjour sans nuitée par secteur



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

La part respective des séjours sans nuitée de chaque secteur par domaine d'activité est présentée dans le tableau 16.

Le secteur ex-DG occupe une place particulièrement dominante (plus de 95 % des séjours) pour les séjours sans nuitée des domaines « Endocrinologie », « Maladies infectieuses », « Psychiatrie », « Système nerveux » et « Tissu cutané et sous-cutané », spécialités où le secteur public assure de façon générale une part majeure des prises en charge. La part du secteur ex-OQN est au contraire assez élevée (44 à 45 %) pour les domaines d'activités « Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances », « ORL, stomatologie » et « Orthopédie traumatologie », mais pour un nombre de séjours limité.

Tableau 16 : Part de chaque secteur par domaine d'activité, en nombre de séjours

Libellé du domaine d'activité	Nombre total de séjours sans nuitée	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
		Nombre de séjours	Part (%)	Nombre de séjours	Part (%)
Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	226 911	207 164	91,3	19 747	8,7
Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	83 244	71 048	85,3	12 196	14,7
Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	3 975	2 771	69,7	1 204	30,3
Digestif	108 737	95 417	87,8	13 320	12,2
Douleurs chroniques, Soins palliatifs	41 663	37 068	89,0	4 595	11,0
Endocrinologie	143 511	137 627	95,9	5 884	4,1
Gynécologie - sein	12 896	10 553	81,8	2 343	18,2
Hématologie	101 482	90 036	88,7	11 446	11,3
Maladies infectieuses (dont VIH)	29 618	29 129	98,3	489	1,7
Ophtalmologie	15 838	13 857	87,5	1 981	12,5
ORL, Stomatologie	45 153	25 175	55,8	19 978	44,2
Orthopédie traumatologie	351	192	54,7	159	45,3
Pneumologie	76 036	71 930	94,6	4 106	5,4
Psychiatrie	83 425	81 489	97,7	1 936	2,3
Rhumatologie	69 987	59 132	84,5	10 855	15,5
Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	94 568	90 400	95,6	4 168	4,4
Tissu cutané et tissu sous-cutané	38 001	36 477	96,0	1 524	4,0
Toxicologie, Intoxications, Alcool	56 783	48 768	85,9	8 015	14,1
Uro-néphrologie et génital	83 871	72 480	86,4	11 391	13,6
Total général	**1 316 050**	**1 180 713**	**89,7**	**135 337**	**10,3**

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

4.4.2. Les établissements du secteur ex-OQN et les CLCC ont des taux de séjours sans nuitée beaucoup plus faibles que les autres catégories d'établissements

Au-delà du seul secteur d'activité, une analyse par catégorie d'établissements a été conduite, selon la typologie précisée en encadré 6.

Encadré 6 : Les différentes catégories d'établissements

Le regroupement par catégories d'établissements utilisé ici est le suivant :

- centres hospitaliers régionaux (CHR), y compris centres hospitaliers universitaires (CHU) et Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP)
- centre hospitaliers (CH) dont le volume économique en 2014 était supérieur à 60 M€ ;
- CH dont le volume économique en 2014 était inférieur à 60 M€ ;
- centres de lutte contre le cancer (CLCC)
- établissements à but non lucratif (EBNL) dont le volume économique en 2014 était supérieur à 20 M€
- établissements à but non lucratif (EBNL) dont le volume économique en 2014 était inférieur à 20 M€
- établissements du secteur ex-OQN dont le volume économique en 2014 était supérieur à 20 M€
- établissements du secteur ex-OQN dont le volume économique en 2014 était inférieur à 20 M€

Les établissements du service de santé des armées et les établissements hors tarification à l'activité

ont été isolés mais ne sont pas présentés dans les analyses compte tenu du caractère très limité de leur volume d'activité.

Source : Typologie proposée par l'ATIH lors des extractions transmises à la mission.

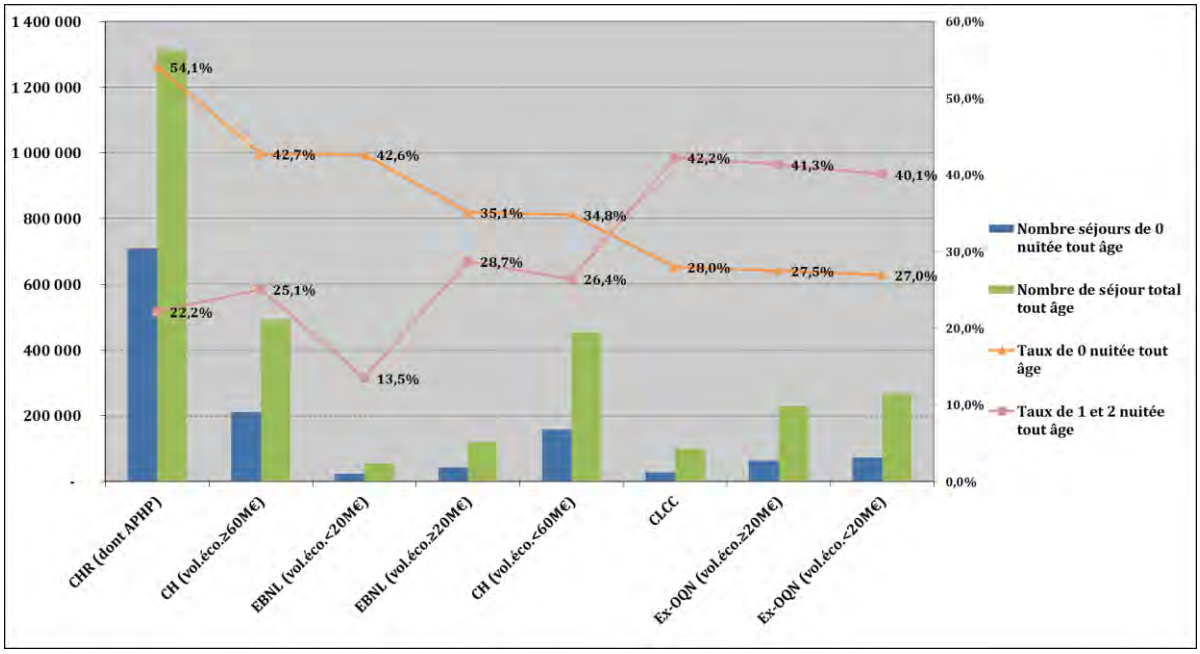
Comme présenté dans le graphique 18[32], une différence marquée peut être relevée entre :

- d'un côté les CHR, dont l'AP-HP, qui ont un taux de séjours sans nuitée (tous âges confondus) de 53,4 % et un taux de séjours d'une et deux nuitées limité à 22,2 % ;
- de l'autre, les cliniques privées (quelle que soit leur taille), et les CLCC, qui ne comptent respectivement que 27 et 28 % de séjours sans nuitée, et alors que la part de leurs séjours d'une et deux nuitées est de 41 et 42,2 %.
- les CH se distinguent quant à eux selon leur taille, avec des taux de séjours sans nuitée de respectivement 42,7 % pour les CH au volume économique important et 34,8 % pour les CH de plus petite taille. Le taux de séjours d'une et deux nuitées y est de respectivement 25,1 et 26,4 %.

La restriction à la tranche d'âge des 18 – 74 ans ne modifie pas les termes de l'analyse (cf. graphique 19).

Ces résultats peuvent interroger, dans la mesure où les établissements du secteur ex-OQN et les CLCC ont de façon générale une pratique répandue des prises en charge ambulatoires, mais ces pratiques concernent prioritairement soit les séances (dans les CLCC), soit la chirurgie et la médecine interventionnelle (dans les cliniques), qui ne figurent pas dans le périmètre ici considéré. **L'activité de médecine programmée ne semble donc pas avoir fait l'objet de la part de ces établissements d'un investissement en matière de développement des prises en charge sans nuitée**.

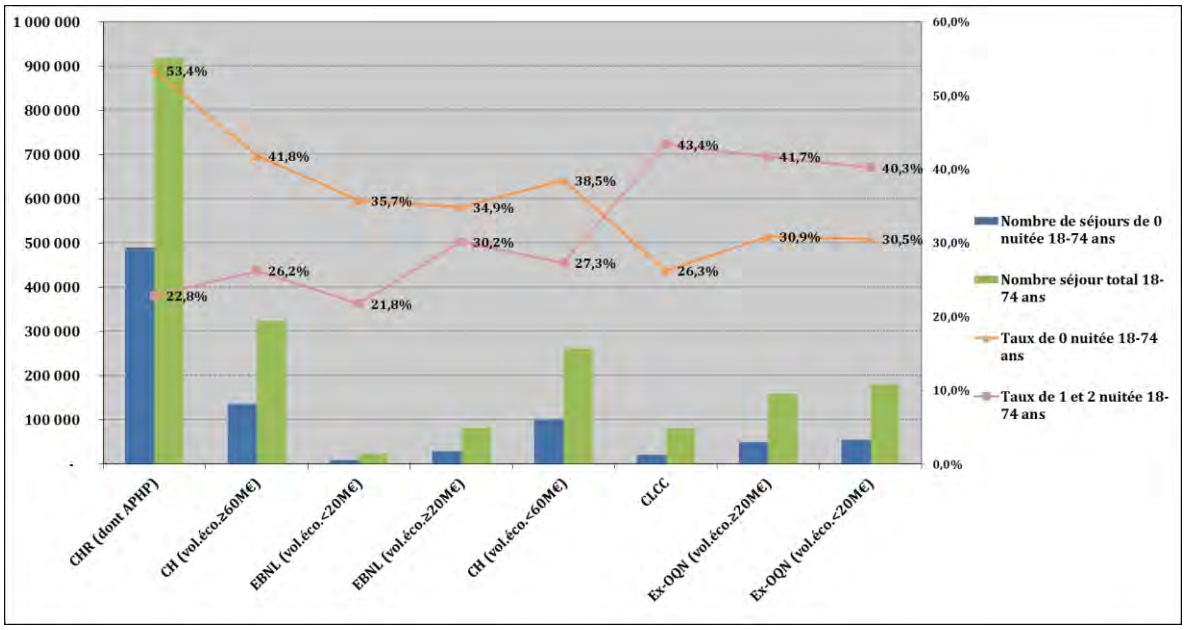
Graphique 18 : Taux de séjours sans nuitée et taux de séjours d'une et deux nuitées par catégorie d'établissement (tous âges)



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

[32] Les commentaires ci-dessous ne prennent pas en compte les établissements de santé des armées et les petits établissements sans but lucratif.

Graphique 19 : Taux de séjours sans nuitée et taux de séjours d'une et deux nuitées par catégorie d'établissement (18 – 74 ans)



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

4.5. Des focus détaillés sur les séjours des 18 – 74 ans sans sévérité, permettent de mieux éclairer la comparaison des régions et des catégories d'établissements

La première étude complémentaire examine la sensibilité de la caractérisation par région et par catégorie d'établissement à une restriction du périmètre d'analyse aux seuls séjours sans sévérité (incluant les séjours en 1, J, T et Z)[33]. Ceux –ci représentent, tous âges confondus, 82,2 % de l'ensemble des séjours. Par construction, le taux de séjours sans nuitée pour les séjours sans sévérité est supérieur à celui calculé toutes sévérités confondues. Il atteint 52,2 % en moyenne nationale, tandis que 32,9 % de ces séjours sont réalisés en une ou deux nuitées et 14,9 % en trois nuitées ou plus.

Suivent deux focus détaillés pour approfondir les comparaisons. Ils sont réalisés sur une base circonscrite aux seuls séjours sans sévérité et à la tranche d'âge des 18 – 74 ans, afin de renforcer la comparabilité des données obtenues. Sont ainsi comparés successivement :

- les taux de séjours sans nuitée et d'une et deux nuitées entre régions, par catégories d'établissement ;
- les taux de séjours sans nuitée et d'une et deux nuitées entre catégories d'établissement, par domaine d'activité.

Les effets de ces restrictions de périmètre sur le nombre de séjours pris en compte sont présentés dans l'encadré **7**.

[33] Pour une présentation des sévérités, cf. *infra*, 5, et annexe IV.

Encadré 7 : L'effet de l'âge et de la sévérité sur le périmètre de séjours analysé

À titre de cadrage global, les séjours sans sévérité représentent, tous âges confondus, 82,2 % de l'ensemble des séjours. Les séjours sans nuitée représentent en moyenne 42,9 % de l'ensemble et 52,2 % du périmètre restreint.

La prise en compte de la seule tranche d'âge des 18 - 74 ans limite le champ considéré à 66,8 % de l'ensemble des séjours et à 69,4 % des séjours sans sévérité. Il y a donc une part un peu plus importante de 18 - 74 ans dans les seuls séjours sans sévérité, mais cette différence est assez limitée.

Au total la prise en compte des deux conditions (âge et sévérité) réduit le périmètre considéré à 57 % de l'ensemble des séjours. Sur la tranche d'âge des 18 - 74 ans, les séjours sans nuitée représentent 43,6 % de l'ensemble des séjours et 51,1 % des séjours sans sévérité. Ces proportions diffèrent assez peu de ce qu'elles sont tous âges confondus, mais, paradoxalement, la part des séjours sans nuitée est un peu inférieure (d'environ un point) dans le cas des séjours sans sévérité lorsque l'on se centre sur la seule tranche d'âge intermédiaire.

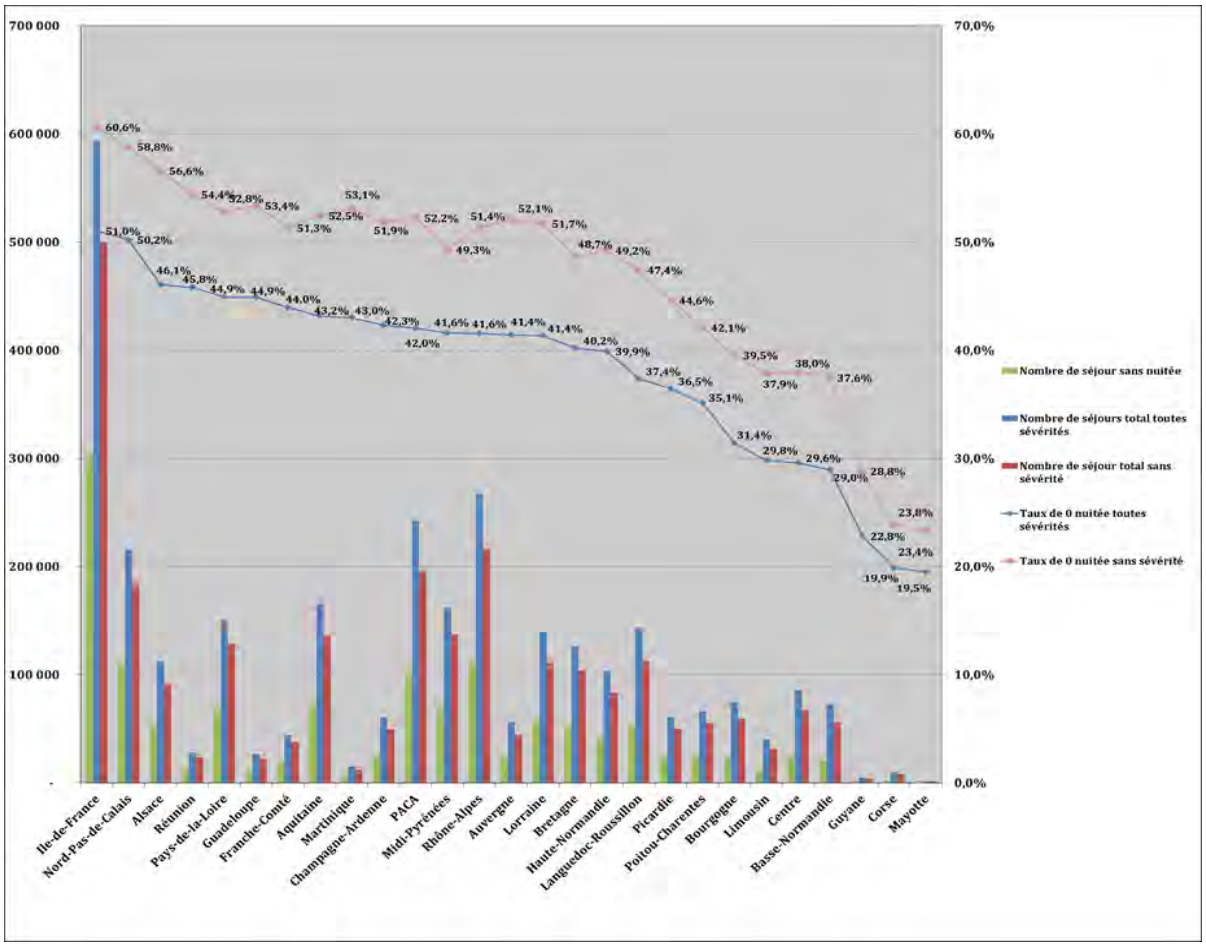
Source : Mission.

4.5.1. Les disparités de taux de séjours sans nuitée s'expliquent pour partie, pour certaines régions ou catégories d'établissement, par des séjours avec sévérité en proportion plus importante

Par construction les taux de séjours sans nuitée pour les séjours sans sévérité se trouvent majorés pour l'ensemble des régions, et s'échelonnent (tous âges confondus) de 60,6 % en Île-de-France à 23,8 % en Corse. La position relative de certaines régions se trouve cependant améliorée : c'est en particulier le cas de la Lorraine, de Rhône-Alpes et de Midi-Pyrénées (graphique 20).

Il faut enfin noter que, même lorsque l'on ne considère que les séjours sans sévérité, la répartition des séjours avec nuitée diffère également selon les régions : le taux de ceux dont la durée est de trois nuitées ou plus varie ainsi de 13 à 21 % entre régions métropolitaines (ces taux sont implicites et ne figurent pas sur le graphique), et contribue aussi à expliquer les différences observées concernant les séjours d'une ou deux nuitées.

Graphique 20 : Taux de 0 nuitée par région avec et sans sévérité (tous âges)



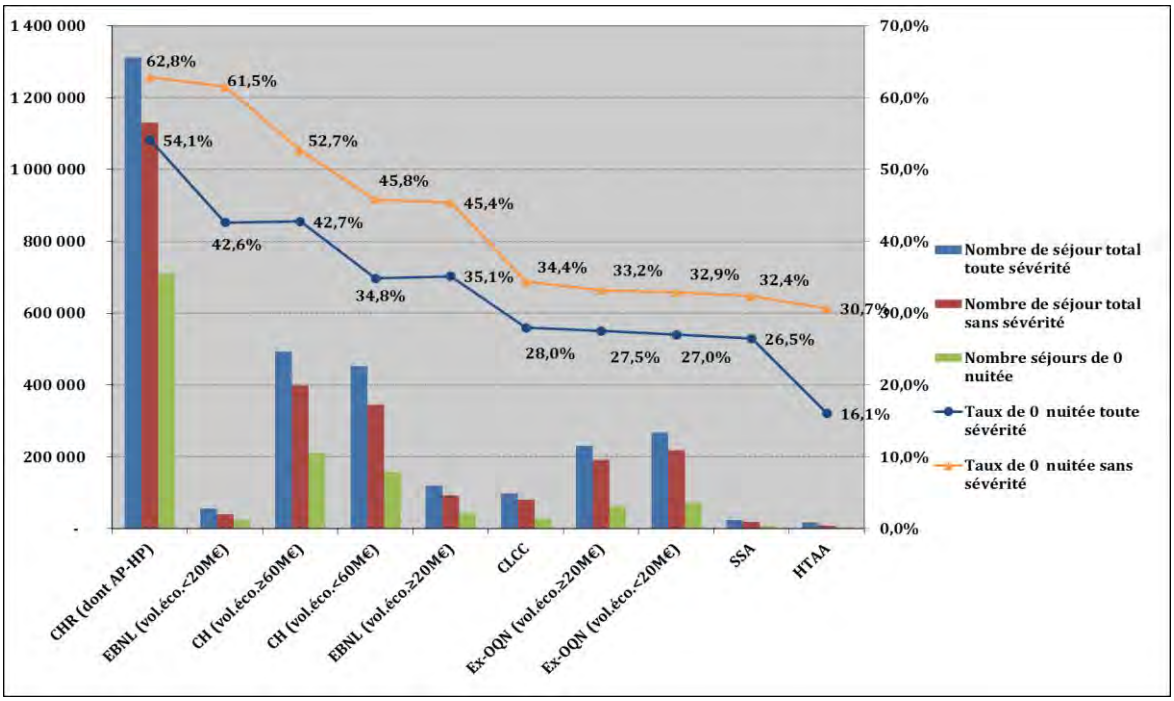
Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

En ce qui concerne les catégories d'établissement, les taux de séjours sans nuitée pour les séjours sans sévérité sont de même supérieurs à ceux calculés toutes sévérités confondues (graphique 21). Les écarts entre taux de séjours sans nuitée avec ou sans sévérité sont toutefois plus faibles pour les cliniques (5,8 points) que pour les CHR et surtout les CH (10 points). Les écarts sont aussi très marqués pour les petits EBNL et pour les HTAA. De la même façon, pour ce qui concerne les taux de séjours d'une et deux nuitées, les écarts vont de 3,6 points pour les CHR à 9,7 points pour les CLCC.

Il semble donc que les CHR et les CH, dont la part est majeure dans les séjours avec sévérité, aient davantage tenté de tirer parti des possibilités offertes par la pratique des séjours sans nuitée dans leur activité sans sévérité.

Des pratiques différentes existent aussi selon les catégories d'établissements, pour ces séjours sans sévérité, concernant les taux respectifs des séjours d'une ou deux et de trois nuitées ou plus (ces derniers ne figurent pas sur le graphique), lesquels vont de 11 % dans les CHR jusqu'à près de 20 % dans les CH de petite taille.

Graphique 21 : Taux de 0 nuitée tout âge avec et sans sévérité



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

4.5.2. Un premier focus détaillé montre que les différences régionales peuvent refléter des pratiques contrastées selon les types d'établissements

Ce premier focus détaille les différences régionales selon les catégories d'établissement pour les seuls séjours sans sévérité des adultes âgés de 18 à 74 ans, afin d'assurer une plus grande homogénéité à la comparaison.

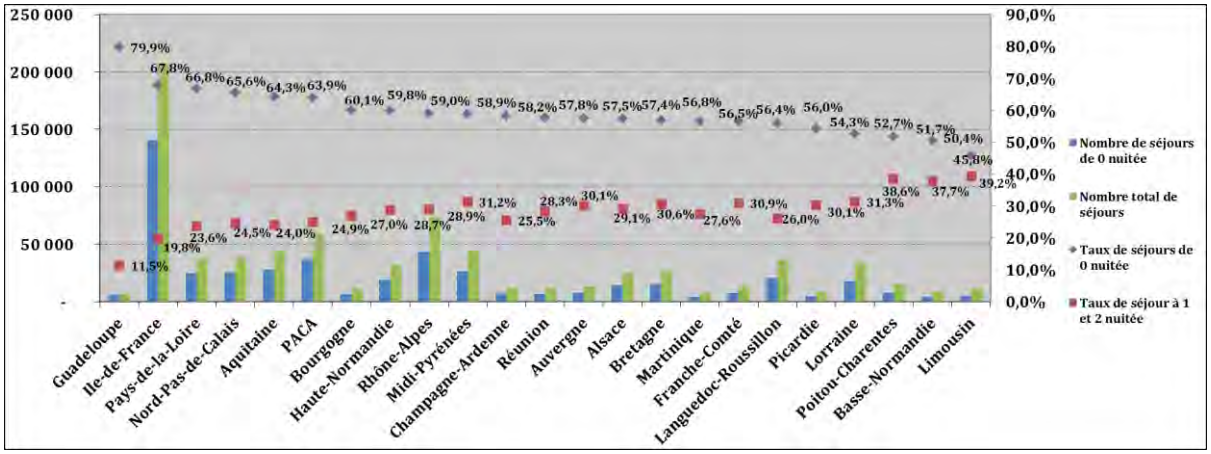
Les résultats sont donnés dans le graphique 22, dans le graphique 23, dans le graphique 24 et dans le graphique 25. Ainsi, il apparaît que :

- le Nord-Pas de Calais figure parmi les premières régions en matière de taux de séjours sans nuitée à la fois en ce qui concerne les CHR, les CH, et les cliniques prises globalement, même si une exception existe pour les cliniques de taille importante ;
- la Corse et le Limousin conservent quant à eux les taux de séjours sans nuitée les plus faibles quelles que soient les catégories d'établissements ;
- **la situation de l'Île-de-France apparaît à l'inverse particulièrement contrastée** : parmi les premières régions pour les taux de séjours sans nuitée en CHR mais aussi dans les CH (61 %), elle est au contraire plutôt parmi les dernières en ce qui concerne les cliniques, grandes (33 %) comme petites (27 %), tandis que les CLCC y ont une pratique proche de la moyenne. Les grands établissements semblent donc y exploiter particulièrement les potentialités offertes par l'hôpital de jour, **tandis que les cliniques semblent davantage rechercher le maintien d'une clientèle en une ou deux nuits, dans une région par ailleurs bien dotée en termes de démographie médicale** ;
- la position de PACA et de l'Aquitaine est également assez différenciée : elles sont plutôt avancées dans la pratique de la médecine en ambulatoire en ce qui concerne les CHR et les CH de volume économique important, mais elles sont en position plus moyenne pour les plus petits CH et les cliniques ;

- dans les Pays de la Loire, se distinguent d'une part le CHR (second, après l'Île-de-France) et d'autre part les CH et les cliniques, où les taux de séjours sans nuitée sont plus faibles que la moyenne ;
- l'Auvergne doit quant à elle sa position moyenne à des taux de séjours sans nuitée élevés dans les CH et cliniques de petite taille, alors qu'ils sont plutôt faibles ou moyens dans les CHR, ainsi que dans les CH et cliniques de taille importante ;
- enfin, le Centre, dont la position d'ensemble est, elle, très en retrait, est la région qui a les taux de séjours sans nuitée les plus faibles dans les CHR et les CH de volume économique important, mais avec une situation qui dépasse légèrement la moyenne pour ce qui est des cliniques privées.

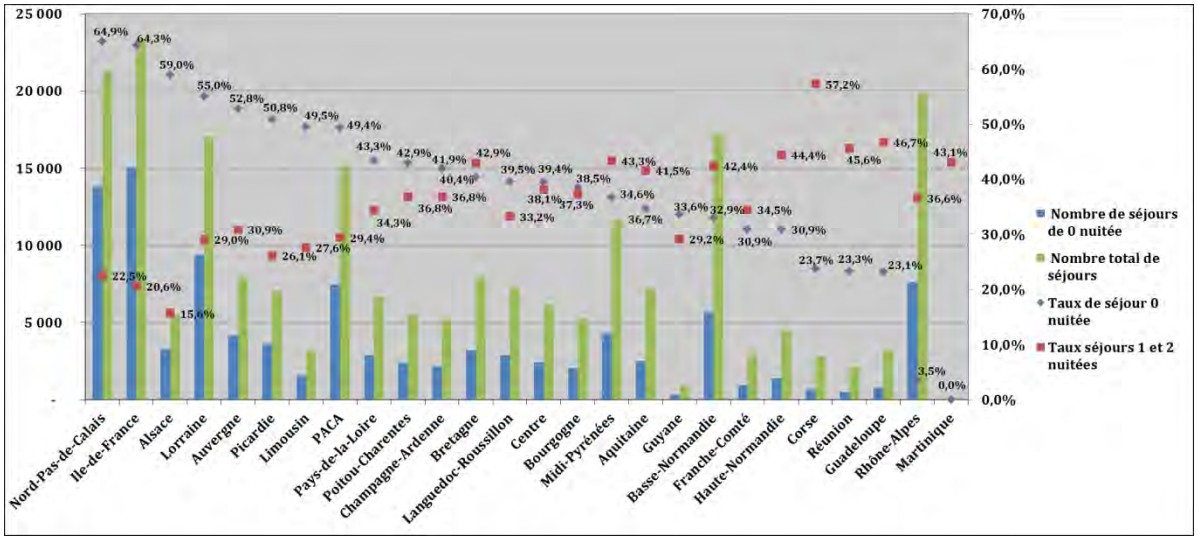
Pour mémoire, les graphiques présentés ci-dessous concernent uniquement les séjours sans sévérité des patients de 18 à 74 ans.

Graphique 22 : Taux de séjours sans nuitée et taux de séjours d'une et deux nuitées pour les prises en charge sans sévérité des 18-74 ans par région pour les CHR [34]



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission..

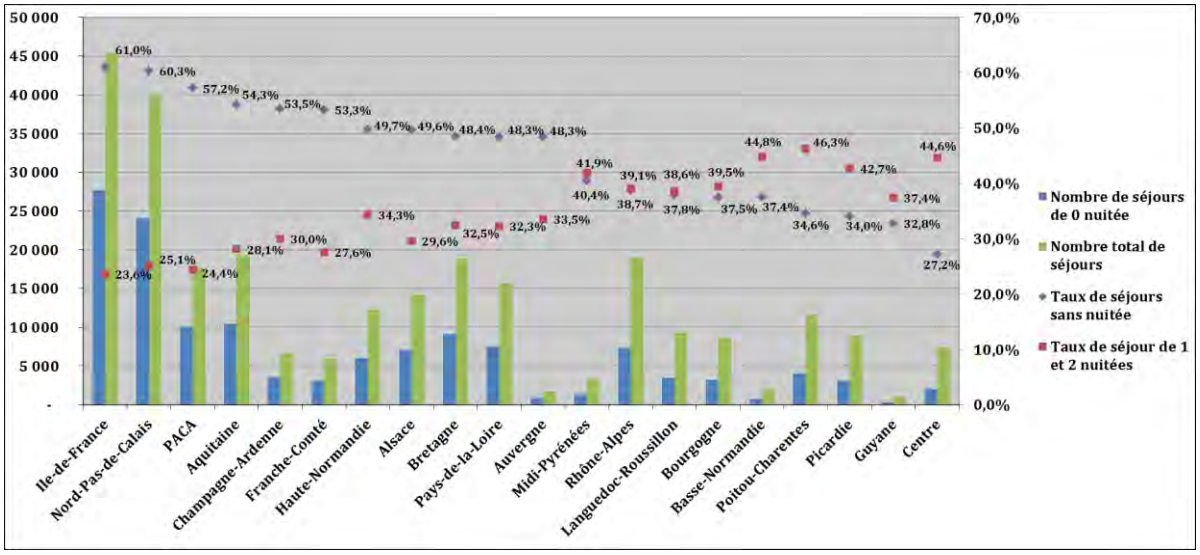
Graphique 23 : Taux de séjours sans nuitée et taux de séjours d'une et deux nuitées pour les prises en charge sans sévérité des 18-74 ans par région pour les CH ayant réalisé un volume d'activité inférieur à 60 M€ en 2014



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

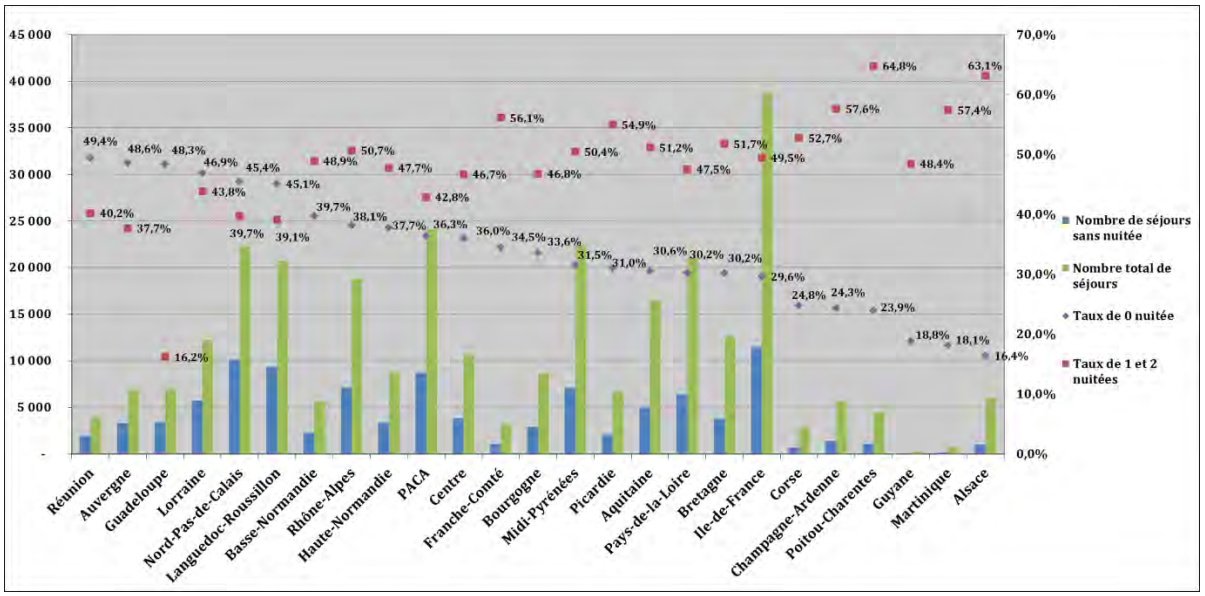
[34] Dont AP-HP

Graphique 24 : Taux de séjours sans nuitée et taux de séjours d'une et deux nuitées pour les prises en charge sans sévérité des 18 - 74 ans par région pour les CH ayant réalisé un volume d'activité supérieur à 60 M€ en 2014



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Graphique 25 : Taux de séjours sans nuitée et taux de séjours d'une et deux nuitées par région pour les prises en charge sans sévérité des 18 – 74 ans pour les cliniques



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

4.5.3. Un second focus détaillé a été réalisé sur sept principaux domaines d'activité, en comparant, pour les séjours sans sévérité des 18 – 74 ans, les différentes catégories d'établissement

Cette dernière analyse est centrée sur les parts respectives des séjours sans nuitée et d'une et deux nuitées par catégorie d'établissements pour les séjours sans sévérité de la tranche d'âge 18 – 74 ans. Pour mémoire, l'analyse toutes sévérités est détaillée en amont (cf. 4.2).

Les exploitations réalisées font apparaître des pratiques très différenciées selon les types d'établissements pour ces spécialités, comparées à la moyenne des prises en charge qu'ils réalisent.

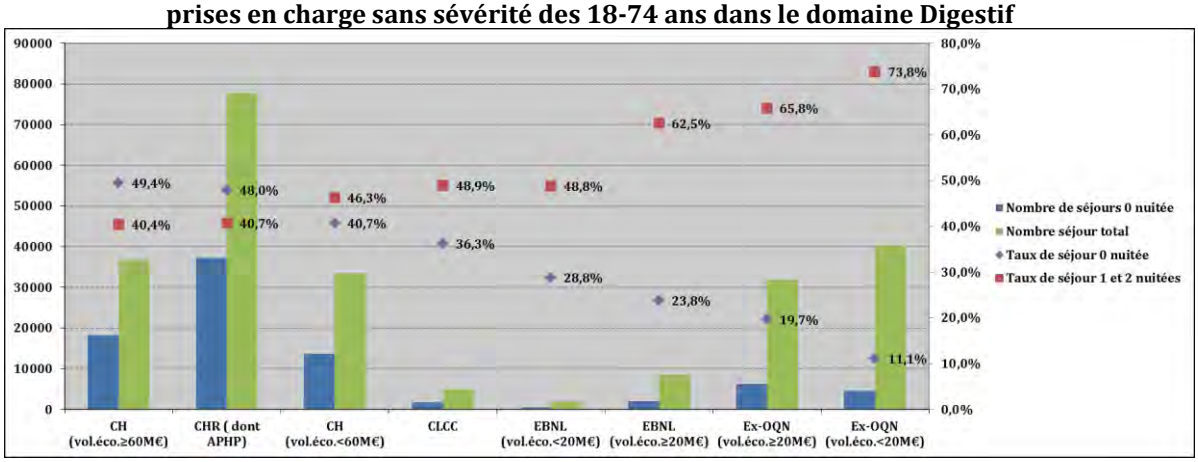
4.5.3.1. Les taux de séjours sans nuitée du domaine d'activité « Digestif » sont relativement faibles, notamment pour les cliniques et les CHR

Le faible taux de séjours sans nuitée relevé pour la spécialité « Digestif » (35,6 % contre 51,1 % toutes spécialités sur le même champ), résulte (cf. graphique 26) :

- de taux de séjours sans nuitée nettement plus faibles pour cette spécialité à l'AP-HP (57,4 % contre 67,8 % toutes spécialités) et dans les CHR (44,3 % contre 59 %) ;
- de taux de séjours sans nuitée surtout particulièrement faibles dans les cliniques ex-OQN (15 % contre environ 35 % toutes spécialités) ;
- mais de pratiques qui se rapprochent beaucoup plus de ce qu'elles sont pour la moyenne des spécialités dans les CH, et surtout dans les CH de taille importante, où le taux de séjours sans nuitée est de 49,4 % pour le domaine « Digestif » (contre 50,1 % toutes spécialités).

Ces différences de pratiques de l'hôpital de jour se répercutent essentiellement sur les taux d'une et deux nuitées (qui varient entre 32,9 et 73,8 %), et, à titre complémentaire, sur ceux de trois nuitées ou plus (taux implicites, non reportés sur les graphiques).

Graphique 26 : Taux de séjours sans nuitée et taux de séjours d'une et deux nuitées pour les prises en charge sans sévérité des 18-74 ans dans le domaine Digestif



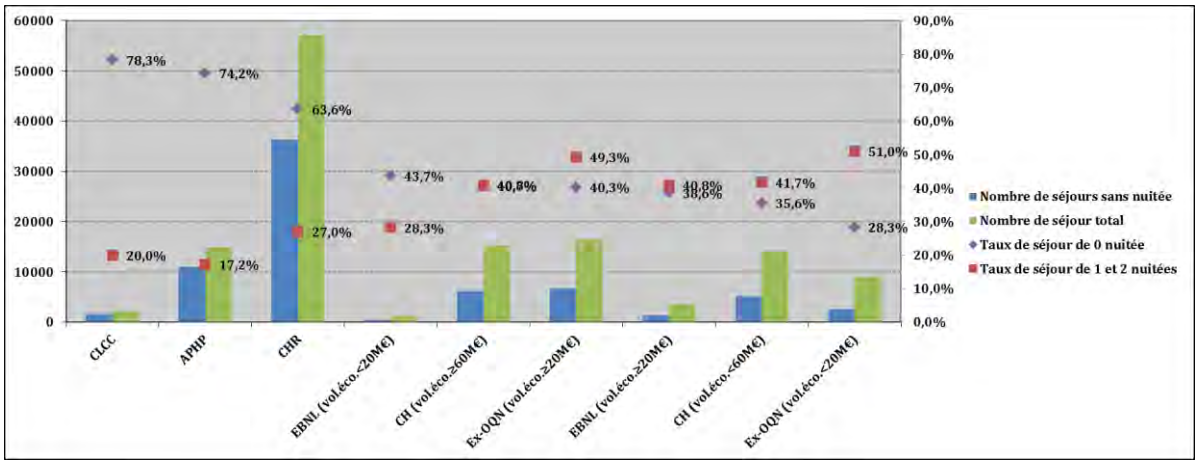
Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

4.5.3.2. Les taux de séjours sans nuitée du domaine d'activité « Cardiovasculaire » sont hétérogènes selon les établissements

Pour le domaine d'activité « cardio-vasculaire », le taux de séjour sans nuitée (50,5 %) est globalement proche de la moyenne toutes spécialités, comme présenté dans le graphique 27. Il résulte (cf. graphique 26) :

- de taux de séjours sans nuitée particulièrement élevés pour l'AP-HP (74,2 %) ;
- de taux de séjours sans nuitée plus élevés dans les cliniques de taille importante (40,3 %) par rapport aux cliniques de taille plus réduite (28,3 %) ;
- de taux de séjours sans nuitée proches de ce qu'ils sont pour les autres spécialités dans les CHR (59,9 %) ;
- ces taux devenant au contraire très sensiblement inférieurs dans les CH, notamment de petite taille (35,6 % contre 46,4 % toutes spécialités).

Graphique 27 : Taux de séjours sans nuitée et taux de séjours d'une et deux nuitées pour les prises en charge sans sévérité des 18-74 ans dans le domaine Cardiovasculaire



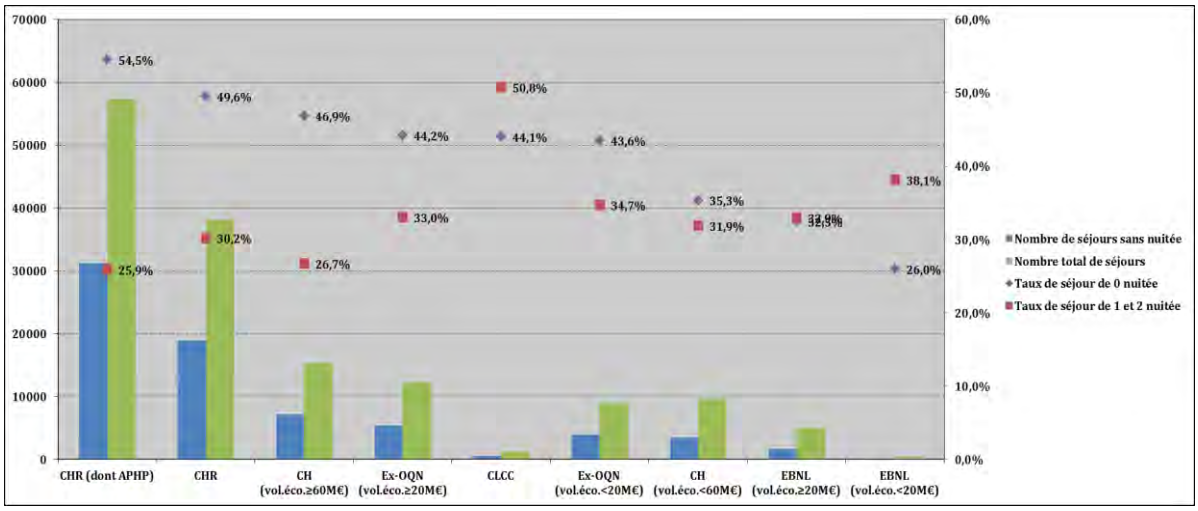
Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

4.5.3.3. Le taux de séjour sans nuitée du domaine d'activité « Rhumatologie » est sensiblement inférieur à la moyenne des spécialités

Le taux moyen de séjours sans nuitée du domaine d'activité « Rhumatologie » est de 48,2 % (cf. graphique 28). Il est donc un peu inférieur à la moyenne toutes spécialités, ce qui résulte (cf. graphique 26) :

- de taux de séjours sans nuitée nettement inférieurs dans les CHR (49,6 %) et dans les CH de petite taille, alors qu'il reste du même ordre que pour l'ensemble des spécialités à l'AP-HP ;
- de taux de séjours sans nuitée au contraire sensiblement plus élevés dans les cliniques (autour de 40 %).

Graphique 28 : Taux de séjours sans nuitée et taux de séjours d'une et deux nuitées pour les prises en charge sans sévérité des 18-74 ans dans le domaine Rhumatologie



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission..

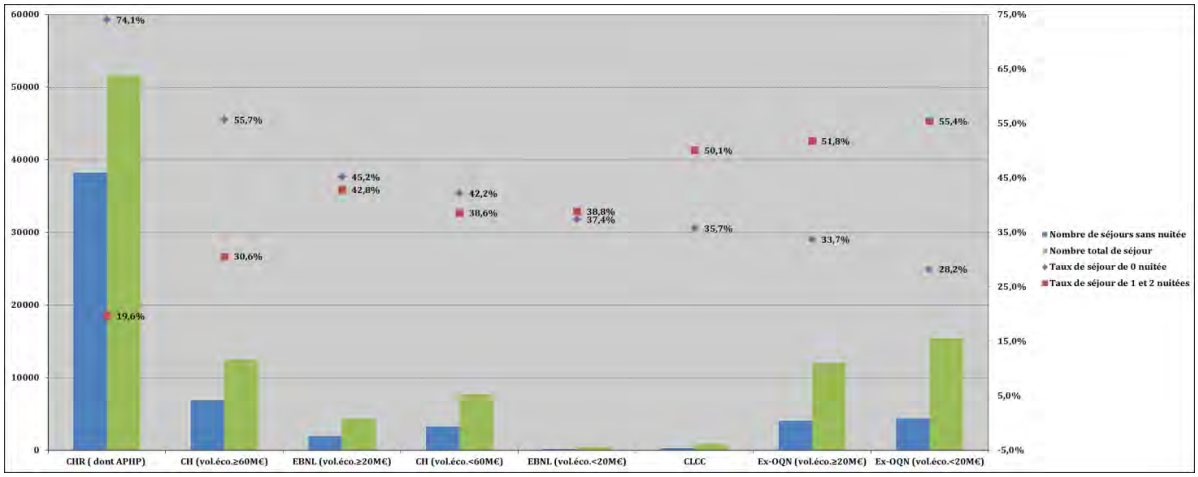
4.5.3.4. Le domaine d'activité « Urologie » se caractérise par une polarisation des taux de séjours sans nuitée entre établissements

Pour le domaine d'activité « Urologie », le taux moyen de séjours sans nuitée est de 56,3 %, un peu supérieur à la moyenne des spécialités.

Il résulte d'une exacerbation très marquée des écarts constatés pour la moyenne des spécialités entre les différentes catégories d'établissements, avec, comme présenté dans le graphique 29 :

- des taux de séjours sans nuitée proches de 74 % pour les CHR (dont l'AP-HP) ;
- des différences qui se creusent entre les CH de grande taille (55,7 %) et de petite taille (42,2 %) ;
- des taux de séjours sans nuitée qui restent faibles dans les grandes et encore plus dans les petites cliniques (28,2 %).

Graphique 29 :'Taux de séjours sans nuitée et taux de séjours d'une et deux nuitées pour les prises en charge sans sévérité des 18-74 ans dans le domaine Urologie



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission..

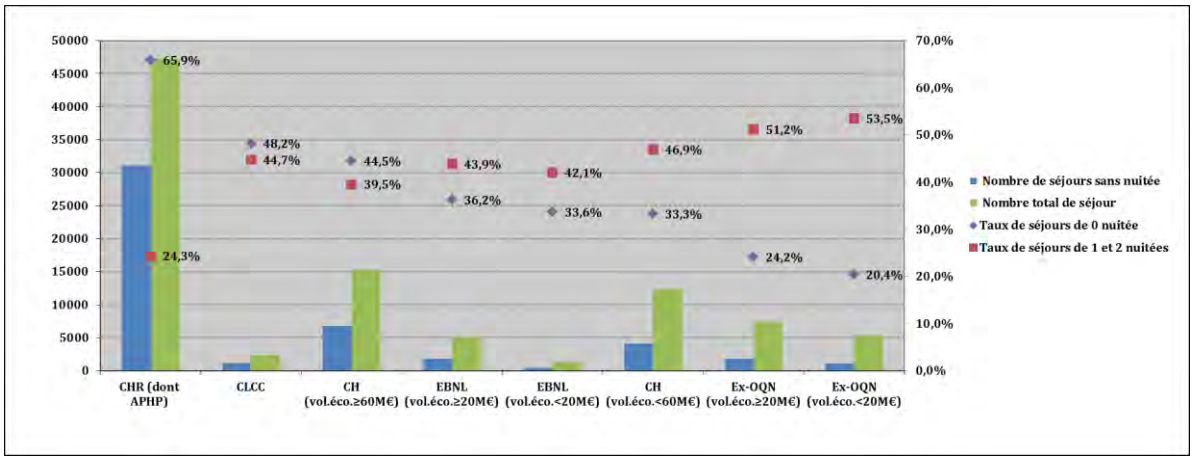
4.5.3.5. Les taux de séjours sans nuitée en Pneumologie sont hétérogènes selon les catégories d'établissement

Le taux de séjours sans nuitée (49,8 %) du domaine d'activité « Pneumologie », qui est proche de la moyenne des spécialités, recouvre lui aussi une polarisation des écarts entre les différents types d'établissements, avec (cf. graphique 26) :

- des taux de séjours sans nuitée de 65,9 % dans les CHR (dont l'AH-HP) ;
- des taux très faibles pour les cliniques privées (aux environs de 22 %) ;

Contrairement au cas précédent, les CH ont quelle que soit leur taille des taux de séjours sans nuitée nettement inférieurs pour cette spécialité (44,5 % pour les gros et 33,3 % pour les petits).

Graphique 30 : Taux de séjours sans nuitée et taux de séjours d'une et deux nuitées pour les prises en charge sans sévérité des 18-74 ans dans le domaine Pneumologie



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission..

4.5.3.6. En ce qui concerne la Neurologie[35], le taux de séjours sans nuitée est légèrement supérieur à celui de la moyenne des spécialités

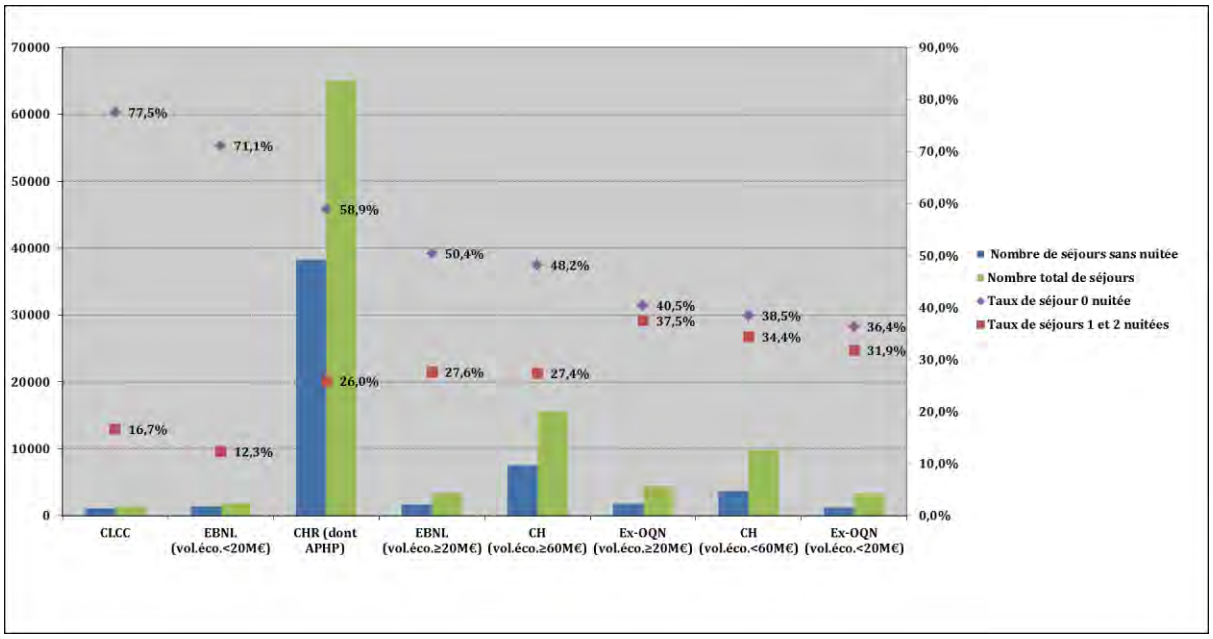
Le taux de séjours sans nuitée de la neurologie (53,7 %) est légèrement supérieur à celui de la moyenne des spécialités mais recouvre lui aussi des écarts entre les différents types d'établissements, avec (cf. graphique 31) :

- des taux de séjours sans nuitée nettement supérieurs pour les CLCC (77,5 %) et les petits EBNL (71,1 %) ;
- des taux de séjours sans nuitée supérieurs pour les CHR dont l'AP-HP (58,9 %) ;
- des taux de séjours sans nuitée sensiblement inférieurs pour les CH allant de 38,5 % pour les petits CH à 48,2 % les gros CH et pour les cliniques allant de 36,4 % pour les petites cliniques à 40,5 % pour les grosses cliniques.

L'écart entre le taux de séjours sans nuitée et le taux d'une et deux nuitées est relativement faible pour les cliniques (3 points pour les gros EX-OQN et 4,5 point pour les petits EX-OQN) alors qu'il est plus important pour les CHR dont AP-HP (32 points).

[35] La neurologie est comprise comme le domaine d'activité « Système nerveux hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels ».

Graphique 31 : Taux de séjours sans nuitée et taux de séjours d'une et deux nuitées pour les prises en charge sans sévérité des 18-74 ans dans le domaine Neurologie



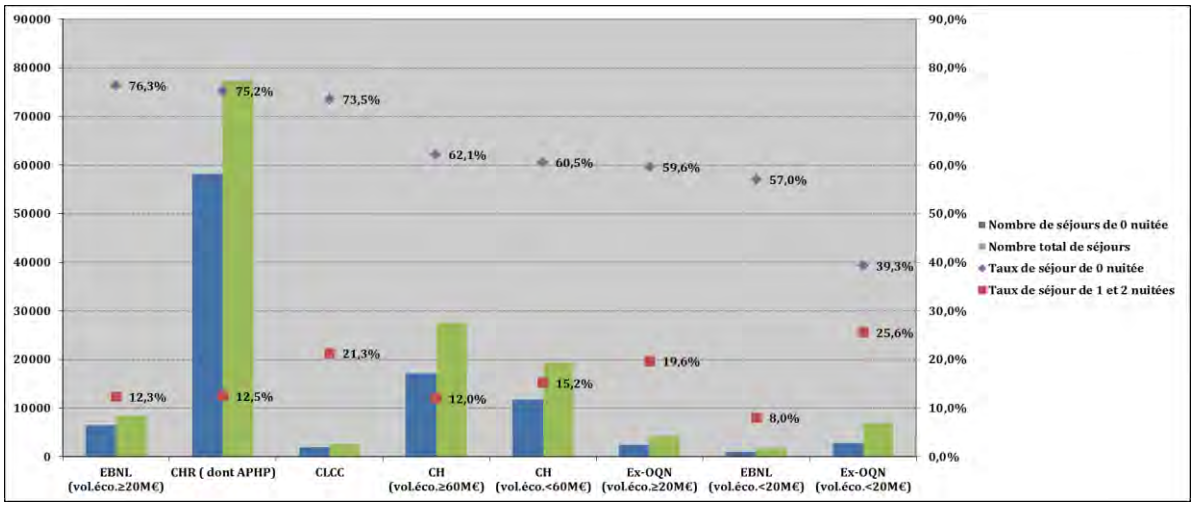
Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

4.5.3.7. En ce qui concerne l'Endocrinologie, le taux de séjours sans nuitée est nettement supérieur à la moyenne des spécialités

Le taux de séjours sans nuitée du domaine d'activité « Endocrinologie » (68,5 %) est nettement supérieur à celui de la moyenne des spécialités (+17,4 points d'écart par rapport à la moyenne des spécialités). Le graphique 34 montre ainsi que :

- à l'exception des cliniques du secteur ex-OQN de petites tailles, tous les établissements ont un taux de séjours sans nuitée supérieur à la moyenne des spécialités allant de 75,2 % pour les CHR dont l'AP-HP à 57 % pour les petits EBNL ;
- seules les petites cliniques se distinguent avec un taux de séjours sans nuitée de 39,3 % nettement inférieur à la moyenne.

Graphique 32 : Taux de séjours sans nuitée et taux de séjours d'une et deux nuitées pour les prises en charge sans sévérité des 18-74 ans dans le domaine Endocrinologie



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

5. L'analyse des séjours sans nuitée détaillée par GHM met en évidence la forte concentration des séjours et leur absence d'évolution homogène depuis 2009

L'analyse conduite pour la caractérisation de l'activité de médecine sans nuitée peut être détaillée au niveau des GHM. Leur libellé n'est pas toujours interprétable en tant que tel. Parfois un praticien est en mesure d'identifier les pathologies couvertes, parfois une lecture attentive du PMSI permet de l'éclairer, parfois il est nécessaire d'en référer à un médecin DIM, à l'ATIH, ou au diagnostic principal qui a été codé. Ils sont en outre souvent globalisants, recouvrant une diversité de prises en charge (cf. annexe III).

En outre, les GHM se distinguent, pour une même racine, par des niveaux de sévérité qui varient notamment en fonction de la durée de séjour (cf. encadré 8). La caractérisation doit être complétée d'une analyse racine par racine afin de cibler les racines les plus importantes en terme de potentiel de développement (cf. annexe III) et, le cas échéant, d'identifier des obstacles tarifaires (cf. annexe II).

Un recensement des quinze premiers GHM par secteur d'activité, en termes de nombre de séjours sans nuitée et de volume économique de ces derniers, est présenté en pièce-jointe n° 1 (cf. tableau 21 et tableau 22 pour le secteur ex-DG, puis tableau 23 et tableau 24 pour le secteur ex-OQN).

Pour permettre la caractérisation détaillée par GHM, et en particulier l'analyse des concentrations et des évolutions, l'analyse a été décomposée en deux temps. Hors séances, en 2014, les 3 069 410 séjours de médecine étaient regroupés en1 167 GHM[36], se décomposant comme suit :

- 1 273 258 séjours, soit 41,5 % de l'ensemble des séjours, réalisés dans 890 GHM ne comportant que des séjours avec nuitée[37] ;
- 1 796 152 séjours, soit 58,5 % de l'ensemble des séjours, réalisés dans 277 GHM (tous sans sévérité, cf. encadré 8) comportant au moins un séjour sans nuitée, parmi lesquels :
  - 381 750 séjours correspondant à 77 GHM réalisés intégralement sans nuitée, soit 12,4 % de l'ensemble ;
  - 1 414 402 séjours correspondant à 200 GHM partiellement réalisés sans nuitée, soit 46,5 % de l'ensemble ; parmi ces séjours, 934 300, soit 66,1 %, étaient réalisés sans nuitée.

Les développements ci-après examinent successivement ces 77 puis ces 200 GHM.

Encadré 8 : Les niveaux de sévérité des GHM comportant des séjours sans nuitée

Tout séjour hospitalier en MCO dans un établissement de santé public ou privé donne lieu à la production d'un résumé de sortie standardisé (RSS). Les informations ainsi recueillies font l'objet d'un traitement automatique aboutissant à leur classement en un nombre limité de groupes, les groupes homogènes de malades (GHM), qui sont cohérents du point de vue médical et des coûts de prise en charge, en plusieurs étapes :

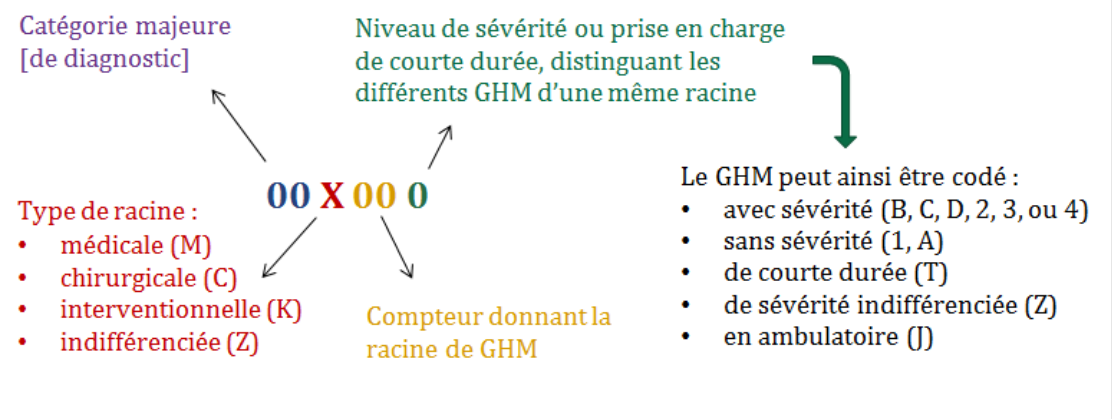
- le RSS est classé dans une catégorie majeure de diagnostic (CMD) à partir de différents critères, et principalement le diagnostic principal. La CMD correspond aux deux premiers caractères du GHS ;
- l'existence ou non d'acte classant donne la lettre de la racine du GHM (troisième caractère) ;
- les quatrièmes et cinquièmes caractères sont un compteur qui distingue les différentes racines ;
- d'autres variables, et notamment les complications ou morbidités associées (CMA), l'âge, et la

[36] En outre pour l'année 2014 13 GHM n'ont connu aucun séjour.

[37] Se reporter à l'annexe II pour des éléments de caractérisation de ces GHM.

durée de séjour, déterminent le niveau de sévérité (sixième caractère).

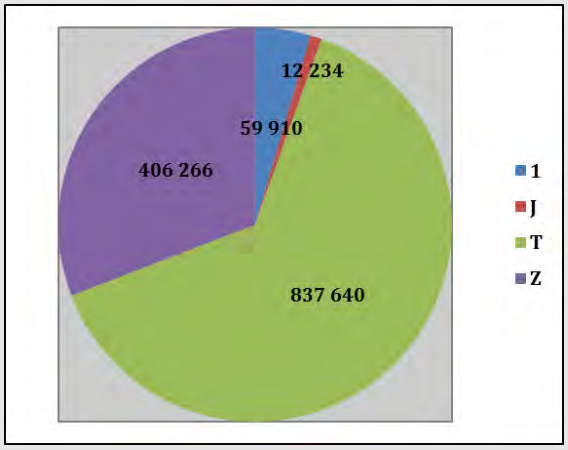
Figure 33 : Les composantes d'un GHM



Source : Mission.

Par construction dans le PMSI, les 277 GHM comportant les 1 316 050 séjours sans nuitée sont des GHM sans sévérité, c'est-à-dire des GHM dont la sévérité est codée en 1, J, T, Z, selon la répartition proposée dans le graphique 34[38].

Graphique 34 : Répartition des séjours sans nuitée selon la sévérité de leur GHM



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

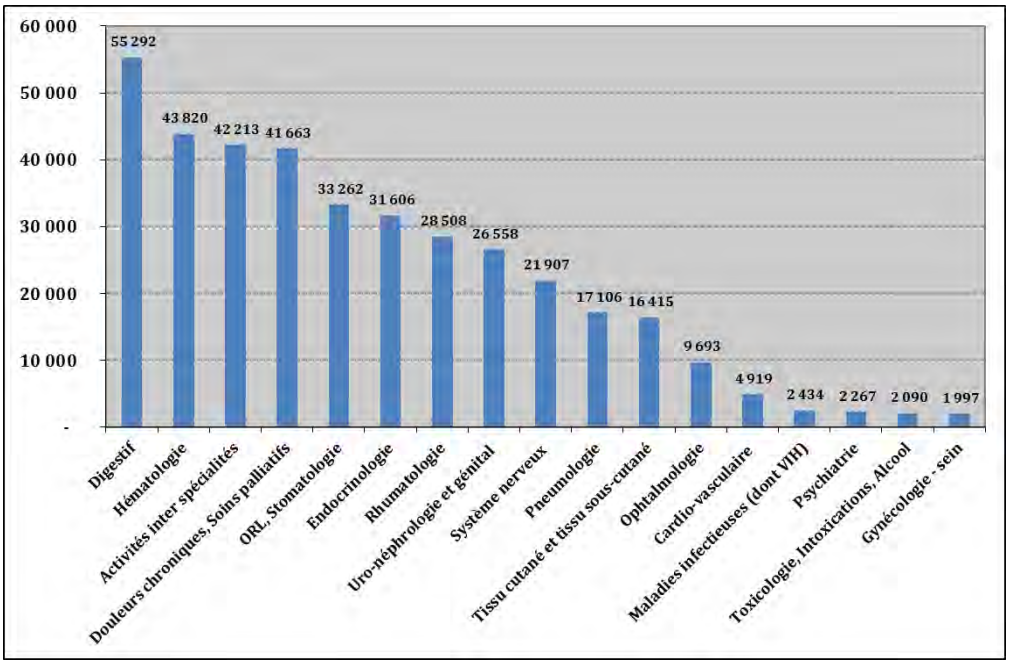
5.1. 12,4 % des séjours correspondent à des GHM intégralement sans nuitée, séjours dont le nombre est en recul de près de 16 % depuis 2009

Les 381 750 séjours se rapportant à des GHM intégralement sans nuitée se répartissent en 369 516 séjours de 74 GHM de sévérité T, et en 12 234 séjours de trois GHM de sévérité J.

Parmi ces GHM intégralement sans nuitée, le domaine d'activité « Digestif » est le plus représenté. (cf. graphique 35).

[38] Sur le périmètre de la mission il n'existait aucun séjour nuitée dans un GHM de sévérité A.

Graphique 35 : Nombre de séjours des 77 GHM dont tous les séjours sont sans nuitée par domaine d'activité



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Parmi les 77 GHM considérés, les quinze GHM rassemblant le plus grand nombre de séjours représentent plus de 65 % de ces séjours. Ils se caractérisent par l'importance des GHM de type « autres », « symptômes et autres recours » ou « autres symptômes et recours », comme présenté dans le tableau 17.

Tableau 17 : Nombre de séjours des quinze premiers GHM dont tous leurs séjours sont sans nuitée

GHM	Nombre de séjours	Part cumulée (%)
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 07, très courte durée	44 850	11,8
Douleurs chroniques rebelles, très courte durée	37 182	21,5
Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation, très courte durée	31 415	29,7
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 16, très courte durée	25 882	36,5
Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	18 116	41,2
Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 11, très courte durée	14 409	45,0
Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge inférieur à 18 ans, très courte durée	14 010	48,7
Obésité, très courte durée	11 535	51,7
Affections du tissu conjonctif, très courte durée	10 139	54,3
Autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire	9 680	56,9
Autres affections dermatologiques, très courte durée	7 387	58,8
Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 80 ans, très courte durée	6 818	60,6
Rééducation, très courte durée	6 774	62,4
Lymphomes et autres affections malignes hématopoiétiques, très courte durée	6 682	64,1
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 10, très courte durée	6 288	65,8

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

L'examen de l'évolution de ces GHM depuis 2009 montre une diminution de 15,9 % du total de ces séjours.(cf. tableau 18).

Tableau 18 : Évolution du nombre de séjours des 77 GHM considérés

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Évolution en valeur absolue	Évolution (%)
Nombre total de séjours	453 843	425 637	409 046	391 982	381 155	381 750	- 72 093	- 15,9 %

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Quatre GHM, détaillés dans le tableau 19, expliquent à eux seuls plus de 40 % de cette diminution. Il apparaît ainsi que :

- près de 25 % de la diminution du nombre de séjours s'explique par le GHM « rééducation, très courte durée », en diminution de 84,5 % sur la période ;
- environ 15 % de la diminution a trait aux trois GHM suivants, qui connaissent des reculs allant de 49,0 % à 81,5 % sur la période : « autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire » ; « autres affections dermatologiques, très courte durée » et « autres motifs de recours pour infection à VIH, en ambulatoire ».

Tableau 19 : Évolution des quatre GHM représentant plus de 40 % de la diminution des séjours pour les 77 GHM ici considérés

	2009	2014	Évolution en valeur absolue	Évolution (%)	Contribution à la diminution (%)
Autres affections dermatologiques, très courte durée	15 707	7 387	- 8 320	- 53,0	5,6
Autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire	18 964	9 680	- 9 284	- 49,0	6,2
Autres motifs de recours pour infection à VIH, en ambulatoire	11 932	2 203	- 9 729	- 81,5	6,5
Rééducation, très courte durée	43 674	6 774	- 36 900	- 84,5	24,7

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Le nombre total de séjours avec nuitée ayant également diminué (de 13,9 %) pour les racines correspondant à ces GHM, l'hypothèse d'un report vers des séjours avec nuitée peut être écartée[39].

***A contrario*, parmi les séjours dont le nombre de séjours est en augmentation, 86,3 % de cette croissance est expliqué par seulement quatre GHM**, présentés dans le tableau 20. En particulier, le GHM « douleurs chroniques rebelles, très courte durée » présente une évolution de + 269,2 % entre 2009 et 2014, correspondant à une croissance de plus de 25 000 séjours.

[39] Concernant le GHM de « rééducation, très courte durée », le GHM de la même racine de sévérité Z (séjours sans nuitée) n'a pas connu d'augmentation du nombre de séjours, ceux-ci étant restés stables (1 249 en 2009, 1 185 en 2014). Concernant le cas des « autres motifs de recours pour infection à VIH, en ambulatoire », et des « autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire », les racines respctives ne comportent pas d'autres GHM. Enfin, concernant le GHM « autres affections dermatologiques, très courte durée », la diminution des séjours constatée pour la sévérité T (séjours sans nuitée) est également constatée pour la sévérité 1 (- 2 180 séjours), avec une légère hausse pour les autres sévérités (2, 3 et 4) de 1 063 nuitées (ces quatre derniers niveaux de sévérité correspondant à des séjours sans nuitée).

Tableau 20 : Évolution des quatre GHM connaissant les plus fortes croissances et représentant plus de 85 % de la croissance des séjours pour les 77 GHM ici considérés

GHM	2009	2014	Évolution (valeur absolue)	Évolution (%)
Douleurs chroniques rebelles, très courte durée	10 072	37 182	27 110	269,2
Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation, très courte durée	12 928	31 415	18 487	143,0
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 16, très courte durée	14 438	25 882	11 444	79,3
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 07, très courte durée	35 162	44 850	9 688	27,6

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

En fonction des GHM, ces évolutions peuvent s'expliquer soit par des évolutions thérapeutiques, soit par des évolutions de classification ou des consignes de codage, soit par des effets liés à l'application de la circulaire frontière[40].

5.2. Parmi les 200 GHM dont le taux de séjours sans nuitée est compris entre 0 et 100 %, 59 ont un taux de séjours sans nuitée supérieur à 75 % et représentent plus de la moitié du total des séjours

5.2.1. Les niveaux de sévérité de ces GHM ne sont pas homogènes

Les 1 414 402 séjours correspondant aux GHM qui comprennent au moins un séjour sans nuitée se répartissent en trois niveaux de sévérité :

- 804 188 séjours correspondant à 132 GHM de sévérité T, soit 56,9 % de l'ensemble ;
- 482 081 séjours correspondant à 25 GHM de sévérité Z, soit 34,1 % de l'ensemble ;
- 128 133 séjours correspondant à 43 GHM de sévérité 1, soit 9,1 % de l'ensemble.

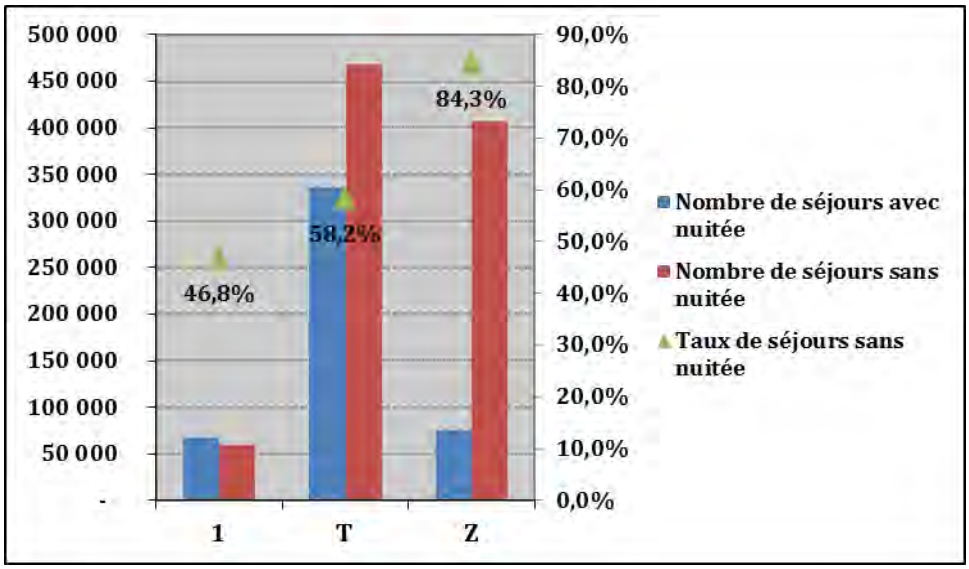
Pour chacune de ces trois sévérités, le détail du nombre de séjours avec et sans nuitée est donné dans le graphique 36, avec les taux de séjours sans nuitée respectifs. Ainsi :

- pour la sévérité 1, 46,8 % des séjours sont réalisés sans nuitée ;
- pour la sévérité T, 58,2 % des séjours sont réalisés sans nuitée ;
- pour la sévérité Z, 84,3 % des séjours sont réalisés sans nuitée.

Le taux de séjours sans nuitée pour l'ensemble de ces 200 GHM est de 66,1 %.

[40] Ainsi par exemple, pour le GHM « Autre motifs de recours infection à VIH, en ambulatoire », selon les informations obtenues par la mission il s'agirait d'une prise en charge désormais réalisée en consultations. La mission n'a pas été en mesure de vérifier cette hypothèse.

Graphique 36 : Taux de séjours sans nuitée par niveau de sévérité, sur le périmètre des 200 GHM considéré



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

5.2.2. Les taux de séjour sans nuitée de ces GHM sont très dispersés, autour d'une moyenne de 66,1 %.

Autour d'un taux moyen de 66,1 %, les taux de séjours sans nuitée de ces 200 GHM sont caractérisés par une forte dispersion. Ainsi :

- le taux de séjour sans nuitée médian s'établit à 60,4 % ;
- le taux minimum s'établit à 0,4 % et le taux maximum à 98,9 % ;
- le taux correspondant au premier quartile s'établit à 35,1 % et celui du troisième quartile à 79,9 %.

Une représentation graphique des taux de séjours sans nuitée (en abscisse) en regard du nombre total de séjours (en ordonnée) est donnée au graphique 37.

5.2.3. Les GHM ayant des taux de séjours sans nuitée élevés sont ceux qui comptent le nombre total de séjours le plus important

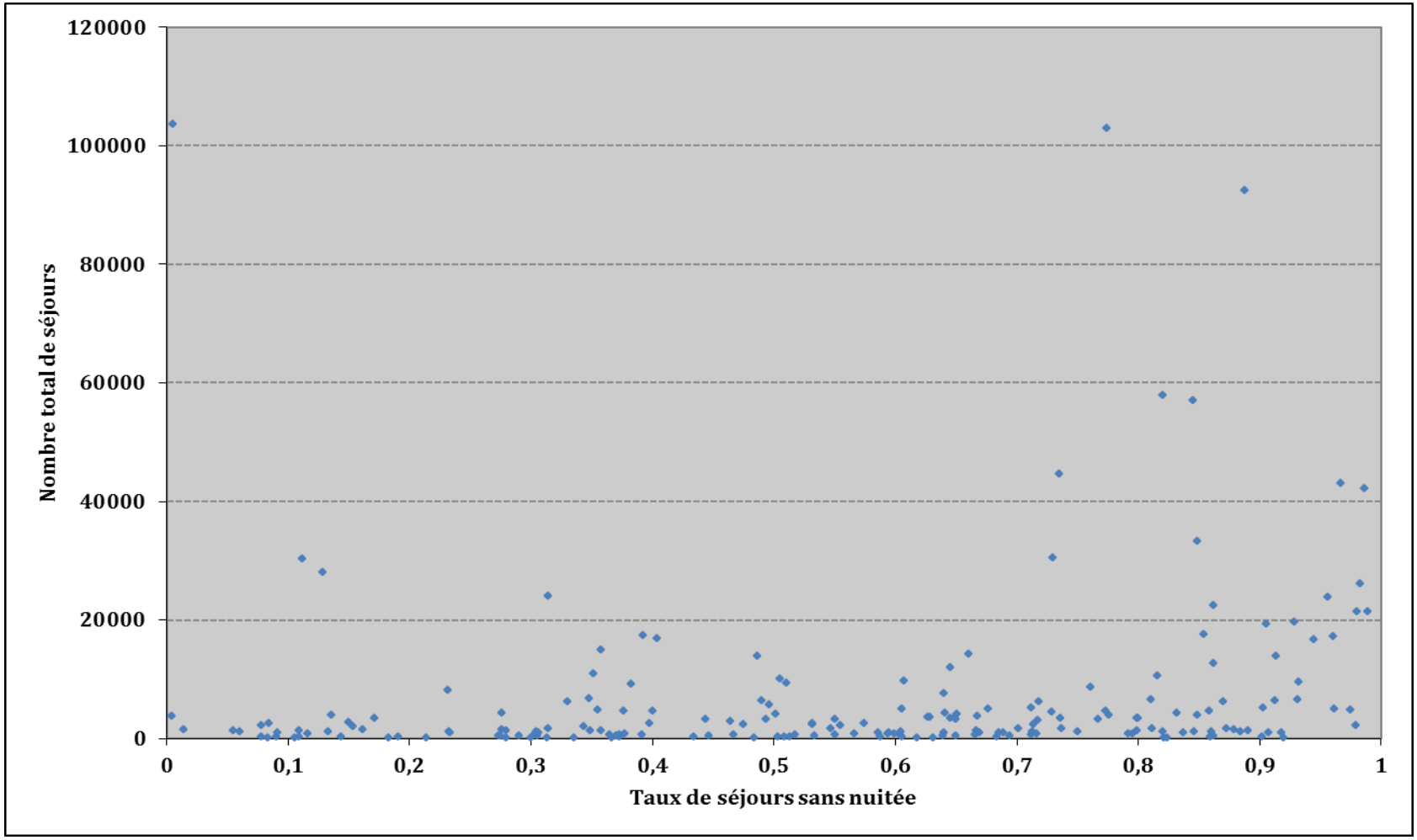
Dans le même temps, parmi ces 200 GHM, ceux dont les taux de séjours sans nuitée sont les plus élevés sont ceux qui comptent le plus grand nombre de séjours. Ainsi :

- 59 GHM ont un taux de séjours sans nuitée supérieur à 75 %, représentant plus de la moitié des séjours totaux (0,78 million de séjours) ;
- 35 GHM ont un taux de séjour sans nuitée supérieur à 85 %, et représentent un tiers des séjours totaux (0,47 million de séjours).

La représentation graphique des taux de séjours sans nuitée en regard du nombre total de séjours qui est donnée au graphique 37 permet de visualiser cette concentration, les GHM comptant plus de 20 000 séjours se situant en majorité dans le quart droit du graphique [41].

[41] Pour une interprétation de cette analyse au regard du potentiel de développement, cf. annexe III, graphique 9.

Graphique 37 : Taux de séjours sans nuitée et nombre total de séjours des 200 GHM comportant au moins un séjour sans nuitée



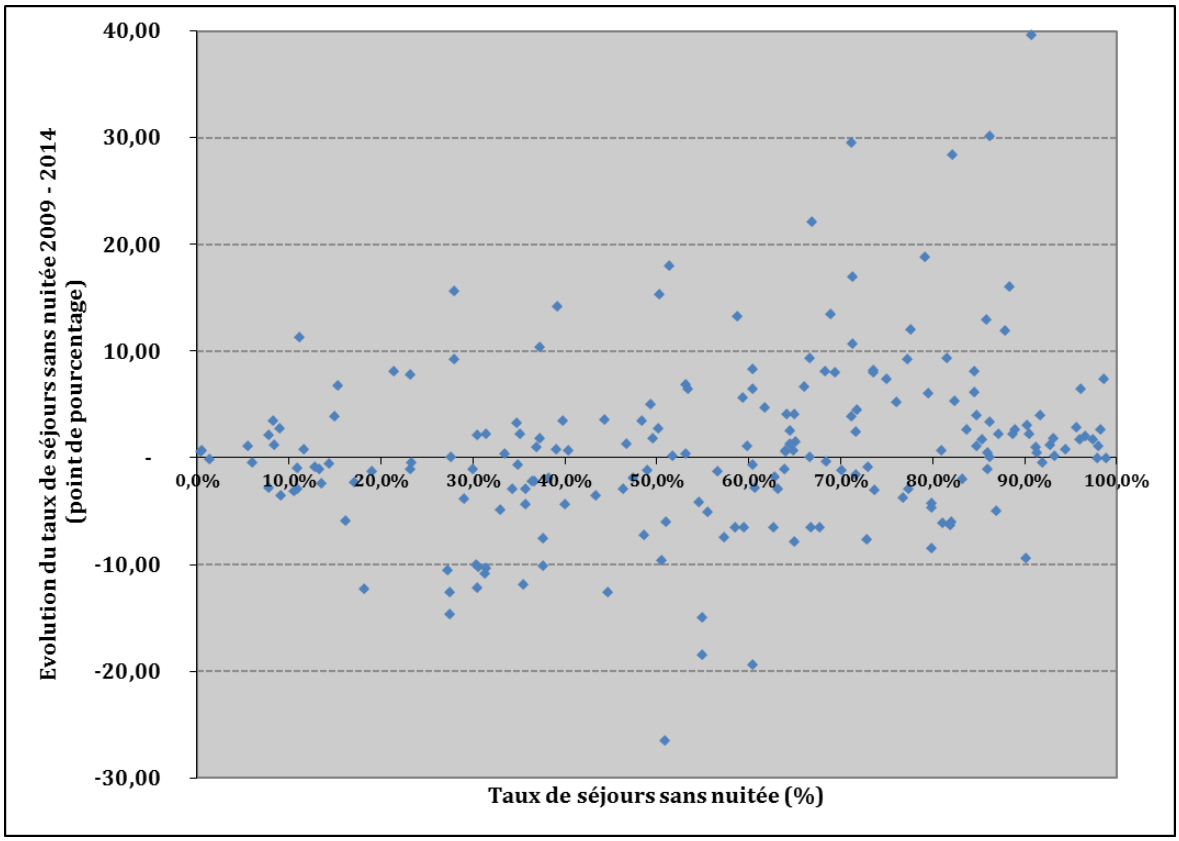
Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission. :

5.2.4. Les GHM pour lesquels les taux de séjours sans nuitée ont le plus progressé ont aussi vu augmenter leur nombre total de séjours, et inversement

Il n'existe pas de tendance homogène concernant l'évolution depuis 2009 du taux de séjours sans nuitée pour les 200 GHM considérés (cf. graphique 38). Ainsi :

- 110 GHM connaissent une croissance de leur taux de séjours sans nuitée depuis 2009, parmi ceux-ci, 45 GHM ont connu une progression de plus de cinq points ;
- 90 GHM connaissent une décroissance de leur taux de séjours sans nuitée depuis 2009. Parmi ces GHM, 37 connaissent une diminution supérieure à cinq points.

Graphique 38 : Taux et évolution du taux de séjours sans nuitée entre 2009 et 2014 pour les 200 GHM comportant au moins un séjour



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Le tableau 25 et le tableau 26, situés en pièce jointe à la présente annexe, présentent le détail des GHM dont la croissance ou la décroissance du taux de séjours sans nuitée a été supérieure à cinq points entre 2009 et 2014.

En première analyse, la mission relève, parmi les GHM ayant connu de fortes progressions, la part importante des GHM se rapportant à la neuro-psychiatrie – étant précisé que les sept progressions les plus importantes concernent des GHM dont le nombre total de séjours en 2014 était inférieure à un millier.

Plus généralement, une relation systématique existe, pour les GHM considérés, entre la progression du taux de séjours sans nuitée et le développement de l'activité totale de séjours, et inversement.

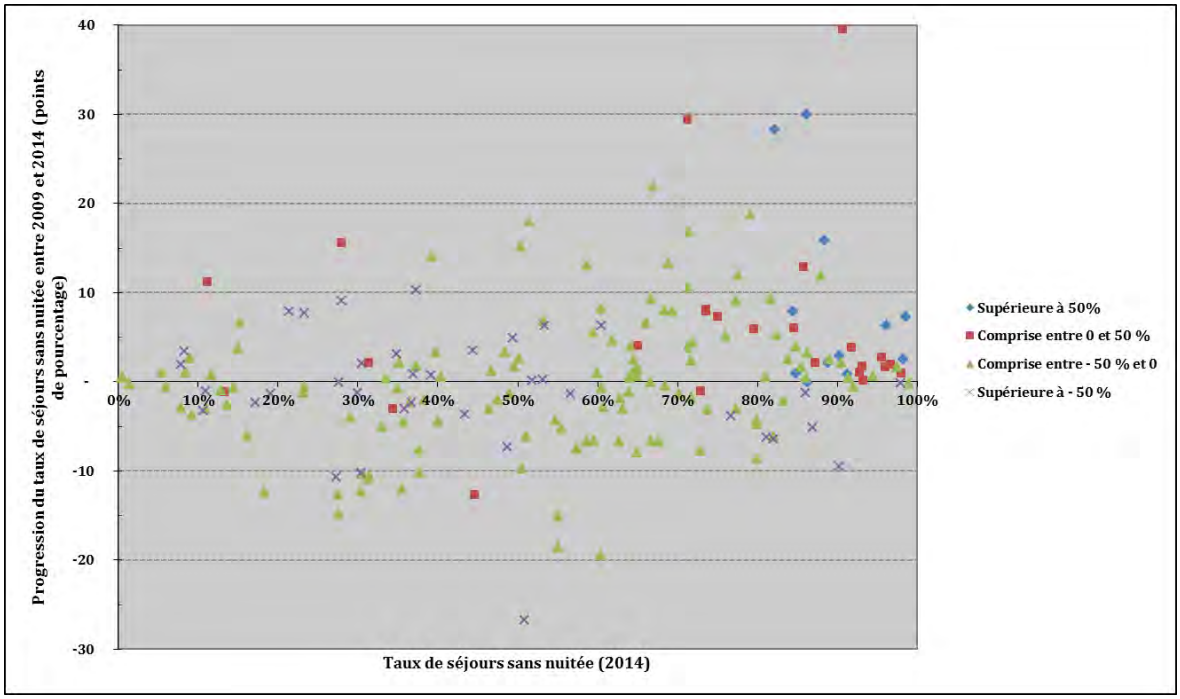
Ainsi, parmi les 200 GHM, 38 connaissent une progression du nombre de séjours depuis 2009, celle-ci s'échelonnant de 2 % à 239 % (cf. tableau 27, en pièce jointe à la présente annexe). Sur ces 38 GHM, 30 ont un taux de séjour sans nuitée en 2014 supérieur à 70 %, et 14 ont un taux de séjours sans nuitée supérieur à 90 %. Pour ces mêmes 38 GHM, **la progression du nombre total de séjours s'est accompagnée quasi-systématiquement d'une croissance du taux de séjours sans nuitée**[42]. Au sein des séjours en forte croissance, la progression des GHM 19M21Z et 19M06T pourrait notamment correspondre à l'augmentation des bilans de gériatrie.

Cette relation est même accentuée pour les GHM dont le nombre total de séjours a le plus fortement crû depuis 2009. Ainsi, **les GHM dont le total des séjours a cru de plus de 50 % se caractérisent, dans l'ensemble :**

- par un taux de séjours sans nuitée élevé en 2014 ;
- et par la progression de ce dernier depuis 2009.

Leur concentration dans le quadrant Nord Est du graphique 39 en est une illustration graphique.

Graphique 39 : Répartition des GHM comportant au moins un séjour sans nuitée par taux de séjours sans nuitée et évolution du taux de séjours sans nuitée entre 2009 et 2014, classés selon la croissance de leur nombre total de séjours



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

5.2.5. L'analyse plus détaillée des 50 GHM représentant plus de 80 % du nombre total de séjours confirme le niveau élevé de leur taux de séjours sans nuitée

Les séjours sont, de façon globale, caractérisés par une forte concentration : les 40 premiers GHM représentent 77,6 % du nombre total de séjours, et les 50 premiers 82,2 % ; en leur sein, 14 GHM couvrent à eux seuls 52 % des séjours. Les données détaillées sont présentées dans le tableau 28 en pièce jointe à la présente annexe.

[42] La diminution du nombre total de séjours des GHM de la CMD 23, et en particulier du GHM 23M06T paraît traduire une amélioration de la qualité du codage.

Parmi ces 14 GHM, seuls quatre ont un taux de séjours sans nuitée inférieur à 70 % :

- 17M06T, « chimiothérapie pour autre tumeur, très courte durée, 0,6 % de séjours sans nuitée, pour 103 588 séjours
- 23M091, « chimiothérapie pour affections non tumorales, niveau 1 », 11,2 % pour 30 284 séjours ;
- 06M03T, « autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans, très courte durée », 12,9 % pour 28 025 séjours ;
- 06M16Z, « explorations et surveillance pour affections de l'appareil digestif », 31,4 % pour 24 002 séjours.

Il est à noter que l'interprétation des faibles taux de séjours sans nuitée pour les deux premiers de ces quatre GHM pose des difficultés, tout comme pour le GHM 17M051 (« chimiothérapie pour leucémie aiguë, niveau 1 »). Les raisons en sont présentées dans l'encadré 9. En outre, il doit être relevé que le GHM 17M06T est celui qui comprend le plus grand nombre de séjours.

Encadré 9 : De possibles erreurs codage pour trois GHM de séances

L'ATIH indique que des séances de chimiothérapies (tumorale ou non) de 0 nuit mais hors CMD 28 pourraient être des erreurs de codage tenant à l'oubli du critère du nombre de séances, introduit à partir du 1er mars 2012 pour l'orientation vers la CMD 28, avec deux exceptions possibles :

- s'il s'agit d'une chimiothérapie interrompue par un événement intercurrent, que le mode de sortie permet éventuellement de suspecter ;
- ou s'il s'agit d'un traitement avec une seule occurrence, et donc d'un traitement non itératif, ne correspondant pas à la définition d'une séance.

En tout état de cause, s'agissant d'une activité de séances, il est justifié de l'identifier comme telle pour en comprendre le volume d'activité.

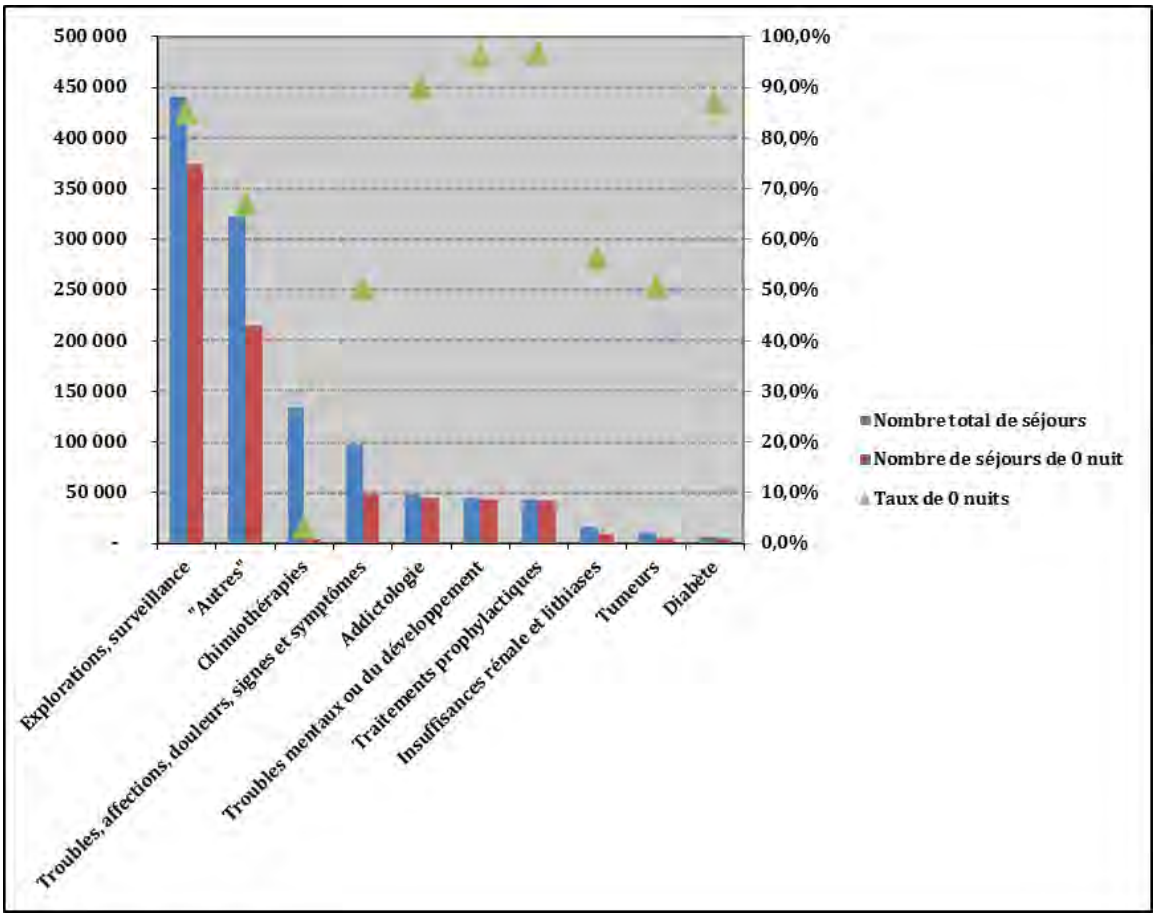
Pour cette raison, ces trois GHM sont retraités dans l'annexe III (évaluation du potentiel de développement).

Source : Mission, d'après échanges avec l'ATIH.

Ces 50 GHM ont été classés selon un regroupement construit par la mission (table de correspondances en tableau 29, en pièce jointe à la présente annexe). Les résultats en sont donnés dans le graphique 40. Il apparaît ainsi en particulier que :

- les taux de séjours sans nuitée des 16 GHM de type « explorations et surveillances », qui représentent plus du tiers du nombre de séjours considérés, sont déjà supérieurs à 70 %, voire à 90 %, à l'exception d'un seul (06M16Z, digestif, 31,6 %) ;
- les 16 GHM de type « autres » représentent plus du quart du nombre total de séjours et sont, par définition, difficiles à interpréter sans une lecture précise du PMSI voire une compréhension des diagnostics principaux ;
- les particularités des GHM de chimiothérapie ressortent, avec un très faible taux de séjours sans nuitée (cf. encadré 9 page 63) ;
- les GHM relatifs aux troubles, affections, douleurs, signes et symptômes, représentent 8,4 % du nombre total de séjours, avec un taux de séjours sans nuitée de 50 %, mais sont par définition globalisants et difficiles à interpréter sans une lecture de détail du PMSI.

Graphique 40 : Taux de séjours sans nuitée pour les 50 GHM représentant le plus grand nombre total de séjours, selon le regroupement construit par la mission



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Conclusion

Le premier enseignement de la caractérisation de l'activité de médecine conduite ici est que le taux de séjours sans nuitée constaté sur le périmètre de la médecine programmée examiné par la mission, hors séances, atteint 43 %, et est donc significativement plus élevé de celui qui est habituellement relevé sur l'ensemble de la médecine.

Ce taux recouvre des situations hétérogènes selon les régions, les catégories d'établissements et les domaines d'activité, que les comparaisons avec les taux de séjours d'une et deux nuitée et les focus réalisés (séjours des seuls adultes, séjours sans sévérité) permettent de rendre plus explicites. Le taux de séjours sans nuitée des établissements du secteur ex-OQN et des CLCC paraît en particulier nettement plus faible que celui des autres établissements, au regard de leur taux élevé de séjours d'une et deux nuitées. Les domaines d'activité « Digestif », « Pneumologie » et « Cardio-vasculaire » présentent également des taux de séjours sans nuitée relativement faibles au regard de leur volume d'activité. Les différences de pratiques régionales, persistantes pour une même catégorie d'établissements, appellent des travaux qualitatifs et confirment l'intérêt à engager, au niveau local, des approches comparatives (cf. annexe III et grilles d'analyse).

Enfin, l'analyse des capacités d'accueil, sur le champ de l'ensemble de l'activité de médecine, indique que, contrairement à la chirurgie et l'obstétrique, le développement des places d'hospitalisation partielle ne s'est pas accompagné pour la médecine d'une réduction du nombre de lits d'hospitalisation complète, les différences entre régions, mêmes rapportées au nombre d'habitants, restant à cet égard marquées.

Synthèse des propositions

Proposition n° 1 Étudier une refonte de la SAE permettant un suivi statistique des lits et places au niveau non plus des seules disciplines d'équipement mais des unités médicales d'hospitalisation.

Pièces jointes

Pièce jointe n° 1 – Recensement pour chaque secteur des quinze premiers GHM en termes de nombre et de volume économique des séjours sans nuitée

Tableau 21 : Nombre de séjours sans nuitée pour les quinze premiers GHM, secteur ex DG

Libellé des GHM	Nombre de séjours sans nuitée
Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques	80 969
Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée	73 158
Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	47 491
Autres facteurs influant sur l'état de santé, très courte durée	42 960
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 07, très courte durée	42 402
Traitements prophylactiques	36 845
Ethylisme avec dépendance, très courte durée	35 164
Douleurs chroniques rebelles, très courte durée	33 050
Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire	32 739
Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation, très courte durée	30 142
Explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoire	27 469
Explorations et surveillance pour maladies et troubles mentaux	25 333
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 16, très courte durée	25 178
Surveillances de greffes de rein, niveau 1	22 791
Explorations et surveillance pour maladies infectieuses ou parasitaires	21 176

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Tableau 22 : Volume économique des séjours sans nuitée pour les quinze premiers GHM, classés par ordre décroissant, secteur ex DG

Libellé des GHM	Volume économique
Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques	61 263 104
Traitements prophylactiques	56 359 693
Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	42 793 558
Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée	37 700 271
Autres facteurs influant sur l'état de santé, très courte durée	35 259 879
Surveillances de greffes de rein, niveau 1	23 615 625
Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire	22 860 914
Explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoire	22 683 611
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 16, très courte durée	22 445 270
Explorations et surveillance pour maladies et troubles mentaux	18 081 854
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 07, très courte durée	18 067 581
Ethylisme avec dépendance, très courte durée	15 302 016
Douleurs chroniques rebelles, très courte durée	14 744 364
Explorations et surveillance de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	13 521 056
Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation, très courte durée	13 223 363

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Tableau 23 : Nombre de séjours sans nuitée pour les quinze premiers GHM, secteur ex OQN

Libellé des GHM	Nombre de séjours
Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	9 974
Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	8 380
Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée	6 530
Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge inférieur à 18 ans, très courte durée	6 516
Ethylisme avec dépendance, très courte durée	6 405
Traitements prophylactiques	4 852
Autres facteurs influant sur l'état de santé, très courte durée	4 495
Douleurs thoraciques, très courte durée	4 461
Douleurs chroniques rebelles, très courte durée	4 132
Douleurs abdominales, très courte durée	3 622
Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 11, très courte durée	2 817
Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, très courte durée	2 697
Algoneurodystrophie, très courte durée	2 522
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 07, très courte durée	2 448
Autres affections de l'appareil génital masculin, très courte durée	1 964

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Tableau 24 Volume économique des séjours sans nuitée pour les quinze premiers GHM, classés par ordre décroissant, secteur ex OQN

Libellé des GHM	Volume économique
Traitements prophylactiques	3 523 646
Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	3 294 405
Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothè ses dentaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	3 113 349
Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothè ses dentaires, âge inférieur à 18 ans, très courte durée	2 453 928
Autres facteurs influant sur l'état de santé, très courte durée	2 197 378
Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée	2 084 722
Autres affections de l'appareil génital masculin, très courte durée	2 011 048
Ethylisme avec dépendance, très courte durée	1 377 881
Douleurs thoraciques, très courte durée	1 338 926
Maladies inflammatoires de l'intestin, très courte durée	1 330 791
Chimiothérapie pour affections non tumorales, niveau 1	1 178 815
Douleurs abdominales, très courte durée	1 145 264
Douleurs chroniques rebelles, très courte durée	1 132 446
Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, très courte durée	1 090 355
Affections des nerfs crâniens et rachidiens, très courte durée	794 431

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Pièce jointe n° 2 – Analyse des évolutions par GHM

Les 82 GHM ayant connu une augmentation ou une diminution supérieure à cinq points de leur taux de séjours sans nuitée entre 2009 et 2014

Tableau 25 : Les 45 GHM ayant connu une hausse du taux de séjours sans nuitée de plus de cinq points depuis 2009

GHM		Taux de séjours sans nuitée			Nombre total de séjours en 2009	Nombre total de séjours 2 014
		2009 (%)	2014 (%)	Evolution (points)		
Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances, très courte durée	20Z06T	51,18	90,74	39,56	680	950
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 12	12M09Z	56,18	86,18	30,01	251	427
Autres troubles de la personnalité et du comportement avec réactions impulsives, très courte durée	19M13T	41,83	71,24	29,41	416	605
Suivi de greffes de l'appareil digestif	06M15Z	53,85	82,14	28,30	13	28
Autres traumatismes et effets nocifs autres que les intoxications, très courte durée	21M14T	44,95	66,93	21,98	1 139	883
Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 13	13M10Z	60,49	79,20	18,70	1 101	870
Maltraitance, niveau 1	21M131	33,43	51,34	17,91	350	224
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 03, très courte durée	03M15T	54,51	71,35	16,83	4 175	2 328
Troubles bipolaires et syndromes dépressifs sévères, très courte durée	19M14T	72,52	88,39	15,88	564	1 077
Anévrysmes cérébraux, niveau 1	01M291	12,43	27,95	15,52	1 110	1 288
Abus de drogues non éthyliques sans dépendance, niveau 1	20Z031	35,20	50,35	15,15	483	286
Signes et symptômes respiratoires, niveau 1	04M111	25,13	39,24	14,11	30 499	17 312
Autres psychoses, âge inférieur à 80 ans, très courte durée	19M16T	55,57	68,87	13,31	1 123	1 028
Infarctus aigu du myocarde, très courte durée	05M04T	45,67	58,77	13,09	335	308
Anomalies de la démarche d'origine neurologique, très courte durée	01M34T	72,93	85,82	12,88	3 654	4 632
Névroses dépressives, très courte durée	19M11T	65,70	77,62	11,91	5 059	3 909
Autres troubles mentaux, très courte durée	19M20T	76,09	87,92	11,83	1 974	1 515
Chimiothérapie pour affections non tumorales, niveau 1	23M091	0,00	11,16	11,16	27 556	30 284
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 19, très courte durée	19M22T	60,75	71,29	10,54	1 628	1 146
Méningites virales, très courte durée	01M04T	27,03	37,31	10,28	407	193
Explorations et surveillance pour autres motifs de recours aux soins	23M19Z	72,34	81,61	9,27	14 978	10 650

Annexe I

GHM		Taux de séjours sans nuitée			Nombre total de séjours en 2009	Nombre total de séjours 2 014
		2009 (%)	2014 (%)	Evolution (points)		
Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge inférieur à 18 ans, très courte durée	03M08T	57,43	66,69	9,26	1 682	1 330
Arrêt cardiaque, niveau 1	05M141	18,87	28,00	9,13	53	25
Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial, très courte durée	19M02T	68,24	77,34	9,10	6 115	4 664
Syncopes et lipothymies, très courte durée	05M05T	52,27	60,51	8,24	9 361	5 047
Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire	04M22Z	65,48	73,55	8,07	37 623	44 679
Autres affections neurologiques concernant majoritairement la petite enfance, niveau 1	01M381	60,38	68,35	7,98	318	237
Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	01M32Z	76,58	84,52	7,94	24 566	57 097
Septicémies, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	18M061	13,49	21,43	7,94	304	112
Convalescences et autres motifs sociaux, très courte durée	23M16T	61,51	69,39	7,88	569	379
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 01, très courte durée	01M35T	65,75	73,60	7,86	3 258	3 451
Convulsions hyperthermiques, niveau 1	01M231	15,56	23,27	7,71	2 687	1 113
Autres maladies et troubles mentaux de l'enfance, très courte durée	19M18T	67,68	74,98	7,30	885	1 199
Ethylisme avec dépendance, très courte durée	20Z04T	91,35	98,61	7,26	13 483	42 154
Explorations et surveillance pour affections ORL	03M14Z	46,37	53,16	6,79	2 573	2 436
Fractures du rachis, niveau 1	08M261	8,68	15,35	6,67	2 915	2 026
Douleurs thoraciques, très courte durée	05M13T	59,41	66,01	6,60	18 969	14 221
Toxicomanies non éthyliques avec dépendance, très courte durée	20Z02T	89,84	96,18	6,34	1 654	5 031
Troubles métaboliques, âge inférieur à 18 ans, très courte durée	10M15T	47,04	53,37	6,33	2 045	489
Transferts et autres séjours courts pour autres accidents vasculaires cérébraux non transitoires	01M31T	54,21	60,51	6,30	725	314
Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge inférieur à 18 ans, très courte durée	16M17T	78,59	84,60	6,02	1 018	1 143
Névroses autres que les névroses dépressives, très courte durée	19M10T	73,63	79,56	5,93	732	827
Autres tumeurs du système nerveux, très courte durée	01M27T	53,88	59,38	5,50	1 045	800
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 02, très courte durée	02M10T	77,19	82,40	5,21	171	125
Affections des nerfs crâniens et rachidiens, très courte durée	01M11T	70,93	76,04	5,11	12 150	8 715

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Tableau 26 : Les 37 GHM ayant connu une réduction du taux de séjours sans nuitée de plus de cinq points depuis 2009

GHM		Taux de séjours sans nuitée			Nombre total de séjours en 2009	Nombre total de séjours en 2014
		2009 (%)	2014 (%)	Evolution (points)		
Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans, très courte durée	06M02T	38,0	33,0	-5,0	10 820	6 225,0
Diabète, âge supérieur à 35 ans, très courte durée	10M02T	92,1	87,0	-5,2	20 159	6 130,0
Affections non malignes des seins, très courte durée	09M09T	60,7	55,5	-5,2	2 341	2 133,0
Pancréatites aigües, très courte durée	07M10T	22,2	16,2	-6,0	1 692	1 429,0
Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, très courte durée	07M06T	57,2	51,1	-6,1	9 824	9 328,0
Autres facteurs influant sur l'état de santé, très courte durée	23M06T	88,2	82,0	-6,2	114 046	57 840,0
Diabète, âge inférieur à 36 ans, très courte durée	10M03T	87,4	81,1	-6,2	4 389	1 628,0
Autres maladies dues au VIH, très courte durée	25M02T	88,5	82,0	-6,5	2 626	1 116,0
Autres affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus, très courte durée	17M07T	73,3	66,7	-6,6	5 226	3 850,0
Transferts et autres séjours courts pour accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	01M30T	66,1	59,5	-6,7	1 648	891,0
Hypertension artérielle, très courte durée	05M15T	74,4	67,7	-6,7	7 730	5 049,0
Purpuras, très courte durée	16M12T	65,3	58,6	-6,7	1 860	956,0
Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	04M03T	69,4	62,7	-6,7	6 618	3 582,0
Actes non effectués en raison d'une contre-indication	23M15Z	56,0	48,7	-7,3	29 088	13 950,0
Autres complications iatrogéniques non classées ailleurs, très courte durée	21M16T	64,9	57,4	-7,5	3 409	2 571,0
Affections des voies biliaires, très courte durée	07M02T	45,3	37,7	-7,7	5 486	4 634,0
Autres affections du système nerveux, très courte durée	01M12T	80,6	72,9	-7,8	8 131	4 381,0
Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, très courte durée	08M25T	72,9	65,0	-8,0	3 734	3 174,0
Affections dermatologiques sévères, très courte durée	09M08T	88,6	80,0	-8,6	4 754	3 453,0
Assistance médicale à la procréation, niveau 1	13M081	99,7	90,2	-9,5	14 333	204,0
Tumeurs de l'appareil respiratoire, très courte durée	04M09T	60,3	50,6	-9,7	11 271	10 126,0
Troubles du sommeil, niveau 1	01M331	40,5	30,3	-10,2	3 019	748,0
Prostatites aigües et orchites, très courte durée	12M06T	47,9	37,7	-10,2	918	735,0
Thrombophlébites veineuses profondes, très courte durée	05M07T	41,0	30,6	-10,4	1 187	911,0

GHM		Taux de séjours sans nuitée			Nombre total de séjours en 2009	Nombre total de séjours en 2014
		2009 (%)	2014 (%)	Evolution (points)		
Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin, très courte durée	12M03T	41,9	31,4	-10,5	2 916	1 591,0
Autres affections de la CMD 10 concernant majoritairement la petite enfance, niveau 1	10M191	38,0	27,3	-10,7	897	421,0
Autres affections hématologiques concernant majoritairement la petite enfance, niveau 1	16M181	42,2	31,3	-10,9	258	182,0
Autres tumeurs malignes du tube digestif, très courte durée	06M05T	47,5	35,5	-12,0	7 658	4 766,0
Embolies pulmonaires, très courte durée	04M10T	42,8	30,5	-12,3	1 117	1 100,0
Autres maladies infectieuses concernant majoritairement la petite enfance, niveau 1	18M151	30,7	18,2	-12,4	261	137,0
Maladies virales, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	18M03T	57,4	44,7	-12,7	366	365,0
Ictères du nouveau-né, niveau 1	07M161	40,3	27,6	-12,7	618	508,0
Tumeurs malignes de l'oesophage et de l'estomac, très courte durée	06M13T	42,4	27,6	-14,8	2 242	1 458,0
Transferts et autres séjours courts pour infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans	04M07T	70,1	55,0	-15,1	1 121	707,0
Tumeurs des reins et des voies urinaires, très courte durée	11M07T	73,6	55,0	-18,6	5 149	3 277,0
Maladies métaboliques congénitales sévères, très courte durée	10M10T	79,9	60,4	-19,5	747	417,0
Acidocétose et coma diabétique, très courte durée	10M08T	77,5	50,9	-26,7	1 011	234,0

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Les 38 GHM dont le nombre total de séjours est en progression entre 2009 et 2014

Tableau 27 : Taux de séjours sans nuitée pour les GHM dont le nombre total de séjours est en progression entre 2009 et 2014

GHM		Taux de séjours sans nuitée			Nombre total de séjours		
		2009 (%)	2014 (%)	Progres -sion (en poi nts)	2009	2014	Progres -sion (%)
Explorations et surveillance pour maladies et troubles mentaux	19M21Z	95,7	98,2	2,51	7 686	26 044	239
Ethylisme avec dépendance, très c ourte durée	20Z04T	91,4	98,6	7,26	13 483	42 154	213
Toxicomanies non éthyliques ave c dépendance, très courte durée	20Z02T	89,8	96,2	6,34	1 654	5 031	204
Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	01M32Z	76,6	84,5	7,94	24 566	57 097	132

Annexe I

GHM		Taux de séjours sans nuitée			Nombre total de séjours		
		2009 (%)	2014 (%)	Progres -sion (en poi nts)	2009	2014	Progres -sion (%)
Explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoir e	05M20Z	83,9	84,8	0,98	14 930	33 192	122
Suivi de greffes de l'appareil diges tif	06M15Z	53,8	82,1	28,30	13	28	115
Troubles bipolaires et syndromes dépressifs sévères, très courte du rée	19M14T	72,5	88,4	15,88	564	1 077	91
Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et méta boliques	10M13Z	86,6	88,8	2,15	52 850	92 467	75
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 12	12M09Z	56,2	86,2	30,01	251	427	70
Suivis de greffe pulmonaire, nivea u 1	04M211	87,4	90,3	2,94	3 060	5 183	69
Explorations et surveillance pour affections de l'œil	02M09Z	90,4	91,3	0,88	3 987	6 410	61
Explorations et surveillance de l'a ppareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	08M35Z	86,3	86,2	-0,07	14 165	22 460	59
Autres troubles de la personnalité et du comportement avec réactio ns impulsives, très courte durée	19M13T	41,8	71,2	29,41	416	605	45
Explorations et surveillance pour affections du sang et des organes hématopoïétiques	16M14Z	93,2	93,3	0,09	6 846	9 611	40
Troubles mentaux organiques ind uits par l'alcool ou d'autres substa nces, très courte durée	20Z06T	51,2	90,7	39,56	680	950	40
Autres maladies et troubles ment aux de l'enfance, très courte duré e	19M18T	67,7	75,0	7,30	885	1 199	35
Explorations et surveillance pour affections du rein et des voies uri naires	11M18Z	91,8	92,8	1,03	15 175	19 714	30
Explorations et surveillance des a ffections de la peau	09M12Z	94,4	96,0	1,61	13 278	17 157	29
Anomalies de la démarche d'origi ne neurologique, très courte duré e	01M34T	72,9	85,8	12,88	3 654	4 632	27
Troubles mentaux d'origine organ ique et retards mentaux, âge supé rieur à 79 ans, très courte durée	19M06T	97,0	98,0	0,98	17 377	21 426	23
Traitements prophylactiques	23M14Z	94,7	96,7	1,95	35 743	43 139	21
Ostéomyélites chroniques, très co urte durée	08M32T	87,9	91,8	3,82	871	1 044	20
Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoir e	04M22Z	65,5	73,5	8,07	37 623	44 679	19
Anévrysmes cérébraux, niveau 1	01M291	12,4	28,0	15,52	1 110	1 288	16
Infections oculaires aiguës sévère s, niveau 1	02M031	14,5	13,3	-1,17	946	1 097	16

Annexe I

GHM		Taux de séjours sans nuitée			Nombre total de séjours		
		2009 (%)	2014 (%)	Progres -sion (en poi nts)	2009	2014	Progres -sion (%)
Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 11	11M19Z	73,6	0,0	-0,01	732	11 044	13
Névroses autres que les névroses dépressives, très courte durée	19M10T	78,6	79,6	5,93	1 018	827	13
Autres troubles de la lignée éryth rocytaire, âge inférieur à 18 ans, t rès courte durée	16M17T	85,1	84,6	6,02	1 483	1 143	12
Explorations et surveillance gyné cologiques	13M09Z	0,0	87,2	2,13	27 556	1 644	11
Chimiothérapie pour affections no n tumorales, niveau 1	23M091	37,4	11,2	11,16	1 878	30 284	10
Autres affections non malignes du pancréas, très courte durée	07M11T	92,9	34,4	-3,06	22 383	2 028	8
Surveillances de greffes de rein, ni veau 1	11M171	65,7	95,6	2,73	3 258	23 834	6
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 01, très courte du rée	01M35T	61,0	73,6	7,86	349	3 451	6
Symptômes et autres recours aux soins concernant les affections de s seins	09M15Z	29,3	65,0	3,98	23 196	363	4
Explorations et surveillance pour affections de l'appareil digestif	06M16Z	91,4	31,4	2,10	6 425	24 002	3
Maladies et troubles du développ ement psychologiques de l'enfanc e, niveau 1	19M171	74,0	93,1	1,73	29 957	6 641	3
Autres troubles de la lignée éryth rocytaire, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	16M11T	95,7	72,9	-1,03	7 686	30 505	2

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Annexe I

Les 50 GHM représentant plus de 80 % du nombre total de séjours

Tableau 28 : Taux de séjours sans nuitée pour les 50 premiers GHM en termes de nombre total de séjours

GHM		Taux de séjours sans nuitée		Nombre total de séjours	
		2014 (%)	Évolution 2009 – 2014 (points)	2014	Évolution 2009 – 2014 (%)
Chimiothérapie pour autre tumeur, très courte durée	17M06T	0,6	0,56	103 588	-2
Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée	23M20T	77,4	-3,04	102 945	-17
Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques	10M13Z	88,8	2,15	92 467	75
Autres facteurs influant sur l'état de santé, très courte durée	23M06T	82,0	-6,17	57 840	-49
Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	01M32Z	84,5	7,94	57 097	132
Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire	04M22Z	73,5	8,07	44 679	19
Traitements prophylactiques	23M14Z	96,7	1,95	43 139	21
Ethylisme avec dépendance, très courte durée	20Z04T	98,6	7,26	42 154	213
Explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoire	05M20Z	84,8	0,98	33 192	122
Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	16M11T	72,9	-1,03	30 505	2
Chimiothérapie pour affections non tumorales, niveau 1	23M091	11,2	11,16	30 284	10
Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	06M03T	12,9	-0,95	28 025	-20
Explorations et surveillance pour maladies et troubles mentaux	19M21Z	98,2	2,51	26 044	239
Explorations et surveillance pour affections de l'appareil digestif	06M16Z	31,4	2,10	24 002	3
Surveillances de greffes de rein, niveau 1	11M171	95,6	2,73	23 834	6
Explorations et surveillance de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	08M35Z	86,2	-0,07	22 460	59
Explorations et surveillance pour maladies infectieuses ou parasitaires	18M12Z	98,9	-0,18	21 463	-25
Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans, très courte durée	19M06T	98,0	0,98	21 426	23
Explorations et surveillance pour affections du rein et des voies urinaires	11M18Z	92,8	1,03	19 714	30
Explorations et surveillance pour affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	17M14Z	90,5	2,15	19 279	-40
Autres affections de l'appareil circulatoire, très courte durée	05M17T	85,4	1,59	17 619	-17

Annexe I

GHM		Taux de séjours sans nuitée		Nombre total de séjours	
		2014 (%)	Évolution 2009 – 2014 (points)	2014	Évolution 2009 – 2014 (%)
Signes et symptômes respiratoires, niveau 1	04M111	39,2	14,11	17 312	-43
Explorations et surveillance des affections de la peau	09M12Z	96,0	1,61	17 157	29
Douleurs abdominales, très courte durée	06M12T	40,4	0,57	16 845	-42
Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 80 ans, très courte durée	19M07T	94,5	0,65	16 765	-7
Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, très courte durée	05M08T	35,8	-4,51	14 977	-4
Douleurs thoraciques, très courte durée	05M13T	66,0	6,60	14 221	-25
Actes non effectués en raison d'une contre-indication	23M15Z	48,7	-7,34	13 950	-52
Autres troubles endocriniens, très courte durée	10M07T	91,4	0,40	13 913	-24
Explorations et surveillance des affections du système hépatobiliaire et du pancréas	07M13Z	86,2	3,22	12 643	-7
Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, très courte durée	08M29T	64,5	1,13	11 956	-28
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 06, très courte durée	06M18T	35,1	2,13	10 937	-31
Explorations et surveillance pour autres motifs de recours aux soins	23M19Z	81,6	9,27	10 650	-29
Tumeurs de l'appareil respiratoire, très courte durée	04M09T	50,6	-9,72	10 126	-10
Troubles vasculaires périphériques, très courte durée	05M12T	60,7	-2,90	9 712	-35
Explorations et surveillance pour affections du sang et des organes hématopoïétiques	16M14Z	93,3	0,09	9 611	40
Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, très courte durée	07M06T	51,1	-6,10	9 328	-5
Lithiases urinaires, très courte durée	11M02T	38,3	-2,00	9 116	-43
Affections des nerfs crâniens et rachidiens, très courte durée	01M11T	76,0	5,11	8 715	-28
Autres affections digestives, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	06M09T	23,2	-1,21	8 066	-17
Autres affections de l'appareil génital féminin, très courte durée	13M04T	64,0	0,60	7 564	-25
Ethylisme aigu, niveau 1	20Z051	34,8	3,14	6 721	-61
Maladies et troubles du développement psychologiques de l'enfance, niveau 1	19M171	93,1	1,73	6 641	3
Insuffisance rénale, sans dialyse, très courte durée	11M06T	81,0	0,56	6 535	-34
Explorations et surveillance pour affections de l'oeil	02M09Z	91,3	0,88	6 410	61

GHM		Taux de séjours sans nuitée		Nombre total de séjours	
		2014 (%)	Évolution 2009 – 2014 (points)	2014	Évolution 2009 – 2014 (%)
Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	11M12T	49,0	-1,33	6 363	-20
Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, très courte durée	08M19T	71,8	4,38	6 251	-6
Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans, très courte durée	06M02T	33,0	-5,02	6 225	-42

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Tableau 29 : Correspondance du codage pour établir le regroupement des GHM proposé par la mission

Libellé du GHM	GHM	Code
Chimiothérapie pour autre tumeur, très courte durée	17M06T	Chimiothérapies
Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée	23M20T	"Autres"
Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques	10M13Z	Explorations, surveillance
Autres facteurs influant sur l'état de santé, très courte durée	23M06T	"Autres"
Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	01M32Z	Explorations, surveillance
Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire	04M22Z	Explorations, surveillance
Traitements prophylactiques	23M14Z	Traitements prophylactiques
Ethylisme avec dépendance, très courte durée	20Z04T	Addictologie
Explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoire	05M20Z	Explorations, surveillance
Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	16M11T	"Autres"
Chimiothérapie pour affections non tumorales, niveau 1	23M091	Chimiothérapies
Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	06M03T	"Autres"
Explorations et surveillance pour maladies et troubles mentaux	19M21Z	Explorations, surveillance
Explorations et surveillance pour affections de l'appareil digestif	06M16Z	Explorations, surveillance
Surveillances de greffes de rein, niveau 1	11M171	Explorations, surveillance
Explorations et surveillance de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	08M35Z	Explorations, surveillance
Explorations et surveillance pour maladies infectieuses ou parasitaires	18M12Z	Explorations, surveillance
Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans, très courte durée	19M06T	Troubles mentaux ou du développement
Explorations et surveillance pour affections du rein et des voies urinaires	11M18Z	Explorations, surveillance
Explorations et surveillance pour affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	17M14Z	Explorations, surveillance
Autres affections de l'appareil circulatoire, très courte durée	05M17T	"Autres"
Signes et symptômes respiratoires, niveau 1	04M111	Troubles, affections, douleurs, signes et symptômes
Explorations et surveillance des affections de la peau	09M12Z	Explorations, surveillance
Douleurs abdominales, très courte durée	06M12T	Troubles, affections, douleurs, signes et symptômes
Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 80 ans, très courte durée	19M07T	Troubles mentaux ou du développement
Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, très courte durée	05M08T	Troubles, affections, douleurs, signes et symptômes
Douleurs thoraciques, très courte durée	05M13T	Troubles, affections, douleurs, signes et symptômes
Actes non effectués en raison d'une contre-indication	23M15Z	"Autres"
Autres troubles endocriniens, très courte durée	10M07T	"Autres"
Explorations et surveillance des affections du système hépatobiliaire et du pancréas	07M13Z	Explorations, surveillance

Annexe I

Libellé du GHM	GHM	Code
Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, très courte durée	08M29T	"Autres"
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 06, très courte durée	06M18T	"Autres"
Explorations et surveillance pour autres motifs de recours aux soins	23M19Z	Explorations, surveillance
Tumeurs de l'appareil respiratoire, très courte durée	04M09T	Tumeurs
Troubles vasculaires périphériques, très courte durée	05M12T	Troubles, affections, douleurs, signes et symptômes
Explorations et surveillance pour affections du sang et des organes hématopoïétiques	16M14Z	Explorations, surveillance
Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, très courte durée	07M06T	Troubles, affections, douleurs, signes et symptômes
Lithiases urinaires, très courte durée	11M02T	Insuffisances rénale et lithiases
Affections des nerfs crâniens et rachidiens, très courte durée	01M11T	Troubles, affections, douleurs, signes et symptômes
Autres affections digestives, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	06M09T	"Autres"
Autres affections de l'appareil génital féminin, très courte durée	13M04T	"Autres"
Ethylisme aigu, niveau 1	20Z051	Addictologie
Maladies et troubles du développement psychologiques de l'enfance, niveau 1	19M171	Troubles mentaux ou du développement
Insuffisance rénale, sans dialyse, très courte durée	11M06T	Insuffisances rénale et lithiases
Explorations et surveillance pour affections de l'oeil	02M09Z	Explorations, surveillance
Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	11M12T	Troubles, affections, douleurs, signes et symptômes
Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, très courte durée	08M19T	"Autres"
Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans, très courte durée	06M02T	"Autres"
Diabète, âge supérieur à 35 ans, très courte durée	10M02T	Diabète
Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	03M09T	"Autres"

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

ANNEXE II

Enjeux liés au développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine : organisation, positionnement et tarification

SOMMAIRE

INTRODUCTION **4**

1. LE DÉVELOPPEMENT DE L'HOSPITALISATION DE JOUR DE MÉDECINE PASSE PAR LA CLARIFICATION DE SON CONTENU, DE SON ORGANISATION ET DE SON POSITIONNEMENT **5**

1.1. L'hospitalisation de jour de médecine est une notion imprécise, tant dans son contenu que dans son organisation, qui conduit à une diversité d'appréciations par les établissements de santé 5

1.1.1. La définition des activités relevant de l'hospitalisation de jour est peu précise, ce qui conduit à une appréhension variable de celle-ci par les acteurs *5*

1.1.2. Les modalités d'organisation de l'hôpital de jour de médecine sont hétérogènes *8*

1.2. Si un virage ambulatoire est annoncé, il ne fait pas l'objet, pour la médecine, d'orientations claires de la part des pouvoirs publics ni d'un pilotage et d'une gouvernance *ad hoc* 13

1.2.1. Le développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine s'inscrit dans le cadre du virage ambulatoire *13*

1.2.2. Au niveau national, les documents de contractualisation entre l'Etat et les Agence régionales de santé ne font pas du développement de l'hôpital de jour une priorité clairement identifiée *14*

1.2.3. Au niveau régional, l'action des agences régionales de santé porte principalement sur le développement de la chirurgie ambulatoire *15*

1.3. Le développement des prises en charge en hôpital de jour de médecine est freiné par des facteurs de nature diverse 16

1.3.1. Les difficultés de facturation induites par l'instruction frontière posent la question d'une définition plus précise des prises en charge éligibles à l'hospitalisation de jour de médecine *18*

1.3.2. Le manque de guides pratiques relatifs à l'organisation des hôpitaux de jour conduit les établissements à s'emparer du sujet de façon inégale *19*

1.3.3. Les réflexions relatives à la mise en place et à l'organisation des hôpitaux de jour devront s'inscrire dans les logiques de coopération hospitalières *21*

1.4. Le développement et l'organisation de l'hôpital de jour doivent être pensés en articulation avec les autres segments du système de santé 22

1.4.1. Le positionnement de l'hôpital de jour présente de fortes différences selon les filières de soins et les territoires *23*

1.4.2. Le positionnement de l'hôpital de jour est appelé à être modifié par une série d'innovations techniques, technologiques et thérapeutiques ainsi que sous l'effet du vieillissement de la population *30*

1.4.3. Le développement effectif, le coût et la qualité des prises en charge associées à l'hôpital de jour sont tributaires d'un « environnement » dont l'évolution doit être organisée en parallèle *34*

1.4.4. Le positionnement de l'hôpital de jour mériterait d'être plus clairement établi, partagé entre les acteurs *38*

2. LA REFONTE DE L'INSTRUCTION FRONTIÈRE EST LE PRINCIPAL LEVIER À MOBILISER POUR FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DES HÔPITAUX DE JOUR..... 40

2.1. L'instruction frontière vise à clarifier les modalités de facturation d'un groupe homogène de séjours (GHS) d'hôpital de jour et à unifier les comportements..... 40

2.2. Les contrôles externes de tarification à l'activité portant notamment sur les actes et consultations externes en hospitalisation de jour doivent être repensés 42

2.2.1. Pour la campagne 2014, 31 % des champs de contrôles T2A portent sur les actes et consultations externes en hospitalisation de jour et séances, ... 42

2.2.2. Sur l'ensemble de la période 2008-2014, la pression des contrôles externes portant sur les séjours en hospitalisation de jour est relativement stable..... 43

2.2.3. Les résultats des contrôles ne donnent pas lieu à une analyse qualitative de la part de la CNAMTS..... 48

2.2.4. Les expérimentations engagées par la CNAMTS depuis 2015 pour améliorer les relations entre acteurs lors des contrôles pourraient être complétées par une réflexion sur les priorités de ces derniers..... 49

2.3. Afin de réduire le risque de requalification des facturations d'hôpital de jour en actes et consultations externes, l'instruction frontière doit être clarifiée et les pratiques de contrôle rendues plus transparentes..... 51

2.3.1. Les contrôles externes T2A réalisés par l'Assurance maladie ne portent que sur la régularité des facturations réalisées par les établissements 51

2.3.2. Lors des contrôles externes réalisés par l'Assurance maladie, l'instruction frontière ne fait l'objet ni d'une interprétation ni d'une application harmonisées au niveau national 52

2.3.3. Une meilleure transparence dans les conditions de réalisation des contrôles, au regard de l'application de l'instruction frontière, est à rechercher entre les acteurs..... 53

2.3.4. Une clarification et une actualisation de l'instruction frontière sont indispensables..... 55

3. SI LES QUESTIONS TARIFAIRES NE SONT PAS DES FREINS SIGNIFICATIFS AU BASCULEMENT DE SÉJOURS EN HÔPITAL DE JOUR, UN PROBLÈME DE TARIFICATION EXISTE POUR CERTAINS SOINS LONGS, COMPLEXES, INNOVANTS ET/OU COORDONNÉS RÉALISÉS À L'HÔPITAL SE POSE..... 58

3.1. Les risques de requalification de facturations de GHS en actes et consultations externes priment sur les obstacles liés aux tarifs des GHS des séjours sans nuitée..... 58

3.1.1. Les obstacles tarifaires au transfert de séjours d'hospitalisation complète vers les hôpitaux de jour, qui peuvent relever soit de bornes basses, soit d'effets de seuil entre GHM, sont limités..... 58

3.1.2. Les pertes de recettes liées aux effets de seuils doivent être comparées aux gains réalisés sur les coûts, et l'interprétation des effets de seuil conduite avec prudence..... 65

3.1.3. La tarification des GHM sans nuitée n'ayant pas été invoquée par les établissements comme un frein réel au développement de l'hospitalisation de jour, la priorité doit aller à la levée des incertitudes liées aux risques de requalification en actes et consultations externes..... 66

3.2. Plusieurs options sont envisageables pour adapter la tarification des soins externes longs, complexes et coordonnés 67

3.2.1. La tarification des actes et consultations externes n'est pas fixée en référence à des prises en charge hospitalières et emporte des modalités de remboursement différentes..... 67

3.2.2 L'absence de correspondance avec la CCAM et la NGAP pose le problème de la tarification de certaines prises en charge complexes et lourdes ne pouvant être pris en charge par la médecine de ville *69*
3.2.3 Seules des réponses partielles et fragmentées ont été jusqu'à présent apportées *71*
3.2.2. La réflexion sur l'évolution tarifaire de ces prises en charge longues, complexes et coordonnées doit être conduite concomitamment à celles portant sur la clarification de l'instruction frontière et sur la diffusion de référentiels de prise en charge *72*
3.2.3. Des évolutions sont possibles dont la gradation va de la mise en place de prises en charge intermédiaires à la réforme d'ensemble de la tarification *72*

CONCLUSION **78**

SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS **79**

PIÈCES JOINTES **81**

Pièces jointes n° 1 - Modes d'organisation des établissements rencontrés par la mission 82
Pièces jointes n° 2 - Analyse des effets de seuils pour les racines 93
Pièces jointes n° 3 - Tableau récapitulatif du recensement des différentes pistes de tarification des prises en charge intermédiaires 96

Introduction

Comme précisé en annexe I, l'hospitalisation de jour de médecine représente en 2014, selon le périmètre défini par la mission, 3 069 410 séjours dont 42,9 % sont réalisés sans nuitée.

Au-delà de l'identification des potentiels de développement de l'hôpital de jour à partir des prises en charge réalisées aujourd'hui dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle et qui pourraient être réalisées sans nuitées (cf. annexe III), la question est de savoir si les conditions de développement de ces prises en charge en hôpital de jour, l'une des alternative à l'hospitalisation complète, sont réunies du point de vue notamment de :

- l'adaptation des organisations existantes au développement de ces prises en charge ;
- leur pertinence du point de vue de l'intérêt des patients et de l'efficience du système de soins ;
- l'absence de frein tarifaire et l'intérêt médical à développer cette activité.

Pour identifier les freins au développement de cette activité et les leviers à mobiliser, la mission a :

- analysé l'hôpital de jour, en tant qu'unité d'organisation des prises en charge médicales, à travers son activité, son organisation et replacé son positionnement au sein de son environnement ;
- dressé un bilan de l'instruction frontière[1] et de son impact sur les organisations et les pratiques à travers les règles de facturation qu'elle définit ;
- examiné les modalités de tarification de l'activité ambulatoire de médecine à l'hôpital.

[1] Instruction DGOS/R n° 2010-201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

1. Le développement de l'hospitalisation de jour de médecine passe par la clarification de son contenu, de son organisation et de son positionnement

Tant au travers de la faible littérature sur le sujet que des entretiens réalisés par la mission avec les responsables nationaux[2], ou lors de déplacements sur le territoire avec les agences régionales de santé (ARS) ou des structures hospitalières, la mission a constaté que la notion d'hôpital de jour (HDJ) ne fait pas l'objet d'une définition partagée.

1.1. L'hospitalisation de jour de médecine est une notion imprécise, tant dans son contenu que dans son organisation, qui conduit à une diversité d'appréciations par les établissements de santé

S'il existe un cadre juridique pour les alternatives à l'hospitalisation complète, dont l'hôpital de jour fait partie, ce cadre n'est pas normatif.

1.1.1. La définition des activités relevant de l'hospitalisation de jour est peu précise, ce qui conduit à une appréhension variable de celle-ci par les acteurs

Actuellement l'activité d'hôpital de jour et son contenu sont principalement définis à travers le code de la santé publique et l'instruction dite frontière précitée du 15 juin 2010.

1.1.1.1. L'hospitalisation de jour de médecine est une alternative à l'hospitalisation complète

Aux termes de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique, « *les alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 6121-2*[3] *ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile.*

Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensées par :

1° Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie ;

2° Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires.

---

[2] Directions d'administration centrale, ATIH, CNAMTS.

[3] « *Le schéma d'organisation sanitaire comporte une annexe établie après évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé et compte tenu de cette évaluation et des objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire.*

Cette annexe précise :

1° Les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoires de santé, par activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et par équipements matériels lourds définis à l'article L. 6122-14 ; (…) »

Dans les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, sont mises en œuvre des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale.

(...) »

1.1.1.2. L'hospitalisation de jour de médecine est définie par opposition aux activités externes et par rapport aux règles de facturation qui s'y appliquent

L'activité d'hospitalisation de jour de médecine se déduit donc :

- **par opposition aux autres prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé, à savoir les actes et consultations externes (ACE) ;**
- ***a contrario* des soins et consultations externes,** par le biais de la facturation (groupe homogène de séjour – GHS), tels que précisés par l'instruction frontière.

Ainsi, « *ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée soit en médecine de ville s'agissant du secteur libéral, soit dans le cadre des consultations ou actes externes s'agissant des établissements de santé antérieurement sous dotation globale. Par commodité de langage, ces prises en charge sont qualifiées d'« activité externe » dans la suite du texte. De même, sont également qualifiées d'« activité externe » les prises en charge donnant lieu à facturation du forfait sécurité environnement (FSE) ou du forfait de petit matériel (FFM).* »

Sont notamment visées les « *prises en charge justifiant le recours à « une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin » : les bilans diagnostiques ou thérapeutiques.* »[4]

Dès lors, **il n'existe pas de définition positive du contenu l'activité d'hospitalisation de jour**.

[4] Instruction frontière du 15 juin 2010 précitée.

Encadré 1 : Conditions de facturation d'un groupe homogène de séjours (GHS) pour les bilans diagnostiques ou thérapeutiques

« Un GHS ne peut être facturé que si la prise en charge comporte plusieurs examens (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers, et qu'une synthèse diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire en est réalisée par un médecin. S'agissant de ce dernier point, l'élaboration, à l'issue du bilan, d'un protocole de soins suivi ultérieurement en externe est un type de synthèse médicale à privilégier.

Si l'une de ces conditions n'est pas respectée, chaque acte diagnostique ou thérapeutique doit être facturé selon la nomenclature d'actes en vigueur, et dans le respect des règles de facturation de cette activité (honoraires médicaux en médecine de ville, actes externes dans les établissements antérieurement sous dotation globale).

Il convient en outre de souligner que la réalisation de plusieurs actes au cours de la même journée peut donner lieu à la facturation d'un GHS, lorsque les conditions suscitées sont respectées, y compris lorsque l'un des actes réalisés n'est pas un acte pris en charge par l'assurance maladie.

Toutefois, les actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie doivent, pour leur part, justifier l'hospitalisation.

Enfin, les RSS des séjours de moins d'une journée doivent comporter la totalité des actes réalisés, dès lors qu'ils sont « codables » avec la CCAM, y compris lorsque ceux-ci ne sont pas des actes classants au sens de la classification des GHM, ou qu'ils n'ont pas de tarif à la CCAM. »

Source : Instruction DGOS/R n° 2010-201 du 15 juin 2010.

1.1.1.3. L'activité de médecine de jour consiste principalement en la réalisation de traitements thérapeutiques et de bilans à visée diagnostique ou de suivi

Il résulte de la combinaison des articles du code de la santé publique précités, des dispositions de l'instruction frontière, des analyses statistiques réalisées par la mission et des observations réalisées lors de déplacements de la mission, que les activités réalisées en hospitalisation de jour consistent principalement à la fois en des traitements médicaux (perfusions, transfusion, pansements) et en des bilans à visées diagnostique ou de suivi.

Les données du PMSI ne permettent pas de disposer d'une description précise permettant une ventilation par nature de prises en charge.

En dépit des indications réglementaires présentées *supra*, les acteurs ont une grande latitude d'interprétation du contenu des activités qu'il leur paraît souhaitable de réaliser en hôpital de jour.

Les acteurs des établissements de santé rencontrés par la mission décrivent sans difficulté, d'un point de vue médical, la nature des prises en charge qu'ils réalisent et les pathologies qu'ils sont amenés à traiter dans le cadre des hospitalisations de jour. En revanche, l'ensemble de ces acteurs (établissements de santé (ES), CNAMTS, CPAM, DGOS, ARS[5]) s'accordent à dire que la rédaction de **l'instruction frontière** (cf. *infra* 2) **ne permet pas d'identifier clairement les activités qui doivent être prises en charge spécifiquement dans ces structures.**

[5] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Caisse primaire d'assurance maladie, Direction générale de l'offre de soins, Agences régionales de santé.

1.1.2. Les modalités d'organisation de l'hôpital de jour de médecine sont hétérogènes

1.1.2.1. Les modalités d'organisation des structures d'hospitalisation de jour de médecine sont définies par les articles D. 6124-301 et suivants du code de la santé publique

Les structures de soins d'hospitalisation à temps partiel de jour sont l'une des alternatives à l'hospitalisation complète[6]. Pour ce faire les prises en charge qu'elles dispensent sont réalisées en moins de douze heures, ne comprennent pas d'hébergement (nuitée) et s'appliquent aux patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.

Aux termes de l'article D. 6124-301-1 du code de la santé publique, ces structures doivent :

- être identifiables ;
- faire l'objet d'une organisation spécifique ;
- être organisées en plusieurs unités de soins individualisées ;
- disposer de moyens dédiés en locaux et en matériel ;
- disposer d'une équipe médicale et paramédicale, dont les fonctions et les tâches sont définies par la charte de fonctionnement[7] et dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel.

Cet article précise que l'équipe peut être composée de personnels exerçant également en hospitalisation complète sur le même site.

L'existence d'un plateau technique dédié à ces structures n'est pas impérative. En effet, *« lorsque les prises en charge requièrent l'utilisation d'un plateau technique, elles peuvent être réalisées avec les moyens en personnels et en matériel du ou des plateaux techniques existant sur le site (…).* Il peut également s'agir de l'utilisation des éléments d'un plateau technique d'un autre établissement de santé.

Toutefois, cet article précise que *« les conditions d'accès de ces unités aux divers éléments du plateau technique sont* ***organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients*** ».

En ce qui concerne :

- l'agencement et l'équipement, quel que soit le type, le volume et la programmation des prestations fournies, la structure d'hôpital de jour doit assurer *a minima* l'accueil et le séjour des patients ; l'organisation, la préparation et la mise en œuvre des protocoles de soins ; la surveillance et le repos des patients ; le stockage des produit de santé (article D. 6124-302 du code de la santé publique) ;

[6] Au même titre que l'hospitalisation à domicile (HAD) par exemple.

[7] Cf. article D. 6124-305 du code de la santé publique qui précise que cette charte précise l'organisation de la structure (personnel, horaires, organisation des soins, fonctionnement médical, indicateurs de suivi de l'activité et de la qualité des soins) les conditions de désignation et qualification du médecin coordonnateur, …

- la composition de l'équipe, quels que soient les besoins de santé de patients, la nature et le volume d'activité et les caractéristiques des soins, la structure d'hôpital de jour doit comprendre au minimum : un médecin qualifié, un infirmier diplômé d'Etat[8] (article D. 6124-303 du code de la santé publique).

Ces articles ne précisent ni la taille optimale de ces structures ni les besoins en personnels qu'elles requièrent.

Cette définition « en creux » de l'activité de médecine en hôpital de jour induit une grande variabilité des pratiques concernant les activités exercées dans ces structures par rapport aux autres prises en charge ambulatoire, **et une confusion chez les acteurs rencontrés entre le mode d'organisation de ces activités et les règles de facturation qui s'y rapportent** (cf. *infra*).

1.1.2.2. Les organisations rencontrées par la mission prennent de formes variables

Il n'existe pas d'organisation type des prises en charge de l'hôpital de jour de médecine. En effet, les textes précités du code de la santé publique laissent des marges de manœuvres aux établissements pour organiser leurs structures, notamment sur la composition du personnel et l'utilisation du plateau technique. Dès lors différents, types d'organisation peuvent être mis en place :

- dans des lits d'hospitalisation complète (y compris semaine)[9] ;
- dans des places d'hôpital de jour situées dans des services d'hospitalisation complète (y compris semaine) ;
- dans des places de jour regroupées en hôpital de jour :
  - hôpital de jour polyvalent ;
  - hôpital de jour spécialisé ;
  - hôpital de jour sectorisé (polyvalent ou spécialisé) avec des places attribuées par spécialités ;
  - unité ambulatoire médico-chirurgicale.

Les différents déplacements réalisés par la mission reflètent cette hétérogénéité (cf. tableaux en pièce jointe n° 1) :

- **l'ensemble des structures rencontrées sont de création récente[10] :**

  sur les 17 unités ayant répondu au questionnaire de la mission[11], 59 % d'entre elles ont été créées il y a moins de 5 ans. L'ancienneté moyenne de ces unités est de moins de deux ans.

  Les six unités restantes ont une ancienneté moyenne de plus de 17 ans. Il s'agit pour deux d'entre elles d'unités spécialisées en hématologie et en oncologie.

  Sur 20 structures, 8 reconnaissent que la médecine foraine est également pratiquée dans leurs établissements.

---

[8] Un médecin anesthésiste réanimateur si la structure pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire.

[9] Séjours dits forains.

[10] A l'exception des structures de cancérologie.

[11] Sur les 23 unités, quatre d'entre elles n'ont pas renseigné la date de leur création et deux unités ne seront créées qu'en 2016.

L'ensemble de ces créations de structures a donné lieu à la rédaction d'une charte de fonctionnement.

Par ailleurs, une série de projets en cours de réflexion ou de mise en œuvre pour 2016-2017 a été présentée à la mission, ce qui illustre un processus en pleine évolution, d'autant que les projets envisagés le sont souvent en deux temps avec une première étape de mise en place, puis une recomposition plus importante ;

- **les organisations rencontrées varient selon le degré de maturité des établissements,** notamment au regard de leur volume d'activité**,** de leur taille, de la structuration de leurs équipes, du type d'établissement (ex-DG ou ex-OQN) et du contexte socio-économique de leur bassin de population.

  Ainsi, sur les 23 unités médicales rencontrées :

  - 20 sont des structures polyvalentes, soit 87 % ;
  - 3 sont des structures mono-spécialités, avec par exemple le pôle neuroscience de La Timone (AP-HM) qui fonctionne sur une sous-sectorisation de la spécialité.

  Le nombre de spécialités représentées dans ces structures est en moyenne de sept et varie entre une (pour les unités mono-spécialités) et seize, avec une forte représentation des spécialités suivantes : oncologie, dermatologie, neurologie, diabétologie, gastroentérologie, neurologie, pneumologie et rhumatologie.

  Ces différents modes d'organisation reflètent les critères qui ont présidé à la mise en place de ces hôpitaux de jour, ces derniers pouvant être cumulatifs :

  - réduction capacitaire ;
  - regroupement de places dans le cadre d'un projet immobilier ;
  - nouvelle activité ;

- **la nature des prises en charge est assez homogène** et porte principalement sur la réalisation de bilans à visée diagnostique, de traitements récurrents ou de surveillances.

Tableau 1 : Illustration des organisations rencontrées par la mission

Points examinés	Observations
Date de création des hôpitaux de jour	Entre 1989 et 2015
Caractère polyvalent de la structure	19/21 (1 oncologie1 diabétologie)
Nombre de places (moyenne)	17 (CHU[12] sur-représentés)
Nombre de spécialités représentées (moyenne)	7
Spécialités les plus représentées	Dermatologie, neurologie, rhumatologie, pneumologie, diabétologie, gastroentérologie, oncologie
Existence d'un médecin coordinateur	4/20
Présence de médecine foraine	8/20
Présence d'une charte de fonctionnement	21/21

Source : réponses de 15 établissements au questionnaire de la mission. Retraitement mission.

D'une manière générale, la diversité des organisations reflète :

- la conception que les acteurs se font de d'hôpital de jour qui agit soit en **substitution** de l'hospitalisation complète ou de l'offre de ville soit en **complémentarité** de l'offre de ville (cf. *infra*) ;

[12] Centres hospitaliers universitaires.

- l'impact des réductions de capacité et de surfaces demandées aux établissements de santé depuis 2012[13] ;
- la dynamique des projets engagés au sein des établissements autour de certaines spécialités ou pôles d'activité.

1.1.2.3. Les degrés de maturité en matière de planification, programmation et de coordination sont inégaux

L'organisation de l'activité des structures prend des formes diverses tenant compte des effectifs disponibles :

- **le mode d'adressage des patients en hôpital de jour dépend du mode d'organisation de l'établissement et de ses relations avec les professionnels de ville.** Les patients sont majoritairement adressés à l'hôpital de jour par le spécialiste exerçant au sein de l'établissement de santé suite à une hospitalisation ou à une consultation, ou par orientation vers un spécialiste exerçant au sein de l'établissement à la suite d'une consultation, du médecin traitant ou d'un spécialiste consulté en ville ;
- **la planification de l'activité au sein de ces structures est diverse.** Lorsque la taille des équipes le permet, des médecins coordonnateurs sont dédiés à cette activité, qui est sinon exercée par des infirmiers. Dans la plupart des établissements cependant la présence des spécialistes pendant les plages d'ouvertures des HDJ fait l'objet d'une planification à la journée, par demi-journées ou par plages horaires dédiées. La présence médicale s'accroît avec la taille de l'unité médicale. Des réunions hebdomadaires ont été mises en place dans certaines unités de manière à passer en revue les prises en charge de la semaine à venir et identifier les éventuelles difficultés à venir (transport du patient, brancardage, acheminement des médicaments…) ;
- **la programmation donne lieu ou non à un rappel 24 ou 72 heures avant la date de la venue[14], pour s'assurer de la venue du patient et de la complétude de son dossier.** Au-delà de la programmation, les établissements rencontrés ne portent pas tous le même intérêt pour le suivi du taux de déprogrammation ou le contournent en réalisant du *surbooking*. Cette organisation est variable selon les pathologies ;

Le rôle des personnels infirmiers et tout particulièrement de l'encadrement soignant est essentiel dans l'organisation de la planification, de la programmation et du suivi du bon déroulement de la prise en charge.

Ces organisations « millimétrées » reposent sur des modalités d'entrée et de sortie efficaces et rapides (circuit identifié, rappel du patient, admission, sortie rapide avec tous les documents) et suscitent l'intérêt des *personnels* qui ne travaillent plus sur des horaires décalés ni de week-end. Elles supposent **une coordination forte de l'ensemble des processus et des acteurs** (médecins, personnels soignants, plateaux techniques, pharmacie, brancardage…).

---

[13] Notamment pour les projets immobiliers passés en comité national de validation des projets d'investissement, mis en place pour la validation des projets Hôpital 2012, devenu Copermo depuis 2013.

[14] Une venue désigne un séjour sans nuitée. Cette variabilité des délais peut être fonction de la nature de l'examen ou bilan qui sera réalisé.

Encadré 2 : Présentation du parcours du patient et de son dossier du centre hospitalier de Mâcon

- Composition de l'équipe : un médecin coordonnateur, un cadre de soins, des personnels infirmiers, une secrétaire. Une assistante sociale et des psychologues sont à disposition de la structure. Les praticiens spécialisés, les plateaux techniques ainsi que les personnels paramédicaux peuvent être mobilisés sur sollicitation du médecin coordonnateur ;
- Organisation du parcours du patient :
  - prise en charge : à la demande du médecin traitant ou d'un médecin spécialiste. La demande est prise en charge par le médecin coordonnateur qui organise le séjour. La secrétaire prépare celui-ci et les prises de rendez-vous pour les différents examens prescrits ;
  - annonce d'admission : la secrétaire contacte le patient par téléphone pour lui donner les détails de son admission (rappel possible par sms la veille) et lui précise les documents à apporter ; elle lui envoie ensuite le tout par courrier ;
  - admission : le patient est accueilli par la secrétaire qui vérifie la complétude du dossier puis le patient est installé en chambre. Le médecin coordonnateur doit le rencontrer pour l'informer des modalités de sa prise en charge sur la journée ;
  - prise en charge par l'équipe médicale : Coordonnée par le médecin précité, un personnel infirmier assure la prise en charge et le suivi des examens ou l'acheminement des médicaments, en faisant appel au besoin au service de brancardage pour l'accès aux plateaux techniques ;
  - sortie du patient : Validée par le médecin coordonnateur, qui s'assure qu'un courrier de suivi et un compte-rendu de soins est adressé au médecin traitant.

Source : Charte de fonctionnement du centre hospitalier de Mâcon.

En revanche, la mission a pu constater que les structures rencontrées ne disposent pas toutes de logiciels de planification et de programmation leur permettant de les organiser au mieux. La majorité des établissements rencontrés utilisent soit des tableurs *ad hoc* soit ont recours à une planification et une programmation sous format papier.

Compte tenu de l'importance de la programmation et de la planification des venues en médecine, l'absence d'outil informatique dédié constitue un handicap. Or, comme indiqué supra, l'hôpital de jour suppose une organisation millimétrée qui repose essentiellement sur la qualité de la programmation et de la planification.

Proposition n° 1 : Inciter les établissements de santé à doter les hôpitaux de jour des logiciels leur permettant de réaliser la planification des venues et la programmation de la prise en charge des patients

Pour ce faire, il pourrait être utile de réaliser un *benchmark* sur les outils existants sur le marché ou développés par les établissements de santé pour doter les hôpitaux de jour de tels logiciels.

1.2. Si un virage ambulatoire est annoncé, il ne fait pas l'objet, pour la médecine, d'orientations claires de la part des pouvoirs publics ni d'un pilotage et d'une gouvernance *ad hoc*

1.2.1. Le développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine s'inscrit dans le cadre du virage ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire fait l'objet depuis de nombreuses années d'orientations claires de la part des pouvoirs publics.

Ainsi, si l'expression de « virage ambulatoire », qui irrigue l'ensemble des orientations et directives adressées au monde hospitalier depuis quelques années concerne différentes thématiques, l'hôpital de jour de médecine ne fait pas l'objet d'orientations clairement définies, à la différence de la chirurgie. Cette dernière a fait l'objet de nombreuses études ou expérimentations internationales, qui ont conclu au nécessaire développement de la chirurgie ambulatoire[15].

Encadré 3 : Le virage ambulatoire

Le « virage ambulatoire » est axe fort de la stratégie nationale de santé (SNS), qui inclut la loi de santé et le plan triennal. Il comporte des enjeux visant à assurer :

- la qualité de prise en charge équivalente et un retour à domicile en toute sécurité ;
- la fluidité des parcours des patients et éviter toute rupture liée à l'hospitalisation.

Son objectif général est de recentrer l'hôpital sur les soins, au bénéfice du patient, et non plus sur l'hébergement.

Il comporte plusieurs objectifs opérationnels selon les disciplines avec des prises en charge :

- hors les murs de l'hôpital : vers les professionnels de ville (PRADO[16] SSR par exemple) ;
- hospitalières « *extra muros* » : au bénéfice des structures de dialyse hors centre et de l'HAD
- hospitalières « *intra muros* » :
  - au bénéfice des HDJ/consultations de médecine, de SSR, de psychiatrie ;
  - au bénéfice des unités de chirurgie ambulatoire pour la chirurgie.

Il a pour objectif connexe celui de la réduction de la DMS en hospitalisation complète, dans les maternités et les autres disciplines.

Source : DGOS.

Dans cette perspective, les politiques de santé dans le milieu hospitalier, définies par le gouvernement ainsi que les programmes nationaux (le dernier couvre la période 2015-2017), font référence à la priorité accordée à la poursuite de l'extension de l'ambulatoire dans le domaine chirurgical, et ce depuis 2007, par l'intermédiaire de la voie tarifaire notamment. Un objectif fixé à 66,2 % à l'horizon 2020 de part d'ambulatoire dans la chirurgie a par ailleurs été fixé[17].

---

[15] Rapport IGF/IGAS sur les perspective du développement de la chirurgie ambulatoire (n° 2014-M-034 et 2014-039R) de juillet 2014.

[16] Programme d'accompagnement du retour à domicile.

[17] Instruction n° DGOS/R3/2015-296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.

Ce taux s'explique notamment par l'affirmation depuis 2010 de cette pratique comme la référence en chirurgie en raison de ses avantages multiples[18]. Pour ce faire un taux de 50 % de chirurgie ambulatoire a été fixé dans la stratégie nationale de santé (SNS) à l'horizon 2016, inscrit et décliné dans la contractualisation entre l'État et les agences régionales de santé (ARS)[19]. Des objectifs et indicateurs[20] ont également été mis en place pour suivre l'évolution de cette activité.

À l'inverse, si l'ambulatoire représente 43 % de l'activité de médecine programmée réalisée à l'hôpital[21], son développement dans le cadre du virage ambulatoire est une orientation récente qui fait l'objet d'initiatives diverses et pour l'instant inabouties au plan national. Les prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine se sont notamment développées, sous le coup des réductions capacitaires (saturation des unités, diminution du nombre de lits, importance des hospitalisations en provenance des urgences), des évolutions thérapeutiques et des flux importants de prises en charge de courte durée.

1.2.2. Au niveau national, les documents de contractualisation entre l'Etat et les Agence régionales de santé ne font pas du développement de l'hôpital de jour une priorité clairement identifiée

Conformément aux dispositions de l'article L. 1433-2 du code de la santé publique, « *les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées signent avec le DGARS un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de l'Agence. Ce contrat est conclu pour une durée de quatre ans et est révisable chaque année* ».

Les CPOM intègrent un volume d'activité cible par région sur les champs de médecine, de chirurgie et de SSR. Ils ont pour objet d'assurer un alignement minimum entre les contraintes nationales et les dynamiques régionales[22].

La fixation des objectifs s'appuie notamment sur l'estimation de l'impact économique de la partie hospitalière du schéma régional de l'offre de soins (SROS) et sur le taux de recours aux soins de la population domiciliée dans la région. Ils concernent notamment certains segments d'activité ciblés ou certains modes de prises en charge tels que la chirurgie ambulatoire. **Les prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine n'étant pas couvertes par des priorités nationales**, **les CPOM Etat/ARS ne comportent pas à ce jour d'objectifs en la matière.**

---

[18] Amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge des patients, optimisation de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie, réduction des coûts par rapport à la chirurgie classique avec hébergement, amélioration du parcours du patient…

[19] Cf. rapport IGF-IGAS n° 2014-M-034 relatif aux perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire (juillet 2014).

[20] Instruction n° DGOS/R3/2015-296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.

[21] Ce constat chiffré, sur le périmètre de la médecine programmée retenu par la mission est détaillé dans l'annexe I.

[22] Circulaire DGOS/R5 n° 2011-485 du 21 décembre 2011 relative au guide sur le pilotage de l'activité des établissements de santé.

Le contenu des CPOM conclus entre l'Etat et les ARS est pris en compte dans le projet régional de santé (PRS) et décliné dans les CPOM ARS/établissements. Toutefois, les engagements pris par les ARS dans le cadre des contrats passés avec l'Etat ne constituent pas une référence systématique lors de la négociation avec les établissements.

Si le développement de l'hôpital de jour ne fait pas l'objet de priorités et d'objectifs dédiés dans les documents de contractualisation entre l'Etat et les ARS, selon la DSS, un chantier a été lancé dans le cadre du plan ONDAM, qui mobilise les régions depuis janvier 2015 (cf. encadré *infra*). Toutefois, cette démarche qui vise au développement de l'hôpital de jour ne recouvre qu'imparfaitement et partiellement celle conduite et proposée par la mission (cf. annexe III).

Encadré 4 : Mobilisation des régions dans le cadre du plan ONDAM

Dans le cadre du plan ONDAM 2015-2017, l'hôpital de jour :

- fait partie des plans d'actions régionaux 2015-2017 qui ont été demandés aux réseaux ARS et CPAM en juillet dernier 2015 ;
- est au cœur des feuilles de route stratégiques et opérationnelles des établissements de santé engagés dans le plan[23] ;
- est au cœur du dispositif d'appui ANAP[24] *ad hoc* lancé par l'agence à l'été 2015 (cf. *infra*) ;
- est régulièrement à l'ordre du jour des différentes instances de pilotage auxquelles participent les régions (Groupe de déploiement, Séminaire ROP, etc.).

Le projet « développement de l'hôpital de jour » est présenté aux régions comme une démarche en deux temps :

- optimisation des capacités « existantes » d'hospitalisation complète en médecine (réduction de la DMS, amélioration du parcours, gestion des lits, etc.) ;
- développement, le cas échéant et si nécessaire, d'unités d'HDJ.

Source : Direction de la sécurité sociale.

Un message fort doit être adressé aux professionnels, par l'intégration de priorités et d'objectifs dans les CPOM Etat/ARS et d'outils dédiés (cf. annexe III). Cependant, le cloisonnement des directions concernées au sein du ministère de la santé ne favorisent pas aujourd'hui un développement optimal de ces pratiques au niveau local.

1.2.3. Au niveau régional, l'action des agences régionales de santé porte principalement sur le développement de la chirurgie ambulatoire

Il résulte de ce qui précède, tant en termes d'objectifs que de suivi, que seule la chirurgie ambulatoire fait l'objet d'une attention systématique de la part des agences régionales de santé (ARS) et d'une contractualisation[25], contrairement à celle portée à la médecine ambulatoire.

[23] Support non contractuel de formalisation des cibles et de la démarche opérationnelle des établissements de santé sur le triennal.

[24] Agence nationale d'appui à la performance.

[25] Sur les documents de contractualisation cf. Annexe III encadré n° 2.

Les différents déplacements réalisés par la mission dans les ARS[26] le confirment. Ainsi sur les six ARS rencontrées :

- une s'est véritablement emparée de la problématique de développement et d'accompagnement de l'ambulatoire de médecine à l'hôpital, organisant des séances de présentation aux établissements hospitaliers de la région d'un *modus operandi* mis au point dans le centre hospitalier du siège ;
- trois ont amorcé une réflexion qui passe par des études fines des données statistiques recueillies auprès des hôpitaux et la recherche des potentialités de développement de l'ambulatoire de médecine. ;
- la venue de la mission a permis aux deux autres de mieux appréhender le potentiel que le développement de cette activité pouvait générer.

Il appartient aux ARS de s'approprier les objectifs nationaux et d'organiser leur déclinaison en les adaptant aux caractéristiques de leurs territoires de santé. En effet, certains établissements ont regretté l'absence d'appui ou de prise de position des ARS quant aux projets d'HDJ qui leur avaient été présentés.

Proposition n° 2 : Impliquer les ARS dans les projets d'hôpital de jour des établissements en tenant compte des spécificités de l'offre de soins et des caractéristiques sanitaires et sociales des populations

Pour ce faire, il conviendra de prendre en compte les spécificités des territoires de santé, à la fois en termes de caractéristiques socio-démographiques et de structuration de l'offre de soins, dans les réflexions conduites par les ARS.

1.3. Le développement des prises en charge en hôpital de jour de médecine est freiné par des facteurs de nature diverse

Le manque de référentiels médicaux, l'absence de recommandations en termes d'organisation et d'analyse médico-économique des différentes organisations possibles ainsi que les difficultés de facturation induite par l'instruction frontière, qui font l'objet de développements détaillés dans la suite de cette annexe et dans l'annexe III, constituent des freins au développement de l'activité ambulatoire.

D'autres freins contraignent le développement de l'activité de médecine en hôpital de jour et expliquent en partie le retard relatif pris par rapport à la chirurgie. Ils sont particulièrement ressentis dans certains établissements, au sein desquels les réticences au changement et les problématiques capacitaires sont importantes.

Encadré 5 : Autres freins identifiés par la mission

- **Freins culturels et organisationnels :**
  - réticences du corps médical liées notamment à l'exercice de l'activité en dehors du service, à la multiplication des lieux d'exercice et à la transparence des agendas ;
  - taille de l'équipe insuffisante. L'organisation qu'induit un hôpital de jour suppose de disposer d'une équipe ayant une taille critique suffisante pour organiser les prises en charge et d'y dédier un temps médical important ;
  - manque de disponibilité médicale dans une discipline et/ou de coordination médicale autour de plusieurs disciplines ;
  - absence d'intégration des hôpitaux de jour à l'organisation des plateaux techniques, qui sont communs à l'ensemble des services des établissements

[26] Bourgogne, Loire-Atlantique, Lorraine, Midi-Pyrénées, Picardie et Provence Alpes Cotes d'Azur.

et souvent très largement utilisés pour les urgences ;
  - configuration des locaux peu adaptée. Les services sont parfois dispersés dans plusieurs étages ou différents bâtiments ;
  - absence de guides pratiques présentant des organisations optimales ;
  - absence d'outils de programmation et de planification dédiés.
- Freins exogènes :
  - démographie médicale du territoire ;
  - caractéristiques de la patientèle (socio-économiques, isolement, éloignement géographique) justifiant des solutions de prises en charge spécifiques ;
  - absence de « discours » de sociétés savantes sur le thème du développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine, qui seraient un facteur incitatif pour le corps médical et les patients ;
  - messages contradictoires des tutelles (par exemple en matière d'addictologie[27]).

Source : Mission.

Encadré 6 : Questions posées par la mise en place d'un hôpital de jour et solutions possibles

- Difficultés identifiées :
  - définition du type de patient à prendre en charge : ponctuel ou récurrent ?
  - logique de discipline ou fonctionnelle de la structure ? Ex : hôpital de jour de gastroentérologie, de rhumatologie, de néphrologie ou hôpital de jour de bilan médical
  - comment assurer une réelle séniorisation : disponibilité et identification des responsables,
  - dans un hôpital de jour mutualisé comment éviter que telle ou telle discipline ait plus de poids qu'une autre ?
  - nécessité d'un coordonnateur médical ;
  - l'espace et l'architecture sont-ils vraiment adaptés à un hôpital de jour ?
  - quelle est la meilleure configuration : 10, 15 ou 30 places ?
- Préconisations :
  - définir le parcours du patient selon qu'il s'agit d'un patient récurrent ou ponctuel ;
  - assurer la gestion des flux (appel la veille, prévoir une arrivée échelonnée des patients, définir le type de chambre, mettre en place une fiche navette médicale, formaliser la sortie)
  - cibler les dysfonctionnements à régler (patients non programmés, déprogrammation, annulation, conflit d'agendas médicaux)
  - mise en place d'une cellule d'ordonnancement ;
  - mise en place d'un règlement intérieur ;
  - suivre et évaluer les résultats (nombre de venues par places et par jour, taux de déprogrammation, suivi des annulations et des doublons).

Source : COPIL Ambulatoire – CHU de Nantes.

[27] La circulaire n° DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie promouvait la mise en place d'hôpital de jour de médecine. Les contrôles de l'assurance maladie ont ciblé des similitudes de contenus entre HDJ MCO et HDJ SSR, entrainant des sanctions financières.

1.3.1. Les difficultés de facturation induites par l'instruction frontière posent la question d'une définition plus précise des prises en charge éligibles à l'hospitalisation de jour de médecine

L'instruction frontière, et les règles de facturation qui en découlent, concentre l'essentiel des griefs formulés par les établissements de santé dans l'exercice de leur activité ambulatoire. Les établissements éprouvent en ce qui concerne la réalisation de bilans (à visée diagnostique ou de suivi), des difficultés à savoir ce qui ressort strictement de l'hospitalisation de jour[28].

À l'inverse, la qualification des prises en charge de médecine en hospitalisation complète ne suscite pas de difficultés, ce qui s'explique par l'absence ou la faiblesse des contrôles sur la pertinence de la facturation d'une hospitalisation complète au regard d'une hospitalisation partielle voire d'actes et consultations externes.

Tableau 2 : Exemple d'activités dont la prise en charge est autorisée ou non en hospitalisation de jour[29]

Nature de la prise en charge	Activités autorisées en hôpital de jour	Activités non autorisées en hôpital de jour
Prises en charge justifiant le recours à une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin (bilans et diagnostics)	X	
Activité "externe" relevant d'une facturation à l'acte selon les règles de la CCAM ou de la NGAP		X
Actes ouvrant droit un forfait sécurité environnement (FSE) ou petit matériel (FPM)		X
Actes nécessitant la surveillance prolongée du patient (sauf certaine surveillance prolongée exceptionnelle, en raison d'un terrain particulier du patient)		X
Soins non programmés avec facturation d'un ATU		X
Actes de biologie "usuelle" ou de radiologie non interventionnelle, même multiples ou réalisés sur des plateaux techniques différents		X
Traitements ophtalmologiques ou dermatologiques utilisant un laser et réalisés sans anesthésie		X
Tests (d'effort, urodynamiques, épreuves fonctionnelles respiratoires, …)		
Consultations multidisciplinaires prises en charge au titre des missions d'intérêt général		X
Terrain à risque du patient	X	

Source : Instruction DGOS/R n° 2010-201 du 15 juin 2010.

Ainsi, le manque d'adéquation entre la réalité médicale de l'activité, notamment en ce qui concerne la réalisation de bilans, et le risque de requalification en « actes et consultations externes », au regard des règles de facturation de l'instruction frontière, freinerait les acteurs dans leurs projets de développement d'hôpitaux de jour et l'articulation de ces derniers avec les autres types de prises en charge ambulatoire.

[28] Ces éléments sont détaillés dans la deuxième partie de la présente annexe.

[29] Et permettant la facturation ou non d'un GHS, cf. Annexe IV « PMSI ».

1.3.2. Le manque de guides pratiques relatifs à l'organisation des hôpitaux de jour conduit les établissements à s'emparer du sujet de façon inégale

Au-delà du chantier conduit par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) (cf. *infra*), certains établissements aidés par leurs ARS ont éprouvé le besoin de se doter d'outils de diagnostic afin de développer une activité de médecine sans nuitée.

Il s'agit pour ces établissements d'identifier les leviers indispensables, ou les plus efficaces, permettant d'aborder au mieux le « virage ambulatoire » dans ce domaine : élaborer un état des lieux intégrant, selon les cas, l'analyse fine des séjours de courte durée, le type de pathologies concernées, les caractéristiques immobilières de l'établissement, la situation socio-économique de la zone de couverture, la « maturité du corps médical », la situation en termes de ressources humaines de l'établissement, etc. L'encadré ci-après décrit une démarche suivie par l'ARS de Lorraine et pilotée par le CHRU de Nancy, que la mission a considérée comme pertinente.

De l'avis des établissements, l'élaboration de guides pratiques d'organisation des structures d'hospitalisation de jour de médecine est un des éléments indispensable au développement de cette pratique/ de ces structures.

Encadré 7 : Présentation de la méthode utilisée par le CHRU de Nancy

Dans le cadre de son « plan de refondation », le CHRU de Nancy a identifié un axe destiné à « améliorer le parcours du patient ». Au sein de cet axe, deux actions ont été répertoriées, développer l'ambulatoire (médecine et chirurgie) et organiser le parcours du patient selon le type de prise en charge.

Le constat de départ résulte de l'absence de stratégie d'établissement visant à offrir des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, d'une dispersion de structures d'hôpital de jour (19 unités sur 3 sites distincts), d'une absence de mutualisation entre celles-ci ainsi que de parcours patients ciblés.

La pertinence de la démarche est la suivante : état des lieux, (implantations, données d'activité, définition d'un potentiel, audit organisationnel), recensement des besoins (en termes de prise en charge et de locaux), définition des principes organisationnels, mise en œuvre d'un plan d'actions dans un calendrier précis.

La mission a pu constater que ce travail avait été mené de manière approfondie, en utilisant notamment des outils cartographiques performants dans le domaine immobilier.

L'étude du potentiel, fondée sur ce travail ainsi que sur les données d'activité recueillies, a permis d'isoler, à l'instar de ce qu'a pratiqué la mission sur la totalité du territoire métropolitain, les séjours de 0 nuit réalisés en hospitalisation complète (HC), d'une et deux nuits, etc., le tout recoupé avec la base de données inter-CHU. En pratiquant les mêmes exclusions que celles retenues par la mission au niveau national, le CHRU est parvenu à arrêter un potentiel théorique de transfert de près de 4 000 séjours (sur 44 000 venues et séances en 2014).

Dans un second temps, le CHRU a opéré un *benchmark* avec le travail effectué dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, en l'adaptant aux spécificités de l'activité de médecine. Ce travail a permis la conduite d'un audit organisationnel, s'inspirant des pratiques de l'ANAP et de la HAS, aboutissant à la définition d'axes d'un plan d'actions permettant de corriger toutes les déficiences constatées à l'occasion de l'audit.

Pour ce qui concerne le recensement des besoins, l'équipe projet a rencontré tous les médecins référents, par spécialité, afin d'affiner les constats et de valider le plan, en fonction des pathologies, des traitements, des évolutions thérapeutiques connues, etc…

Les « principes organisationnels fondamentaux » qui découlent de l'ensemble de ce travail (par exemple, identification de leaders médicaux et paramédicaux, identification des points de blocage possibles avec les services prestataires – brancardage, pharmacie, - optimisation

de l'utilisation des places, programmation-pré-admission-accueil-parcours, sortie, éducation thérapeutique, etc.) sont pilotés par un comité stratégique, dont la responsabilité est confié à quatre praticiens, assistés de huit médecins référents.

Le projet a été présenté fin octobre 2015 à l'ensemble des établissements de santé de Lorraine, sous l'égide de l'ARS et doit être lancé au premier trimestre 2016.

La direction de l'ARS de Lorraine a jugé plus pertinent de faire présenter cette démarche directement par l'équipe du CHRU, la parole de "pairs" étant souvent considérée comme plus légitime que l'information descendante délivrée par une ARS.

Source : Entretiens réalisés en octobre 2015 à Nancy (ARS et CHRU).

Au niveau national, plusieurs types d'outils sont à mettre à disposition des acteurs pour favoriser le développement de l'hôpital de jour (cf. annexe III). Sans préjudice de la nécessaire plasticité des organisations mises en place, les acteurs sont en attente de guides pratiques organisationnels et médico-économiques qui leur permettraient d'appréhender et de développer plus facilement l'hôpital de jour de médecine.

Il conviendrait d'accompagner les référentiels développés pour chaque type de spécialité (cf. annexe III) de la rédaction de guides opérationnels associant recommandations d'ordre organisationnel et médico-économique (à l'instar de ce qui a été fait par la HAS sur la chirurgie ambulatoire ou sur la chimiothérapie en HAD).

Proposition n° 3 : Rédiger des guides opérationnels et médico-économiques en lien avec les réflexions en cours à l'ANAP

Il importera d'articuler la rédaction de ces guides organisationnels et médico-économiques avec la démarche méthodologique d'accompagnement des établissements lancée par l'ANAP sur la période 2015-2017.

En effet, l'ANAP dans le cadre de son chantier, engagé en septembre 2015, vise à élaborer une méthodologie de création et d'organisation des unités d'hospitalisation de jour multidisciplinaires de médecine. Cette démarche s'appuie notamment sur un groupe de sept établissements considérés comme les plus avancés de manière à produire un modèle pouvant être mis à disposition des ARS et des ES permettant de démarrer la pratique des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine.

Encadré 8 : Présentation du chantier de l'ANAP « Accompagner le développement des hôpitaux de jour de médecine »

Le chantier piloté par l'ANAP sur l'hôpital de jour est l'un des sous-projets de son projet global « Moins de surfaces pour de meilleurs soins » dont la réalisation s'échelonne jusqu'en 2017. Il est conduit en quatre phases :

- 1 - Apprécier quantitativement et qualitativement l'activité ambulatoire en médecine :
  - réalisation d'un référentiel des prises en charge en hôpital de jour avec les praticiens et identifications de freins ;
- 2 - Définir le modèle d'organisation cible pour l'hôpital de jour :
  - poursuivre le développement de l'activité et garantir les recettes T2A[30] ;
  - revoir le circuit de prises en charge ;
  - lisser l'activité et la charge de travail par une meilleure adaptation charge en soins/moyens ;
  - redéfinition des rôles sur la fonction de programmation/accueil physique/accueil téléphonique ;

[30] Tarification à l'activité.

- mutualisation partielle des IDE ; réduire les contraintes de fonctionnement dues aux prestataires.

- 3 – Préparer l'organisation de la nouvelle unité « HDJ » :
  - fiabiliser l'activité prévisionnelle par catégorie et typologie ;
  - préparer les organisations à partir des travaux des sites pilotes et associant les médecins et cadres identifiés ;
  - constituer et former les équipes paramédicales de chaque hôpital de jour mutualisé
  - Mettre en place les nouvelles organisations définies à partir des travaux des sites pilotes.
- 4 – Réaliser un benchmark avec d'autres établissements en avance sur le sujet : permettre à l'ensemble des acteurs de partager les bonnes pratiques avec d'autres établissements.

Source : ANAP. Novembre 2015.

1.3.3. Les réflexions relatives à la mise en place et à l'organisation des hôpitaux de jour devront s'inscrire dans les logiques de coopération hospitalières

Le ralentissement de la croissance des moyens alloués, l'inégale répartition des expertises médicales, les innovations techniques et pharmaceutiques et le vieillissement de la population poussent à une recomposition en profondeur, envisageant les parcours de soins des patients à l'échelle des territoires (cf. *infra*).

La réflexion autour du développement de l'hôpital de jour de médecine doit faire partie intégrante de celles conduites sur la structuration de l'offre de soins en réponse aux besoins territoriaux, et donc de celle qui doit être menée sur les groupements hospitaliers de territoires (GHT). En effet, la nouvelle articulation territoriale proposée par le GHT repose la question du champ d'activité de l'hôpital de jour, de son rôle, ainsi que celles du maillage territorial pertinent[31] et de la taille critique des structures et des équipes. Ce groupement a pour objectif une prise en charge du patient dans le cadre de filières de soins identifiées et décrites dans le cadre d'un projet médical partagé.

Le rôle joué par les ARS sera essentiel, notamment lors de l'approbation de la convention constitutive des GHT, pour conduire la construction, en commun, d'une nouvelle ingénierie territoriale à même de développer l'hospitalisation de jour dans toutes ses composantes et de dégager des parcours de soins progressivement plus personnalisés.

Par ailleurs, l'ARS est, dans le cadre des SROS et des autorisations accordées, seule en mesure d'organiser les réorganisations et coopérations nécessaires, à la fois entre les établissements sanitaires publics et privés et entre ces derniers et les établissements médico-sociaux, afin de permettre une refonte des prises en charge hospitalières de médecine fondée sur le développement de l'hospitalisation de jour.

Encadré 9 : Les groupements hospitaliers de territoire (GHT)

L'objectif des GHT est de sortir de postures concurrentielles qui conduisent, d'une part, à un défaut d'offre et de recours sur certaines prises en charge et, d'autre part, au maintien

[31] Le GHT peut permettre de structurer une réponse à la nécessité d'exercice en équipe et de permettre un accès gradué à des spécialités médicales.

d'activités redondantes et non sécurisées.

L'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé fait obligation à chaque établissement public de santé d'être partie à une convention de groupement hospitalier de territoire dont l'objet est de « *permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité* ».

Ce cadre législatif devrait être de nature à favoriser le développement des prises en charge hospitalière ambulatoire de médecine sur les aspects suivants :

- parmi les quatre délégations légales obligatoires[32] des établissements membres du GHT vers l'établissement support figurent le système d'information et la gestion du Département d'Information Médicale (DIM) de territoire ;

Cette disposition offre une opportunité de rendre interopérable les systèmes d'information ;

- l'organisation commune de la biologie et de l'imagerie médicale s'impose à chaque GHT ;

Cet aspect est déterminant car ce plateau technique constitue souvent, faute de coordination territoriale, un réel frein au développement de l'ambulatoire hospitalier ;

- l'association obligatoire des unités publiques d'hospitalisation à domicile (HAD) à l'élaboration du projet médical partagé des GHT sur leur aire géographique d'autorisation, ce qui favorisera une meilleure organisation des flux d'aval pour les patients pris en charge en hôpital de jour de médecine.
- la convention constitutive du GHT pourra également comprendre la délégation à l'établissement support d'activité assumée jusque-là par les autres membres.

Source : Mission groupements hospitaliers de territoires –rapport intermédiaire – mai 2015. Loi de modernisation de notre système de soin n° 2016-41 du 26 janvier 2016..

1.4. Le développement et l'organisation de l'hôpital de jour doivent être pensés en articulation avec les autres segments du système de santé

Les contours et l'organisation présents et futurs de l'hôpital de jour de médecine sont liés à son positionnement au sein d'un ensemble de prises en charge, qui vont des soins dispensés dans les établissements de santé jusqu'aux prises en charge à domicile.

Toutefois le rôle respectif de l'hôpital de jour et de ces autres formes de prise en charge est loin d'être établi de façon claire, et l'hospitalisation de moins d'un jour peut, selon les cas, les suppléer, les compléter ou les concurrencer, et ce dans le cadre de « parcours de soins » articulés de façon plus ou moins explicite.

Les situations varient à la fois selon les pathologies traitées, les régions et les territoires. Elles sont évolutives, en fonction de la diffusion d'innovations thérapeutiques, techniques ou technologiques susceptibles de transformer les modalités de traitement et de suivi des patients.

Le vieillissement de la population est aussi appelé à modifier au fil du temps les fonctions et le positionnement de l'hôpital de jour.

[32] Il s'agit de la stratégie, de l'optimisation et de la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent ; de la gestion d'un département d'information médical de territoire ; de la fonction achats ; et de la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continus (article L. 6132-3-1 du code de la santé publique).

Ces différentes articulations dépassent le champ de la mission, mais sont un élément de contexte incontournable à prendre en compte. Les développements *infra* se limitent à une présentation du positionnement de l'hôpital de jour dans son environnement, en identifiant les enjeux principaux de son articulation avec les autres segments du système de soins.

1.4.1. Le positionnement de l'hôpital de jour présente de fortes différences selon les filières de soins et les territoires

1.4.1.1. L'hôpital de jour s'inscrit dans un continuum de modes de prise en charge, avec des relations de proximité plus ou moins étroites

Au-delà de sa seule interface avec l'hospitalisation conventionnelle, l'hôpital de jour apparaît comme une modalité d'un ensemble de solutions de prises en charge constituant des alternatives à l'hospitalisation complète ou visant à assurer un suivi spécialisé, coordonné ou pluridisciplinaire des patients, notamment ceux qui sont touchés par des pathologies lourdes, complexes ou multiples.

1.4.1.1.1. L'hôpital de jour de médecine « côtoie » un ensemble d'alternatives à l'hospitalisation complète

Les autres alternatives à l'hospitalisation complète sont :

- l'hospitalisation à domicile (HAD), dont les activités qui ont une proximité avec l'hôpital de jour concernent principalement les soins techniques de cancérologie (chimiothérapie et surveillance post-chimiothérapique), les traitements intraveineux et les soins palliatifs[33], ainsi que certaines prises en charge « médico-sociales » comme les services de soins infirmiers à domicile[34] (cf. *infra*) ;
- les soins de suite et de réadaptation (SSR), qui s'adressent pour la moitié des séjours à des patients âgés pris en charge pour des séjours longs (la durée moyenne de séjour (DMS) est de 34 jours), notamment pour des soins traumatologiques ou ostéo-articulaires, mais qui incluent certaines activités de courte durée ou ambulatoires, notamment des contrôles, des avis et conseils (par exemple diététiques) ou des prises en charge en matière d'addictologie et d'alcoolisme[35] ;

---

[33] Anissa Afritea, Mylène Chaleix, Laure Com-Ruelle et Hélène Valdelièvre, « L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients », *Questions d'économie de la santé*, n° 140, mars 2009.

[34] Cour des comptes, « L'hospitalisation à domicile », in *La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2013 et « *L'hospitalisation à domicile. Evolutions récentes* », Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle de la loi de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée Nationale, décembre 2015.

[35] F. Coquet et H. Valdelièvre, « Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins », *Dossiers solidarité et santé*, n° 23, 2011 ; Cour des comptes, « Les activités de soins de suite et de réadaptation », in *La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2012 ; « Soins de suite et réadaptation : les patients de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours », Etude et Résultats, décembre 2015 n°°0943.

- les prises en charge ambulatoires en psychiatrie, qui peuvent aussi être sollicitées pour le suivi des patients consommateurs de substances psycho-actives, ainsi que de certains patients atteints de troubles psychiques liés au vieillissement[36].

1.4.1.1.2. L'hôpital de jour est en relation ou en concurrence avec divers modes de prise en charge visant à assurer un suivi spécialisé, coordonné ou pluridisciplinaire des patients

Une première zone « d'adhérence » concerne les consultations pratiquées, en lien ou non avec le médecin traitant, par les médecins spécialistes :

- en cabinet de ville, lorsque ces consultations sont couplées à une série multiple d'examens ou d'actes exploratoires destinés à permettre un diagnostic et la définition d'une prise en charge lourde ou complexe, ou lorsqu'elles procèdent du suivi périodique ou de l'adaptation de traitements qui y affèrent ;
- dans les établissements de santé, lorsque la réalisation « d'actes ou de consultations externes » (ACE) s'appuie sur les plateaux techniques hospitaliers et nécessite un temps d'exécution (ponctions), de réflexion, de discussion collective ou de coordination avec d'autres professionnels plus important que la moyenne.

L'hôpital de jour entretient par ailleurs des relations de proximité avec une pluralité de structures ou d'organisations chargées de favoriser une prise en charge coordonnée et pluri-professionnelle des parcours de soins. Ces diverses formes de coordination, qui visent des patients principalement pris en charge en ambulatoire, se sont « sédimentées » au fil du temps par pathologie ou par public et peuvent s'exercer dans des cadres territoriaux spécifiques[37], comprennent notamment :

- les structures de coordination pluri-professionnelles de proximité à vocation généraliste, (maisons, pôles et centres de santé) ;
- des organisations spécifiques par pathologie, qui prennent principalement la forme de réseaux de santé financés par le fonds d'intervention régional (FIR), mais aussi de programmes, proches de l'éducation thérapeutique tels que ceux mis en place par l'assurance maladie à l'intention des patients diabétiques ou asthmatiques (Sophia[38]) ;

---

[36]. Magali Coldefy, Philippe Le Fur, Véronique Lucas-Gabrielli et Julien Mousquès, « Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale », *Pratiques et Organisation des Soins* , vol.40., n° 3, juillet-septembre 2009.

[37] IGAS, Évaluation de la coordination d'appui aux soins, Rapport établi par Philippe Blanchard, Laurence Eslous et Isabelle Yeni, décembre 2014.

[38] S'y ajoutent des modalités plus limitées de coordination, tels que le protocole Action de Sante Libérale En Equipe (ASALEE), qui vise à promouvoir des coopérations entre médecins et infirmiers pour le suivi ou le dépistage de certaines pathologies.

- des dispositifs de coordination dédiés à des publics particuliers comme les personnes âgées ou handicapées (« filière gérontologique », CLIC[39], programme PAERPA[40], MAIA[41], MDPH[42]), et qui peuvent mettre en œuvre une coordination à vocation principalement clinique ou à dimension médico-sociale.

1.4.1.2. Les différents modes de prise en charge sont à « géométrie variable » et plus ou moins présents selon les territoires

Les places respectives et les liens entre l'hôpital de jour et ces diverses solutions de prises en charge sont, et seront fortement dépendants à l'avenir, du contenu précis de leurs activités, de leur diffusion sur le territoire et de leur capacité à s'inscrire dans des parcours de santé coordonnés.

Or, il n'existe pas d'étude sur l'analyse globale de l'articulation effective de l'activité de ces différents segments du système de soins. Les études disponibles[43] décrivent le plus souvent l'activité de chacun de ces segments, en se fondant sur les nomenclatures spécifiques qui servent de base à leur suivi médico-administratif (par exemple la NGAP et la CCAM pour les actes et consultations externes, cf. 3.2), sans les replacer dans leur environnement.

L'appréciation des concurrences ou des complémentarités qui peuvent exister entre ces modes de prise en charge et les activités de médecine réalisées en hôpital de jour n'est donc pas possible et nécessiterait des études spécifiques, à la fois par spécialité et à différents niveaux géographiques. C'est en particulier le cas pour les actes et consultations externes réalisées en milieu hospitalier, en ce qui concerne leur position dans les parcours des patients, entre recours aux soins de ville et hospitalisation éventuelle.

Encadré 10 : Actes et consultations externes réalisés dans les établissements de santé

Les actes et consultations externes (ACE) réalisés dans les établissements de santé (publics et privés à but non lucratif) forment un ensemble divers et relativement peu étudié.

La direction de la Sécurité sociale (DSS) y a consacré un développement dans le rapport de septembre 2015 de la Commission des comptes de la santé. Si l'on s'en tient aux prestations référencées par la NGAP et la CCAM (sans y inclure comme le fait la DSS les forfaits urgences, petits matériels ou « sécurité environnement), ces ACE représentaient en 2014 un volume d'environ 249 millions d'actes pour un montant de montant de dépenses remboursées de 3,2 M€. Ces activités se concentrent sur les consultations de spécialistes et de généralistes (30,6 % des dépenses), ainsi que sur les actes de biologie et d'imagerie (respectivement 13 et 15,5 %). Ils sont majoritairement dispensés au sein des centres hospitaliers, et, dans une moindre mesure, des centres hospitaliers régionaux (CHR). Leur progression a été particulièrement soutenue sur la période 2008-2014, avec une dépense

[39] Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), qui sont des lieux d'accueil de proximité destinés à fournir aux personnes âgées et à leurs familles : information, conseil et orientation.

[40] Le programme expérimental Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA).

[41] Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) sont des structures destinées à coordonner la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et à offrir un accompagnement à leur entourage.

[42] Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) sont chargées, dans chaque département, de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches, en proposant un guichet unique pour toutes les démarches liées aux diverses situations de handicap.

[43] Telles que les études citées plus haut sur les SSR ou l'HAD, celles, très limitées, sur les ACE, ou les bilans des programmes Sophia ou PAERPA.

croissant en moyenne de 5 % en moyenne par an, y compris s'agissant des consultations de généralistes qui ont contribué pour plus du quart à leur croissance. Une partie de cette progression est liée, dans une proportion difficile à déterminer, aux reclassements d'activité opérés dans le cadre de l'instruction frontière, mais aussi, s'agissant des consultations de généralistes, à l'organisation de la permanence des soins. S'agissant des consultations de spécialistes, la DSS constate, pour certaines régions (par exemple l'Ile-de-France ou la Basse-Normandie) une relation inverse entre la dépense observée au titre des ACE et l'offre libérale de spécialistes de secteur 1, montrant que les consultations externes à l'hôpital peuvent dans certains cas pallier à des difficultés d'accès à des soins spécialisés à tarifs opposables.

L'analyse, également très globale, réalisée par la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), sur la période 2009-2011, n'avait quant à elle pas mis en évidence de corrélation systématique entre l'activité régionale en ACE et la densité de spécialistes. Une étude plus récente conduite sur l'année 2013 montre par ailleurs qu'environ un cinquième des actes ACE sont liés à un séjour hospitalier et un quart à une urgence. Les spécialités médicales donnant le plus de place aux ACE sont à forte dominante hospitalière (médecine interne, hématologie, oncologie médicale), mais leur part est aussi significative pour en matière d'endocrinologie. Les patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et de l'aide pour l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) y ont un recours plus élevé que la moyenne, notamment pour les ACE programmés.

Ces études ne délivrent cependant pas d'informations sur le positionnement des ACE dans les parcours des patients, au regard de leur état de santé et de leur recours antérieur ou ultérieur aux soins de ville ou à l'hospitalisation, ni sur le contenu et la lourdeur des soins qui y sont pratiqués, notamment dans le cadre des consultations.

Source : DSS, CNAMTS.

Proposition n° 4 : Développer les études sur la médecine ambulatoire et son positionnement dans la « chaine » des prises en charge

Un programme d'études pourrait être lancé, à partir du PMSI et du SNIIRAM, sur l'articulation entre hospitalisation complète et hospitalisation de jour, et les actes et consultations externes, que ce soit en établissement de santé ou en ville. Cette étude supposerait d'identifier les consultations longues et complexes.

L'ensemble des rapports et éléments d'information disponibles mettent l'accent sur l'hétérogénéité et la variabilité des différentes formules de prises en charge ou de coordination évoquées précédemment, qui concernent à la fois :

- **le contenu et le fonctionnement de leurs activités** : diversité des thématiques et des degrés de spécialisation des réseaux de santé, accès ou non à des soins de second recours au sein des structures pluri-professionnelles de proximité, intensité des coopérations et de la coordination entre professionnels de ces structures, attention plus ou moins forte accordée aux actions de prévention, d'éducation thérapeutique et de suivi de l'observance des traitements ; association plus ou moins explicite des dimensions sanitaire et médico-sociale aux coordinations mises en place , ampleur et articulation des interventions de type médical, paramédical ou d'aide à la vie quotidienne dans les prises en charge à domicile… ;

- **leur degré de maturité et de diffusion**, avec par exemple aujourd'hui environ 600 maisons ou pôles de santé, 420 centres de santé polyvalents, 623 réseaux de santé et 327 structures d'HAD, tandis que, sur la base de chiffres plus anciens, on dénombrait en 2008 1 762 établissements offrant une prise en charge en SSR ; certaines de ces formules sont encore en cours d'expérimentation (les nouveaux modes de rémunération associés aux regroupements pluri-professionnels, le programme PAERPA), tandis que d'autres sont en mutation, voire en recherche de rationalisation (les réseaux de santé).
- **leur répartition géographique, à la fois au niveau régional ou au niveau plus fin des bassins ou territoires de santé.**

Ces disparités d'implantation géographique se combinent à celles observées pour les praticiens libéraux, notamment pour les médecins spécialistes susceptibles d'assurer des soins de second recours, et en leur sein, pour ceux qui les réalisent à des tarifs opposables. Selon la DSS, la densité de médecins spécialistes conventionnés en secteur 1 variait ainsi en 2014, pour une moyenne nationale de 47,4 pour 1 000 habitants, de 37,8 dans le Nord Pas-de-Calais et 37,9 en Ile-de-France à 72 en Provence Alpes-Côte d'Azur.

Ces éléments conduisent à souligner que le rôle que les établissements de santé sont appelés à jouer dans les différentes types de zones, notamment en matière d'offre de soins ambulatoires, est aussi lié aux caractéristiques démographiques, sanitaires et socio-économiques de leur patientèle.

1.4.1.3. Cette diversité, jointe à la « plasticité » des activités de médecine, conduit à des positionnements différenciés des configurations d'hôpital de jour rencontrées, qui vont parfois au-delà de leur « cœur de métier »

Les disparités géographiques des différents segments de l'offre de soins influent sur la perception que les établissements de santé ont du positionnement de leurs unités d'hospitalisation de jour et sur les évolutions qu'ils souhaitent leur apporter.

Les unités de médecine ambulatoire rencontrées par la mission mettent ainsi en œuvre, quel que soit leur degré de maturité, des logiques de positionnement différentes vis-à-vis de leur environnement, qui vont parfois au-delà des missions qui constituent le « cœur de métier » de l'hôpital de jour, et en mobilisant pour ce faire des ressources qui lui sont affectées.

Au-delà de la mission d'expertise et de « recours » des établissements de santé, différentes configurations ont ainsi été rencontrées en fonction du rôle qu'entend jouer l'hôpital de jour concernant :

- la réponse à la demande des patients et des médecins de ville d'accéder à des bilans concentrés sur une seule journée, en lieu et place de consultations ou actes réalisés en des lieux multiples ou de façon itérative ;
- la coordination et le suivi permanent, au-delà des murs de l'hôpital, du traitement des patients pris en charge pour des pathologies longues ou chroniques, dans le cadre de séjours récurrents ;
- les interventions « pluridisciplinaires » mises en œuvre en association à ces prises en charge (kinésithérapie, diététique, psychothérapie, repérage des troubles cognitifs, ergothérapie, suivi social…) ;

- le développement d'activités de dépistage, de prévention et d'éducation thérapeutique à destination de certains publics, définis en fonction de leurs pathologies (obésité, diabète…) ou de leurs caractéristiques socio-démographiques (personnes âgées fragiles, notamment).

Ces « stratégies de positionnement » influent sur les perspectives de développement des unités d'hôpital de jour et sur leur dimensionnement, au-delà du basculement potentiel de séjours « forains » ou réalisés en hospitalisation conventionnelle. Sans qu'une validation quantitative puisse être apportée à ces appréciations « de terrain », la mission a ainsi pu noter :

- le souhait de certaines unités de médecine ambulatoire de cancérologie rencontrées, notamment lorsqu'elles relèvent des centres de lutte contre le cancer (CLCC), d'assurer l'intégralité du suivi de leurs patients jusqu'au terme de leur traitement et de développer en ambulatoire des activités pluridimensionnelles de soins de support, ainsi que, dans certains cas, des soins palliatifs ;
- le positionnement « offensif » qu'entendent adopter certains établissements privés en matière de réalisation de bilans diagnostiques, à l'initiative ou sur sollicitation directe d'un ensemble de médecins de ville ;
- la volonté de développer à travers l'hôpital de jour des « filières » transversales comme le traitement des douleurs chroniques, et surtout la gériatrie.

La filière « gérontologique » entend ainsi associer au suivi des personnes âgées en hôpital de jour des prises en charge à dimension multiple et des activités, jugées aujourd'hui insuffisamment développées, de prévention et d'éducation thérapeutique ; elle peut parfois être couplée à la cancérologie à travers le développement de « l'onco-gériatrie ».

Encadré 11 : Développement de l'onco-gériatrie en Picardie

L'onco-gériatrie rapproche les deux spécialités que sont la gériatrie et le traitement des cancers, Celui-ci soulève en effet des problèmes spécifiques dans le cas de personnes âgées (plus de 75 ans) qui sont souvent simultanément atteintes de poly-pathologies, et parfois sujettes à des pertes d'autonomie.

24 unités de de coordination en onco-gériatrie (UCOG) ont été déployées suite au Plan cancer 2009-2013, dont l'une en Picardie, dont la mission a pu prendre connaissance des activités et projets de développement, fortement centrés sur l'hôpital de jour.

Le développement de cette forme de prise en charge s'appuie en effet très largement sur les unités d'hospitalisation partielle, qui souhaiteraient disposer à l'avenir de places dédiées. Il comporte la mise en place d'évaluations programmées visant à dépister la fragilité des patients, à permettre des décisions thérapeutiques pluridisciplinaires, à mettre en œuvre un suivi personnalisé des patients fragiles et à assurer un lien hôpital-ville pour leur prise en charge quotidienne.

Ces évaluations portent à la fois sur la pathologie cancéreuse et les comorbidités, sur les problèmes psychologiques ou cognitifs et sur l'environnement social des patients. Elles débouchent sur un plan personnalisé de santé dont la mise en œuvre fait appel à un infirmier coordinateur, qui assure le lien avec un ensemble d'intervenants internes et externes à l'établissement (médecin traitant, IDE libérale, kinésithérapeute, pharmacien, SSIAD).

Ce plan donne lieu à un suivi téléphonique opéré à partir de l'établissement, ainsi qu'à une consultation de réévaluation tous les mois ou tous les trois mois selon la fragilité du patient.

Source : UCOG de Picardie.

La montée en charge de ces activités est considérée, tant par leurs promoteurs que par une organisation comme la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), comme un moyen susceptible de diminuer à terme les hospitalisations, non par une substitution immédiate à de l'hospitalisation complète, mais grâce aux passages aux urgences évités par des diagnostics précoces et des actions de prévention déclenchées aux premiers signes de « fragilité » des personnes âgées.

La problématique est voisine dans une filière comme la diabétologie, où l'hôpital de jour peut apparaître comme le lieu approprié pour permettre la réalisation complète et régulière des bilans recommandés pour la surveillance de la maladie, alors que les disparités géographiques et socio-économiques constatées en la matière peuvent conduire à des complications lourdes en prises en charge hospitalières différées (infarctus du myocarde, accident vasculaire-cérébral (AVC), insuffisance rénale, amputations…)[44].

1.4.1.4. Les modalités de coopération ou de concurrence de l'hôpital de jour avec la médecine de ville sont diverses

Ces logiques différenciées de positionnement de l'hôpital de jour, à partir des ressources qui lui sont affectées, se traduisent par des relations diverses avec les autres segments de l'offre de soins, en termes de concurrence, de substitution ou de complémentarité, Elles peuvent selon les cas donner lieu :

- à des partenariats institutionnalisés, par exemple avec les structures d'HAD et de SSR ou dans le cadre de réseaux ville–hôpital ;
- à la mise en place de « plates-formes » voulant donner à l'hôpital de jour un rôle pivot en termes d'accès au traitement de certaines pathologies ;
- à l'entretien de liens informels avec des réseaux de « médecins correspondants », susceptibles d'alimenter la patientèle des établissements, notamment pour la réalisation de bilans en ambulatoire, en étant assurés d'une réponse immédiate et d'une fluidité des retours d'information ;
- à des communications au contraire très réduites avec les praticiens de ville, fondées sur la conviction que ceux-ci ne sont ni désireux ni en capacité d'assurer le suivi de leurs patients touchés par les pathologies les plus lourdes, en particulier les cancers ;
- à la substitution de coordinations ou de suivis réalisés à partir de l'hôpital à ceux qui devraient en principe être du ressort de la médecine de ville, notamment à travers les structures pluri-professionnelles de proximité.

Ces différences de positionnement de l'hôpital de jour révèlent des incertitudes persistantes sur les rôles respectifs de l'hôpital et de la médecine de ville, dont la structuration reste peu développée dans certaines zones, en matière de suivi et de coordination du parcours des patients, en particulier âgés ou touchés par des pathologies chroniques ou de longue durée. La cancérologie est particulièrement illustrative de ce problème, avec des débats entre professionnels autour de « modèles » de suivi et de coordination donnant plus ou moins de place aux structures de proximité.

---

[44] Sandrine Fosse-Edorth, « Le poids des complications liées au diabète en France en 2013. Synthèse et perspectives », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, novembre 2015.

1.4.2. Le positionnement de l'hôpital de jour est appelé à être modifié par une série d'innovations techniques, technologiques et thérapeutiques ainsi que sous l'effet du vieillissement de la population

Les activités et le rôle de l'hôpital de jour sont appelés à connaître des modifications importantes au cours des années à venir, en fonction de la montée en charge et de la diffusion d'innovations dont le développement est aujourd'hui en germe.

Ces innovations, qui feront l'objet d'un prochain rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, ne seront pas détaillées dans le présent rapport. Toutefois, quelques éléments peuvent être identifiés qui concernent directement les perspectives d'évolution de l'hôpital de jour.

1.4.2.1. Un ensemble d'innovations techniques, technologiques et thérapeutiques sont susceptibles d'affecter l'hôpital de jour

Plusieurs types d'innovations sont susceptibles d'affecter le contenu et les lignes de partage des activités réalisées dans les établissements de santé, et en particulier celles qui prennent place dans un cadre ambulatoire.

Ces innovations sont à la fois :

- **techniques**, avec le développement des plateaux d'imagerie et des techniques de médecine interventionnelle, joint à l'enrichissement des possibilités de dépistage et de diagnostic précoces, à partir de tests anticipés ou prédictifs ;
- **technologiques**, avec le développement du numérique (e-santé) et l'émergence de la télémédecine ou télésanté ; leur diffusion aura des incidences potentielles sur l'organisation des modes de suivi et de communication entre les acteurs du système de soins d'une part (établissements de santé, médecins de ville mais aussi laboratoires et pharmaciens), entre ceux-ci et leurs patients d'autre part[45] ;
- **thérapeutiques**, avec la diffusion de nouveaux traitements, de plus en plus personnalisés et ciblés en fonction des caractéristiques biologiques ou génétiques des patients, ou de la modification du mode d'administration de ces derniers, avec le développement de molécules susceptibles d'être administrées par voie sous-cutanée ou orale, et donc de faciliter les prises en charge à domicile.

[45] Partage et retour d'informations lors des différentes étapes de prise en charge, plates-formes facilitant l'accès à des avis d'experts et les échanges professionnels sur les conditions d'administration et les effets des traitements, communication immédiate aux équipes soignantes des résultats des examens ou contrôles permettant d'ajuster le contenu et la programmation des soins, possibilités pour les patients de rester en lien permanent avec ces équipes et de bénéficier de conseils et de suivis personnalisés, notamment en matière d'observance et d'éducation thérapeutique.

L'incidence de ces évolutions thérapeutiques sur les modes de prise en charge peut cependant être plus ou moins forte : la diffusion des multi-thérapies a ainsi profondément modifié le traitement des patients atteints de VIH, entraînant la disparition des services d'hospitalisation spécialisés, et il est probable que les nouveaux traitements de l'hépatite C (nouveaux antiviraux à action directe-NAAD) induisent aussi à terme d'importantes restructurations des services de gastro-entérologie. *A contrario*, d'autres innovations ont des effets susceptibles d'intervenir de façon plus progressive ou différée, pour partie déjà à l'œuvre. Elles ont déjà conduit à des adaptations importantes des prises en charge ambulatoires, tant en établissement qu'à domicile, par exemple dans le domaine de la cardiologie, avec l'extension de la gamme des traitements pour des maladies handicapantes comme la polyarthrite rhumatoïde ou la spondylarthrite ankylosante (biothérapies), ces molécules étant administrables par voie injectable, mais nécessitant une surveillance rapprochée, le cas échéant en milieu hospitalier, eu égard à leurs possibles effets indésirables.

Les incidences des innovations en cours sur le développement et l'organisation de l'hôpital de jour sont à cet égard loin d'être univoques : elles peuvent, selon les cas, aller dans le sens d'une réduction ou d'une extension de ses missions, une partie de ces évolutions pouvant d'ailleurs être transitoire. L'exemple de la cancérologie en est particulièrement illustratif.

Encadré 12 : L'exemple des innovations en cancérologie

L'étude prospective EVOLPEC réalisée par la fédération UNICANCER et les entretiens réalisés par la mission mettent ainsi en exergue des implications différenciées de ces innovations selon les thérapies. Certaines évolutions vont dans le sens d'une contraction des prises en charge hospitalières, y compris en ambulatoire, à travers :

- la diffusion de tests prédictifs (fondés sur des « signatures moléculaires »), susceptibles de mettre en cause l'utilité des chimiothérapies pour certains patients, eu égard à leur risque de récidive : ces tests, actuellement non remboursés, pourraient en se généralisant diminuer le recours à ces traitements ;
- la montée en charge des chimiothérapies administrées par voie sous-cutanée et surtout orale (*per os*), qui pourraient permettre un déport vers les prises en charge à domicile, à condition toutefois que l'HAD ou des structures de suivi (associant le cas échéant la médecine générale) se structurent pour y faire face et assurer, « hors les murs » des établissements de santé, une réponse adaptée aux patients sujets à des effets indésirables ainsi qu'un haut niveau de qualité et de sécurité de leurs parcours[46] ;
- le développement et la réorganisation des soins de support et des soins palliatifs, qui pourraient eux aussi davantage donner lieu à des prises en charge à domicile[47]..

D'autres éléments vont plutôt dans le sens d'un maintien, voire d'un développement des activités et du rôle pivot de l'hôpital de jour en matière de traitement des cancers, à savoir :

- le fait que certains traitements par voie orale ne sont pas amenés à remplacer mais à venir en complément de ceux administrés par voie intraveineuse : une part importante des chimiothérapies per os relèvent en effet de thérapies ciblées, qui peuvent parfois concerner des patients qui n'auraient pas été traités, mais aussi, et le plus souvent, se combiner avec les autres traitements qui leur sont prescrits, soit au même moment, soit de façon successive au cours de l'évolution de leur pathologie ;
- le développement en perspective de l'immunothérapie, qui pourrait à terme faire croître la part des soins à domicile, mais qui alimentera plutôt dans un premier temps

[46] Haute autorité de santé, *Conditions du développement de la chimiothérapie en hospitalisation à domicile : analyse économique et organisationnelle*, janvier 2015 et INCa, « La chimiothérapie orale du cancer en 2014 », *Notes d'analyse*, décembre 2015.

[47] Cour des comptes, « Les soins palliatifs : une prise en charge toujours très incomplète », in *Rapport public annuel*, février 2015.

l'activité réalisée en milieu hospitalier, principalement (mais peut-être pas exclusivement) en hôpital de jour : ces traitements nécessitent en effet la prise en compte fine de marqueurs biologiques, impliquant des confrontations biologico-cliniques parfois complexes ; ils sont en outre associés à des risques d'échappement et à des effets secondaires potentiellement importants, qui peuvent dans certains cas nécessiter la proximité de services de réanimation.

- l'idée que l'hôpital de jour est un lieu potentiel intéressant, dans la mesure où il permet la réalisation groupée de contrôles et d'examens approfondis, pour l'exercice d'activités de recherche clinique sur les nouveaux traitements, qui nécessiteront des essais cliniques et des expérimentations tout au long des prochaines années.

Une recomposition de l'hôpital de jour en cancérologie semble donc amorcée pour les années à venir, avec une reconfiguration des plateaux techniques, mais pas systématiquement de basculement de l'ensemble de ses activités vers les prises en charge à domicile. Des « parcours » semblent à cet égard à envisager, associant recours à l'hôpital de jour et suivi à domicile, ce qui implique la capacité à mobiliser de façon coordonnée les différents segments du système de soins (hospitalisation à domicile, médecins et infirmiers libéraux)…

L'utilisation des nouvelles technologies de communication semble en outre en passe de s'étendre pour informer, soutenir et sécuriser les patients suivis à domicile pour des chimiothérapies ou des soins palliatifs, en permettant un suivi et une communication « à distance » avec les équipes soignantes. Elle nécessite toutefois une adaptation précise aux caractéristiques de de ces patients, qui sont souvent des personnes âgées, une prise en compte, y compris financière, du temps d'activité qu'y consacrent les soignants et une régulation des outils technologiques que commence à mettre en place l'industrie pharmaceutique et qui visent souvent à accompagner la diffusion d'une seule molécule[48].

Source : HAS, INCa, 2015.

1.4.2.2. Afin de tirer parti des innovations dans des conditions de qualité et de sécurité garanties, il convient de ne pas figer l'organisation des prises en charge et de maintenir la souplesse de l'hôpital de jour

L'impact des innovations techniques, technologiques et thérapeutiques en cours sur l'hôpital de jour n'est donc à ce jour par mesurable, en l'attente du parti qui en sera tiré au niveau de l'organisation des soins de ville et des prises en charge à domicile.

Il importe donc à la fois d'éviter :

- que l'emploi des innovations vise à préserver « des bastions » d'activités qui pourraient être réalisées dans des conditions plus efficientes ;
- que des basculements trop rapides d'activités soient opérés, par exemple vers des chimiothérapies à domicile ou des activités de « télémédecine », dans des conditions qui ne permettraient pas d'assurer la qualité et la sécurité des parcours des patients, et les laisseraient seuls face à des problèmes de santé ou des effets indésirables.

L'approche qui en découle doit donc forcément être évolutive, ce qui devrait imposer l'obligation d'actualiser à intervalle rapproché, mais aussi parfois de réexaminer *ab initio* les référentiels cliniques, organisationnels et médico-économiques dont la nécessité a été rappelée précédemment.

[48] L'INCa et l'ANESM ont saisi les pouvoirs publics sur l'absence d'un cadre légal approprié en la matière.

1.4.2.3. Le positionnement de l'hôpital de jour est également appelé à évoluer avec le vieillissement de la population

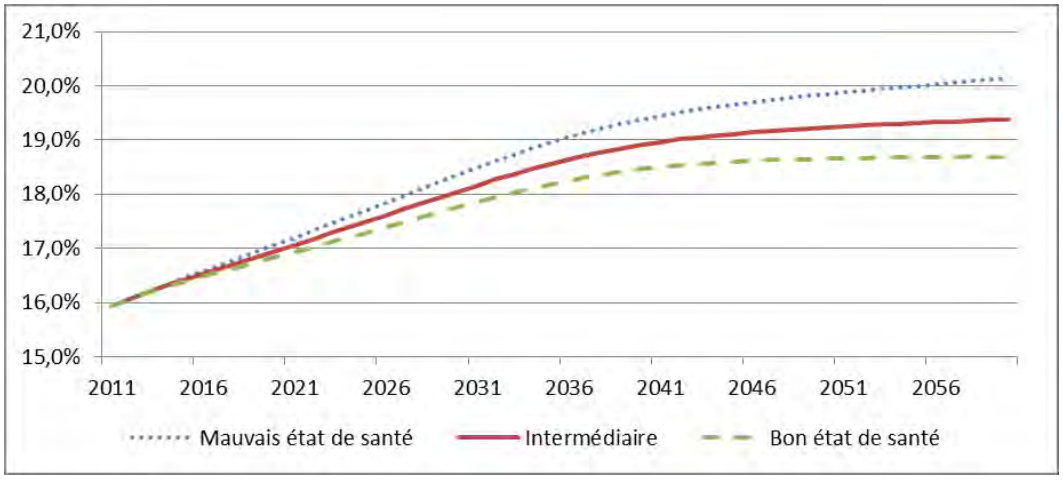
L'approche évolutive du rôle et du positionnement de l'hôpital de jour doit tenir compte des perspectives liées au vieillissement de la population, qui pourront influer sur le volume et la nature des prises en charge.

Les projections démographiques réalisées par l'INSEE en 2010 anticipent en effet un accroissement important de la proportion de personnes âgées dans la population : la part des 60 ans et plus passerait ainsi, dans le scénario central et pour la France métropolitaine, de 24,8 % en 2015 à 29,4 % en 2030 et 32,1 % en 2060. Ces proportions seraient respectivement de 9,3 %, 12,3 % et 16,2 % pour les seules personnes âgées de 75 ans ou plus, dont le nombre dépasserait 8,4 millions en 2030 et 11,9 millions en 2060, contre 5,95 millions aujourd'hui[49].

Ces perspectives n'ont pas de répercussion « mécanique » sur les besoins de prise en charge sanitaire, dans la mesure où l'impact de l'avancée en âge sur la consommation de soins peut être en partie contrebalancé par l'augmentation des « années de vie en bonne santé », tout du moins dans une hypothèse dite de « compression de la morbidité ».

Il est néanmoins inévitable, comme l'anticipent les projections réalisées en 2013 par la DG Trésor et le HCAAM pour le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFIPS), que le vieillissement de la population s'accompagne d'une hausse de la prévalence des pathologies lourdes et/ou chroniques, que leur diagnostic précoce conduit en outre à mieux repérer et traiter. La part des personnes atteintes d'affections de longue durée (ALD) passerait ainsi, selon les scénarios de projection, d'environ 16 % en 2011 à un minimum 18,7 % en 2060, ou même à plus de 20 % dans l'hypothèse la moins favorable, l'essentiel de cette augmentation étant acquis avant 2040 (graphique)[50].

Graphique 1 : Part des personnes en ALD dans la population selon les hypothèses d'évolution de l'état de santé



Source : DG Trésor, HCAAM 2013.

[49] Nathalie Blanpain et OlivierChardon, « Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans », *Insee Première,* n° 1320, 2010.

[50] HCAAM, « Les dépenses de santé à moyen et long terme. Enseignements d'un exercice de projections», in *Rapport annuel 2013*.

D'un autre côté, l'augmentation de la proportion des personnes très âgées aura des conséquences massives sur le nombre de personnes dépendantes (GIR 1 à 4) âgées de plus de 60 ans, notamment à partir de 2030[51].

Il est toutefois difficile de tirer de ces projections des conclusions directes sur l'évolution des activités hospitalières, et sur la part respective de ces activités qui sera réalisée en ambulatoire et en hospitalisation complète. Les travaux menés par la DREES en 2008, et en cours de réactualisation, pour éclairer les effets du vieillissement sur les capacités d'hospitalisation à l'horizon 2030 montrent qu'au-delà des effets démographiques, c'est l'organisation des soins et des prises en charge qui est susceptible de jouer le rôle le plus important en la matière, jointe à l'amélioration des pratiques et de la prévention[52]. Le HCAAM a de son côté insisté en 2010 sur l'amélioration possible de l'efficience des soins apportés aux personnes très âgées, qu'il s'agisse de leur organisation dans le cadre de l'hôpital, ou de leur articulation avec les secteurs ambulatoire et médico-social[53].

S'agissant spécifiquement de l'hôpital de jour, l'augmentation potentielle du nombre de patients atteints de maladies chroniques pourrait donner lieu à un essor des actions de prévention et de dépistage conduites en son sein, ainsi que des traitements suivis de façon coordonnée avec la médecine de ville. L'hôpital de jour pourrait de même être sollicité pour répondre aux besoins de prise en charge précoce du risque de perte d'autonomie, à travers la prévention et le dépistage de la « fragilité ». Toutefois, l'extension de la prise en charge des personnes très âgées ou dépendantes, qui est aujourd'hui fréquemment réalisée en hospitalisation complète, peut poser à l'hôpital de jour des problèmes spécifiques et nécessiter des efforts particuliers de réorganisation et de modification des pratiques.

1.4.3. Le développement effectif, le coût et la qualité des prises en charge associées à l'hôpital de jour sont tributaires d'un « environnement » dont l'évolution doit être organisée en parallèle

Les possibilités effectives de développement de l'hôpital de jour et les conditions, y compris financières, de sa mise en œuvre sont enfin tributaires, non seulement de l'organisation des prises en charge sanitaires, mais également de leur environnement « amont » et « aval » en termes de transports, d'hébergement et de suivi médico-social.

Les problématiques sont différentes, mais elles influent sur les potentialités concrètes de développement l'hôpital de jour et sur son insertion, plus ou moins efficiente mais aussi adéquate aux besoins des patients, dans la chaîne globale des prises en charge.

---

[51] Selon les estimations réalisées par la Drees dans le cadre du même exercice de projection, leur nombre devrait passer de 1,6 million en 2011 à 2,8 millions en 2040 et 3,4 millions en 2060, dans un scénario « intermédiaire » d'évolution de la dépendance modérée. Voir Romain Roussel et Catherine Zaidman, « Les projections de dépenses en faveur des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2060 », Dossiers solidarité et santé, n° 50, 2014.

[52] Marie-Claude Mouquet. et Philippe Oberlin, « L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030 », *Études et résultats*, n° 654, 2008.

[53] HCAAM, « Assurance maladie et perte d'autonomie », Contribution au débat sur la dépendance des personnes âgées, juin 2011.

1.4.3.1. La montée en charge de l'hôpital de jour nécessite de maîtriser le coût des transports de patients

En matière de transports sanitaires, la question est avant tout celles des coûts, dans la mesure où ce poste de dépenses a connu une forte dynamique (+4,7 % par an entre 2006 et 2013) et où, en dépit du référentiel fixé par un arrêté de décembre 2006, l'efficacité des mécanismes de régulation des prescriptions et surtout de l'offre de véhicules sanitaires (ambulances et véhicules sanitaires légers d'un côté, taxis conventionnés par l'assurance maladie de l'autre) a été pointée à plusieurs reprises[54].

Les transports de patients prescrits par les établissements de santé, qui vont donner lieu à une revue de dépenses publiques[55], figurent parmi les thèmes des dispositifs contractuels destinés garantir le juste recours aux soins (contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins qui seront fusionnés en 2016 dans un dispositif unique de contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins), avec dans certains cas une procédure possible de mise sous accord préalable (MSAP).

Or, l'hôpital de jour est susceptible de jouer de façon contradictoire sur ce poste de dépenses :

- d'une part, en réduisant les allers et retours entre domicile et établissements de santé pour les patients présentant des incapacités justifiant d'un transport sanitaire et dont les examens, contrôles et consultations sont regroupés sur une seule journée ;
- d'autre part, en accroissant la nécessité de recourir à ce type de transports pour des hôpitaux de jour itératifs à la place d'une hospitalisation complète ou pour des patients sortant de l'hôpital vers 18 ou 19 heures après une journée de bilans ou de traitements, heures qui impliquent en outre davantage le recours à des formules onéreuses.

Cette question devrait donc être prise en compte dans les projets régionaux développement de la médecine ambulatoire, avec des calculs de coûts et des politiques de conventionnement à mettre en place eu égard aux horaires de fonctionnement de l'hôpital de jour et aux lieux d'habitation de sa patientèle.

1.4.3.2. Le développement de l'hôpital de jour peut-être favorisé par des solutions d'hébergement des patients en amont ou en aval de l'hospitalisation

En lien avec la problématique précédente, mais aussi avec l'arbitrage que les équipes hospitalières sont amenées à faire, pour certains patients, entre hospitalisation complète et prise en charge ambulatoire, se pose la question de l'hébergement, dans un cadre non médicalisé, des patients habitant à distance de l'établissement.

---

[54] Cour des comptes, « Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie», in *La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2012 et MECSS, Rapport d'information sur le transport de patients, novembre 2014.

[55] Cf. Jaune budgétaire « revues de dépenses » annexé au PLF 2016.

La mise en place de tels « hôtels pour patients », réalisée depuis plusieurs années par l'Institut Gustave Roussy à Villejuif, peut être un facteur qui favorise sensiblement la substitution entre hospitalisation conventionnelle et ambulatoire, pour des bilans ou des traitements commençant tôt le matin ou s'achevant au contraire dans la soirée ou pour des prises en charge ne nécessitant ni soins ni surveillance nocturnes. Elle ouvre aussi la possibilité de comparaisons judicieuses de coût entre hébergement non médicalisé et recours aux transports sanitaires.

L'expérimentation de ce type de formule a été prévue par la loi de financement pour la sécurité sociale (LFSS) pour 2015[56] sur la base de financements du FIR, et un appel à projets a été lancé, à partir d'un cadrage réalisé par la HAS sur les conditions d'accès et les critères d'éligibilité, médicaux, psycho-sociaux et d'éloignement, des patients à ce type de prestations.

Encadré 13 : Travaux conduits par la HAS sur l'hébergement à proximité d'un établissement de santé

L'expérimentation de prestations d'hébergement temporaire non médicalisé prévue par la LFSS 2015 a donné lieu à une saisine de la HAS en vue de définir le cadrage et les critères d'éligibilité des patients à ce type de prestations. Après l'émission d'une « feuille de route » en avril 2015, elle a débouché sur un rapport d'orientation adopté par la HAS en novembre 2015.

Celui-ci analyse la littérature sur ce type d'hébergement, du point de vue de son intérêt pour les patients, les soignants et les financeurs, ainsi que des critères d'éligibilité proposés, notamment au niveau international. Il examine l'expérience développée à l'Institut Gustave Roussy, qui s'est mise en place depuis 1988 sur la base de l'allotement de places dans un hôtel à proximité et s'est étendue depuis 2009 à une structure d'appartements -hôtel.

Il définit un ensemble de critères d'éligibilité, parmi lesquels l'accord libre et éclairé du patient, son éloignement de l'établissement de santé, l'absence de besoin de surveillance continue par des professionnels de santé, une bonne autonomie motrice et cognitive, l'insertion de la prestation d'hébergement dans le parcours de soins du patient, son information précise sur la conduite à tenir en cas de douleur, de saignement ou d'urgence, la possibilité qu'il soit accompagné par un tiers lorsque les protocoles de soins le prévoient, ainsi que l'absence de reste à charge trop conséquent qu'il aurait à supporter au regard de sa situation sociale.

Source : HAS 2015.

Il serait utile que cette expérimentation fasse l'objet d'une montée en charge rapide et que l'évaluation qui doit en être conduite s'inscrive également dans des délais rapprochés (deux à trois ans), sans donner de coup d'arrêt à son développement. Une des questions en suspens est cependant la possibilité qu'auraient ou non les patients de bénéficier dans ce type de structures de certains soins infirmiers, du type injections antidouleur, auxquels ils peuvent accéder à domicile, et l'organisation qui pourrait en être prévue.

[56] Article 53 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014.

1.4.3.3. Dans le domaine médico-social, les problèmes posés à l'hôpital de jour concernent à la fois les relations entre établissements de santé et EHPAD, et les solutions d'aval permettant d'associer soins à domicile et aide aux actes de la vie quotidienne

Dans le domaine médico-social, les enjeux, rappelés plus haut, liés au vieillissement de la population conduisent à considérer l'organisation des relations entre établissements de santé et EHPAD comme un sujet essentiel[57]. Les réflexions portent essentiellement sur les adaptations à mettre en place pour réduire les hospitalisations non programmées, mais des liens spécifiques mériteraient d'être envisagés entre hôpitaux et EHPAD pour organiser en hospitalisation de jour des actions de prévention programmées, par exemple en matière de bilans diagnostiques.

En aval de l'hôpital de jour, la structuration des aides à domicile est également cruciale pour que les personnes fragiles puissent trouver une assistance le ou les jour(s) où elles sortent de l'hôpital, notamment lorsqu'elles regagnent leur domicile en soirée après une journée d'explorations ou de traitements.

A cet égard, les 2 100 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) destinés aux patients, essentiellement âgés, atteints de pathologies chroniques et qui réalisent, sous l'égide d'un « infirmier coordinateur », à la fois des soins infirmiers sans actes techniques et une aide aux actes de la vie quotidienne, avaient en 2011 une implantation et des performances très inégales, et donc une capacité très inégale à se positionner le cas échéant en aval de l'hôpital de jour.

Leur transformation a été annoncée par le gouvernement en services polyvalents de soins et d'aide à domicile (SPASAD), qui assurent non seulement les missions d'un SSIAD mais également celles d'un service d'aide à domicile (SAD). Ils proposent à la fois des soins infirmiers et des aides à domicile à des personnes de plus de 60 ans ou en situation de handicap.

Les SPASAD devraient se développer avec la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 qui met en place des expérimentations d'une nouvelle forme de SPASAD assurant des prestations d'aide, d'accompagnement et des soins au domicile des personnes fragiles. Ces SPASAD sont appelés « SPASAD intégrés ».

<u>Proposition n° 5</u> : Définir des stratégies de prises en charge des patients prenant en compte leur environnement

Il s'agit notamment de :

- veiller au coût des transports de patients dans la réorganisation des prises en charge entre hospitalisation complète et ambulatoire ;
- accélérer le développement des expériences d'hôtels de patients et clarifier leur statut juridique ;
- développer les relations entre établissements de santé et EHPAD pour organiser en hospitalisation de jour des actions programmées à destination des personnes âgées résidentes en matière de bilans diagnostiques et de prévention ;
- promouvoir des dispositifs de conventionnement entre les établissements de santé et les structures d'aide à domicile pour faciliter les prises en charge en hospitalisation de jour.

[57] HCAAM, *ibid.*

1.4.4. Le positionnement de l'hôpital de jour mériterait d'être plus clairement établi, partagé entre les acteurs

Les développements précédents ont montré la pluralité et l'évolutivité des logiques d'organisation et de positionnement de l'hôpital de jour, à la fois selon les filières de soins et les territoires. Toutefois, les acteurs du système de santé ne proposent pas de solution globale concernant la répartition souhaitable ou effective des activités ambulatoires entre ces différents segments de l'offre de soins.

Le développement de l'hôpital de jour, si le besoin et l'utilité en étaient reconnus, devrait donc être structuré et accompagné par les pouvoirs publics vers les échelons concernés (ARS et établissement).

L'ensemble de ces éléments fait l'objet de développements dans l'annexe III, en particulier en ce qui concerne l'élaboration de référentiels cliniques (cf. point 2.3 de l'annexe III) qui devraient déboucher sur des recommandations d'ordre organisationnel et/ou médico-économiques (cf. *supra 1.3.2*).

Des progrès ont été fait en ce sens en ce qui concerne la cancérologie, à travers la mise en place d'un Comité de pilotage associé au CORETAH, dont un groupe de travail consacré au « virage ambulatoire » a fait progresser la définition des prises en charge destinées à être réalisées en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour ou en ville, couplée avec une saisine de l'INCa pour analyser les schémas organisationnels susceptibles, dans chaque cas, de garantir la qualité et la sécurité des parcours de traitement des patients.

Encadré 14 : Travaux du Comité de pilotage Cancer du CORETAH sur le virage ambulatoire

L'évolution des perspectives de prise en charge du cancer et la nécessité de redéfinir des modes de financement adaptés ont conduit en 2014 à la constitution au sein du Comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH) d'un Comité de pilotage spécifiquement centré sur la prise en charge du cancer. Ce comité avait notamment pour objet d'avancer sur la prise en compte des « parcours de soins », en examinant le rôle et la place que devraient y prendre les différents acteurs (médecine de ville, établissements de santé MCO, SSR, HAD et liens avec le médico-social), ainsi que sur la coordination des prises en charge.

Ce Comité a créé trois groupes de travail, qui se sont réunis en 2014 et en 2015 et se sont respectivement consacrés au virage ambulatoire, aux chimiothérapies orales et aux soins de support, les deux premiers groupes ayant finalement été conduit à fusionner.

Les travaux du groupe « HDJ et virage ambulatoire en cancérologie », présentés au Comité de pilotage en avril 2015, sont particulièrement intéressants, dans la mesure où ils listent des points de consensus et des points de débat sur les évolutions respectives de l'HDJ, des consultations hospitalières et de la médecine de ville dans les domaines respectifs du diagnostic, de l'évaluation, de la chimiothérapie, de l'immunothérapie, des actes techniques peu invasifs, des soins de support et des soins palliatifs, en identifiant dans chaque cas les moments des parcours de soins où l'intervention de ces différents segments paraît pertinente (ou donne lieu à discussion).

Ces travaux ne sont toutefois pas achevés, et n'ont pas débouché à ce stade sur des recommandations ou des propositions de réforme du financement, à l'exception de l'expérimentation en 2015 de forfaits pour les patients traités par radiothérapie externe, et de la mise en place d'infirmiers coordinateurs, positionnés à la fois auprès de l'hôpital et de la médecine de proximité.

Source : DGOS (2014-2015).

Une approche voisine a été entreprise en matière d'addictologie, avec de premiers éléments de réflexion proposés en octobre 2015 par la DGOS pour définir une typologie des prises en charge, mais avec la nécessité mise en avant par les professionnels associés de mieux définir et caractériser au préalable le contenu des activités prises en compte.

L'extension de ce type de démarche aux autres filières ou spécialités, en y associant les conseils nationaux professionnels et la HAS, apparaît donc hautement souhaitable, sachant qu'elle s'inscrira forcément dans un processus long et qu'elle devra être suivie des arbitrages et des décisions de réorientation nécessaires.

Il conviendra à cet égard de veiller à ne pas figer l'organisation des prises en charge en prévoyant l'actualisation et de réexamen réguliers des référentiels cliniques élaborés, afin de tirer parti des innovations dans des conditions de qualité et de sécurité garanties

S'il n'est pas souhaitable de normer l'activité ou l'organisation des hôpitaux de jour, des précisions sont donc à apporter pour les inscrire clairement dans leur environnement

2. La refonte de l'instruction frontière est le principal levier à mobiliser pour favoriser le développement des hôpitaux de jour

L'instruction frontière, en raison de son interprétation et des risques de requalification des facturations dans le cadre des contrôles externes de la tarification à l'activité (T2A) réalisés par l'Assurance maladie, cristallise tous les débats liés au développement de l'hôpital de jour et constituerait selon les acteurs rencontrés le principal frein à son développement.

Il convient néanmoins de rappeler qu'avec un taux d'ambulatoire de 43 %, le virage ambulatoire de médecine au sein des établissements de santé est déjà amorcé.

2.1. L'instruction frontière vise à clarifier les modalités de facturation d'un groupe homogène de séjours (GHS) d'hôpital de jour et à unifier les comportements

L'article 11 de l'arrêté du 15 mars 2015[58] précise qu'un GHS d'hôpital de jour *« ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent (conditions cumulatives) :*

- *une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ;*
- *un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ;*
- *l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état du patient*[59].

  Lorsque que l'une des conditions n'est pas remplie, la prise en charge du patient donne lieu à facturation de consultations ou actes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale ou réalisés en médecine de ville. »

Cet arrêté a abrogé l'arrêté du 19 février 2009[60] qui avait été complété par l'instruction dite frontière qui désigne l'instruction n° DGOS/R/2010-201 du 15 juin 2010 « relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ».

---

[58] Arrêté relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile (notamment son article 11).

[59] Instruction n° DGOS/R1/DSS/MCGR/2015/173 du 19 mai 2015 relative aux priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour 2015.

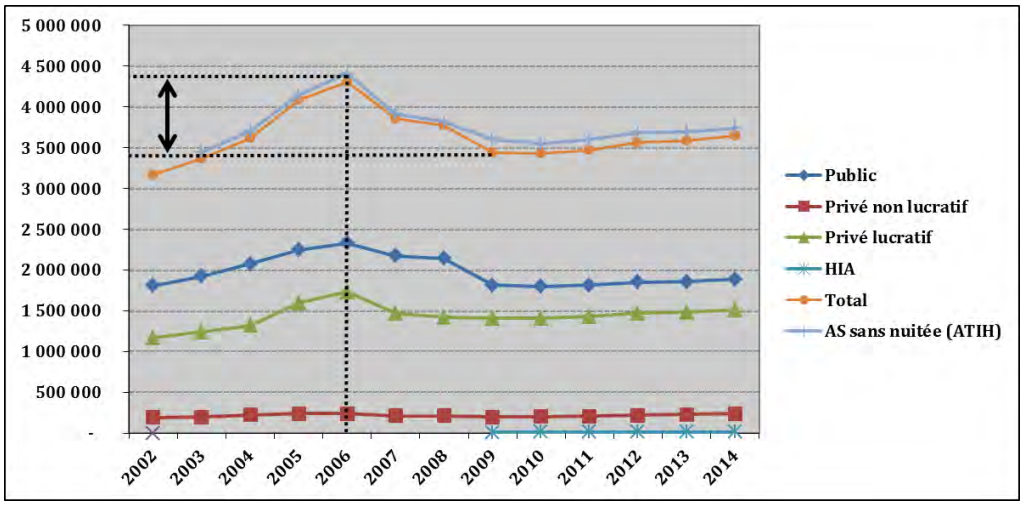
[60] Arrêté relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. La DGOS n'a pas été en mesure d'indiquer à la mission les conséquences juridiques de l'abrogation du précédent arrêté au regard de l'instruction frontière.

Cette instruction, qui présente les modalités de prise en charge des hôpitaux de jour par l'Assurance Maladie, en dehors des séances (au sens du PMSI).

La publication de la circulaire du 31 août 2006[61] a permis une première unification des pratiques de facturation.

D'après les données issues du PMSI sur l'évolution du nombre de séjours sans nuitée entre 2002 et 2014, la publication de la première circulaire frontière s'est accompagnée à partir de 2006 d'une diminution du nombre total de séjours de médecine sans nuitée d'environ un million jusqu'en 2009[62].

Graphique 2 : Evolution du nombre de séjours de médecine sans nuitée et entrée en vigueur de l'instruction frontière



Source : Données FHF, issues des PMSI 2002 – 2014 ; données ATIH pour les autres séjours (AS) sans nuitée.

Ainsi, entre 2007 et 2009, selon la FHF, les *« premiers contrôles ont abouti au déclassement massif de l'hospitalisation de jour médicale au profit d'une facturation externe (alors que certaines de ces activités n'étaient pourtant pas pratiquées en ville comme les saignées thérapeutiques par exemple). »* Il s'agit en particulier des activités donnant lieu à un forfait sécurité environnement (FSE) et des activités médicales sans acte correspondant à la prise en charge de maladies chroniques.

[61] Circulaire DHOS/F1/MTAA n° 2006-376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée. L'instruction de juin 2010 a remplacé la circulaire du 31 août 2006 en tenant compte des évolutions réglementaires relatives à la classification (forfaits SE...) et en élargissant la liste des exemples de situations donnant droit à un GHS ou à l'inverse en excluant la facturation en identifiant le cas particulier des prises en charge de patients présentant un terrain à risque. Cette circulaire a été prise en application de l'arrêté du 5 mars 2006 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

[62] Ces données transmises par la FHF sont corroborées par le nombre d'autres séjours (c'est-à-dire sans acte classant) sans nuitée transmises par l' Agence technique de l'information hospitalière (ATIH), pour les ordres de grandeur comme pour leur évolution. Dans les deux cas elles ne portent donc pas sur le périmètre de la mission. D'autre part, le périmètre considéré n'est pas strictement constant sur la période, qu'il s'agisse des actes ou des établissements.

Par-delà les nouvelles modalités de prises en charge introduites[63], avec le FSE notamment, selon les différents entretiens conduits par la mission, l'instruction frontière a permis de corriger des comportements abusifs de la part des établissements de santé, sans qu'il soit toutefois possible d'en objectiver l'étendue.

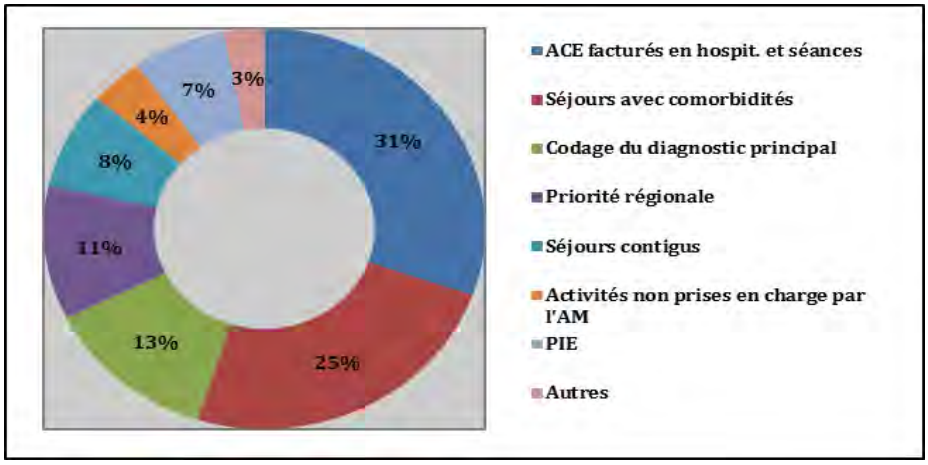
2.2. Les contrôles externes de tarification à l'activité portant notamment sur les actes et consultations externes en hospitalisation de jour doivent être repensés

2.2.1. Pour la campagne 2014, 31 % des champs de contrôles T2A portent sur les actes et consultations externes en hospitalisation de jour et séances,

Pour la campagne 2014, les champs de contrôles T2A ont porté à :

- 31 % sur les actes et consultations externes facturés en hospitalisation de jour ;
- 25 % sur les séjours avec comorbidité ;
- 13 % sur le codage du diagnostic principal ;
- 11 % sur des priorités définies au niveau régional.

Graphique 3 : Répartition des champs de contrôles T2A MCO pour la campagne 2014



Source : CNAMTS, données provisoires campagne 2014.

Quels que soient les éléments chiffrés du bilan des contrôles T2A, les contrôles portant sur le champ « actes et consultations externes facturés en hôpital de jour » se révèlent dans leurs résultats toujours supérieurs à la moyenne des contrôles, à l'exception des indus notifiés (- 3 points par rapport à la moyenne nationale).

La pression des contrôles s'exerce donc plus fortement sur la priorité « actes et consultations externes facturés en hôpital de jour ». Les séjours en hospitalisation de jour représentent en moyenne 48 % des séjours sanctionnables.

[63] Notamment avec l'instruction frontière de 2010.

Tableau 3 : Bilan des contrôles externes T2A MCO (2008-2014[64])

Domaines	Tous champs de contrôle (en moyenne)	HDJ (en moyenne)
Taux d'exhaustivité des séjours contrôlés[65]	45 %	63 %
Séjours sanctionnables	44 %	48 %
Séjours en anomalie	43 %	55 %
Indus notifiés auprès des établissements ex-DG	80 %	77 %
Part des sanctions notifiées par les ARS[66]	28 %	35 %

Source : CNAMTS. Septembre 2015.

2.2.2. Sur l'ensemble de la période 2008-2014, la pression des contrôles externes portant sur les séjours en hospitalisation de jour est relativement stable

À la demande de la mission, la direction de l'audit, du contrôle, du contentieux et de la répression des fraudes (DACCRF) de la caisse nationale d'assurance maladie a réalisé un bilan chiffré des campagnes des contrôles T2A opérés sur le seul champ des actes et consultations externes facturés en hospitalisation de jour et séances sur la période des campagnes 2008-2014[67].

Il résulte des chiffrages réalisés par la CNAMTS que, sur la période 2008-2014 :

- en moyenne 76,8 % des établissements contrôlés ont un champ de contrôle « HDJ » (cf. Graphique 4), avec une moyenne de 80 % pour les établissements du secteur ex-DG ;
- le pourcentage des séjours contrôlés en HDJ est en moyenne de 45 % (avec 34 % pour la campagne 2013 et 48 % selon les données provisoires de la campagne 2014) ;
- le taux d'exhaustivité des séjours contrôlés en HDJ, qui est depuis la campagne 2014 supérieur au taux global, s'élève en moyenne à 62,5 % (cf. Graphique 2) ;
- en moyenne plus de 47 % des séjours HDJ contrôlés étaient sanctionnables[68], contre 44 % sur l'ensemble des séjours ;
- le pourcentage des séjours en anomalie[69] est en moyenne de 54 %. Moins de 10 % des séjours de HDJ présentent une anomalie de codage et 36 % des venues relèvent des actes externes ;
- les indus d'HDJ représentent 28 % des indus notifiés (soit 7,4M€ sur la période en moyenne). 77 % des sommes indues en HDJ notifiées sont issues du secteur ex-DG[70] (cf. tableau 5) ;

[64] Données provisoires de la campagne 2014.

[65] Campagnes 2010 à 2014.

[66] Campagnes 2010 à 2014.

[67] La mission s'est étonnée de l'absence de données directement disponibles en raison des travaux conduits actuellement par la CNAMTS et certaines directions du ministère de tutelle sur différentes pathologies (cf. supra).

[68] Il s'agit des séjours qui entrent dans un champ de contrôle sanctionnable (au titre de l'indu ou de l'indu et de la sanction) tel que décidé par le DG d'ARS sur proposition de l'UCR.

[69] Il s'agit des séjours pour lesquels un désaccord de facturation persiste à l'issue de la procédure de contrôle.

[70] Dont le ratio HDJ est de 88 % et de 12 % pour le secteur ex-OQN.

- en moyenne 35 % du montant des sanctions portant sur l'hospitalisation de jour transmises par les UCR ont été notifiées par les ARS

Les taux de contrôles comme les montants rappelés se situent sur la période dans les mêmes proportions, ce que peut interroger sur la pertinence des champs contrôlés ou leur effet dissuasif.

Sur ce point, la DACCRF a reconnu que **les contrôles T2A ne sont pas dissuasifs**. En effet, selon la DACCRF, la pression de contrôle est faible et les montants de sanction très inférieurs à ce qu'ils pourraient être. Les établissements non vertueux n'ont donc aucun intérêt à modifier leurs pratiques. **Dès lors, ces contrôles n'ont pas permis une modification des comportements**, notamment dans le secteur ex-DG. L'absence d'impact des contrôles résulterait selon la DACCRF de la reconduction, depuis 2006, des mêmes priorités de contrôle.

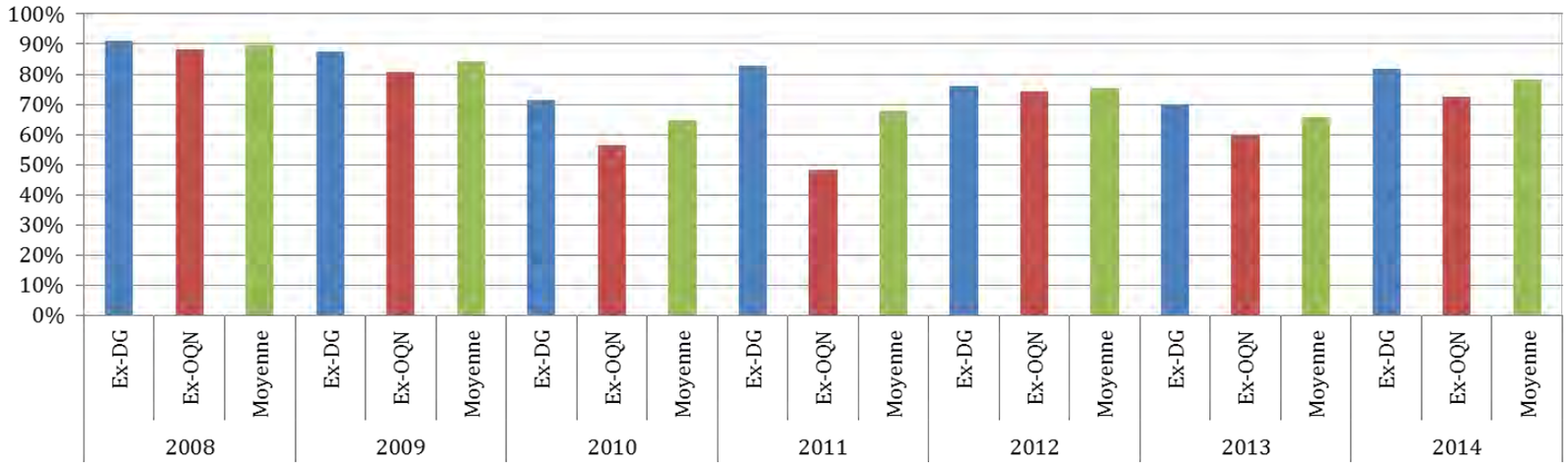
Encadré 15 : Absence de caractère dissuasif des contrôles T2A

La CNAMTS a fait le constat suivant concernant l'impact des contrôles T2A sur le comportement des acteurs :

- le pourcentage des séjours en anomalies est stable ;
- les manquements observés sont identiques et les priorités nationales inchangées : les établissements n'améliorent pas leurs pratiques
- le pourcentage du montant des sanctions notifiées par les ARS a chuté ;
- la somme des indus et des sanctions notifiées ne recouvre que 50 % du préjudice estimé ;
- la pression de contrôle est faible. Les séjours contrôlés représentent 0,7 % des séjours produits par les établissements sous T2A et 0,5 % pour les établissements ex-DG ;
- le montant des sanctions est inférieur à ce qu'il pourrait être. Pour le secteur ex-DG, le montant des sanctions notifiées représente en moyenne 0,1 % de la recette totale de la4assurance maladie des établissements contrôlés.

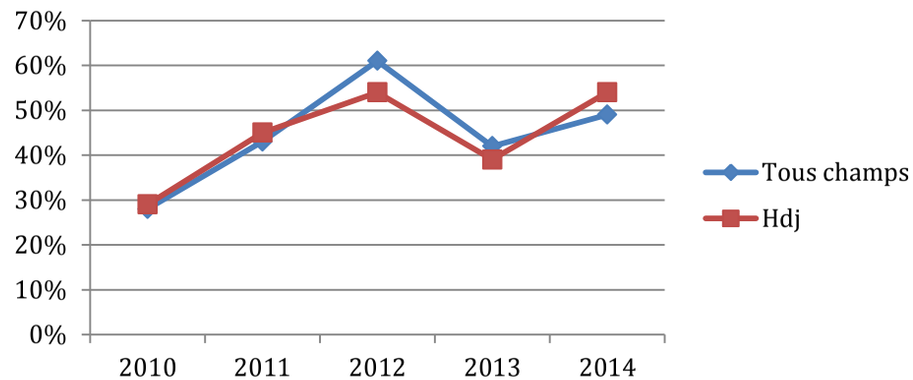
Source : CNAMTS – Avril 2015 –Campagne T2A : bilans, innovations, expérimentations.

Graphique 4 : Part des établissements ayant un champ de contrôle « HDJ »



Source : CNAMTS.

Graphique 5 : Taux d'exhaustivité des séjours contrôlés (2010-2014)



Source : CNAMTS.

Tableau 4 : Typologie des séjours contrôlés par catégorie d'établissements (2008-2014)

Années	Types d'établissements	Tous champs de contrôle	HDJ	Tous champs de contrôle	HDJ
		Séjours contrôlés dans un champ sanctionnable (%)		Séjours en anomalie (%)	
2008	Ex-DG	59,0	51,0	50,0	60,0
	Ex-OQN	57,0	40,0	47,0	70,0
	Moyenne	48,0	45,5	49,0	65,0
2009	Ex-DG	85,0	84,0	49,0	61,0
	Ex-OQN	78,0	79,0	38,0	46,0
	Moyenne	81,5	81,5	44,0	54,0
2010	Ex-DG	44,0	51,0	39,0	53,0
	Ex-OQN	42,0	42,0	43,0	61,0
	Moyenne	43,0	46,5	41,0	57,0
2011	Ex-DG	27,0	38,0	48,0	57,0
	Ex-OQN	15,0	7,0	44,0	64,0
	Moyenne	21,0	22,5	46,0	61,0
2012	Ex-DG	46,0	57,0	42,0	49,0
	Ex-OQN	32,0	38,0	40,0	53,0
	Moyenne	39,0	47,5	41,0	51,0
2013	Ex-DG	40,0	44,0	44,0	49,0
	Ex-OQN	34,0	38,0	39,0	44,0
	Moyenne	37,0	41,0	42,0	47,0
2014	Ex-DG	40,0	48,0	42,0	49,0
	Ex-OQN	39,0	47,0	37,0	45,0
	Moyenne	39,5	48,0	40,0	47,0

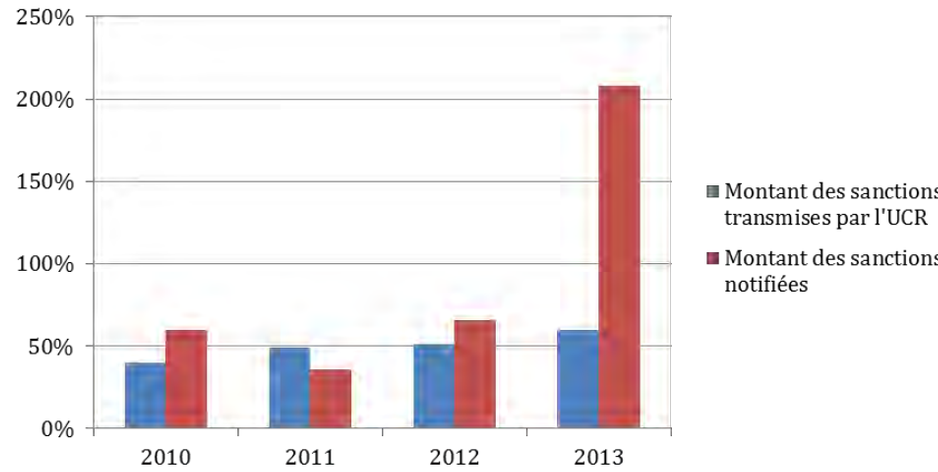
Source : CNAMTS.

Tableau 5 : Origine des indus par secteurs (2008-2014)

Années	Types d'établissements	Tous champs de contrôle	HDJ
2008	Ex-DG (M€)	24,0	7,5
	Ex-OQN (M€)	9,9	4,4
	Part du secteur Ex-DG (en %)	71	63
2009	Ex-DG (M€)	31,0	10,1
	Ex-OQN (M€)	7,2	2,2
	Part du secteur Ex-DG (en %)	81	82
2010	Ex-DG (M€)	21,2	5,9
	Ex-OQN (M€)	6,5	1,6
	Part du secteur Ex-DG (en %)	77	79
2011	Ex-DG (M€)	18,0	6,2
	Ex-OQN (M€)	4,7	0,9
	Part du secteur Ex-DG (en %)	79	87
2012	Ex-DG (M€)	18,5	6,1
	Ex-OQN (M€)	4,2	1,3
	Part du secteur Ex-DG (en %)	81	82
2013	Ex-DG (M€)	19,0	4,8
	Ex-OQN (M€)	3,6	0,8
	Part du secteur Ex-DG (en %)	84	86
2014	Ex-DG (M€)	5,4	1,5
	Ex-OQN (M€)	1,0	1,0
	Part du secteur Ex-DG (en %)	84	60
Moyenne du secteur Ex-DG (%)		80	77

Source : CNAMTS.

Graphique 6 : Part de l'HDJ dans les sanctions (transmises et notifiées) – 2010-2013



2.2.3. Les résultats des contrôles ne donnent pas lieu à une analyse qualitative de la part de la CNAMTS

Si les résultats de contrôles externes réalisés par la CNAMTS donnent lieu systématiquement à une analyse (cf. *supra*), à travers l'évaluation chiffrée du préjudice financier (indus et sanctions), tel n'est pas le cas des résultats qualitatifs issus de ces contrôles ni de leurs suites contentieuses.

Sur l'analyse des résultats des contrôles, il ressort des entretiens avec la CNAMTS :

- qu'à l'exception de l'année 2008, les contrôles ne donnent pas lieu, faute de ressources disponibles et de temps, à une analyse des motifs de requalification des facturations erronées. Si une synthèse du *reporting* qualitatif des contrôles T2A a été réalisée en 2008 au titre de la campagne 2007, celle-ci reste encore très générale et ne procède pas à une analyse fine des motifs de requalification, pourtant considérés comme importants en volume ;
- que les motifs de « requalification » suite à contrôle ne sont pas suivis en tant que tels dans les outils informatiques. Seul un suivi manuel permettrait selon la CNAMTS de disposer de telles informations.

  Dès lors, il n'est pas possible à la CNAMTS de porter une appréciation des motifs de contrôles et de procéder à un rappel des règles de facturation qui pourraient conduire les établissements à une modification de leurs pratiques en amont des contrôles.

  En revanche, de manière ponctuelle la CNAMTS est destinataire d'un certain nombre de remontées de la part des UCR et des fédérations hospitalières[71] portant sur les règles de facturation retenues lors de contrôles et qui donnent lieu à désaccord. La DACCRF est alors amenée à se prononcer sur ces dossiers.

Sur l'analyse des contentieux résultant des contrôles, l'observatoire national des contentieux T2A[72] effectue tous les ans une analyse quantitative (cf. Encadré 16).

Un recueil de jurisprudences (indus et sanctions) est diffusé annuellement par la DACCRF à son réseau et serait également adressé à la DSS. Toutefois, l'examen des recueils 2013-2014 montre que les contentieux (indus et sanctions) portent exclusivement sur des moyens de forme liés à la qualité des personnes pour agir, au respect des délais ou au respect du contradictoire. Ces recueils ne font apparaître aucun contentieux tiré du moyen d'une requalification à tort de la facturation.

Selon la DACCRF, la requalification des facturations est un motif qui serait en train d'émerger dans les contentieux jugés par les tribunaux des affaires de sécurité sociale.

Encadré 16 : Résultats du contentieux à la suite de contrôles externe T2A

En matière d'indus, sur la période 2008-2013 :

- 1 316 indus notifiés pour un montant de 124,5 M€ ;
- en moyenne 1 établissement sur 5 conteste les indus T2A notifiés : sur 1 316 notifications d'indus seules 261 ont été contestées soit 20 %, ce qui représente 35,5 M€ pour 124,5 M€ d'indus notifiés, soit 28 % ;
- au final 85 % des sommes indues notifiées sont payées ou en cours de paiement, soit 105,3 M€

[71] Selon la CNAMTS, 19 saisines des fédérations hospitalières lui seraient parvenues depuis 2009, principalement de la fédération des cliniques et hôpitaux privés (FHP).

[72] Dans le cadre des missions qui lui sont dévolues, l'Observatoire National des Contentieux T2A (ONC T2A) procède annuellement à un bilan des contentieux du régime général en matière d'indus et de sanctions. Cette enquête permet ainsi d'évaluer le volume de contestations, de gains et de pertes financiers ainsi que les enjeux des procédures en cours pour l'Assurance Maladie et les ARS.

pour le seul régime général.

En matière de sanctions, sur la période 2008-2012 :

- 463 sanctions notifiées par les ARS pour un total de 66,6 M€ ;
- en moyenne 1 établissement sur 3 conteste les sanctions T2A ;
- au final 64 % des sanctions notifiées sont payées ou en cours de paiement, soit 42,3 M€ pour le seul régime général.

Source : Observatoire national des contentieux T2A. CNAMTS. Mars 2015.

2.2.4. Les expérimentations engagées par la CNAMTS depuis 2015 pour améliorer les relations entre acteurs lors des contrôles pourraient être complétées par une réflexion sur les priorités de ces derniers

2.2.4.1. Depuis 2015, la CNAMTS expérimente de nouvelles modalités de réalisation des contrôles externes T2A

En premier lieu, consciente du caractère complexe et conflictuel de la procédure de contrôle, **la CNAMTS a lancé dans le cadre de la campagne 2014**, conjointement avec la DSS et en accord avec la DGOS et le Secrétariat général du ministère, **une expérimentation visant à modifier les modalités de contrôle sur site** pour renforcer la phase contradictoire, pour écourter la phase de contrôle sur site et prévenir les contentieux.

Cette expérimentation lancée pour la campagne T2A 2014 concerne onze établissements volontaires, en lien avec les fédérations hospitalières, dans sept régions[73].

Le bilan réalisé par la DACCRF auprès de sept établissements semble mitigé. Selon cette direction, ces résultats provisoires font apparaître :

- en positif : un recodage limité aux éléments impactant la facturation, un gain de temps et une concertation apaisée ;
- en négatif : une plus grande expertise des contrôleurs, peu de temps de préparation des dossiers en amont pour le DIM.

Par conséquent, dès la campagne 2015 et pour l'ensemble des contrôles la CNAMTS, concernant les établissements volontaires de l'expérimentation en cours[74], a décidé de :

- laisser un temps de préparation plus long aux l'établissement ;
- limiter le recodage aux éléments impactant la facturation ;
- réaliser une transmission au médecin DIM[75] des fiches de codages avant/après.

Encadré 17 : Expérimentation du changement des modalités de contrôle sur place (rénovation du contrôle externe de la T2A)

Partant du constat que la procédure de contrôle laissait peu de temps de préparation ; que le temps de contrôle sur place était chronophage pour les acteurs du site et que la phase contradictoire était considérée comme insuffisante par les établissements, la DACCRF a conduit une expérimentation dont les objectifs sont les suivants :

- laisser plus de temps au DIM pour préparer le contrôle. La vérification de la mise à disposition des éléments du dossier patient nécessaires pour justifier du codage et de la facturation seront assurés par le DIM ;
- ne tenir compte, pour le recodage par les praticiens conseils, que des seuls éléments ayant un

[73] Aquitaine, Bretagne, Ile-de-France, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes.

[74] Cette expérimentation n'est pas encore généralisée.

[75] Département d'information médicale.

impact sur la facturation ;

- mettre en place une concertation qui se déroule à distance de la phase d'analyse des dossiers (permettre au DIM de préparer son argumentaire ; transmettre les fiches de codages avant/après pour une symétrie d'information).

Source : CNAMTS – Avril 2015 –Campagne T2A : bilans, innovations, expérimentations.

En second lieu, l'absence de caractère dissuasif des contrôles a conduit la CNAMTS à engager **une expérimentation** dans le cadre de la campagne 2015 dans quatre régions[76] **qui vise à redéfinir la stratégie de contrôle et de ciblage par établissement** pour dissuader les pratiques déviantes des établissements les plus atypiques[77].

Encadré 18 : Stratégie par établissement et renforcement du partenariat ARS/Assurance maladie

L'expérimentation comprend deux volets :

- **Volet « établissement ».** Il s'agit de mieux cibler les établissements.
- **Volet « partenariat ARS/AM ».** Ce volet vise à renforcer la stratégie de contrôle et à mobiliser les ARS en la matière par des échanges plus soutenus entre la direction des contrôles et de la gestion des risques(DCGDR)/ département régional de santé médicale (DRSM) et la direction générale d'ARS sur la stratégie des établissements à contrôler, notamment en ce qui concerne la préparation du programme de contrôle et des alertes de la DACCRF en cas de désaccord entre l'AM et l'ARS. L'assurance maladie pourra renoncer à des contrôles en cas de refus du champ ou de l'établissement par l'ARS, de refus de sanction du champ par l'ARS, en cas d'indus potentiels et/ou de sanctions inférieurs au préjudice estimé.

  Ce volet vise à définir une position commune et concertée entre l'AM et l'ARS, sur la stratégie de contrôle et les établissements concernés, et à arrêter une stratégie en fonction des manquements observés

Source : CNAMTS – Avril 2015 –Campagne T2A : bilans, innovations, expérimentations.

Au-delà de la modification des paramètres de sélection des établissements en vue des contrôles, cette expérimentation vise également à revoir la stratégie partenariale entre l'Assurance maladie et les ARS, de manière à associer plus en amont ces dernières.

Aucun des acteurs rencontrés lors des déplacements réalisés par la mission dans certaines des régions expérimentatrices **n'a fait part de l'existence de ces expérimentations,** ce qui interroge sur les modalités de diffusion et de communication de celles-ci tant auprès des caisses primaires, des ARS et des établissements ainsi que de leur prise en compte.

En cas de généralisation de l'un ou l'autre de ces expérimentations, une actualisation du guide de contrôle externe MCO par la CNAMTS, qui date de septembre 2012, sera à prévoir.

2.2.4.2. Une réflexion portant sur la finalité des priorités de contrôles doit être engagée

Sans remettre en cause l'utilité des expérimentations conduites par la CNAMTS, compte tenu du faible impact de ces contrôles sur la modification du comportement des acteurs, une réflexion portant sur les priorités de contrôles doit être engagée dans les meilleurs délais.

Proposition n° 6 : Revoir les priorités nationales de contrôles T2A sur la base d'un diagnostic partagé entre la DGOS/DSS et la CNAMTS

[76] Ile-de-France, Pays de la Loire, Provence Alpes Côte d'Azur et Rhône-Alpes. Ces expérimentations sont réalisées avec l'ARS, l'UCR et le DRSM.

[77] En l'absence d'enjeu financier fort l'établissement ou le champ de contrôle n'est pas retenu.

Il s'agit de sortir de la logique de reconduction automatique des priorités de contrôles notamment en matière de facturation de l'hospitalisation de jour.

Le plan de contrôle national doit être rénové et les priorités de contrôles nationales repensées dans le cadre d'un objectif partagé par la DGOS et la CNAMTS.

La facturation en hospitalisation complète (hors codage) pourrait faire par exemple l'objet d'une priorité de contrôle, dont le contenu et les modalités devraient être étudiées.

Ce plan de contrôle national rénové devra faire l'objet d'une diffusion commune par la DGOS et la CNAMTS, de manière à renforcer leur partenariat.

2.3. Afin de réduire le risque de requalification des facturations d'hôpital de jour en actes et consultations externes, l'instruction frontière doit être clarifiée et les pratiques de contrôle rendues plus transparentes

2.3.1. Les contrôles externes T2A réalisés par l'Assurance maladie ne portent que sur la régularité des facturations réalisées par les établissements

Le contrôle des établissements tarifés à l'activité sont réalisés sur la base des articles L. 162-22-6 et L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale (CSS). Il porte sur la régularité et la sincérité de la facturation par l'établissement de santé. Il n'est ni un audit de la qualité de codage ni une analyse de la pertinence des soins.

Si le principe du contrôle T2A n'est pas remis en cause par les établissements, les conditions d'application et d'interprétation de l'instruction frontière lors de ces contrôles et ses finalités sont en revanche mal ressenties par les établissements.

Encadré 19 : Portée des contrôles externes T2A réalisés par l'Assurance Maladie

- **Les contrôles T2A, ciblent les problèmes de facturation, ont un rôle pédagogique.**

Ces contrôles visent à :

  - dissuader les pratiques opportunistes ou négligentes des établissements qui transgressent les règles de facturation relatives à la T2A, et d'inciter les acteurs à engager une amélioration continue du codage et de la facturation ;
  - réduire les distorsions de concurrence entre les établissements.

Ils ciblent donc les activités suspectées d'erreurs de codage ou les manquements à la facturation à l'origine d'indus importants en termes financiers.

Les priorités de contrôles (ou champs de contrôle), environ une quinzaine au niveau national, sont établies de façon collégiale entre l'Etat (DSS et DGOS) et l'assurance maladie. Ce plan de contrôle et les priorités qui y sont associées sont diffusés de manière parallèle par la CNAMTS à l'attention de son réseau et par la DGOS à l'attention des directeurs généraux d'ARS. Toutefois, ces documents ne comprennent pas de rappels aux bonnes pratiques ou de précisions sur les facturations qui peuvent poser des difficultés lors des contrôles.

Ces priorités sont ensuite déclinées au niveau régional par les ARS et les départements régionaux de santé médicale (DRSM) des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) au sein de l'unité de coordination régionale (UCR), tenant compte notamment de la caractéristique des établissements.

- **Les contrôles T2A sont la contrepartie d'un système déclaratif.**

Le financement des ES exerçant des activités de MCO repose sur une déclaration d'activité de ces établissements.

Ce système déclaratif implique en contrepartie un contrôle du respect des règles de codage, de facturation et des règles de la législation de la Sécurité sociale. Ce contrôle externe est réalisé par l'Assurance maladie. Il vise à s'assurer de la juste application des législations de sécurité sociale, l'exactitude du codage décrivant strictement la mobilisation des moyens nécessaires à la prise en

charge du patient.

- Les **contrôles réalisés** par les praticiens conseils de l'assurance maladie portent **sur la régularité de la facturation** au regard des dispositions de l'arrêté du 19 février 2009 et de l'instruction frontière précitée, sans porter d'appréciation sur la pertinence de la prise en charge réalisée.

Source : Mission.

2.3.2. Lors des contrôles externes réalisés par l'Assurance maladie, l'instruction frontière ne fait l'objet ni d'une interprétation ni d'une application harmonisées au niveau national

Si la procédure de contrôle externe semble bien encadrée, notamment à travers le guide du contrôle externe élaboré par la CNAMTS[78], l'apparente non-reconnaissance du caractère impératif de l'instruction frontière par les praticiens conseils de l'AM ou à tout le moins son application très variable, fait peser un risque d'arbitraire sur ces contrôles et *in fine* **un risque financier non négligeable pour les établissements contrôlés.**

En préambule, si l'état de santé du patient et la lourdeur des soins[79] sont des critères essentiels d'appréciation, **les dossiers de patients[80] peuvent être peu ou mal renseignés, ce qui justifie *de facto* à une requalification**. **Ces requalifications ne sont pas contestées par les différents acteurs rencontrés, qui s'accordent tous pour reconnaître la nécessité de la tenue du dossier patient.**

En premier lieu, il résulte des entretiens conduits par la mission qu'**alors même que l'instruction frontière est prise en application de l'arrêté du 19 février 2009[81] précité et qu'elle a une valeur impérative[82] pour les praticiens-conseil de la CNAMTS, les acteurs en font sur le terrain une lecture très variable**. Il existe donc une grande disparité, non seulement régionale mais également locale, d'appréciation et d'interprétation de cette instruction, notamment en ce qui concerne les termes suivants qui concentrent l'essentiel des griefs : « plusieurs examens », « professionnels de santé médicaux et paramédicaux », « sur des plateaux techniques hospitaliers » (cf. encadré 1).

Cette variabilité de lecture est également constatée sur un même établissement entre plusieurs contrôles. Or, la diffusion annuelle de « lettre réseau » par l'Assurance maladie et son pendant par la DGOS qui ne portent que sur la présentation des priorités nationales ne comportent aucun rappel des bonnes pratiques.

Le manque de cohérence dans les contrôles constitue un facteur important de tension entre les acteurs (ES, ARS et praticiens conseils).

En conséquence, la crainte de requalification, et les risques financiers associés, n'induit pas une modification des comportements mais des stratégies de renoncement d'activité, d'attente, d'évitement ou de contournement soit par recours à l'hospitalisation complète (HC), soit par une multiplication d'actes (ex : ponction d'ascite avec albumine).

En deuxième lieu, un manque de communication et d'information est mentionné par les acteurs, qui ne leur permet pas d'anticiper les contrôles à venir. Ainsi :

---

[78] Guide du contrôle externe MCO- -CNAMTS –Septembre 2012.

[79] Selon la DACCRF, cette notion recouvre la notion de pluridisciplinarité et de plateaux techniques.

[80] Article R. 1112-2 du code de la santé publique.

[81] Abrogé par l'arrêté du 15 mars 2015 précité.

[82] Selon la CNAMTS comme la DGOS.

- **les établissements regrettent le manque de prise de position**, tant de l'Assurance maladie (CPAM, DRSM) que des ARS**, sur les projets de prises en charge et de facturation qu'ils présentent en amont** ; alors même que cela sécuriserait financièrement leurs projets
- si une jurisprudence nationale des suites contentieuses des contrôles est diffusée au réseau de la CNAMTS, sa connaissance par les services des caisses primaires n'est pas apparue évidente à la mission et la diffusion d'une jurisprudence régionale semble parcellaire. **Les retours quant aux motifs ayant donné lieu à requalification à la suite d'un contentieux sont faibles voire inexistant vis-à-vis tant du réseau CNAMTS que des établissements/ARS.** Or, la diffusion de telles réponses pourrait éclairer tant les CPAM et leurs praticiens conseils que les établissements (DIM) sur leurs pratiques ;
- **les réponses individuelles adressées par la DACCRF ne sont pas l'objet d'une communication partagée**. Ainsi, la CNAMTS ne diffuse pas nationalement les réponses adressées aux fédérations ou aux UCR (cf. 2.2.3).

En troisième lieu, **les contrôles externes ne sont pas adaptés à l'activité des établissements de santé**. En effet, il ressort des différents entretiens conduits par la mission que :

- **en hospitalisation conventionnelle, les contrôles T2A ne portent que sur le codage des GHS réalisés et non sur leur non pertinence des modes d'hospitalisation en termes de facturation,** ce qui peut conduire certains établissements à des pratiques déviantes..
- **l'évolution des pratiques et des thérapeutiques** conduit les établissements à la réalisation « d'actes » ou de « soins » **qui n'entrent pas nécessairement dans les critères de l'instruction frontière**, qui date dans sa première version de 2006 et qui, à l'exception de précisions apportées en 2010, n'a pas été modifiée sur le fond.

2.3.3. Une meilleure transparence dans les conditions de réalisation des contrôles, au regard de l'application de l'instruction frontière, est à rechercher entre les acteurs

En dépit des expérimentations présentées *supra* (cf. 2.2.4.1), qui vont dans le sens d'une amélioration des conditions de réalisation des contrôles et d'une « pacification » des relations entre les acteurs, **le point de cristallisation reste l'instruction frontière.**

Les mesures détaillées ci-après pourraient répondre à cet objectif.

2.3.3.1. Un rappel de notions de base est à organiser auprès des établissements et des praticiens conseils

En premier lieu, il importe que la qualité et la traçabilité des dossiers des patients soient identiques en hôpital de jour à celles relatives aux hospitalisations complètes.

L'exhaustivité des dossiers « patient » :

- est un gage d'amélioration des modalités de contrôles, notamment au regard de l'appréciation de l'état du patient ;
- permet de limiter les risques de remise en cause des facturations, fondés sur une absence d'information figurant dans le dossier.

<u>Proposition n° 7</u> : Rappeler aux établissements de santé la nécessité, en vue des contrôles à venir <u>y compris pour des venues</u>, de respecter les termes de l'article R. 1112-2 du code de la santé publique quant à l'importance du contenu et de la traçabilité des dossiers des patients

Il s'agit d'avoir les mêmes exigences en hospitalisation de jour qu'en hospitalisation complète. Dès lors, il appartient, sans délai, à la DGOS de rappeler, par voie d'instruction, ces éléments à l'ensemble des établissements.

En second lieu, pour endiguer le sentiment d'arbitraire des contrôles et sans attendre la refonte de l'instruction frontière, il appartient à la CNAMTS de **rappeler avec fermeté le caractère impératif de cette instruction aux praticiens-conseil**.

<u>Proposition n° 8</u> : S'assurer de la prise en compte et du respect de l'instruction frontière par les praticiens conseils de l'Assurance maladie

Cette action de communication est à conduire sans délai par la CNAMTS auprès de son réseau sur la base d'un document, élaboré conjointement avec la DGOS, spécifique et explicite. Un simple rappel réalisé dans le cadre des réunions d'informations présentant les modalités (inchangées) de la campagne à venir ne saurait suffire.

2.3.3.2. Un dialogue et une diffusion de l'information doivent être organisés entre les acteurs

Les différents entretiens conduits par la mission laissent apparaître un manque de dialogue et de transparence entre les acteurs voire une incompréhension réciproque.

Une relation de confiance doit être renouée entre les services de l'Assurance maladie et les établissements. En la matière le rôle des ARS est pivot.

En amont, pour se prémunir d'un risque de requalification et disposer d'une certaine visibilité quant à l'éligibilité ou non de leurs projets ou de leurs pratiques, **les établissements ont besoin d'avoir une prise de position claire de la part de l'Assurance maladie et/ou des ARS.**

<u>Proposition n° 9</u> : Organiser des réunions annuelles entre les CPAM/DRSM et les ARS/DIM sur la base des retours des campagnes de contrôles précédentes afin de préparer au mieux celles à venir

Ces réunions permettraient aux acteurs d'échanger sur les difficultés ou pratiques rencontrées, de connaître la doctrine applicable à certaines de prises en charge, d'assurer de la transparence et *in fine* d'améliorer les relations en amont des contrôles.

Cette proposition pourrait être reprise dans le cadre de l'expérimentation conduite actuellement par la CNAMTS (cf. infra 2.2.4.1).

Alors même que la direction de l'audit, du contrôle, du contentieux et de la répression des fraudes (DACCRF) est amenée à prendre position dans le cadre de dossiers qui lui sont soumis à l'occasion de contrôles, il semble nécessaire d'offrir la possibilité d'une saisine *a priori* et hors procédure de contrôle aux établissements qui souhaiteraient voir leur pratiques validées sur le plan de la facturation (cf. 2.2.3).

<u>Proposition n° 10</u> : Mettre en place une forme de « rescrit HDJ » propre aux établissements de santé

Il s'agirait pour l'Assurance maladie de prendre position officiellement, sur le fondement d'une présentation détaillée et étayée de la prise en charge envisagée par l'établissement. Ce rescrit ne pourrait être général au regard de la variété des cas traités par les établissements.

La mise en œuvre de ce rescrit suppose :

- l'insertion d'une disposition législative dans le CSS ou le CSP ;
- l'identification des conditions nécessaires de saisine de l'Assurance maladie (contenu et formalisme de la demande) ;
- de définir le champ la valeur juridique de ce rescrit ;
- de préciser les modalités de saisine et de réponse de l'Assurance maladie ;
- d'organiser les modalités de diffusion des réponses.

En aval, de l'avis des différentes parties prenantes concernées **la diffusion des motifs ayant donné lieu à requalification à la suite d'un contrôle ou d'un contentieux permettrait :**

- **d'harmoniser les pratiques de contrôle des praticiens conseils ;**
- **aux ARS d'alerter les établissements sur les risques associés à certaines prises en charge en hospitalisation de jour ;**
- **aux établissements d'anticiper et de corriger leurs pratiques préalablement à de futurs contrôles.**

Sans attendre la clarification de l'instruction frontière attendue et recherchée par l'ensemble des parties prenantes concernées, il conviendrait *a minima*, d'**organiser** au niveau tant national que régional **une diffusion régulière et *a posteriori* des réponses adressées par la DACCRF lorsqu'elle** est sollicitée par les acteurs (UCR et fédérations) lors des contrôles.

<u>Proposition n° 11</u> : Assurer une diffusion annuelle des réponses adressées par la DACCRF de l'Assurance maladie auprès de ses praticiens conseils, des ARS et des établissements de santé

Il s'agirait pour la DACCRF de compiler et d'anonymiser l'ensemble des réponses qu'elle adresse tant aux UCR qu'aux fédérations hospitalières lors des contrôles ou à l'issue de la phase contradictoire.

La mise en place d'une telle diffusion, sur la base des réponses adressées comprenant les principaux cas de requalification, serait de nature à faciliter le travail de vérification du codage des DIM et à sécuriser les recettes des établissements en limitant les sources de rappel *a posteriori.*

Cette diffusion pourrait être accessible depuis le site de la CNAMTS pour l'ensemble des acteurs (CPAM, DRSM, praticiens conseils, ARS, ES, …).

Si le moyen tiré d'une requalification à tort de la facturation ne semble pas faire l'objet aujourd'hui d'un contentieux nourrit, il pourrait d'ores-et-déjà être utile d'en assurer une correcte diffusion tant auprès du réseau CNAMTS que des établissements.

La mise en œuvre de l'ensemble de ces propositions passe par un engagement fort de la CNAMTS, de la DSS et de la DGOS. Des actions de communication communes seraient les bienvenues.

Naturellement **ces éléments ne sont pas de nature à modifier la finalité des contrôles externes mais à faciliter le dialogue entre les acteurs** (cf. *supra*).

2.3.4. Une clarification et une actualisation de l'instruction frontière sont indispensables

Comme rappelé *supra*, au-delà des précisions apportées en 2010, l'instruction frontière de 2006 n'a pas été révisée. Dès lors, il convient de revoir l'instruction frontière sur la base de trois objectifs complémentaires :

- définir positivement ce qui devrait relever de l'activité de médecine en hospitalisation de jour pour les différentes activités ou spécialités ;

- permettre aux établissements de santé de disposer d'une plus grande visibilité concernant leurs ressources futures ;
- prendre en compte les évolutions thérapeutiques ou l'émergence de nouveaux besoins en soins pour certaines pathologies ou populations.

Les pouvoirs publics (CNAMTS, DGOS et DSS) semblent avoir pris conscience de ce besoin. À la suite de refus massifs dans le cadre de contrôles T2A, la CNAMTS et les fédérations hospitalières ont informé le ministère de la santé des difficultés de facturation et d'interprétation posées par les pathologies suivantes :

- addictologie ;
- diabétologie ;
- mucoviscidose ;
- rhumatologie.

Des réflexions ont donc été engagées sur ces quatre types de prises en charge. Elles visent à favoriser l'élaboration de référentiels nationaux, à améliorer l'adéquation et la pertinence des prises en charge ainsi que leur financement et de sécuriser les professionnels et les établissements de santé dans leurs pratiques et leurs codages.

Dans l'attente des résultats de ces groupes de travail, les contrôles portant sur ces prises en charge ont été suspendus. Selon la DACCRF, ce moratoire constituerait un mauvais signal aux établissements tentés de développer ces activités avec le risque de créer des situations irréversible et partant des rentes.

Encadré 20 : Présentation de travaux conduits dans le champ de l'addictologie

L'Hdj en addictologie est davantage caractérisée par des activités spécifiques réalisées par des professionnels de santé médicaux et non médicaux différents, notamment :

- évaluations médicales (prescription médicamenteuse, surveillance et adaptation de traitement, bilans spécialisés : psychiatriques, neurologiques, hépatologiques, pneumologiques, …) ;
- évaluations neuropsychologiques ;
- évaluations sociales et psychologiques ;
- évaluations infirmières ;
- bilans ergothérapiques, diététiques, cognitifs, kinésithérapeutes ;
- activités psychothérapiques individuelles et de groupe ;
- réhabilitation cognitive individuelle et de groupe ;
- éducation thérapeutique, entretien familial.

Au regard de ces caractéristiques, l'hôpital de jour en addictologie semble peu compatible avec les dispositions de l'instruction frontière. Des propositions d'adaptation ont été évoquées dans le cadre groupe de travail :

« *La PEC comporte plusieurs examens (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents sur des plateaux techniques hospitaliers* » ou plusieurs activités spécifiques (hors déjeuner) réalisées par des professionnels de santé médicaux et non médicaux différents s'inscrivant dans un programme de soins formalisé dont la durée est précisée (nombre de séances)

« *… et une synthèse diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire en est réalisée par un médecin* » (au moins hebdomadaire si séances récurrentes sous réserve de synthèse infirmière à chaque séance. Ex : réhabilitation cognitive).

Deux niveaux de tarifications sont ainsi envisagés avec pour objectif de sécuriser l'ensemble des prises en charge remplissant les conditions d'éligibilité à l'hôpital de jour en addictologie, dont certaines ne justifient pas au vu des besoins du patient une tarification d'hospitalisation de jour à taux plein (mais ne relèvent pas non plus d'une facturation externe).

Pour ce faire le groupe de travail souhaite définir le niveau de tarification selon l'intensité et la durée de la prise en charge sur la base des critères suivants : nombre d'activités, durée des activités, nombre

et type des professionnels intervenants, typologie de patients (un projet de support de saisie du diagnostic principal a été élaboré à cette fin). Des programmes types de prises en charge ont été également défini avec en correspondance la durée des séances ainsi que leur contenu éligible à l'hospitalisation de jour.

Source : DGOS – 14 octobre 2015.

Le choix qui a été fait n'est pas celui d'une réécriture de l'instruction mais de précisions concernant certaines pathologies pour lesquelles les contentieux entre les établissements et l'Assurance maladie étaient les plus nombreux.

Ces travaux ne résolvent pas le problème intrinsèque de l'instruction.

Si l'actualisation de l'instruction frontière ne doit pas conduire à un recueil exhaustif de l'ensemble des pathologies et des prises en charge pouvant relever l'hospitalisation de jour, son actualisation voire sa refonte sont néanmoins nécessaires afin de :

- lever les ambiguïtés ou le manque de clarté de sa rédaction, qui mériterait d'être précisée dans certains de ses termes ;
- préciser positivement le contenu de l'activité de l'hospitalisation de jour.

Proposition n° 12 : Préciser *au minimum* les notions suivantes contenues dans l'instruction frontière :

- la notion de pluralité associée aux examens et aux plateaux techniques ;

- la notion de plateaux techniques hospitaliers ;

- le caractère cumulatif ou alternatif du terme « des professionnels de santé médicaux et paramédicaux ».

Ces définitions supposeraient la mise en place d'un groupe de travail comprenant notamment la DGOS, la CNAMTS, la DSS, les fédérations hospitalières, des représentants des sociétés savantes, et dont la présidence devrait être assurée par une personnalité qualifiée. Ce groupe de travail pourrait être rattaché au comité stratégique (cf. point 2.3.1 de l'annexe III).

Proposition n° 13 : Prévoir une définition positive des prises en charge qui entrent dans la facturation de GHS en hôpital de jour, au fur et à mesure de la disponibilité des référentiels

Cette refonte de l'instruction frontière suppose la mise à disposition de référentiels de prises en charge (cf. annexe III).

Cette mesure de plus long terme permettrait tant aux établissements qu'aux praticiens conseils de disposer d'éléments précis et concrets de définition des prises en charge éligibles à l'hospitalisation de jour.

L'évaluation des prises en charge et leur éligibilité au titre de l'hospitalisation de jour devrait faire l'objet d'un réexamen périodique (tous les 3 ans par exemple) afin de tenir compte des évolutions thérapeutiques ou technologiques intervenues dans l'intervalle.

Quels que soient les chantiers mis en œuvre (clarification, actualisation ou refonte) :

- ils devront s'inscrire dans le cadre d'une réflexion plus globale portant sur les attendus de cette instruction rénovée ou précisée ;
- ils ne seront pas suffisants à eux seuls pour que les praticiens conseils et les établissements se l'approprient. Une action de formation et de sensibilisation sur la nature et la portée de cette nouvelle instruction sera nécessaire.

3. Si les questions tarifaires ne sont pas des freins substantiels au basculement de séjours en hôpital de jour, un problème de tarification existe pour certains soins longs, complexes, innovants et/ou coordonnés réalisés à l'hôpital se pose

L'analyse tarifaire ici conduite doit être comprise en lien avec celles développées précédemment sur le positionnement de l'hôpital de jour dans le *continuum* des prises en charge, et sur les incertitudes juridiques liées aux ambiguïtés de l'instruction frontière.

L'analyse se décompose donc en deux temps et confirme les enseignements issus des déplacements et des entretiens avec les différents acteurs concernés (sociétés savantes, collège des DIM) :

- l'importance réduite des éventuels obstacles tarifaires liés à la tarification des GHS d'hôpital de jour au regard des risques de requalification en ACE, sachant que les économies de coûts doivent être prises en considération ;
- l'absence de tarification adaptée pour certains soins longs, complexes, innovants et/ou coordonnés devant être réalisés à l'hôpital, qui combinée au risque de requalification en actes et consultations externes freinent dans leur ensemble le développement de prises en charge ambulatoires.

3.1. Les risques de requalification de facturations de GHS en actes et consultations externes priment sur les obstacles liés aux tarifs des GHS des séjours sans nuitée

3.1.1. Les obstacles tarifaires au transfert de séjours d'hospitalisation complète vers les hôpitaux de jour, qui peuvent relever soit de bornes basses, soit d'effets de seuil entre GHM, sont limités

3.1.1.1. Sur le périmètre de la mission, moins de 7 % des GHM de sévérité 1 est concerné par des bornes basses fixées à un ou deux jours

L'analyse du potentiel de développement des hôpitaux de jour par transfert de séjours depuis l'hospitalisation complète ayant notamment été conduite à partir de l'examen des séjours d'une et deux nuitées, les bornes basses[83] des GHM de sévérité 1 ont été examinées par la mission (les séjours d'une ou deux nuitées ne pouvant relever de GHM de sévérité supérieure).

Le tableau 6 présente les GHM pour lesquelles des bornes basses sont identifiées, pour le secteur ex-DG et pour le secteur ex-OQN. Sur un nombre total de 230 GHM de sévérité 1, 31 GHM comportent une borne basse dans le secteur ex-DG et 37 GHM comportent une borne basse dans le secteur ex-OQN, soit respectivement 13,4 % et 16,1 % des GHM. 122 362 séjours étaient concernés en 2014, pour un nombre total de 3 069 410 séjours pris en considération dans le périmètre de la mission.

[83] Durée de séjour en-dessous de laquelle le tarif appliqué n'est pas celui du GHM correspondant. Le dispositif des bornes basses est présenté dans l'annexe IV.

En outre, 12 des GHM du secteur ex-DG et 16 des GHM du secteur ex-OQN parmi les GHM mentionnés comportent des bornes basses strictement supérieures à deux nuitées, si bien que celles-ci ne peuvent être considérées comme des obstacles au développement des hôpitaux de jour à partir des courts séjours (une et deux nuitées).

Les bornes basses fixées à deux jours ou moins ne concernent donc 12 GHM du secteur ex-DG et 16 GHM du secteur ex-OQN, soit respectivement seulement 5,2 % et 7,0 % des GHM de sévérité 1.

D'autre part, la mission s'interroge sur la légitimité de l'absence de concordance des bornes basse pour un même GHM entre les deux secteurs. L'ATIH indique qu'il s'agit de différences liées aux constructions différentes des grilles tarifaires, les bornes basses en étant des éléments constitutifs.

Tableau 6 : Analyse des bornes basses pour les GHM de sévérité 1, en 2014

GHM	Libellé GHM	Borne basse, secteur Ex-DG	Borne basse, secteur Ex- OQN	Nombre de séjours, secteur Ex-DG	Nombre de séjours, secteur Ex-OQN	Nombre de séjours concernés par une borne basse
01M051	Infections du système nerveux à l'exception des méningites virales, niveau 1		3	1 036	85	85
01M101	Autres affections cérébrovasculaires, niveau 1		2	685	79	79
01M171	Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse, niveau 1	2	2	4 062	497	4 559
01M211	Douleurs chroniques rebelles, niveau 1	2		6 733	4 470	6 733
02M031	Infections oculaires aiguës sévères, niveau 1	2		1 074	23	1 074
02M071	Autres affections oculaires d'origine diabétique, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	2	2	2 081	152	2 233
03M121	Infections aigües sévères des voies aériennes supérieures, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	2		279	28	279
03M131	Infections aigües sévères des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	2		996	326	996
04M041	Pneumonies et pleurésies banales, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	2		1 341	29	1 341
04M101	Embolies pulmonaires, niveau 1	4		810	507	810
04M141	Maladies pulmonaires interstitielles, niveau 1	2		2 452	302	2 452
04M191	Tuberculoses, niveau 1	2		516	47	516
04M201	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 1		3	2 323	1 130	1 130
06M101	Ulcères gastroduodénaux compliqués, niveau 1	3	3	29	10	39
06M191	Affections sévères du tube digestif, niveau 1	2	2	757	820	1 577
08M091	Arthropathies non spécifiques, niveau 1		2	1 387	79	79
08M141	Affections du tissu conjonctif, niveau 1	2	2	10 781	331	11 112
08M261	Fractures du rachis, niveau 1	2	2	1 523	503	2 026
08M341	Algoneurodystrophie, niveau 1		2	466	200	200
09M061	Ulcères cutanés, niveau 1		2	1 222	175	175
10M021	Diabète, âge supérieur à 35 ans, niveau 1	3		16 420	1 996	16 420
10M031	Diabète, âge inférieur à 36 ans, niveau 1	3		4 566	158	4 566
10M091	Obésité, niveau 1	2		4 147	1 233	4 147

Annexe II

GHM	Libellé GHM	Borne basse, secteur Ex-DG	Borne basse, secteur Ex- OQN	Nombre de séjours, secteur Ex-DG	Nombre de séjours, secteur Ex-OQN	Nombre de séjours concernés par une borne basse
10M191	Autres affections de la CMD 10 concernant majoritairement la petite enfance, niveau 1		3	410	11	11
11M031	Infections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	2	2	2 783	185	2 968
11M041	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1		2	4 173	3 375	3 375
11M081	Autres affections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans, niveau 1		2	841	29	29
11M151	Autres affections des reins et des voies urinaires d'origine diabétique, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	2	2	2 497	104	2 601
11M201	Autres affections uronéphrologiques concernant majoritairement la petite enfance, niveau 1	3		68	16	68
13M051	Infections de l'utérus et de ses annexes, niveau 1	2	2	826	292	1 118
17M051	Chimiothérapie pour leucémie aigüe, niveau 1	2		3 790	11	3 790
17M111	Autres leucémies, niveau 1		2	529	23	552
17M131	Polyglobulies, niveau 1		2	314	33	347
18M101	Maladies infectieuses sévères, niveau 1	2	2	447	29	476
18M151	Autres maladies infectieuses concernant majoritairement la petite enfance, niveau 1	2		126	11	126
19M021	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial, niveau 1		3	1 760	311	311
19M111	Névroses dépressives, niveau 1		3	1 826	102	102
19M121	Anorexie mentale et boulimie, niveau 1		4	652	24	24
19M141	Troubles bipolaires et syndromes dépressifs sévères, niveau 1		3	399	25	25
19M161	Autres psychoses, âge inférieur à 80 ans, niveau 1		3	260	10	10
19M191	Troubles de l'humeur, niveau 1		2	766	47	47
20Z021	Toxicomanies non éthyliques avec dépendance, niveau 1	4	4	1 919	147	2 066
20Z041	Ethylisme avec dépendance, niveau 1	4	3	16 891	1 473	18 364
27Z021	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niveau 1	11	ND*	30	-	30

Annexe II

GHM	Libellé GHM	Borne basse, secteur Ex-DG	Borne basse, secteur Ex- OQN	Nombre de séjours, secteur Ex-DG	Nombre de séjours, secteur Ex-OQN	Nombre de séjours concernés par une borne basse
01M34Z	Anomalies de la démarche d'origine neurologique	3	3	5 532	662	6 194
27Z03Z	Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques	9	ND*	2 378	-	2 378
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	4	4	7 768	3 754	11 522
23M02Z	Rééducation	4	3	1 072	113	1 185
19M22Z	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 19		4	682	36	36
13M09Z	Explorations et surveillance gynécologiques		2	1 573	71	71
08M35Z	Explorations et surveillance de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif		2	22 364	96	96
04M22Z	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire		2	43 084	1 595	1 595
01M35Z	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 01		3	1 910	223	223
Total						**122 368**

Source : Arrêtés tarifaires 2014, extraction du PMSI 2014 transmise par l'ATIH, retraitements de la mission. : GHM n'existant pas pour le secteur Ex-OQN.*

3.1.1.2. Sur le périmètre de la mission, les effets de seuil liés à une différence tarifaire entre les prises en charge d'une nuit ou en hôpital de jour sont limités à environ un quart des racines de GHM et moins de 18 % des séjours

L'analyse des potentiels obstacles tarifaires ne peut se limiter à une analyse des bornes basses, dans la mesure où peuvent aussi exister des effets de seuils liés à l'existence de GHM de sévérités différentes pour les courts séjours.

Ces effets de seuil ont été examinés à partir des données issues du PMSI, sur le périmètre de la mission. Les séjours sans nuitée concernent des GHM de sévérité 1, A, Z ou J (cf. tableau 7). Les séjours d'une et deux nuitées peuvent concerner des GHM de sévérité 1, A, T ou Z.

Tableau 7 : Nombre de séjours par durée et sévérité des GHM

Étiquettes de lignes	0 nuit	1 nuit	2 nuits	3 nuits	4 nuits	5 nuits et +	Total général
1	59 910	83 510	274 721	88 714	79 775	118 848	705 478
2				77 706	60 711	187 691	326 108
3					25 246	150 846	176 092
4						42 067	42 067
A			313	104	83	506	1 006
B				172	126	737	1 035
C					43	552	595
J	12 234						12 234
T	837 640	283 518	52 546				1 173 704
Z	406 266	58 788	77 005	24 865	20 331	43 836	631 091
Total général	**1 316 050**	**425 816**	**404 585**	**191 561**	**186 315**	**545 083**	**3 069 410**

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

L'examen des effets de seuil passe donc par une analyse, racine par racine, de la répartition des courts séjours selon leur durée entre des GHM de sévérités différentes.

L'ensemble des courts séjours de zéro, une et deux nuits correspond à 282 racines. Six d'entre elles n'ont pas été traitées dans l'analyse en raison de difficulté d'interprétation.[84]

275 des 276 racines restantes concernent pour ces courts séjours soit des GHM de sévérité T et 1, soit des GHM de sévérités T et Z.[85] Ce sont donc les deux principaux cas possibles d'occurrence d'effets de seuil, la 276e racine étant concernée par une sévérité T et une sévérité A (cf. encadré 21).

Comme présenté dans le tableau 8, il apparaît ainsi que :

- 79 racines, soit 28,7 % de l'ensemble, couvrent avec un unique GHM de même sévérité l'ensemble des séjours de 0, 1 et 2 nuits ; il n'existe donc aucun effet de seuil tarifaire pour une prise en charge de 2, 1 ou 0 nuit ;
- 122 racines, soit 44,4 % de l'ensemble, couvrent avec un unique GHM de même sévérité l'ensemble des séjours de 0 et 1 nuit ; il existe donc un effet de seuil tarifaire pour passer d'une prise en charge de 2 nuits à une prise en charge d'1 ou 0 nuit, mais il n'existe pas d'effet de seuil entre une prise en charge de 1 ou 0 nuit ;

[84] Trois racines (27Z04J, 23M08J, 23M07J) correspondent à des GHM en J pour lesquels il n'existe pas de GHM de sévérité différente pour des prises en charge avec nuitée. Il est toutefois possible que les prises en charge avec nuitée relèvent de racines différentes. Sur ce point, la mission n'est pas en mesure de se prononcer compte tenu des éléments à sa disposition. D'autre part, trois racines (27Z03, 25Z03 et 27Z02) ne comportant aucun séjour sans nuitée ont également été exclues de l'analyse. En effet, certaines de ces racines pourraient correspondre à des prises en charge avec nuitée correspondant aux racines en J précédemment mentionnées.

[85] Pour une explication de la sévérité T, cf. annexe IV.

- 74 racines, soit 26,9 % de l'ensemble, présentent des GHM de sévérité différente, et donc un tarif différent pour les séjours sans nuitée, si bien qu'il existe un effet de seuil tarifaire pour une prise en charge de 1 ou 0 nuit.

Ainsi, pour 201 racines, soit 73,1 % de l'ensemble, il n'existe aucun effet de seuil tarifaire entre un séjour de 1 nuit et un séjour sans nuitée – sous réserve de l'absence de borne basse**.**

Cela signifie également que pour ces racines, et sous la réserve précédente, les établissements de santé peuvent engager le développement des transferts des courts séjours en hôpitaux de jour à iso-recettes, c'est-à-dire en limitant les risques financiers de court terme – avant de tirer bénéfice de la réduction concomitante des coûts.

Tableau 8 : Analyse des effets de seuil par sévérité et durée de séjour

Sévérité	*Aucun effet de seuil*	*Effet de seuil de 2 à 1 nuitées seulement*	Racines sans effet de seuil entre 1 et 0 nuitée	Racines avec effet de seuil de 1 à 0 nuitée
1	*44*	*113*	157	62
Z	*25*	*9*	34	12
T	*10*	*NA*	10	NA
Total	***79***	***122***	**201**	**74**
Total (%)	***28,7 %***	***44,4 %***	**73,1 %**	**26,9 %**

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Le détail des effets de seuil pour chaque racine est présenté en pièce-jointe à la présente annexe (cf. tableau 16 page 93).

Plus de 350 000 séjours d'une nuit, soit 83,2 % d'entre eux, ne sont à cet égard pas concernés par l'existence d'un effet de seuil tarifaire en cas de prise en charge sans nuitée en hôpital de jour (cf. tableau 9).

En revanche, seuls moins de 100 000 séjours de deux nuits, soit 23,4 % du total de ces séjours, sont exempts d'effet de seuil en cas de prise en charge en hôpital de jour (cet effet de seuil pouvant intervenir entre une et deux nuitées pour près de 250 000 séjours ou entre une et zéro nuitée pour environ 65 000 séjours).

Tableau 9 : Nombre de séjours concernés par les effets de seuil tarifaires

Racine	Nombre de séjours d'une nuit	Nombre de séjours de deux nuits
Sans effet de seuil 2-1 nuit ni 1-0 nuit	354 085	94 585
Avec effet de seuil 2 - 1 nuits	NA	243 813
Avec effet de seuil 1 - 0 nuit	71 718	65 840
Total*	425 803	404 238
Taux de séjours sans effet de seuil pour basculer en hôpital de jour (%)	**83,2**	**23,4**

*Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission. * : le nombre total de séjours diffère de 13 séjours d'une nuitée et 34 séjours de deux nuitées par rapport au nombre total réel de séjours du périmètre de la mission pour ces mêmes durées.*

Encadré 21 : Le cas du seul GHM de sévérité A (25M02A)

Seuls 313 séjours de deux nuits sont concernés par une sévérité en A, correspondant au GHM 25M02A (autres maladies dues au VIH, possiblement non infectieuses).
À cette racine correspond pour les séjours de 0 et 1 nuit un GHM de courte durée 25M02T représentant à 1 116 séjours en 2014.

Source : Mission.

3.1.2. Les pertes de recettes liées aux effets de seuils doivent être comparées aux gains réalisés sur les coûts, et l'interprétation des effets de seuil conduite avec prudence

La mission considère que **l'interprétation de ces effets de seuil doit être conduite avec prudence.**

Ceux-ci ne constituent pas en effet pas en eux-mêmes un obstacle au développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine s'ils correspondent effectivement à une différence de coût de prise en charge : un séjour sans nuitée coûte moins qu'un séjour avec nuitée à l'établissement de santé.

Il est ainsi rappelé que le transfert de prises en charge de l'hospitalisation complète vers les hôpitaux de jour se traduit, par une diminution du coût de la prise en charge pour l'établissement de santé lorsqu'y sont associées des réorganisations adéquates.

L'existence d'effets de seuil relève donc souvent d'un obstacle avant tout symbolique, dans la mesure où les pertes de recettes sont plus directement perçues que les économies de coûts. Pour les établissements en difficulté financière, elle peut constituer un risque plus direct dans la mesure où la perte de recettes à court terme peut aggraver la situation financière, le temps que les économies produisent leurs effets[86].

Il apparaît donc peu souhaitable de manier l'outil tarifaire à des fins purement incitatives pour développer les prises en charge sans nuitée, si les différentiels tarifaires mis en évidence ne pénalisent pas les établissements eu égard à leurs coûts.

Une première analyse des écarts tarifaires, présentée dans l'encadré 22, a été menée par la mission pour les racines présentant des effets de seuil. Ceux-ci devraient être comparés, racine par racine, aux écarts de coûts constatés. Des travaux d'approfondissements sont pour cela nécessaires, pour lesquels l'ATIH pourrait être sollicitée, en lien avec les acteurs, pour examiner les potentiels obstacles tarifaires (bornes basses et effets de seuil).

De plus, des outils de « *microcosting* » peuvent être utiles pour appuyer les établissements dans l'analyse de leurs coûts, étant précisé qu'il importe que celles-ci soient menées de façon rigoureuse, en faisant la part entre les différences qui sont spécifiquement liées au tarif des GHM sans nuitée et celles liées par exemple au caractère globalisant des GHM de la T2A, et surtout en mettant en regard l'ensemble des coûts correspondants[87].

---

[86] De plus, l'existence de bornes basses constitue un élément protecteur du niveau tarifaire des prises en charge dans les GHS de niveau de sévérité supérieure (cf. annexe IV).

[87] La mission a eu connaissance lors de ses déplacements d'une étude cherchant à montrer le caractère financièrement incertain d'un transfert de prise en charge d'HC vers l'HDJ. Or, en premier lieu, si l'étude était précisément documentée sur le coût de seules prises en charge en HDJ, la comparaison n'était pas menée pour les mêmes prises en charge en hospitalisation complète, en prenant en compte les tarifs et les coûts associés. De plus, en second lieu, le coût de la prise en charge était comparé au montant du GHM associé, ce dernier étant pourtant plus globalisant (relevant des « autres »). Le différentiel ainsi mis en valeur pouvait ainsi ne pas porter spécifiquement sur le passage de la prise en charge en HDJ, mais tenir au caractère globalisant du GHS.

<u>Proposition n° 14</u> : Promouvoir la construction et la diffusion d'outils d'analyse des coûts (*microcosting*) rigoureux et adaptés aux particularités des prises en charge ambulatoires de médecine

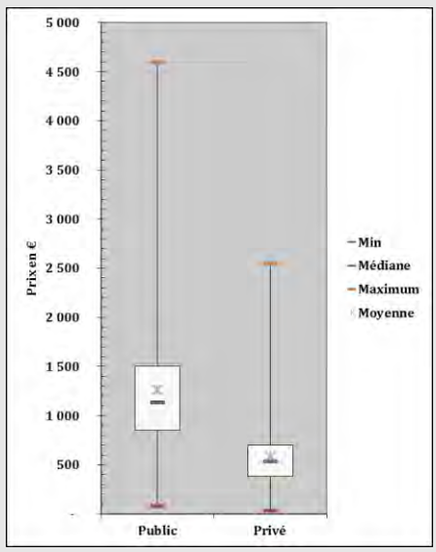
L'élaboration de tels outils d'analyse des coûts pourrait s'inspirer de ce qui a été fait par la HAS en matière de chirurgie ambulatoire.

Encadré 22 : Analyse préliminaire des écarts tarifaires

Pour les 74 racines présentant un effet de seuil entre 0 et 1 nuitée et pour les 122 racines présentant un effet de seuil entre 1 et 2 nuitées, les écarts entre les tarifs des GHM de sévérité T d'une part, et les tarifs des GHM de sévérité 1 ou Z, selon les cas, d'autre part, ont été analysés (sur le fondement des tarifs 2014 de la V11f du PMSI)

La distribution de ces écarts est présentée dans le graphique 7. Les écarts tarifaires analysés correspondent ainsi à un montant médian de 1 130 € pour le secteur ex-DG et de 533 € pour le secteur ex-OQN, étant précisé que ces écarts ne tiennent pas compte, pour le secteur privé, du montant des honoraires. Les secteurs ex-DG et ex-OQN ne peuvent donc pas en tant que tels faire l'objet de comparaison de ce point de vue.

Graphique 7 : Distribution des écarts tarifaires pour les 196 racines présentant un effet de seuil



<u>Source</u> : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH ; tarifs 2014 de la V11F du PMSI, retraitements de la mission.

Pour l'unique racine concernée par un GHM de sévérité A (GHM 25M02A et 25M02T), l'écart tarifaire est 3 331,97 € au sein du secteur ex-DG et de 352,70 € au sein du secteur ex-OQN.

Pour cette racine il existe donc un effet de seuil tarifaire de deux à une nuitées.

<u>Source</u> : Données 2014 du PMSI, retraitement mission.

3.1.3. La tarification des GHM sans nuitée n'ayant pas été invoquée par les établissements comme un frein réel au développement de l'hospitalisation de jour, la priorité doit aller à la levée des incertitudes liées aux risques de requalification en actes et consultations externes

Lors des déplacements réalisés par la mission, l'éventuelle sous-tarification des prises en charge sans nuitée n'a été soulevée par aucun des établissements rencontrés comme un frein en tant que tel au transfert de séjours d'hospitalisation complète vers l'hospitalisation partielle.

Ces entretiens corroborent l'analyse des effets de seuil présentée *supra*, concluant à une exigence de prudence en matière d'analyse de leur portée et de mobilisation éventuelle de l'outil tarifaire.

À l'inverse, tous les acteurs rencontrés ont mis en avant le facteur dissuasif de requalification de la prise en charge en ACE, dont la tarification est particulièrement basse au regard des moyens engagés. Ce risque les conduirait à limiter le développement des bascules d'hospitalisation complète vers l'hospitalisation partielle, en adoptant des stratégies de contournement telles que :

- séjours d'une nuitée non nécessaires ;
- séjour en hospitalisation partielle donnant lieu à réalisation d'actes non indispensables ;
- prescription de médicaments issus de la réserve hospitalière, ou maintien en hospitalisation complète avec nuitée en cas de volonté de prescrire un substitut non issu de la réserve hospitalière.

Toutes ces stratégies de contournement ont pour objectif de prévenir le contrôle T2A et la requalification en ACE qui pourrait en résulter.

Du point de vue des freins au développement de l'hôpital de jour, la priorité doit donc aller à la clarification de l'instruction frontière (cf. *supra* 2.) et à l'édiction des référentiels de prise en charge, permettant de sécuriser les établissements (cf. annexe III).

3.2. Plusieurs options sont envisageables pour adapter la tarification des soins externes longs, complexes et coordonnés

Nonobstant, une meilleure structuration de la médecine de ville, il existe des soins externes longs, complexes et coordonnés pour lesquels la prise en charge à vocation à être réalisée en milieu hospitalier mais pour lesquelles la tarification actuelle n'est pas adaptée. Les soins concernés ont vocation à être précisés lors de l'élaboration des référentiels.

3.2.1. La tarification des actes et consultations externes n'est pas fixée en référence à des prises en charge hospitalières et emporte des modalités de remboursement différentes

Les ACE recouvrent les soins réalisés à l'hôpital, qui peuvent être de nature très différente : qui va des consultations « simples » pour avis ou suivi à des prises en charge plus lourdes et complexes, mobilisant les plateaux techniques hospitaliers et/ou l'intervention de plusieurs soignants.

Ils sont facturés selon les mêmes modalités qu'en ville puisqu'ils ne nécessitent pas la mobilisation d'une chambre pour le patient et pour lesquels un GHS ne peut être facturé. Ces dépenses d'assurance maladie relèvent de l'ONDAM hospitalier.

La tarification de ces actes et consultations externes est la même que celle des soins réalisés en ville dans le secteur libéral. Elle résulte de l'application de la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes techniques, de la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) pour les examens biologiques, et de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour les actes cliniques.

Les tarifs des ACE ne sont donc pas fixés en référence à des prises en charge hospitalières, mais résultent des négociations conventionnelles conduites pour la rémunération de l'activité médicale réalisée dans le secteur libéral.

Les dispositions relatives au parcours de soins coordonné mis en place par loi du 13 août 2004[88] s'appliquent en outre aux consultations et actes externes dispensés dans les établissements de santé et donnent lieu à des modulations tarifaires, selon que le recours à l'hôpital intervient pour un avis ponctuel, pour des soins itératifs ou séquencés ou, le cas échéant, en accès direct.

En ce qui concerne les actes techniques délivrés par les médecins, la CCAM introduite en 2005 (et dont le volet « descriptif » est également utilisé dans les algorithmes de définition des GHM) a reposé sur une hiérarchisation du travail médical à dire d'experts et sur une estimation des coûts liés à la pratique.

Son ambition initiale était de permettre un processus de convergence des tarifs « historiques » vers les tarifs cibles fixés pour chaque acte technique. Cette convergence n'a été depuis que très partiellement réalisée, les négociations tarifaires prenant aussi largement en compte les éléments relatifs aux revenus des différentes spécialités.

La CCAM n'a en outre pas fait l'objet d'une maintenance régulière et se révèle en partie inadaptée à la prise en compte des évolutions thérapeutiques et des actes innovants, ce qui peut particulièrement poser problème pour certaines prises en charge réalisées en environnement hospitalier[89].

En ce qui concerne les actes cliniques, les projets d'extension de la CCAM envisagés au début des années 2000 pour mieux ajuster les tarifs à l'effort et aux coûts propres aux différentes séances cliniques n'ont pas vu le jour. Ces actes continuent à être tarifés sur la base de la NGAP, qui comporte des éléments de différenciation relativement limités.

La tarification pratiquée pour les consultations médicales varie par exemple selon la spécialité, le positionnement de la consultation dans le parcours de soins coordonné, et, s'agissant des établissements privés, le secteur conventionnel du praticien. Pour les consultations de spécialistes dans les établissements publics de santé, les tarifs les plus fréquents sont de 28 ou 46 €.

Encadré 23 : La tarification des consultations de spécialistes

Les consultations de spécialistes sont en règle générale cotées CS et tarifées 23 €. Elles sont majorées systématiquement de 2 € (majoration forfaitaire transitoire) pour les spécialistes en secteur 1 (ou adhérant au contrat d'accès aux soins), et donnent lieu à des majorations lorsque ces spécialistes sont sollicités dans le cadre du parcours de soins coordonné à l'initiative du médecin traitant ou en accès direct spécifique.

Une consultation de spécialiste dans un établissement public de santé (cotée CS et complétée par des majorations « forfaitaire transitoire » et « de « coordination ») est ainsi tarifée 28 € si elle s'effectue dans le cadre du parcours de soins, soit pour des spécialités en accès direct spécifique (gynécologues, ophtalmologues, consultations hospitalières de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre la toxicomanie), soit pour des soins séquencés ou itératifs délivrés dans le cadre d'un suivi régulier suite à une orientation par le médecin traitant.

La consultation pour « un avis ponctuel » (cas où le patient est adressé par le médecin traitant et où il n'est pas prévu qu'il revoit le spécialiste dans les six mois) est quant à elle cotée C2 (46 €) pour un médecin spécialiste, C2,5 pour un psychiatre(57,50 €) ou C3 (69 €) si le spécialiste est praticien – universitaire et hospitalier (PU-PH).

Les consultations des psychiatres, neuropsychiatres et neurologues, certaines consultations spécifiques de cardiologues et les dépistages du mélanome réalisés par les dermatologues donnent par ailleurs lieu à des lettres clés spécifiques : pour un suivi régulier dans le cadre du parcours de soins, les consultations des cardiologues sont tarifées 49 € (CSC + majoration de coordination) et celles des

[88] Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie.

[89] Ces conclusions ressortent de l'évaluation de la CCAM réalisée dans le cadre des rapports établis respectivement en 2012 par l'IGF et l'IGAS et consacrés à l'évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux.

psychiatres ou neurologues (CNPSY + majorations) 43,70 €.

Source : CNAMTS, site Ameli.

Conformément aux dispositions de la CCAM et de la NGAP, quand des actes techniques sont effectués en même temps qu'une consultation, les tarifs de la consultation et de l'acte technique ne peuvent, sauf exception, se cumuler.

La tarification des actes réalisés par les auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, infirmières et pédicures-podologues) relève également de la NGAP, ainsi que celle des séances de chimiothérapie cancéreuse ; à l'inverse les consultations réalisées par des diététiciens ou des psychologues n'y sont pas inscrites.

En parallèle à ces différences tarifaires, les règles de remboursement des séjours hospitaliers, y compris en hôpital de jour, et des actes et consultations réalisés en établissement de santé sont aussi distinctes. Les restes à charge finaux supportés par les patients après intervention des assurances complémentaires diffèrent surtout entre les établissements des secteurs public et privé à but lucratif, en fonction de la pratique des dépassements d'honoraires.

Encadré 24 : Les remboursements et restes à charge liés aux prises en charge ambulatoires dans les établissements de santé

Comme l'a analysé le rapport du HCAAM sur les restes à charge hospitaliers, les tickets modérateurs sur les séjours (20 % hors cas d'exonérations) suivent des règles différentes dans les secteurs public et privé sans but lucratif et dans les cliniques privées à but lucratif. Ces différences sont liées au fait que, dans le deuxième cas, les honoraires des praticiens ne sont pas, inclus dans les tarifs des GHS, et que dans les établissements publics sans but lucratif, le ticket modérateur de 20 % n'est pas assis sur le GHS mais sur un tarif journalier de prestation (TJP) fixé par l'établissement.

Les tickets modérateurs hospitaliers étant couverts par les « contrats responsables » des assurances complémentaires, les restes à charge des patients accueillis en hôpital de jour sont toutefois généralement pris en charge lorsqu'ils se situent dans le cadre du parcours de soins coordonné, sachant que des majorations à la fois tarifaires et de ticket modérateur (non remboursables) s'appliquent dans le cas contraire. Il n'existe donc pas pour les patients de différence de reste à charge entre hospitalisation partielle et conventionnelle lorsqu'ils se situent dans le parcours de soins et qu'ils sont couverts par une assurance complémentaire.

Il en est de même pour les tickets modérateurs liés aux actes et consultations réalisés dans les établissements de santé, les remboursements de l'assurance maladie obligatoire étant de 70 % dans le cadre du parcours de soins, mais seulement de 30 % en dehors de ce parcours.

Les restes à charge finaux que peuvent supporter les patients pèsent donc essentiellement sur la petite minorité d'entre eux qui n'a pas de couverture complémentaire, et surtout sur ceux qui consultent, principalement dans les cliniques privées, des spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraires, lesquels sont très diversement pris en charge par les assurances complémentaires et peuvent intervenir à la fois lors de séjours en établissement ou à l'occasion de soins externes.

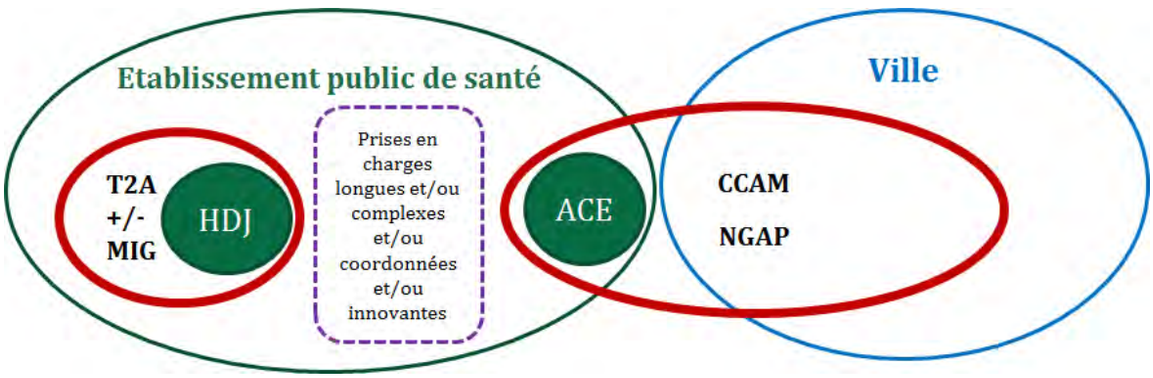
Source : HCAAM, « Etude sur les restes à charge à l'hôpital (public et privé) », in Rapport annuel 2013.

3.2.2 L'absence de correspondance avec la CCAM et la NGAP pose le problème de la tarification de certaines prises en charge complexes et lourdes ne pouvant être réalisées par la médecine de ville

La tarification actuelle des soins réalisés en milieu hospitalier se fait donc sur une base identique à celle des soins dispensés en ville. Or, si la CCAM a permis une connaissance détaillée des actes réalisés, elle ne couvre que le périmètre des actes techniques, et **la tarification appliquée**, qui s'appuie aussi la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) et la NGAP, **ne permet pas de prendre en compte la spécificité de certaines prises en charge réalisées dans le cadre de soins externes dispensés en environnement hospitalier**. Elle conduit en particulier à ne pas ou mal reconnaître et financer :

- le contenu de certaines consultations de médecine longues et complexes et le cas échéant les activités de conseil d'éducation thérapeutique qui peuvent y être associées ;
- les prestations de certaines professions qui peuvent intervenir dans ce cadre (psychologues, diététiciens) ;
- certains actes innovants pratiqués dans le cadre hospitalier, qui, lorsqu'ils sont intégrés, le sont avec délai ;
- les coordinations auxquelles ces consultations donnent lieu entre professionnels ou avec la médecine de ville sans forcément relever de l'hôpital de jour.

Graphique 8 : Représentation schématique de la question de la tarification des prises en charge intermédiaires



Source : Mission.

Ces règles de tarification différentes pour l'hôpital de jour et les soins externes peuvent dans certains cas conduire à des différences de rémunération importantes ne reflétant pas dans l'un et l'autre cas les coûts des soins dispensés, qui peuvent se situer dans une « zone intermédiaire » relativement large.

Or, les études réalisées jusqu'à présent sur les coûts de ces différentes formes de prise en charge (qui demandent des investigations spécifiques, eu égard à l'absence de contenu clinique de la nomenclature des consultations relevant de la NGAP) sont parcellaires et n'ont été conduites que par des établissements de manière isolée.

La principale étude repérée par la mission est celle réalisée en janvier 2011 par le service de dermatologie de l'hôpital Henri Mondor, qui concluait, mais sur une période courte, à une sous valorisation des ACE par rapport à l'hôpital de jour eu égard à leurs coûts respectifs[90]. Une autre étude, non aboutie à ce jour, a plus récemment été lancée par le CHU de Nîmes.

Dans la mesure où les prestations ainsi réalisées en milieu hospitalier peuvent correspondre à des prestations que la médecine de ville n'est pas en mesure d'assurer, cette situation est problématique. En revanche, il serait souhaitable qu'à terme certaines de ces consultations longues, complexes et coordonnées puissent davantage être prises en charge par la médecine de ville, grâce à une organisation et une structuration adaptées.

[90] S. Ingen-Housz-Oro, I. Durand-Zaleski, A. Cosnes, L. Valleyrie-Allanore, J. C. Moreno, O. Chosidow et P. Wolkenstein, « Hôpital de joue de dermatologie : entre circulaire frontière et réalité », *Annales de dermatologie et de vénérologie*, n° 139, 2012.

3.2.3 Seules des réponses partielles et fragmentées ont été jusqu'à présent apportées

Les dotations attribuées aux missions d'intérêt général (MIG) ont été utilisées pour apporter aux établissements hospitaliers un complément de valorisation pour certains types de consultations longues et/ou pluridisciplinaires. C'est notamment le cas concernant la prise en charge de la douleur, l'addictologie, la maladie de Parkinson, des consultations mémoire ou des troubles du langage (encadré).

S'y ajoutent certains financements concernant par exemple les actions d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques (pathologies respiratoires, cardiovasculaires, insuffisance rénale, diabète et infection par le VIH), qui sont depuis 2013 financées par le fonds d'intervention régional (FIR), y compris lorsqu'elles sont promues par des équipes hospitalières, intervenant ou non en ambulatoire [91].

Ces réponses tarifaires restent toutefois spécifiques et limitées, et ne répondent pas aux problèmes de valorisation posés par l'ensemble des « prises en charge intermédiaires ».

Encadré 25 : Les missions d'intérêt général (MIG) apportant un financement complémentaire aux consultations longues et/ou pluri-professionnelles

Certaines MIG ont pour objet de financer les surcoûts associés à des consultations longues et/ou pluridisciplinaires soit, pour expliciter les risques et les diagnostics à des primo-consultants soit, parce qu'elles nécessitent un « temps long » en raison de leur caractère pluridisciplinaire ou pluri-professionnel. Toutefois, il ne s'agit pas de la seule activité couverte par ces dotations, qui ont également pour objet de couvrir des actions de formation et d'expertise par exemple. La notion d'expertise et la complexité des situations sont à cet égard prises en compte dans la valorisation financière de ces MIG.

La circulaire DGOS/R1 n° 2015-140 du 22 avril 2015 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2015 des établissements de santé liste, notamment, au titre des MIG afférentes à l'intervention d'équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies :

- les consultations mémoire ;
- les consultations hospitalières d'addictologie ;
- les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique ;
- les consultations hospitalières de génétique ;
- les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents ;
- les actions de qualité transversale des pratiques de soins (dispositifs d'annonce, soins de support, concertation pluridisciplinaire) et la coordination des parcours de soins en cancérologie ;
- les centres experts de la maladie de Parkinson.

Ces « consultations externes spécifiques » dites longues et/ou pluri-professionnelles font l'objet d'un recueil *ad hoc* dont l'objectif est d'assurer une meilleure visibilité entre l'activité produite et les financements alloués par la dotation des MIG à ce titre. Ce recueil concerne 9 MIG pour un montant total de 234,7 M€ en 2014, dont les plus importantes sont les consultations hospitalières d'addictologie (55 M€) et de génétique (34,7 M€).

Par ailleurs, 5 autres MIG intègrent un financement partiel au titre des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), parmi lesquelles, en cancérologie, les actions de qualité transversale des pratiques de soins (88,5 M€) et les centres de coordination (43,4 M€), ainsi que les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (62,7 M€).

Source : DGOS.

[91] Il faut noter que ce problème des consultations pluri-professionnelles ou coordonnées s'est vu apporter des réponses différenciées dans le champ de la médecine de ville : outre la mobilisation du FIR pour les programmes d'éducation thérapeutique ou certaines RCP, des financements spécifiques ont été mis en place soit pour apporter un soutien aux structures pluri-professionnelles de proximité (nouveaux modes de rémunération-NMR), soit pour financer des modalités générales ou spécifiques de coordination (rémunérations forfaitaires du médecin traitant, PAERPA…).

3.2.2. La réflexion sur l'évolution tarifaire de ces prises en charge longues, complexes et coordonnées doit être conduite concomitamment à celles portant sur la clarification de l'instruction frontière et sur la diffusion de référentiels de prise en charge

La réflexion sur la tarification de ces prises en charge intermédiaire, considérées dans le cadre d'un *continuum* entre les établissements de santé et la ville ne saurait être conduite sans réflexions parallèles sur :

- la clarification de l'instruction frontière ;
- le contenu des prises en charge destinées, dans chaque spécialité, à être réalisées en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour, en ACE ou à domicile.

Cette réflexion, importante pour l'équilibre du dispositif dans la durée, devrait s'appuyer, pour les différentes spécialités ou « filières de soins », sur des analyses relatives au coût des prises en charge réalisées dans le cadre des ACE et de l'hospitalisation de jour, afin d'apprécier le « niveau » des coûts correspondants aux diverses formes de prise en charge intermédiaires.

Ces études demandent des investigations spécifiques, mais sont indispensables à conduire pour éclairer le niveau souhaitable d'éventuelles tarifications prenant mieux en compte ces prises en charge.

<u>Proposition n° 15</u> : Développer pour certaines filières de prises en charge des analyses comparant les coûts et recettes respectifs de l'hospitalisation de jour, des ACE et des soins à domicile ou en ville pour des « parcours types »

3.2.3. Des évolutions sont possibles dont la gradation va de la mise en place de prises en charge intermédiaires à la réforme d'ensemble de la tarification

3.2.3.1. Différentes évolutions sont envisageables à court-moyen terme, avec des logiques différentes et des incidences variables sur les enjeux d'ensemble de la tarification

La DGOS et la DSS ont mis en avant l'idée de « tarifications intermédiaires » comme l'un des éléments susceptibles de contribuer au « virage ambulatoire » en médecine dans le cadre du plan ONDAM 2015-2017 (encadré).

Encadré 26 : Les « tarifications intermédiaires » dans le plan ONDAM 2015-2017

Partant du constat que de nombreuses prises en charge ambulatoires sont facturées indûment en HDJ de médecine pour contourner une valorisation insuffisante des consultations longues et des prises en charge complexes, la DGOS considère qu'une économie significative pour l'assurance maladie pourrait être envisagée en créant une tarification intermédiaire entre les tarifs actuels de la consultation et de l'HDJ et en précisant les périmètres relatifs de chacune des modalités de facturation.

Il convient donc de mieux caractériser l'HDJ par rapport à certains actes et consultations externes, à l'hospitalisation complète et aussi à certaines prises en charge en SSR, en psychiatrie ou médico-sociales.

Selon la DGOS, un certain nombre de séjours d'HDJ de médecine serait ainsi évitable à la condition, d'une part, de préciser le périmètre de l'hôpital de jour de médecine et d'autre part d'adapter le financement des prises en charge pluridisciplinaires ne relevant pas de l'HDJ mais nécessitant une valorisation plus importante qu'une consultation.

La DGOS a donc proposé une mesure ayant « *pour objectif de générer des économies pour l'Assurance maladie en améliorant la pertinence de l'HDJ de médecine et en envisageant la mise en place d'une tarification des prises en charge longues et/ ou pluridisciplinaires plus juste et moins coûteuse que l'HDJ.* »

Dans le cadre des propositions d'économies associées au plan ONDAM 2015-2017, cette économie potentielle a été évaluée à 125 M€ sur la période, avec un plein effet en 2016 et 2017.

Selon la direction de la sécurité sociale (DSS), ces « *125 M€ d'économies attendues sur la médecine dans le cadre du Plan ONDAM (2015-2017) étaient à la fois liés à la mise en place de deux mesures : le développement de la médecine ambulatoire et la création d'un tarif intermédiaire, lesquelles devaient permettre une montée en charge de l'effort comme suit : 25 M€ (2015), 50 M€ (2016) et 50 M€ (2017).*

Au regard de la complexité et du temps de mise en œuvre des deux projets, les économies 2015 ont été reportées sur 2017, selon la chronique suivante : 0M€ (2015), 45M€ (2016), 80M€ (2016). Il sera cependant trop tôt en 2016 pour que les 45 M€ soient imputables à ces projets : dès lors, une mesure simple de « neutralité tarifaire » sera donc appliquée en 2016. ».

Pour 2017, la capacité à lier la campagne tarifaire à ces projets dépendra selon la DSS des résultats des travaux en cours et du degré d'avancement des actions « terrain ». Il s'agit notamment du projet de développement de d'HDJ qui a été lancé et a donné lieu à des demandes de « *plans d'actions régionaux* 2015-2017 » aux réseaux ARS et CPAM en juillet dernier.

Source : Ministère de la santé.

Indépendamment même du « niveau » souhaitable de tarification de ces prises en charge intermédiaires, la mission a constaté que la réflexion sur leurs modalités était encore embryonnaire, et que les acteurs qui les préconisent les envisagent sous des formes différentes reflétant des « logiques de tarification » elles-mêmes diverses. Eu égard à l'imprécision des réflexions sur le contenu des formules envisageables, la mission s'est limitée à les identifier et à tenter, pour chacune d'elles, d'en lister les avantages et les inconvénients, sans porter d'appréciation sur leur pertinence ou leur opportunité. Le tableau 17 présenté en pièce jointe à la fin de la présente annexe synthétise l'ensemble de ces possibilités.

3.2.3.1.1. L'instauration de tarifs de GHS « amendés »

Cette piste pourrait prendre plusieurs formes éventuelles, allant de la création de nouveaux GHS dévolus aux séjours ambulatoires, à une moindre valorisation des tarifs « de base » de certains GHS qui seraient alors majorés par des « indices de complexité », ou enfin à l'institution de tarifs de GHS « à taux partiel » (par exemple 50 ou 70 %).

Ce type de formule aurait alors pour intérêt :

- de permettre sans coût abusif la réintégration dans le champ de l'hôpital de jour d'un certain nombre de soins et activités longs, complexes et innovants qui en sont aujourd'hui exclus en termes de facturation, mais qui sont organisés dans le cadre des unités de médecine ambulatoire ;
- de conserver et d'étendre à ce type de soins le principe et les incitations à l'efficience voulus à travers la tarification « au forfait » mise en place dans le cadre de la T2A, et passant des tarifs uniques et globaux pour des pathologies impliquant des lourdeurs de prise en charge voisines ;
- de poursuivre la démarche de « tarification graduée » mise en place dans le cadre de la T2A en prenant mieux en compte la complexité de certaines prises en charge ;
- de permettre éventuellement la réintégration de certaines MIG dans ce type de tarification « amendée ».

Elle aurait toutefois pour inconvénients :

- d'instaurer une « nouvelle frontière » et des écarts tout aussi discutables entre ces prises en charge facturées au séjour ainsi « retarifées »et d'autres formes d'ACE ;
- d'inciter les établissements hospitaliers à développer le volume de leur activité en « HDJ à taux révisé » au détriment des autres ACE et surtout en substitution ou en concurrence avec la médecine de ville ;
- d'introduire de façon particulièrement problématique de nouvelles diversifications dans la grille des tarifs T2A qui est reconnue comme donnant déjà lieu à une segmentation excessive (2 673 GHS dans la grille tarifaire 2015), et en tout cas bien supérieure à celle pratiquée dans les principaux pays étrangers[92] ;
- de reproduire, voire de renforcer, les défauts reconnus à la T2A pour la prise en charge de certaines maladies longues ou chroniques, sans s'inscrire dans la perspective d'une reforme de ce mode de financement (cf. *infra).*

3.2.3.1.2. La mise en place de forfaits tarifaires alternatifs pour certaines prises en charge hospitalières

Cette piste consisterait à substituer, pour certaines prises en charge aujourd'hui tarifées à l'activité, des forfaits spécifiques aux tarifs hospitaliers en vigueur. Elle pourrait prendre la forme :

- soit de forfaits assortis d'un *scoring* prenant en compte l'état du patient, ainsi que le contenu et la durée de sa prise en charge ;
- soit de forfaits « à l'épisode de soins » s'appliquant à certains parcours s'inscrivant dans une durée déterminée ou itératifs.

Ce type de propositions aurait pour avantages :

- de permettre la valorisation des soins complexes, longs ou innovants ;
- de s'inscrire dans des parcours de prise en charge tenant compte de l'état du patient et de son évolution ;
- de ne pas modifier la tarification des actes et consultations par ailleurs réalisés dans le cadre des soins externes.

Il aurait pour inconvénient ou risque potentiels d'inciter à des prises en charge « plus lourdement chargées en soins » ou à la multiplication d'épisodes de soins, le cas échéant « répétitifs ».

[92] En particulier en raison de la subdivision de chaque racine en niveaux de sévérité différents.

3.2.3.1.3. La mise en place de « forfaits médecine » complétant la valorisation de certains ACE non suivis d'hospitalisation

Cette solution, proposée notamment par la fédération UNICANCER pour les prises en charge en cancérologie, aurait pour avantages potentiels :

- de constituer l'extension d'une formule déjà connue et pratiquée, à travers les forfaits « sécurité environnement »(SE), pour compléter la valorisation de certains actes donnant lieu à une facturation au titre de la CCAM et nécessitant « l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier » ;
- de permettre la mise en œuvre de plusieurs niveaux de forfaits s'adaptant à la spécificité des soins pratiqués et à l'étendue des différences de tarification entre ACE et GHS ;
- de ne pas remettre en cause les frontières entre ACE et hôpital de jour, une fois clarifiées dans le cadre de la circulaire frontière, non plus que la tarification des premiers sur la même base que les actes pratiqués en ville ;
- de transposer aux soins pratiqués à l'hôpital la démarche visant à développer des rémunérations au forfait mises en place pour compléter la rémunération à l'acte des praticiens de ville (forfaits ALD, paiements à la performance).

Elle aurait cependant pour inconvénients :

- de laisser coexister sans réexamen d'ensemble les réponses fragmentées apportées à des problèmes voisins dans le cadre de forfaits d'une part, de MIG d'autre part ;
- d'ajouter des « rustines » à un mode de tarification *via* les ACE, plus forcément adapté dans son principe à certaines prises en charge hospitalières longues et/ou complexes et/ou coordonnées appelées à se développer dans le cadre de la prise en charge des patients vieillissants et des maladies chroniques, et laissées en dehors du champ de la tarification hospitalière ;
- de complexifier et d'introduire des « zones de flou » et de contestation supplémentaires dans les règles de facturation ;
- de conduire à des demandes d'adaptation permanente (en termes de niveau, de champ ou par spécialités) des « grilles de forfaits » ainsi définies.

3.2.3.1.4. La mise en place d'une tarification spécifique pour tout ou partie des consultations hospitalières

Cette solution, envisagée notamment par la mission IGAS de 2012 sur l'évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux, pourrait consister :

- soit à compléter la grille tarifaire des ACE par des tarifs revalorisés pour certaines consultations longues, complexes ou coordonnées pratiquées à l'hôpital, avec des tarifs définis de façon spécifique pour ces prises en charge et pouvant, le cas échéant, être institués « hors nomenclature » ;
- soit à envisager de façon plus radicale une grille de tarification graduée et spécifique aux soins externes hospitaliers.

Cette hypothèse aurait pour avantages potentiels :

- de tirer les conclusions des différentiels de coûts de structure entre la ville et l'hôpital, pour la réalisation d'ACE mobilisant les plateaux techniques ou les ressources hospitalières ;

- de donner l'opportunité d'une rationalisation des définitions et des modes de financement des prises en charge ambulatoires à l'hôpital, en mettant en place des tarifs plus cohérents et continus entre en hospitalisation de jour et en ACE ;
- de pouvoir le cas échéant inscrire l'ensemble dans la perspective d'une réforme d'ensemble de la tarification des établissements de santé (cf. *infra*).

Elle aurait néanmoins pour inconvénients :

- de risquer d'encourager, en revalorisant les ACE, des substitutions entre soins réalisés en ville et à l'hôpital, d'autant que les remboursements y sont plus favorables pour un certain nombre de patients ;
- de promouvoir un financement à l'acte avantageux conduisant les établissements à développer ce type de prestations de façon inflationniste ;
- de reposer la question de l'homogénéité de traitement entre les établissements publics et privés, et des concurrences potentielles entre les deux secteurs ;
- de renoncer à une perspective de tarifications plus homogènes entre les différents segments des parcours de soins.

La diversité des solutions envisageables incite à poursuivre la réflexion en la matière, en en expertisant précisément les conséquences, en lien avec la clarification de la circulaire frontière et l'élaboration des référentiels de prise en charge.

Proposition n° 16 : Poursuivre la réflexion sur une tarification adaptée des soins longs, complexes et coordonnés ayant vocation à être réalisés en milieu hospitalier

3.2.3.2. À long terme, les réflexions d'ensemble sur la réforme de la tarification pourraient être considérées

Ces différents types de solution doivent pouvoir s'inscrire dans les réflexions en cours sur d'éventuelles réformes plus globales de la tarification des soins, qui pourraient également avoir des incidences majeures sur les prises en charge ambulatoires.

Les modes de tarification alternatifs principalement évoqués concernent :

- **la réforme de la tarification concernant les pathologies chroniques et les soins aux personnes âgées en perte d'autonomie.**

  Cette réforme donne lieu à une réflexion engagée dans le cadre d'un comité présidé par M. Olivier Véran[93]. Cette réflexion porte sur les conditions de mise en œuvre d'une dotation modulée à l'activité, avec laquelle certaines des pistes évoquées précédemment pourraient être plus ou moins compatibles.

  Selon la DGOS, cette réflexion pourrait se traduire par une augmentation de la part des financements forfaitaires dans les ressources des établissements, avec des niveaux différents en fonction de l'activité et de la nature des prises en charge. Il s'agirait d'asseoir davantage ces financements sur les charges des établissements pour les activités où ces charges ont nécessairement une part « fixe » importante.

  S'agissant des prises en charge ambulatoires, il serait imaginable que de telles dotations globales puissent le cas échéant être définies de façon à couvrir les frais de structure afférents à la prise en charge par les équipes hospitalières de certaines pathologies dans le cadre de soins externes, et/ou que ces derniers puissent entrer, avec des modes de prise en compte spécifiques, dans le décompte les modulations à l'activité mises en œuvre ;

[93] Mission confiée le 10 novembre 2015 par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

- **le développement de tarifications au « parcours de soins » prenant en compte le *continuum* des prises en charge en établissement de santé et en ville.**

  La cohérence des tarifications, n'est actuellement pas un chantier réellement engagé par les pouvoirs publics, à l'exception de démarches spécifiques comme celle qui est conduite par la HAS sur la chimiothérapie en HAD.

  Quelques réflexions plus générales ont cependant été formulées sur une éventuelle tarification « au parcours de soins », dont l'objectif serait de favoriser la continuité de la prise en charge et les liens entre la ville et l'hôpital.

  Elles viennent plutôt du milieu universitaire et posent la question de la définition de ces parcours, sachant qu'ils peuvent à la fois recouvrir des « épisodes de soins » de relativement courte durée et la prise en charge de maladies chroniques[94].

  Des expérimentations spécifiques ont toutefois été lancées à travers le financement de projets pilotes en matière de radiothérapie et d'insuffisance rénale chronique et pourraient être développées en incluant des prises en charge réalisées en hôpital de jour ;

- **la réactualisation de la CCAM technique et la possibilité d'une éventuelle CCAM clinique.**

  Les rapports IGAS et IGF de 2012 précités ont émis des recommandations visant à ce que l'actualisation de la CCAM technique soit régulièrement assurée dans une optique de « juste coût » et d'équité inter-spécialités, tout en préconisant que d'autres éléments continuent comme aujourd'hui à être pris en compte dans la fixation des tarifs par la voie des négociations conventionnelles.

  Ces rapports se montraient plus prudents quant à la possibilité d'étendre la CCAM aux consultations cliniques, notamment en raison d'une part, de la méconnaissance du contenu et de la durée relative de ces consultations et d'autre part, des coûts et de la complexité qu'une telle démarche serait susceptible d'engendrer.

  Ces réflexions pourraient néanmoins être ré-ouvertes, en aval de l'élaboration des référentiels de prise en charge mentionnés plus haut.

---

[94] Edouard Couty, « Financer l'hôpital, le professionnel ou le parcours du patient ? », *Les Tribunes de la santé*, n° 40, 2013/3 ; Sihame Chkair, Sophie Bouvet, Jean-Pierre Daurès, Pr Paul Landais, Christel Castelli, « Valorisation d'un parcours de soins : entre difficultés et alternatives », *Journal de gestion et d'économie médicales,* vol.32, n° 4, 2014.

Conclusion

Une condition indispensable au développement de l'hôpital de jour est la clarification de son organisation et de son positionnement dans le *continuum* des prises en charge. En effet, par-delà la plasticité qui doit être laissée à l'organisation de ces structures et aux prises en charge qu'elles réalisent, des guides opérationnels sont nécessaires pour encourager et appuyer le développement des hôpitaux de jour, qu'il s'agisse de la définition des prises en charge ou des modes d'organisation.

Des chantiers de nature diverse ont été engagés en ce sens par les établissements et par l'ANAP. Pour autant, la mission considère qu'une clarification de l'instruction frontière et la rédaction de guides sont nécessaires pour sécuriser les acteurs sur leurs perspectives de financement et de développement d'une part, et d'organisation à mettre en place d'autre part.

La tarification des GHS facturé en hôpital de jour n'est pas apparue comme un obstacle, au-delà de la clarification de l'instruction frontière, à ce que des soins actuellement réalisés en hospitalisation complète le soient à l'avenir en ambulatoire en hôpital de jour ou selon d'autres modalités.

En revanche, la tarification des soins longs, complexes et coordonnés, qui devront être identifiées lors de l'élaboration des référentiels, pose un problème auquel des solutions doivent être apportées. Sur ce point la mission a recensé les avantages et inconvénients des différentes pistes qui peuvent être considérées.

Synthèse des propositions

- Donner aux établissements des appuis au développement de l'hôpital de jour

Proposition n° 1 : Inciter les établissements de santé à doter les hôpitaux de jour des logiciels leur permettant de réaliser la planification des venues et la programmation de la prise en charge des patients

Proposition n° 2 : Impliquer les ARS dans les projets d'hôpital de jour des établissements en tenant compte des spécificités de l'offre de soins et des caractéristiques sanitaires et sociales des populations

Proposition n° 3 : Rédiger des guides opérationnels et médico-économiques en lien avec les réflexions en cours à l'ANAP

Proposition n° 4 : Développer les études sur la médecine ambulatoire et son positionnement dans la « chaine » des prises en charge

- Prendre en compte l'environnement des patients

Proposition n° 5 : Définir des stratégies de prises en charge des patients prenant en compte leur environnement :

- **veiller au coût des transports de patients dans la réorganisation des prises en charge entre hospitalisation complète et ambulatoire ;**
- **accélérer le développement des expériences d'hôtels de patients et clarifier leur statut juridique ;**
- **développer les relations entre les établissements de santé et les EHPAD pour organiser en hospitalisation de jour des actions programmées à destination des personnes âgées résidentes en matière de bilans diagnostiques et de prévention ;**
- **promouvoir des dispositifs de conventionnement entre les établissements de santé et les structures d'aide à domicile pour faciliter les prises en charge en hôpital de jour.**

- Remettre du lien entre les acteurs dans le cadre des contrôles T2A

Proposition n° 6 : Revoir les priorités nationales de contrôles T2A sur la base d'un diagnostic partagé entre la DGOS/DSS et la CNAMTS

Proposition n° 7 : Rappeler aux établissements de santé la nécessité, en vue des contrôles à venir y compris pour des venues, de respecter les termes de l'article R. 1112-2 du code de la santé publique quant à l'importance du contenu et de la traçabilité des dossiers des patients

Proposition n° 8 : S'assurer de la prise en compte et du respect de l'instruction frontière par les praticiens conseils de l'Assurance maladie

Proposition n° 9 : Organiser des réunions annuelles entre les CPAM/DRSM et les ARS/DIM sur la base des retours des campagnes de contrôles précédentes afin de préparer au mieux celles à venir

Proposition n° 10 : Mettre en place une forme de « rescrit HDJ » propre aux établissements de santé

Proposition n° 11 : Assurer une diffusion annuelle des réponses adressées par la DACCRF de l'Assurance maladie auprès de ses praticiens conseils, des ARS et des établissements de santé

- Clarifier l'instruction frontière

Proposition n° 12 : Préciser *au minimum* les notions suivantes contenues dans l'instruction frontière :

- **la notion de pluralité associée aux examens et aux plateaux techniques ;**
- **la notion de plateaux techniques hospitaliers ;**
- **le caractère cumulatif ou alternatif du terme « professionnels de santé médicaux et paramédicaux ».**

Proposition n° 13 : Prévoir une définition positive des prises en charge qui entrent dans la facturation de GHS en hôpital de jour, au fur et à mesure de la disponibilité des référentiels

- Promouvoir les analyses de coûts

Proposition n° 14 : Promouvoir la construction et la diffusion d'outils d'analyse des coûts (*microcosting*) rigoureux et adaptés aux particularités des prises en charge ambulatoires de médecine

Proposition n° 15 : Développer pour certaines filières de prises en charge des analyses comparant les coûts et recettes respectifs de l'hospitalisation de jour, des ACE et des soins à domicile ou en ville pour des « parcours types »

- Approfondir les questions tarifaires

Proposition n° 16 : Poursuivre la réflexion sur une tarification adaptée des soins longs, complexes et coordonnés ayant vocation à être réalisés en milieu hospitalier

Pièces jointes

Pièces jointes n° 1 - Modes d'organisation des établissements rencontrés par la mission

Tableau 10 : Modes d'organisation des hôpitaux de jour rencontré par la mission (région Bourgogne)

Date de créa-tion	Nom-bre de places	Poly-valen ce	Spécia-lités repré-sentées	Nom-bre	Origine de l'hospita-lisation	Nature des prises en charge réalisées	Organi-sation des prises en charge	Vérification du dossier /rappel du patient	Composition de l'unité d'hospita-lisation	Médec-ine foraine	Insertion dans le cadre d'une coopé-ration hospita-lière
Centre Hospitalier Chalon-sur-Saône (William Morey)											
01/2012	10	Oui	Toutes les spécialités de médecine Urologie Anesthé-siologie UMSP Gériatrie	16	Spécialistes Médecin Généraliste des EHPAD extérieures	NR	Cadre de Santé et IDE coordinatrice	Vérification et préparation du dossier la veille par une IDE Appel du patient la veille Cadre de Santé	1 médecin coordinateur Chaque médecin spécialiste adressant un patient est responsable de celui-ci tout au long du séjour	Oui	Non
CHU Dijon – Unité HJ 2ème											
03/2014	21	Oui	Dermatologie, Douleur, Médecines Internes Néphrologie, Neurologie, Rhumatologie	7	NR	44 % Bilan 56 % thérapeutique	Cadre de santé	Vérification du dossier la veille : Rappel du patient : en développement 2016	1 médecin	Non	Non

CHU Dijon –Unité HJ 4ème											
03/2014	14	Oui	Hépato-Gastro-Entérologie Endocrinologie	2	NR	50 % Bilan 50 % thérapeutique	Secrétaire	Vérification du dossier la veille : Rappel du patient : en développement 2016	1 médecin	Non	Non
CHU Dijon –Unité HJ 3ème											
01/2011	4 puis 6 à partir de janv. 2016	Oui	Cardiologie, Pneumologie (unité commune de prise en charge Hôpital de Jour et Hôpital de Semaine)	2	Spécialistes	Théra-peutique	Secrétaire	Vérification du dossier la veille : Rappel du patient : en développement 2016	1 médecin	Non	Non
CHU Dijon –Unité HJ « Hématologie »											
1997	44	Non	Hématologie	1	Spécialistes	Théra-peutique	Cadre de santé	Vérification du dossier la veille : Rappel du patient : en développement 2016	1 médecin	Non	Non
Centre Hospitalier Mâcon											
2003	9	Oui	Oncologie Hématologie, Infectieux, Médecine interne, Gastro-entérologie, Pneumologie	6	Médecins traitant Spécialistes interne au CH ou extérieurs	Examens, bilans, traitements (transfusion, chimio, injections divers…)	Un poste IDE de régulation chaque jour	Dossier systématiquement vérifié la veille /Appel de la veille ciblé (au regard des résultats sanguins)	1 responsable d'unité 1 organisation et une présence selon la présence des patients et la spécialité Pas de présence médicale permanente	Oui	Coopération formalisée par une convention pour l'onco / hémato avec les centres de références

Source : Réponses des établissements au questionnaire adressé par la mission. Retraitement mission.

Tableau 11 : Modes d'organisation des hôpitaux de jour rencontré par la mission (région Lorraine)

Date de création	Nombre de places	Polyvalence	Spécialités représentées	Nombre	Origine de l'hospitalisation	Nature des prises en charge réalisées	Organisation des prises en charge	Vérification du dossier /rappel du patient	Composition de l'unité d'hospitalisation	Médecine foraine	Insertion dans le cadre d'une coopération hospitalière
CHRU Nancy (UMA)											
1er trimestre 2016	[19-20]	Oui	Rhumatologie Dermatologie Allergologie Pneumologie Maladies infectieuses tropicales, Médecine interne et immunologie clinique, Addictologie, Diabétologie, Hépato gastroentérologie, Urologie, Néphrologie, Psychiatrie	14	Spécialistes	Bilans, Diagnostics Traitements Surveillances	IDE de programmation (en amont du séjour) ou de coordination de parcours (durant le séjour)	Oui à venir	Médecin coordonnateur Médecins référents par spécialités	Oui pour l'instant (intégrée dans le potentiel de transfert)	Non
CHRU de Nancy (Onco-hématologie)											
1er trimestre 2016	[30-32]		Hématologie Pneumologie Dermatologie Neurologie Hépato-Gastro-entérologie Endocrinologie	6	Spécialistes	Séances, traitements, surveillances	IDE de programmation (en amont du séjour) ou de coordination de parcours (durant le séjour)	Oui à venir	Médecin coordonnateur de l'unité Médecins dédiés	Non	Non pas pour le moment

HPM Robert Schumann											
03/2013	11	Oui	Pneumologie, Néphrologie, Hépatologie, Urologie	4	Médecin spécialiste	Bilans Traitements Chimio, Surveillance, Transfusion, Ponctions, Sevrage, Sonde, Dialyse péritonéale	IDE coordinatrice	Oui, appel de la veille	Médecin dédié par plage en pneumologie, médecin présente en fonction des patients pour les autres spécialités	Non	Non

Source : Réponses des établissements au questionnaire adressé par la mission. Retraitement mission.

Tableau 12 : Modes d'organisation des hôpitaux de jour rencontré par la mission (région Midi-Pyrénées)

Date de création	Nombre de places	Poly-valence	Spécialités représentées	Nombre	Origine de l'hospita-lisation	Nature des prises en charge réalisées	Organisation des prises en charge	Vérifica-tion du dossier /rappel du patient	Composition de l'unité d'hospita-lisation	Médecine foraine	Insertion dans le cadre d'une coopé-ration hospita-lière
Hôpital Joseph Ducuing											
07/1993	7	Oui	Cancérologie, Médecine interne Maladies rares, Endocrinologie Diabétologie Infectiologie Chirurgie de l'obésité Gynécologie Douleur	11	Médecin spécialiste de l'établissement et/ou suite à une hospitalisation	Bilan, Traitement des pathologies chroniques ou non, Surveillance Suivi des ALD, Education thérapeutiq ue	IDE (program-mation et planification en même temps que les PEC. Equipe IDE*2/jour, 1 ASH 1 l'après-midi	Préparatio n des dossiers la veille. Pas de rappel	Médecin présent en fonction des patients présents	Non	Non
Capio/ Clinique des cèdres											
03/2013	16	Oui	Digestive, Gastroentérolo gie, Gynécologie, Urologie, Vasculaire/angi olog Pneumologie	15		Médecins traitants et spécialistes	Médecins Infirmières, Secrétaires adminis-tratives	NC	NC	NC	NC

CHU Toulouse site de La Grave (Hdj gériatrie, prévention des fragilités)											
NC	4	Oui	Patients poly pathologiques	Gériatres Médecins généralistes	Médecin traitant	Bilans, Diagnostics	IDE (programmation et planification)	Vérification du dossier Rappel du patient la veille	Equipe constituée de IDE/AS/AMA/CS Prestataires paramédicaux	Non	NR
CHU Purpan (Pôle neurosciences)											
NC	20	oui	Neurologie Neurochirurgie et ORL	3	Spécialistes	Traitement Bilans Diagnostics, Surveillance en rapport avec examen ou traitement	Infirmière	Rappel semaine précédente	Chef de service, planning de présence médicale au mois, médecins dédiés pour certaines spécialités	Non	Non

Source : Réponses des établissements au questionnaire adressé par la mission. Retraitement mission.

Tableau 13 : Modes d'organisation des hôpitaux de jour rencontré par la mission (région Pays de la Loire)

Date de création	Nombre de places	Poly-valence	Spécialités représentées	Nom-bre	Origine de l'hospita-lisation	Nature des prises en charge réalisées	Organisation des prises en charge	Vérifica-tion du dossier /rappel du patient	Composition de l'unité d'hospita-lisation	Médecine foraine	Insertion dans le cadre d'une coopéra-tion hospita-lière
CHU de Nantes											
Unité médicale ambulatoire											
12/2013	30	Oui	Urologie, Néphrologie, Hépato-gastro-entérologie, Dermatologie, Explorations fonctionnelles , Médecine interne et infectieuse, Rhumatologie	8	ND	44 types en plus des bilans et diagnostics	1 infirmière de programmation, 1 infirmière de coordination	Oui à J-7	1 médecin coordinateur	Oui	NR
Unité cancérologie											
10/2014	40	Oui	Hématologie, Onco-dermatologie Onco-digestif	3	ND	8	1 infirmière de programmation, 1 infirmière de coordination	Non	1 médecin coordinateur	Oui	NR
Unité de pédiatrie											
2004	8 (dont 3 dialyse)	Oui	Dialyse Diverses spécialités	12	ND	11	Pas de temps dédié	Non	1 médecin coordinateur	Oui	NR

CHU de La Roche-sur-Yon											
CHD Vendée (médecine spécialisée)											
NR	10	Oui	Douleur, Dermatologie, Gériatrie, Néphrologie, Neurologie Rhumatologie	6	Spécialiste, Médecin traitant pour la gériatrie	Bilans, diagnostics, évaluations, éducation thérapeutique, traitements, surveillance	Médecin, IDE, assistante médico-administrative, cadre de santé	Oui	Médecin dédié par spécialité	Non	Non
CHD Vendée (pôle diabétologie)											
NR	3	Non	Diabétologie	1	Spécialiste	Bilans, Education thérapeutique, Diagnostic, Surveillance	Médecin, IDE, assistante médico-administrative	Oui	Médecin spécialiste dédié sur une plage horaire	Non	Non
Institut René Gauducheau											
1993	39	Oui	Médecine, chirurgie, Anesthésie	3	Spécialiste	Evaluation, soins de support, douleur, diagnostic en hématologie, urgences, chimio-thérapie, chirurgie, pose de PAC	Médecin, cadre, IDE	Oui	Médecin dédié	Oui	Non

Source : Réponses des établissements au questionnaire adressé par la mission. Retraitement mission.

Tableau 14 : Modes d'organisation des hôpitaux de jour rencontré par la mission (région Picardie)

Date de création	Nombre de places	Poly-valence	Spécialités représentées	Nom-bre	Origine de l'hospita-lisation	Nature des prises en charge réalisées	Organisation des prises en charge	Vérification du dossier /rappel du patient	Composition de l'unité d'hospita-lisation	Médecine foraine	Insertion dans le cadre d'une coopéra-tion hospita-lière
Clinique Victor Pauchet											
09/2015	8	Oui	Endocrinologie Neurologie, Gastroentérologie, ORL, Pneumologie, Cardiologie, Diabétologie, Ophtalmologie, Algologie.	9	Médecin traitant/ Médecin spécialiste (de ville et hospitalier)	Bilans Diagnostics Traitements courts	1 secrétaire dédiée 1 infirmière (contrôle des dossiers d'hospitalisation) 1 cadre de santé 1 médecin coordinateur	Vérification du dossier la veille Rappel au patient des consignes de préparation à l'hospitalisation	2 médecins coordinateurs salariés à temps plein assurant la permanence sur 5 jours	Non	Non

GHPSO											
1989	7	Oui	Onco-hématologie Onco-Pneumologie Rhumatologie Allergologie Médecine interne Infectiologie VIH Diabétologie Neurologie Néphrologie Gastroentérologie	12	Spécialistes de médecine, oncologues Médecins de structures moyen ou long séjour	Chimio-thérapies Transfusions Traitements parentéraux Bilans complexes Ponctions Désensibili-sations Saignées Divers	Programmation par médecins Hdj, Service en concertation/ coordination avec les IDE (3,1 IDE, 1,5 AS)	Vérification du dossier (oui) rappel du patient (non)	Pas de médecin coordon-nateur de l'Hdj. Spécialité de médecine par les praticiens inter-venants à l'Hdj. 1 oncologue référent par site	Oui	Non

Source : Réponses des établissements au questionnaire adressé par la mission. Retraitement mission.

Tableau 15 : Modes d'organisation des hôpitaux de jour rencontré par la mission (région Provence Alpes Côte d'Azur)

Date de création	Nombre de places	Polyvalence	Spécialités représentées	Nombre	Origine de l'hospitalisation	Nature des prises en charge réalisées	Organisation des prises en charge	Vérification du dossier /rappel du patient	Composition de l'unité d'hospitalisation	Médecine foraine	Insertion dans le cadre d'une coopération hospitalière
Centre Hospitalier Henri Duffaut											
11/2015	12	Oui	Neurologie Rhumatologie Infectiologie Médecine interne Dermatologie Endocrinologie Gastro-entérologie Hématologie Gériatrie Douleur	10	NC	Bilans Traitements	Infirmières	Réunion de concertation hebdomadaire Pas de rappel du patient	Absence de médecin coordinateur	ND	Non
IPC (Institut Paoli Calmette)											
1989	52	Non	Oncologie médicale Onco-hématologie	2	Praticiens des départements concernés	Chimiothérapies Transfusions Cytaphérèses Suivi de greffe Soins palliatifs	1 cadre médical, 1 cadre administratif, agents administratifs	1° Consultation médicale téléphonique pour la chimio 2° Validation médicale quotidienne des bilans avec appels	1 chef de service de l'HDJ (présent 5j/7)	Non	Non

Source : Réponses des établissements au questionnaire adressé par la mission. Retraitement mission.

Pièces jointes n° 2 - Analyse des effets de seuils pour les racines

Tableau 16 : Répartition de chaque racine par effet de seuil et sévérités

Racines avec un effet de seuil 0 – 1 nuitée		Racines avec un effet de seuil 1 - 2 nuitées		Racines sans effet de seuil		
Sévérités 1 et T	Sévérités Z et T	Sévérités 1 et T	Sévérités Z et T	Sévérité 1	Sévérité T	Sévérité Z
23M11	06M17	19M15	02M10	01M13	05M18	23M19
23M10	09M14	16M06	18M14	01M23	01M15	23M15
21M15	04M23	04M06	23M16	01M29	05M07	23M14
21M04	05M23	18M09	19M22	01M33	04M10	19M21
19M19	08M36	07M15	01M34	01M38	07M10	18M12
19M12	23Z02	08M38	03M15	01M39	01M16	17M14
18M10	10M14	08M32	01M35	02M02	04M18	16M14
17M13	23M02	20Z06	06M18	02M03	05M09	13M10
17M12	11M19	21M11	23M20	03M12	17M06	13M09
17M11	16M15	10M08		03M13	25M02	12M09
17M09	23M21	01M04		04M04		12M08
17M08	07M14	01M31		04M11		11M18
16M13		19M14		04M21		10M13
16M09		05M04		04M27		09M15
12M07		18M07		05M14		09M13
12M05		10M10		05M19		09M12
11M16		19M10		06M10		08M35
11M15		19M13		06M14		07M13
11M08		16M17		06M19		06M16
11M04		19M20		06M21		06M15
11M03		20Z02		07M12		05M20
10M11		08M24		07M16		04M22
10M09		18M03		08M26		03M14
09M11		10M15		10M19		02M09
09M10		10M17		10M20		01M32
09M07		04M12		11M11		
09M06		16M16		11M17		
08M34		04M25		11M20		
08M15		21M14		13M05		
08M14		19M18		13M07		
08M10		10M03		13M08		
08M09		04M07		16M07		
07M09		19M16		16M08		
07M08		18M11		16M18		
07M04		13M06		17M05		
06M07		01M27		18M02		
05M16		01M26		18M06		
05M10		13M03		18M15		
05M06		01M30		19M17		
04M26		21M02		20Z03		
04M20		16M12		20Z05		
04M19		08M30		21M12		
04M17		19M06		21M13		
04M14		09M04		23M09		
04M13		03M08				
04M08		12M06				
03M11		04M15				

Annexe II

Racines avec un effet de seuil 0 – 1 nuitée		Racines avec un effet de seuil 1 - 2 nuitées		Racines sans effet de seuil		
Sévérités 1 et T	Sévérités Z et T	Sévérités 1 et T	Sévérités Z et T	Sévérité 1	Sévérité T	Sévérité Z
03M10		21M05				
03M07		20Z04				
02M08		10M12				
02M07		09M08				
02M05		10M18				
02M04		07M07				
01M28		08M18				
01M22		05M11				
01M21		12M04				
01M17		10M02				
01M10		16M10				
01M09		19M11				
01M08		06M08				
01M07		06M11				
01M05		19M07				
		09M09				
		06M13				
		19M02				
		12M03				
		21M16				
		08M25				
		03M05				
		01M12				
		10M07				
		01M24				
		08M28				
		04M05				
		11M06				
		17M07				
		03M04				
		07M11				
		04M03				
		10M16				
		04M02				
		11M07				
		08M27				
		18M04				
		05M15				
		03M03				
		08M19				
		01M25				
		05M05				
		06M20				
		09M05				
		01M11				
		05M17				
		13M04				
		03M09				
		07M02				
		21M10				
		06M05				
		11M12				

Annexe II

Racines avec un effet de seuil 0 – 1 nuitée		Racines avec un effet de seuil 1 - 2 nuitées		Racines sans effet de seuil		
Sévérités 1 et T	Sévérités Z et T	Sévérités 1 et T	Sévérités Z et T	Sévérité 1	Sévérité T	Sévérité Z
		06M04				
		05M12				
		06M02				
		08M29				
		07M06				
		05M13				
		04M09				
		11M02				
		06M09				
		16M11				
		05M08				
		06M12				
		23M06				
		06M03				

Source : Extractions du PMSI 2014 transmises par l'ATIH, retraitements mission.

Pièces jointes n° 3 - Tableau récapitulatif du recensement des différentes pistes de tarification des prises en charge intermédiaires

Tableau 17 : Recensement des différentes pistes de tarification des prises en charge intermédiaires

Champs concernés	Pistes	Impacts						Moda-lités de mise en œuvre	Commentaires Conséquences/ effets
		Classification tarifaire		PEC/Patients/EPS		Mode de financement			
		Forces	Faiblesses	Forces	Faiblesses	Forces	Faiblesses		
T2A inchangée	Maintien des GHM actuels	Pas de rupture de classification	Difficulté d'un suivi ciblé			Pas d'incidence sur les tarifs de ville	Pas de recon-naissance tarifaire spécifique		Insatisfaction des acteurs et risque de contournement
Tarifs T2A amendés	Descriptio n de nouveaux GHM (ex racine en J)	Maintien d'une classification médicale descriptive	Augmentation du nombre de GHM, avec maintien du même nombre de racines Complexifi-cation de la classification (si maintien des T et Z)			Révision des seuls tarifs hospitaliers Ajustements possibles des tarifs			Difficulté de récolement des séries statistiques Réflexion à initier sur une éventuelle augmentation du nombre de racines

Annexe II

Champs concernés	Pistes	Impacts						Moda-lités de mise en œuvre	Commentaires Conséquences/ effets
		Classification tarifaire		PEC/Patients/EPS		Mode de financement			
		Forces	Faiblesses	Forces	Faiblesses	Forces	Faiblesses		
Tarifs T2A amendés	Moindre valor-isation des GHS en HDJ associés à un index de comple-xité majorant le tarif de base	Prise en compte de la complexité du processus de prise en charge	Complexifi-cation de la classification	Meilleure prise en compte de la lourdeur de certaines prises en charge		Révision des seuls tarifs hospitaliers Ajustements possibles des tarifs	Risque d'inflation des actes de soins classifiant		Un mécanisme tarifaire équivalent existe déjà en réanimation

Annexe II

Champs concernés	Pistes	Impacts						Moda-lités de mise en œuvre	Commentaires Conséquences/ effets
		Classification tarifaire		PEC/Patients/EPS		Mode de financement			
		Forces	Faiblesses	Forces	Faiblesses	Forces	Faiblesses		
Tarifs T2A amendés	Instauration de tarifs de GHS à « taux partiel »	Identification de l'HDJ en tant que telle	Complexification de la classification	Permet l'intégration dans le champ de l'HDJ de soins longs et complexes ou innovants, aujourd'hui exclus en termes de facturation mais organisés dans le cadre des unités de médecine ambulatoire	Incitation pour les établissements hospitaliers à développer le volume de leur activité en « demi-HDJ » au détriment d'ACE et en substitution ou en concurrence avec la médecine de ville	Conserver et étendre à ces soins le principe et les incitations à l'efficience de la tarification « au forfait » mise en place dans le cadre de la T2A Poursuivre la démarche de « tarification graduée » mise en place dans le cadre de la T2A Surcoût restreint et a priori sous contrôle Permettre la réintégration de certaines MIG	Instauration d'une « nouvelle frontière » tarifaire et des écarts entre ces prises en charge facturées au séjour « à taux partiel » et d'autres formes d'ACE Introduction d'une nouvelle arborescence dans la grille des tarifs T2A déjà très segmentée avec 2 673 GHS en2015, plus que celles pratiquées à l'étranger	Par exemple, selon les cas à 50 ou à 70 %)	Le risque existe de reproduire, voire de renforcer, les défauts reconnus à la T2A pour la prise en charge de certaines maladies longues ou chroniques, sans s'inscrire dans la perspective d'une reforme de ce mode de financement (cf. *infra*)

Annexe II

Champs concernés	Pistes	Impacts						Moda-lités de mise en œuvre	Commentaires Conséquences/ effets
		Classification tarifaire		PEC/Patients/EPS		Mode de financement			
		Forces	Faiblesses	Forces	Faiblesses	Forces	Faiblesses		
Parcours/ modes alternatifs	Forfait à l'épisode de soins			Prise en charge HDJ ou soins complexes et/ou longs et/ou innovants itératifs sur une durée déterminée Intérêt pour les maladies chroniques et ALD	Risque de multiplication des épisodes de soins				
Parcours/ modes alternatifs	Forfaits avec *scoring* en nombre limité	Pas d'interférence avec CCAM/NGAP mais potentiellement transférable en ville sur les exercices coordonnés et spécialisés		Valorisation des soins complexes et/ou longs et/ou innovants ne relevant pas de l'HDJ, (mal valorisés par la CCAM et la NGAP et nécessitant une infrastructure supérieure à un simple plateau de CS)	Risque de majoration des soins pour obtenir la plus forte valorisation	Pas d'interférence avec CCAM/NGAP	Difficulté de contrôle	*Scoring* prenant en compte l'état du patient, la durée de prise en charge, les différent es Cs, soins…	Meilleure adéquation de la rémunération allouée et des ressources engagées

Annexe II

Champs concernés	Pistes	Impacts						Moda-lités de mise en œuvre	Commentaires Conséquences/ effets
		Classification tarifaire		PEC/Patients/EPS		Mode de financement			
		Forces	Faiblesses	Forces	Faiblesses	Forces	Faiblesses		
Supplé-ment de tarifs (forfaits, …)	Mise en place de « forfaits médecine » en complé-ment de consultations à l'hôpital			Permettre la mise en œuvre de plusieurs niveaux de forfaits s'adaptant à la spécificité des soins pratiqués et à l'étendue des différences de tarification Extension d'une formule déjà connue et pratiquée, à travers les forfaits « sécurité environnement » (FSE) Compléter la valorisation de certains actes donnant lieu à une facturation au titre de la CCAM et nécessitant « l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier » Transposer aux soins pratiqués à l'hôpital la démarche visant à développer des rémunérations au forfait		Pas de remise en cause des frontières entre ACE et hôpital de jour et donc de la tarification des premiers sur la même base que les actes pratiqués en ville	Introduire des « zones de flou » et de contestation supplé-mentaires dans les règles de facturation Induire des adaptations permanentes (en termes de niveau, de champ ou par spécialités) des « grilles de forfaits » ainsi définies		Laisse coexister sans réexamen d'ensemble les réponses fragmentées apportées à des problèmes voisins dans le cadre de forfaits d'une part, de MIG d'autre part ; Ajoute des « rustines » à un mode de tarification via les ACE, inadapté dans son principe à certaines prises en charge hospitalières longues et/ou complexes et/ou coordonnées appelées à se développer dans le cadre de la prise en charge des patients vieillissants et des maladies chroniques et laissées en dehors du champ de la tarification hospitalière

Annexe II

Champs concernés	Pistes	Impacts						Moda-lités de mise en œuvre	Commentaires Conséquences/ effets
		Classification tarifaire		PEC/Patients/EPS		Mode de financement			
		Forces	Faiblesses	Forces	Faiblesses	Forces	Faiblesses		
	Mise en place d'une tarifi-cation spécifique pour certaines consul-tations hospi-talières			Tirer les conclusions des différentiels de coût de structure entre ville et hôpital, pour la réalisation d'ACE mobilisant les plateaux techniques ou les ressources hospitalières	Encourager des substitutions d'ACE entre soins réalisés en ville et à l'hôpital (les rembour-sements y sont plus favorables) Reposer la question de l'homogénéité de traitement entre les EPS publics et privés et concurrences entre les 2 secteurs	Rationali-sation des définitions et des modes de financement des prises en charge ambulatoire à l'hôpital, en mettant en place des tarifs plus cohérentes et continus entre HDJ et ACE	Distorsion de tarification entre ville et hôpital, source de contestation ; Promouvoir un financement à l'acte conduisant les EPS à développer ce type de prestations (risque inflationniste)		S'inscrit dans une réforme d'ensemble de la tarification des EPS ; Pose la question de la perspective de tarification des soins au parcours

Annexe II

Champs concernés	Pistes	Impacts						Moda-lités de mise en œuvre	Commentaires Conséquences/ effets
		Classification tarifaire		PEC/Patients/EPS		Mode de financement			
		Forces	Faiblesses	Forces	Faiblesses	Forces	Faiblesses		
	Définir une classifi-cation hospi-talière hors nomenclat ure (HN) ne s'appli-quant qu'à l'hôpital pour des PEC qui ne peuvent être réalisées qu'à l'hôpital	Compléter la CCAM descriptive du PMSI pour intégrer des actes et soins ne relevant pas de la NGAP Description plus fine de l'activité hospitalière notamment des innovations					Risque inflationniste		Travail initial et de mise à jour conséquents
Articu-lation ville/ hôpital	Créer de nouveaux codes NGAP ou CCAM, notam-ment pour une consul-tation longue	Meilleure description des activités					Impact fort sur la ville Ouverture d'un champ de conflictualité		

Annexe II

Champs concernés	Pistes	Impacts						Moda-lités de mise en œuvre	Commentaires Conséquences/ effets
		Classification tarifaire		PEC/Patients/EPS		Mode de financement			
		Forces	Faiblesses	Forces	Faiblesses	Forces	Faiblesses		
	Créer une CCAM clinique	Meilleure description des activités					Application ville hôpital, impact sur la ville		Prendra du temps
	En rester à la CCAM et NGAP				Risque de renoncement d'activités Risque de détournement des activités d'hospita-lisation avec sur consommation		Sous valorisation de certaines activités		Application ville hôpital, sortie de l'hospitalo-centrisme

Source : Mission.

ANNEXE III

Potentiel de développement des prises en charge de médecine en hôpital de jour

SOMMAIRE

INTRODUCTION **4**

1. À COURT TERME, LA PERTINENCE DES SÉJOURS SANS NUITÉE DANS LES STRUCTURES D'HOSPITALISATION COMPLÈTE DOIT FAIRE L'OBJET D'UN EXAMEN SYSTÉMATIQUE **5**

1.1. Les données relatives aux unités mixtes ne peuvent être exploitées et paraissent ne plus avoir de justification 5

1.2. Environ 300 000 séances ou séjours sans nuitée sont réalisés dans des unités médicales d'hospitalisation complète 6

1.2.1. Près de 170 000 séjours sans nuitée ont été réalisés en 2014 dans des structures d'hospitalisation conventionnelle, soit un taux de séjours forains de 13,4 % *6*

1.2.2. Plus de 130 000 séances sont réalisées en unités d'hospitalisation complète, soit un taux de séances foraines de 4,6 % *11*

1.2.3. Près de neuf établissements sur dix comptent des séances ou des séjours forains, avec des proportions contrastées *13*

1.3. Les séances et séjours forains doivent faire l'objet d'un examen systématique 15

1.3.1. La prise en charge des patients pour des séjours sans nuitée a vocation à être réalisée dans des structures distinctes et identifiables *15*

1.3.2. Les séances et séjours forains doivent faire l'objet d'une analyse méthodique par les ARS, en lien avec les établissements de santé concernés *16*

2. LES POLITIQUES DE DÉVELOPPEMENT DE L'HÔPITAL DE JOUR ONT VOCATION À ÊTRE DÉFINIES AU NIVEAU TERRITORIAL ET APPUYÉES AU NIVEAU NATIONAL **17**

2.1. Contrairement à la chirurgie, le développement de l'activité des prises en charge de médecine en HDJ ne se prête pas à la déclinaison de taux cibles locaux à partir d'une cible nationale 17

2.1.1. Le virage ambulatoire en chirurgie a donné lieu à une méthode par déclinaison de taux cibles que les particularités de la médecine ne permettent pas de transposer *17*

2.1.2. La littérature relative aux prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine est embryonnaire *17*

2.1.3. La porosité du positionnement de l'HDJ avec la médecine de ville nécessite de tenir compte des contextes locaux et exclut toute approche par déclinaison d'un taux-cible de séjours sans nuitée *18*

2.1.4. Ces difficultés sont renforcées par le manque de traçabilité dans les systèmes d'information des actes réalisés et le caractère globalisant des GHM de médecine dans le PMSI *20*

2.2. Le niveau territorial est pertinent pour définir les politiques de développement de l'hôpital de jour dans le cadre d'une stratégie co-construite entre les établissements de santé et les ARS 21

2.2.1. Plusieurs établissements ont engagé des démarches au niveau local, inspirées de la méthode retenue pour identifier le développement de la chirurgie ambulatoire *21*

2.2.2. Ces démarches ont vocation à être systématisées par les établissements de santé et animées par les ARS *22*

2.3. Au niveau national, la priorité doit être donnée à l'élaboration de référentiels de prises en charge, qui permettront de généraliser le virage ambulatoire 24
2.3.1. « Des soins de qualité dispensés sans nuit à l'hôpital » : une impulsion nationale à donner 24
2.3.2. Au-delà des risques de requalification induits par l'instruction frontière, l'absence de référentiels de prise en charge freine les démarches de transfert des séjours d'hospitalisation complète vers les hôpitaux de jour engagées par les établissements 25
2.3.3. L'exploitation du PMSI permet de cibler en priorité les racines de GHM comptant le plus grand nombre de séjours d'une et deux nuitées pour engager les travaux d'élaboration des référentiels 25
2.3.4. L'analyse par domaines d'activité montre que les spécialités « digestif, » « cardio-vasculaires » et « pneumologie » paraissent les plus concernées 29
2.4. Des indicateurs sont à créer pour assurer un suivi et un pilotage de l'activité en hôpital de jour 31

3. LE POTENTIEL DE DÉVELOPPEMENT DE L'HÔPITAL DE JOUR DEPUIS L'HOSPITALISATION COMPLÈTE EST CONSTITUÉ DES SÉANCES ET SÉJOURS FORAINS, ET D'UNE FRACTION DES COURTS SÉJOURS QUI NE PEUT ÊTRE ÉVALUÉE *A PRIORI* AU NIVEAU NATIONAL EN L'ABSENCE DE RÉFÉRENTIELS..... 36

3.1. Les séances et séjours forains constituent un potentiel de développement de l'hôpital de jour 36
3.2. À l'exception des séances et séjours forains, l'élaboration de référentiels de prise en charge est un préalable à la définition nationale d'un potentiel de développement de l'hôpital de jour 36
3.3. Les simulations des marges de développement de l'hôpital de jour, réalisées ici sur la base d'hypothèses conventionnelles, ont une portée qui reste illustrative afin de guider la réflexion et le questionnement des acteurs 37
3.3.1. Simulation à partir de l'application d'hypothèses globales de taux de transfert des séjours d'une et deux nuitées vers l'hôpital de jour 37
3.3.2. Simulation à partir d'hypothèses d'alignement pour chaque racine des taux de séjours sans nuitée dans les établissements où ils sont inférieurs sur la moyenne de ceux situés au-dessus de la médiane ou du troisième quartile 39

3.4. Ces analyses ne peuvent donner lieu à un chiffrage national d'économies indépendamment de la situation de chaque établissement, prenant en compte un ensemble de facteurs 45

CONCLUSION 46

SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS 47

PIÈCES JOINTES 48

PIÈCE-JOINTE N° 1 : GRILLES D'ANALYSE DES DISPERSIONS DES TAUX DE SÉJOURS SANS NUITÉE PAR RACINE POUR CHAQUE SECTEUR D'ACTIVITÉ ET POUR CHAQUE CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT 48

Grille tous établissements 49

Grilles par secteur d'activité 52

Grilles par catégorie d'établissement 58

PIÈCE-JOINTE N° 2 : CIBLAGE DES RACINES OFFRANT LES PLUS FORTS POTENTIELS DE DÉVELOPPEMENT DES PRISES EN CHARGE SANS NUITÉE, POUR PRIORISATION DES TRAVAUX D'ÉLABORATION DES RÉFÉRENTIELS DE PRISE EN CHARGE 81

Racines de GHM présentant plus de 1 000 séjours d'une ou deux nuitées en 2014, par nombre total de séjours d'une ou deux nuitées décroissant 81

Racines de GHM hors racines de type « autres » présentant plus de 1 000 séjours en 2014 81

Racines de GHM de type « autres » présentant plus de 1 000 séjours en 2014 86

Racines de GHM par domaine d'activité, et par nombre total de séjours d'une et deux nuitées décroissant 89

Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues 89

Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels) 90

Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances 91

Digestif92

Douleurs chroniques, Soins palliatifs 94

Endocrinologie 95

Gynécologie - sein 96

Hématologie 97

Maladies infectieuses (dont VIH) 99

Ophtalmologie 100

ORL, Stomatologie 101

Orthopédie traumatologie 102

Pneumologie 103

Psychiatrie 105

Rhumatologie 106

Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels) 107

Tissu cutané et tissu sous-cutané 109

Toxicologie, Intoxications, Alcool 110

Uro-néphrologie et génital 111

Introduction

Selon les termes de la lettre de mission, il a été demandé à la mission de « *déterminer le potentiel de développement de l'hospitalisation de jour* » (cf. pièce jointe n° 1 du rapport).

L'analyse du potentiel de développement des hôpitaux de jour a été réalisée en deux temps :

- dans un premier temps, ont été identifiés les séances et séjours forains, soit les séances et les séjours réalisés sans nuitée en unité d'hospitalisation complète et non en unité d'hospitalisation partielle comme le code de la santé publique le prévoit. Ces séances et séjours constituent de fait un potentiel de développement des hôpitaux de jour ;
- dans un second temps, l'analyse a porté sur le potentiel d'ensemble de développement des hôpitaux de jour.

  Compte tenu des caractéristiques de l'activité de médecine, il n'a pas été considéré comme pertinent de définir de « *taux cible de médecine ambulatoire à moyen terme* ». D'une part, une approche territoriale est préconisée, les établissements de santé étant invités à conduire un examen systématique de leurs courts séjours, sous le pilotage des agences régionales de santé (ARS). D'autre part, l'élaboration de référentiels de prise en charge par la Haute autorité de santé (HAS) et les sociétés savantes est nécessaire et préalable à la définition d'un potentiel national de développement l'hôpital de jour.

  La mission a toutefois envisagé les domaines d'activité qui pourraient être les cibles prioritaires de ces travaux et proposé, afin de faciliter leur engagement, une liste exhaustive des racines par domaine d'activité (cf. pièce-jointe n° 2) ainsi que des grilles d'analyse comparatives (cf. pièce-jointe n° 1).

  Afin de guider le questionnement et la réflexion des acteurs, ont également été réalisées des simulations du potentiel de développement de l'hôpital de jour reposant sur des hypothèses conventionnelles, dont la portée reste illustrative.

  Les économies qui pourraient être obtenues grâce au développement des prises en charge ambulatoires dépendront de la situation de chaque établissement.

1. À court terme, la pertinence des séjours sans nuitée dans les structures d'hospitalisation complète doit faire l'objet d'un examen systématique

Les séjours sont affectés par les établissements à des unités médicales typées selon trois catégories : hospitalisation mixte (HM), hospitalisation complète (HC), et hospitalisation partielle (HP) (cf. annexe IV).

1.1. Les données relatives aux unités mixtes ne peuvent être exploitées et paraissent ne plus avoir de justification

La mission n'a pas été en mesure d'analyser les unités d'hospitalisation mixte[1] car il n'est pas possible d'en déduire l'organisation mise en place. En effet, il est impossible de savoir si ces unités sont organisées en deux secteurs identifiés (HP et HC) ou dans des unités dans lesquelles les prises en charge sont mêlées sans être organisées.

La mission s'interroge sur la pertinence de cette typologie ne permettant pas l'analyse des prises en charge et des organisations.

Le guide de comptabilité analytique élaboré par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) rappelle que :

- toute unité fonctionnelle[2] doit correspondre à un périmètre clairement identifié. Le degré de finesse doit être apprécié pour permettre de collecter activité et/ou charges et/ou produits ;
- toute unité médicale doit constituer un ensemble individualisé de moyens matériels et humains. Le découpage devra prendre en considération les groupes de discipline, les types d'autorisation donnant droit à des suppléments (réanimation, soins intensifs…) mais également les typologies d'activité (hospitalisation complète, hospitalisation de semaine, hospitalisation de jour).

Les guides méthodologiques proposés par l'agence de traitement de l'information hospitalière (ATIH) conseillent de privilégier la correspondance entre unité médicale et unité fonctionnelle.

<u>Proposition n° 1</u> : Mettre en concordance les unités médicales et fonctionnelles afin de mieux analyser l'activité médicale et les informations financières qui s'y rapportent

Cette mise en concordance suppose un ajustement du guide de comptabilité analytique des établissements, ainsi que du fichier commun des structures.

[1] Les unités médicales sont typées par les établissements. Elles sont déclarées « hospitalisation mixte » lorsque leur organisation accueille des patients relevant d'hospitalisation complète et partielle. Dans ce cas, la ventilation de l'activité en hospitalisation complète et hospitalisation partielle est effectuée selon la durée de séjour (les séjours sans nuitée sont affectés en unités d'hospitalisation partielle et les séjours avec nuitée sont affectés en unités hospitalisation complète).

[2] L'unité fonctionnelle est plus petite entité de l'établissement à partir de laquelle la collecte des informations (activités et/ou économiques) peut être réalisée et utilisée dans les fichiers informatiques (cf. annexe IV).

1.2. Environ 300 000 séances ou séjours sans nuitée sont réalisés dans des unités médicales d'hospitalisation complète

Les analyses ici présentées ont été réalisées sur la base d'extractions du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour l'année 2014 et sur le périmètre défini par la mission et communiquées par l'ATIH (cf. annexe I). Elles sont donc tributaires d'éventuelles erreurs de codage au sein des établissements.

Sur le périmètre d'analyse qu'elle a défini, la mission a identifié les séances et séjours « forains », c'est-à-dire correspondant à une durée de séjour nulle dans une unité d'hospitalisation complète.

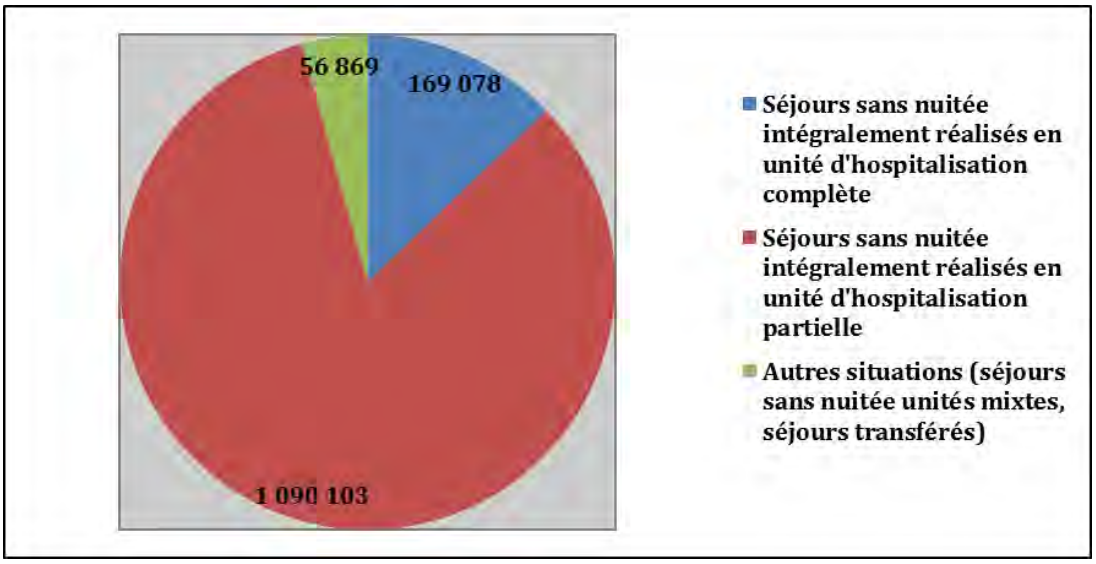
Il s'agit donc de séances et séjours programmés (domicile – domicile, hors urgences transferts et mutations) ; les séjours liés aux urgences ne sont donc pas concernés[3].

1.2.1. Près de 170 000 séjours sans nuitée ont été réalisés en 2014 dans des structures d'hospitalisation conventionnelle, soit un taux de séjours forains de 13,4 %

1.2.1.1. En 2014, 170 000 séjours ont été réalisés sans nuitée dans des structures d'hospitalisation conventionnelle

L'analyse du nombre de séjours pour l'année 2014 par type d'unité médicale fait apparaître que **près de 170 000 séjours sans nuitée[4] ont été réalisés dans des structures d'hospitalisation complète,** comme présenté dans le graphique 1.

Graphique 1 : Répartition des séjours sans nuitée par type d'unité médicale en 2014



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

[3] Pour certains séjours il peut aussi s'agir soit de séjours interrompus lors du premier jour car le bilan ou le traitement n'ont pu être mis en œuvre soit de patients sortis contre avis médical.

[4] Incluant 2 631 séjours correspondant à trois GHM relevant probablement d'erreurs de codage (17M051 ; 17M06T et 23M091). En date d'écriture du rapport la confirmation ou non de l'erreur de codage n'avait pas pu être donnée par l'ATIH. Sur ce point, voir l'annexe I.

1.2.1.2. En 2014, le taux de séjours forains de médecine est en moyenne de 13,4 % au niveau national

Les données présentées *supra* permettent de calculer un taux de séjours forains identique à celui qui est utilisé en chirurgie ambulatoire[5].

Sur le périmètre défini par la mission, ce taux correspond au rapport entre le nombre de séjours sans nuitée en unités d'hospitalisation complète et le nombre de séjours sans nuitée total[6]. Pour les raisons indiquées précédemment, la mission considère qu'il ne peut être tenu compte, dans l'analyse, des séjours codés en unités d'hospitalisation mixte.[7] **En 2014, il s'élève à 13,4 %** (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Nombre de séjours sans nuitée par type d'unité médicale en 2014

Séjours sans nuitée en unités d'hospitalisation partielle	Séjours sans nuitée en unités d'hospitalisation complète	Autres situations	Taux de séjours forains (%)
1 090 103	169 078	56 869	13,4

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Exprimés en termes de volume économique[8], les séjours forains représentent près de 100 M€, soit 11,9 % du volume économique des séjours sans nuitée en unités d'hospitalisation partielle ou complète (autres situations exclues), comme indiqué dans le tableau 2.

Tableau 2 : Volume économique des séjours sans nuitée par type d'unité médicale, en 2014 (en €)

Séjours sans nuitée en unités d'hospitalisation partielle	Séjours sans nuitée en unités d'hospitalisation complète	Autres situations	Part des séjours sans nuitée en unités d'hospitalisation complète (%)
730 468 194	98 584 967	33 993 441	11,90

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

L'âge n'est pas un facteur discriminant des taux de médecine foraine. L'analyse du nombre de séjours sans nuitée par tranche d'âge (cf. tableau 3) fait apparaître que :

- les taux de séjours forains pour les trois classes d'âge sont du même ordre de grandeur et s'échelonnent de 11,3 % à 14,1 % ;
- la répartition par âge de ces 169 078 séjours sans nuitée révèle que plus de 70 % portent sur la classe d'âge des 18 - 74 ans, ce qui correspond à la part de cette même classe d'âge sur l'ensemble des séjours (66,8 %).

---

[5] En chirurgie, le taux de séjours forains correspond au nombre de patients chirurgicaux hébergés dans un service d'hospitalisation complète et n'ayant dormi aucune nuit dans l'établissement, divisé par le nombre de patients chirurgicaux total opérés en ambulatoire (et n'ayant donc passé aucune nuit dans l'établissement).

[6] Ce dernier étant défini comme la somme du nombre de séjours sans nuitée en unités d'hospitalisation partielle et complète.

[7] La catégorie « autres » recouvre, outre des séjours en unité médicale dont le type d'hospitalisations serait manquant, par exemple, les séjours d'abord réalisés en unité d'hospitalisation partielle puis pris en charge une unité d'hospitalisation complète ou mixte. L'hypothèse sous-jacente est que cela correspond à des séjours dont la gravité justifie la prise en charge en unité d'hospitalisation complète après une entrée par une unité d'hospitalisation partielle, malgré le caractère programmé de l'admission.

[8] Valorisation en base de remboursement des séjours correspondants.

Tableau 3 : Analyse du nombre de séjours sans nuitée par tranche d'âge (2014)

Tranche d'âges	Nombre de séjours	Part (%)	Taux de séjours forains (%)
0 – 17 ans	21 772	12,9	11,3
18 – 74 ans	120 111	71,0	14,1
75 ans et plus	27 195	16,1	12,8

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

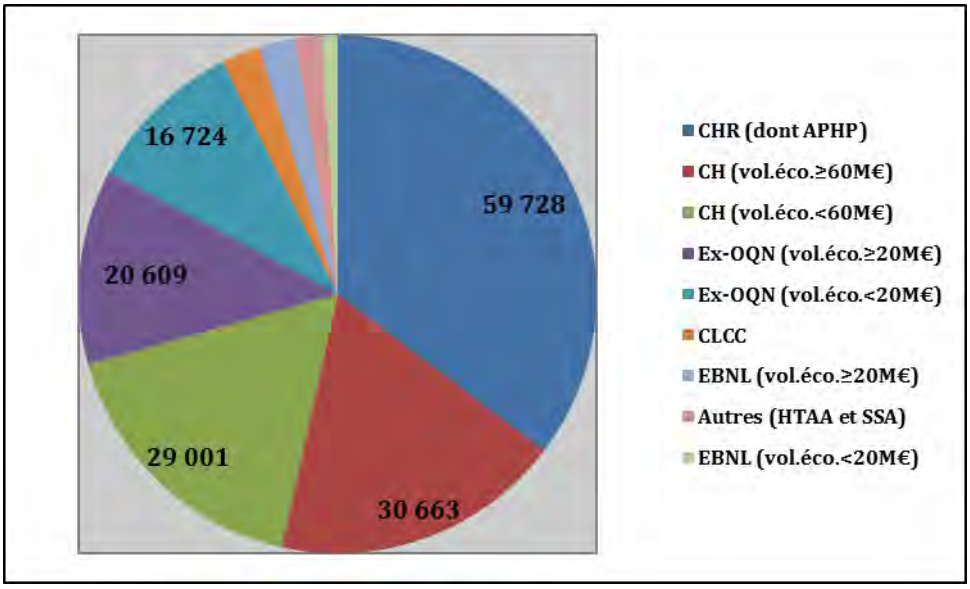
1.2.1.3. Des séjours forains sont présents dans toutes les catégories d'établissements, en nombre élevé dans les centres hospitaliers et en part importante dans les établissements ex-OQN

L'analyse de la répartition des séjours forains par catégorie d'établissement révèle que plus de 50 % des séjours forains sont réalisés dans des centres hospitaliers de volume économique supérieur à 60 M€ (CH, CHR, APHP[9]), comme présenté dans le graphique 2.

Concernant la catégorie des centres hospitaliers d'un volume économique supérieur à 60 M€, il convient de relever que 75,6 % des séjours correspondent aux trois GHM[10] (17M051[11], 17M06T[12], 23M091[13]) qui pourraient relever d'une erreur de codage[14], soit au total 1 988 séjours (dont 1 939 séjours pour le seul GHM 23M091).

D'autre part, 20,5 % de ces séjours correspondent au secteur ex-OQN (soit 539 séjours).

Graphique 2 : Répartition des séjours forains par catégorie d'établissement (2014)



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

[9] Centres hospitaliers (CH), centres hospitaliers régionaux (CHR), Assistance publique – hôpitaux de Paris (APHP).

[10] Groupe homogène de malades. Cf. annexe IV.

[11] Chimiothérapie pour leucémie aigüe, niveau 1.

[12] Chimiothérapie pour autre tumeur, très courte durée.

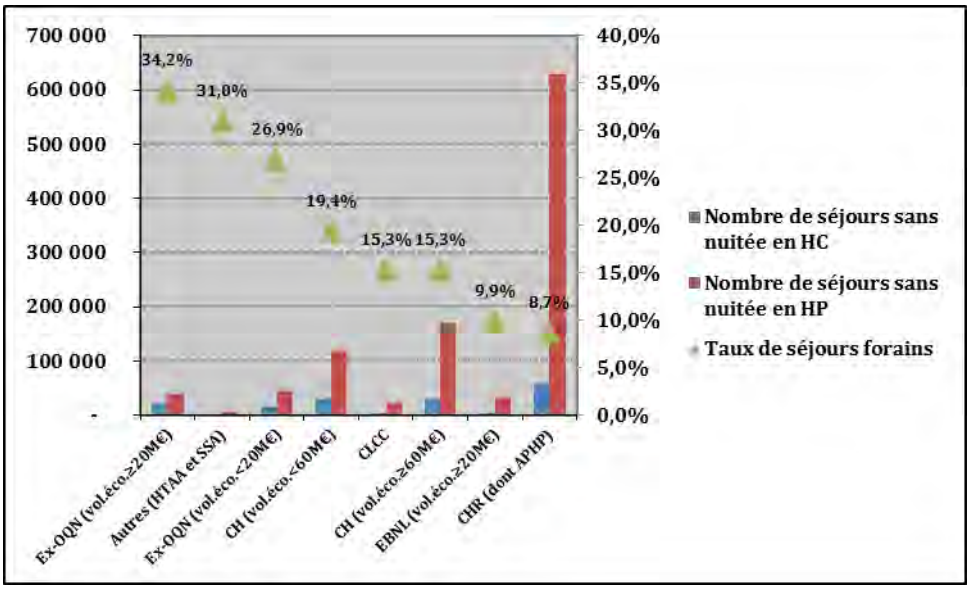
[13] Chimiothérapie pour affections non tumorales, niveau 1.

[14] Cette erreur de codage pourrait expliquer l'absence d'affectation en GHM de séances (CMD 28). Sur ce point, cf. annexe I, encadré 9.

De plus, l'analyse des taux de séjours forains par catégorie d'établissement (cf. graphique 3) fait apparaître :

- **des taux très élevés pour le secteur ex-OQN[15], en particulier pour les établissements dont le volume économique est supérieur à 20 M€ (34,2 %)** ;
- un taux de médecine foraine en CLCC[16] (15,3 %), supérieur de 1,9 points au taux national (13,4 %), alors que ces établissements ont généralement des hôpitaux de jour fortement structurés ;
- de plus faibles taux de séjours forains pour les CHR et CHR (8,7 %) (cf. encadré 1).

Graphique 3 : Taux de séjours forains par catégorie d'établissement en2014



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

[15] Etablissements de santé du secteur privé anciennement financés au sein de l'objectif quantifié national (OQN).

[16] Centres de lutte contre le cancer.

Encadré 1 : Détail des taux de séjours forains pour les CHR et l'APHP

Le détail de la catégorie des CHR est donné dans le tableau 4. La mission n'a pas été en mesure d'expliquer la faiblesse du taux de séjours forains de l'APHP, d'autant qu'aucun séjour n'était codé en unité d'hospitalisation mixte. L'APHP a toutefois indiqué lors d'un entretien avec la mission qu'un plan a été engagé depuis 2011 afin de limiter les séjours forains.

Tableau 4 : Taux de séjours forains par catégorie d'établissement, détail de la catégorie CHR (2014)

Catégorie	HC	HP	Taux de forains (%)	Autres (dont HM)	Part des autres (%)
CHR	55 593	437 222	11,3	22 327	4,3
APHP	4 135	191 012	2,1	-	0,0

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

1.2.1.4. Les domaines d'activité « Digestif » et « Cardio-vasculaire » sont plus particulièrement concernés

L'analyse menée par domaine d'activité à partir du croisement du nombre de séjours forains et du taux de séjours forains conduit à identifier deux disciplines plus particulièrement concernées par la problématique des séjours forains (cf. tableau 5) : **la spécialité « Digestif » et la spécialité « Cardio-vasculaire ».** Cette surreprésentation s'explique en partie par le fait que ces deux spécialités nécessitent des plateaux techniques dédiés, et que leurs spécialistes sont conduits à intervenir en de nombreux lieux de l'hôpital (unités d'hospitalisation complète, plateaux techniques, bloc opératoire, urgences, consultations). En outre, selon les entretiens conduits lors des déplacements, ces spécialités sont souvent présentées comme les moins enclines à intégrer des hôpitaux de jour.

Les spécialités « Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances » et « Orthopédie traumatologie » présentent les taux de séjours forains les plus élevés mais pour un nombre de séjours peu important. En outre, concernant le premier domaine d'activité, les GHM concernés correspondent aux trois GHM précités (17M051, 17M06T, 23M091) qui pourraient relever d'une erreur de codage.

Inversement, le plus grand nombre de séjours forains est observé pour le domaine d'activité « Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues » qui est par définition difficile à interpréter.

Tableau 5 : Nombre et taux de séjours forains par domaine d'activité en 2014

Libellé des domaines d'activité	Nombre de séjours en unités d'hospitalisation complète	Nombre de séjours en unités d'hospitalisation partielle	Taux de séjours forains (%)
Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	2 631	924	74,0
Orthopédie traumatologie	138	203	40,5
Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	**18 444**	**60 837**	**23,3**
Digestif	**23 492**	**79 363**	**22,8**
Gynécologie – sein	2 298	10 060	18,6
Uro-néphrologie et génital	13 860	64 938	17,6
Toxicologie, Intoxications, Alcool	8 548	44 314	16,2
Pneumologie	10 563	62 598	14,4
Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	12 743	78 090	14,0

Libellé des domaines d'activité	Nombre de séjours en unités d'hospitalisation complète	Nombre de séjours en unités d'hospitalisation partielle	Taux de séjours forains (%)
ORL, Stomatologie	5 851	36 538	13,8
Ophtalmologie	1 991	12 697	13,6
Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	28 362	189 645	13,0
Douleurs chroniques, Soins palliatifs	5 135	35 546	12,6
Rhumatologie	7 863	60 314	11,5
Hématologie	10 306	86 575	10,6
Tissu cutané et tissu sous-cutané	3 424	33 574	9,3
Psychiatrie	4 624	77 877	5,6
Endocrinologie	7 415	128 581	5,5
Maladies infectieuses (dont VIH)	1 390	27 429	4,8
Total général	**169 078**	**1 090 103**	**13,4**

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

1.2.2. Plus de 130 000 séances sont réalisées en unités d'hospitalisation complète, soit un taux de séances foraines de 4,6 %

En 2014, sur le périmètre de la mission, 136 365 séances ont été réalisées en unités d'hospitalisation complète. Sous réserve des erreurs possibles de codage des séances, qui justifient de considérer ce taux avec prudence, le taux de séances foraines moyen est de 4,6 %[17] (cf. tableau 6).

Tableau 6 : Nombre de séances par type d'unité médicale en 2014

Séances en unités d'hospitalisation partielle	Séances en unités d'hospitalisation complète	Autres situations	Taux de séances foraines (%)
2 847 870	136 365	103 110	4,6

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Ces séances foraines représentent un volume économique de 125 958 248 €, soit 4,8 % du total des séances en unité d'hospitalisation partielle et unité d'hospitalisation complète, hors autres situations (cf. tableau 7).

Tableau 7 : Volume économique des séances par type d'unité médicale en 2014

Séances en unités d'hospitalisation partielle	Séances en unités d'hospitalisation complète	Autres situations	Part (hors autres) (%)
3 048 549 988	152 958 248	115 335 437	4,8

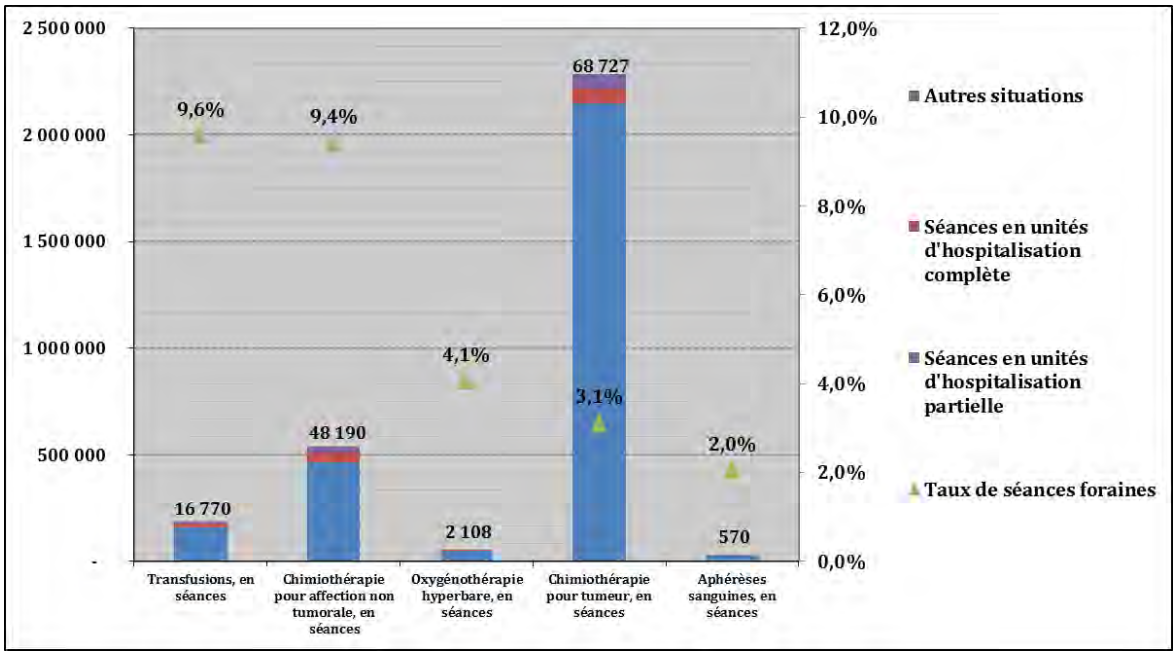
Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Les deux GHM de séances de chimiothérapie[18] représentent 85,7 % des séances foraines, avec des taux variant du simple au triple (cf. graphique 4). Les chimiothérapies pour affection non tumorales et les transfusions ont les taux de séances foraines les plus élevés, respectivement de 9,4 % et 9,6 %, alors que ce taux s'échelonne entre 2,0 % et 4,1 % pour les trois autres GHM de séances.

[17] De même que pour le calcul du taux de séjours forains, il n'est pas tenu compte des « autres situations ».

[18] « Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances » et « Chimiothérapie pour tumeur, en séances ».

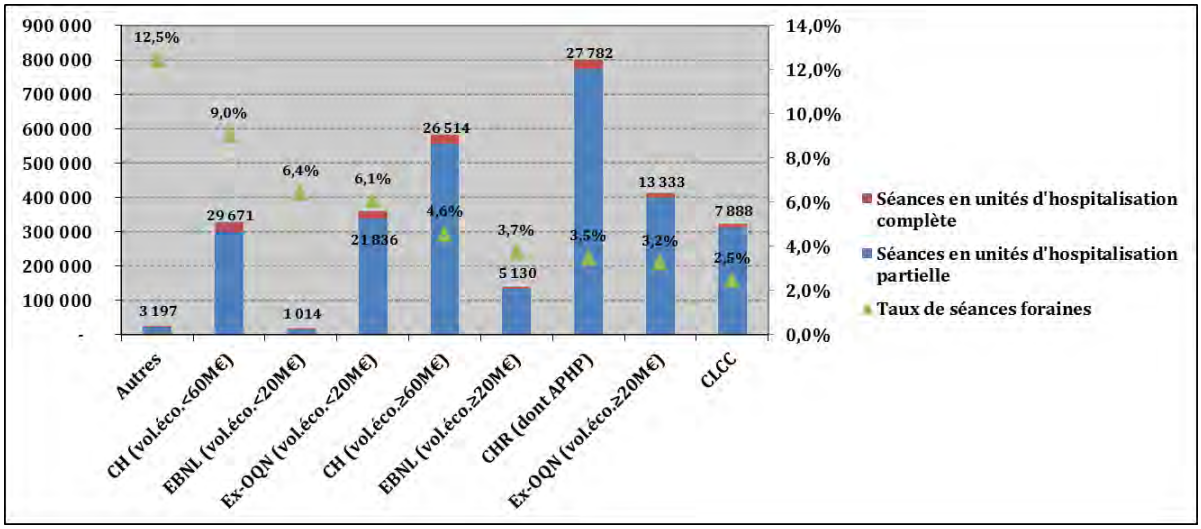
Graphique 4 : Nombre et taux de séances foraines par GHM en 2014



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

L'analyse par catégorie d'établissements (cf. graphique 5) révèle l'importance du secteur ex-DG pour ce qui concerne le volume des séances foraines, qui représente 83 867 séances, soit 61,6 % du total. Du point de vue du taux de séances foraines, ce sont les CH d'un volume économique inférieur à 60 M€ qui présentent le taux le plus élevé (9,0 %), exception faite des établissements à statut particulier (SSA[19], établissements hors TAA[20]) qui présentent de petits volumes. Le secteur ex-OQN représente quant à lui 35 169 séances foraines, soit 25,8 % du total.

Graphique 5 : Nombre et taux de séances foraines par catégorie d'établissement en 2014



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

[19] Service de santé des armées.

[20] Tarification à l'activité.

1.2.3. Près de neuf établissements sur dix comptent des séances ou des séjours forains, avec des proportions contrastées

L'analyse des séances et séjours forains a été réalisée par établissement (cf. tableau 8) :

- concernant les séjours forains, 993 des 1 217 établissements ayant compté au moins un séjour sans nuitée, soit 81,6 %, ont compté au moins un séjour forain en 2014. Le taux de séjours forains médian s'établit à 13,3 %, et 25 % des établissements ont un taux de séjours forains supérieur à 61,1 % ;
- concernant les séances foraines, 700 des 929 établissements ayant compté au moins une séance, soit 75,3 %, ont compté au moins une séance foraine en 2014. La dispersion des taux de séances foraines est moins forte que celle des taux de séjours forains. Le taux de séances foraines médian s'établit à 1,4 %, et 25 % des établissements ont un taux de séances foraines supérieur à 12,9 % (Q3).

Tableau 8 : Indicateurs de dispersion des taux de séances et séjours forains par établissement en 2014

Données	Séjours	Séances
Nombre d'établissements	**1 217**	**929**
Minimum (%)	0,0	0,0
Q1 (%)	2,7	0,1
Médiane (%)	13,3	1,4
Q3 (%)	61,0	12,9
Maximum (%)	100,0	100,0

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

En 2014, 27 établissements ont compté plus de 1 000 séjours forains et 41 établissements plus de 1 000 séances foraines (cf. tableau 9 et tableau 10)[21].

Parmi ces établissements, les CHU sont largement représentés ce qui s'explique par leur volume d'activité, que l'analyse ci-dessous du taux de séances ou de séjours forains permet d'appréhender. Certains établissements réalisent en outre toute leur activité sans nuitée de manière foraine.

Tableau 9 : Analyse des séjours sans nuitée dans les établissements ayant compté plus de 1 000 séjours forains en 2014

Etablissements		Séjour(s) sans nuitée		
Raison sociale	Département	En HC	En HP	Taux de séjours forains (%)
CHR Toulouse	31	9 556	37 015	20,5
CHU de Bordeaux	33	7 539	32 340	18,9
CHIC de Poissy St-Germain	78	5 425	510	91,4
CHU Rouen	76	4 657	18 773	19,9
CHR de Reims	51	3 101	8 804	26,0
Centre Médico-Social	97	2 545	52	98,0
CHU de Tours	37	2 522	7 929	24,1
CHU Montpellier	34	2 287	19 069	10,7
Centre médical spécialisé le Chambon sur Lignon[22]	43	2 196	-	100,0

[21] Ce seuil de 1 000 séances ou séjours forains a été identifié par la mission comme correspondant à la capacité d'accueil d'une unité d'hôpital de jour d'environ quatre à cinq places pour un nombre annuel de jours d'ouverture compris entre 200 et 250. Ce nombre est, apparu au travers des échanges, comme un seuil minimal pour la constitution efficiente d'une unité d'hôpital de jour du point de vue du personnel paramédical, mais ne doit pas être considéré comme une norme à ce stade, des études médico-économiques étant nécessaires au préalable pour cela.

Etablissements		Séjour(s) sans nuitée		
Raison sociale	Département	En HC	En HP	Taux de séjours forains (%)
CHRU de Lille	59	2 182	30 570	6,7
CHU de Poitiers	86	2 045	8 183	20,0
CHU Clermont-Ferrand	63	1 821	9 570	16,0
CHRU Angers	49	1 816	1 334	57,7
Pôle santé Léonard de Vinci	37	1 795	-	100,0
Polyclinique de Gentilly	54	1 533	-	100,0
CHIC Eure Seine hôpitaux Evreux-Vernon	27	1 493	2 123	41,3
Centre médico-chirurgical et obstétrique	91	1 402	-	100,0
Hôpital neurologie Pierre Wertheimer	69	1 331	1 608	45,3
CHRU de Rennes	35	1 235	14 042	8,1
CHU de Dijon	21	1 205	9 643	11,1
CHR Réunion	97	1 202	8 708	12,1
CHU Besançon	25	1 114	10 182	9,9
CH de Cambrai	59	1 066	1 116	48,9
CHU Cote de Nacre Caen	14	1 062	5 290	16,7
Institut Gustave Roussy	94	1 035	3 237	24,2
CHU de Nancy	54	1 027	21 865	4,5
CH de Versailles	78	1 012	1 969	33,9

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Tableau 10 : Analyse des séances dans les établissements ayant compté plus de 1 000 séances foraines en 2014

Etablissements		Séance(s)		
Raison sociale	Département	En HC	En HP	Taux de séances foraines (%)
Clinique des Ormeaux	76	5 212	894	85,4
Polyclinique Saint-Jean	77	4 413	398	91,7
Nouvelle clinique de l'union	31	3 510	560	86,2
CHU Clermont-Ferrand	63	2 834	16 392	14,7
CHU de Bordeaux	33	2 822	27 426	9,3
CHU d'Amiens	80	2 792	17 183	14,0
Polyclinique de l'Artois	62	2 507		100,0
CHU de Poitiers	86	2 324	19 003	10,9
Hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne	83	2 239	6 812	24,7
CHU côte de nacre Caen	14	2 178	12 113	15,2
Polyclinique de Gentilly	54	2 156	7 243	22,9
CH de Boulogne	62	2 100	5 581	27,3
CH J. Cœur Bourges	18	2 008	2 599	43,6
CHU Rouen	76	1 967	11 445	14,7
CHIC de Haute-Comté	25	1 926	2	99,9
Hôpital du Gier	42	1 894	-	100,0
CHU de Tours	37	1 815	17 074	9,6
Centre médico-chirurgical Foch	92	1 703	7 999	17,6
CLCC Oscar Lambret Lille	59	1 692	14 339	10,6
CH Avranches Granville	50	1 685	-	100,0
CH René Pléven Dinan	22	1 590	-	100,0
CRLCC René Gauducheau	44	1 527	14 729	9,4
CH de Versailles	78	1 525	5 299	22,3

[22] Pour le cas de l'établissement du Chambon sur Lignon, il s'agit de 1 633 séjours du GHM « éthylisme avec dépendance, très courte durée ».

Etablissements		Séance(s)		
Raison sociale	Département	En HC	En HP	Taux de séances foraines (%)
CH de Soissons	02	1 514	3 759	28,7
CH agglomération montargoise	45	1 489	-	100,0
Clinique de Champagne - Troyes	10	1 476	4 433	25,0
CHR de Reims	51	1 442	14 984	8,8
CH Dax	40	1 378	7 035	16,4
Institut Curie	75	1 319	35 150	3,6
CH Villefranche-de-Rouergue	12	1 226	15	98,8
CHU de Dijon	21	1 209	15 554	7,2
CH Bretagne atlantique Vannes	56	1 154	9 580	10,8
Institut de cancérologie de Lorraine	54	1 135	8 244	12,1
CH de Valence	26	1 088	7 947	12,0
CH Louis Giorgi d'Orange	84	1 086	-	100,0
CH Pau	64	1 063	4 389	19,5
CH de Colmar	68	1 058	12 206	8,0
Clinique François Chenieux	87	1 051	7 866	11,8
Polyclinique les Murlins	45	1 042	-	100,0
CH Le Mans	72	1 015	9 259	9,9
CH de Chaumont	52	1 006	39	96,3

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Enfin, parmi les 1 245 établissements ayant compté au moins un séjour sans nuitée ou une séance en 2014, seuls 148 ne comptaient ni séjour ni séance foraine. Pour la moitié des établissements, ces séances ou séjours forains étaient au nombre d'au moins 29 (médiane), et pour un quart des établissements d'au moins 167 (troisième quartile). L'existence de taux de séances ou séjours forains de 100 % pour certains établissements traduit l'absence d'unité d'hospitalisation partielle.

1.3. Les séances et séjours forains doivent faire l'objet d'un examen systématique

1.3.1. La prise en charge des patients pour des séjours sans nuitée a vocation à être réalisée dans des structures distinctes et identifiables

Le code de la santé publique prévoit une « organisation spécifique » pour les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit (article D. 6124-301-1 du code de la santé publique).

Cette « *organisation spécifique* » vise à assurer une qualité de prise en charge optimale des patients et une organisation des soins la plus efficiente possible, centrée sur le patient et individualisée. Les avantages liés à la mise en place d'un hôpital de jour sont notamment de garantir :

- un moindre risque d'infection nosocomiale ;
- une organisation performante de l'ensemble des intervenants autour du patient : consultants spécialistes, examens complémentaires, spécialistes paramédicaux ;
- un flux identifié évitant les croisements avec des patients en hospitalisation complète, sources de dysfonctionnement ;
- une absence de risque de déprogrammation si le lit a été donné à un patient des urgences ;

- un moindre coût de fonctionnement, les personnels n'étant présents ni la nuit ni le week-end.

Par opposition, l'absence d'unité dédiée et la prise en charge de séjours sans nuitée au sein d'une unité d'hospitalisation complète (séjours « forains ») correspondent à une organisation centrée sur le médecin, sa discipline, ses lits et ses personnels associés. Elle peut être maintenue par facilité (réservation du lit et hospitalisation d'un patient la veille au soir, permettant en outre d'éviter l'occupation du lit par un patient en provenance des urgences) ou par souhait de préserver les organisations traditionnelles.

Les médecins opposent deux arguments principaux à la sortie des séjours relevant d'une unité d'hospitalisation partielle de leur service d'hospitalisation : la taille trop petite de leur équipe pour intervenir en des lieux multiples et la nécessité de la proximité d'un plateau technique. Il résulte des entretiens et visites réalisés par la mission que ces arguments ne seraient pas rédhibitoires. Ainsi, s'ils peuvent présenter des difficultés avérées, les avantages induits pour les patients comme pour l'organisation hospitalière sont tels qu'ils justifient de leur trouver des solutions.

La mission rappelle en outre qu'en l'absence de respect des dispositions du code de la santé publique précitées le séjour ne peut donner lieu à facturation d'un GHS, comme rappelé par plusieurs arrêtés depuis 2009[23].

1.3.2. Les séances et séjours forains doivent faire l'objet d'une analyse méthodique par les ARS, en lien avec les établissements de santé concernés

Au regard de ce qui précède, il est donc nécessaire d'interroger systématiquement la pertinence de ces séances et séjours forains au sein des établissements de santé.

La mission considère qu'il appartient aux ARS de mener cette analyse en lien avec les établissements concernés, au regard des autorisations d'activité, des visites de conformité et de l'offre locale, ainsi que de l'organisation interne des établissements et de leurs contraintes architecturales et en personnel.

L'adaptation du diagnostic à la situation de chaque établissement se justifie en effet au regard des éléments suivants :

- les impacts du transfert de l'activité de médecine foraine sont variables selon la taille, l'organisation et la performance des établissements, et celles plus spécifiques de leurs unités d'hôpital de jour ;
- de tels transferts doivent être définis en fonction du besoin et de l'offre à organiser sur les différents territoires. Concernant plus particulièrement les établissements publics, l'analyse devra s'inscrire dans le cadre des groupements hospitaliers de territoires[24] (cf. annexe II).

Les établissements de santé devront être parties prenantes à l'analyse, et les nombres et taux de séances et de séjours forains[25] pourront être suivis dans le cadre de la démarche globale de pilotage du développement de l'hôpital de jour par transfert de courts séjours proposée ci-dessous (cf. 2.4).

<u>Proposition n° 2</u> : Engager un examen systématique des séances et séjours forains, au niveau des ARS en lien avec les établissements concernés

---

[23] Le dernier en date est l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile (notamment son article 11).

[24] Article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

[25] De même que les nombres et taux de séjours en unité d'hospitalisation mixte, cf. infra.

2. Les politiques de développement de l'hôpital de jour ont vocation à être définies au niveau territorial et appuyées au niveau national

2.1. Contrairement à la chirurgie, le développement de l'activité des prises en charge de médecine en hôpital de jour ne se prête pas à la déclinaison de taux cibles locaux à partir d'une cible nationale

2.1.1. Le virage ambulatoire en chirurgie a donné lieu à une méthode par déclinaison de taux cibles que les particularités de la médecine ne permettent pas de transposer

Le développement de la chirurgie ambulatoire a donné lieu, à la suite du rapport relatif aux « Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France » [26], à une instruction DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.

Cette instruction définit « *les orientations stratégiques du programme national de chirurgie ambulatoire pour les années 2015-2020* » et précise les objectifs et les orientations de ce programme et les attendus en région. L'approche retenue par cette instruction repose sur la définition d'un taux cible décliné au niveau local[27], reprenant la démarche proposée par le rapport précité.

La mission considère qu'une approche « *top down* » par fixation d'un taux cible national décliné régionalement n'est pas réplicable, à court-moyen terme, en matière de développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine en hôpital de jour, pour au moins trois raisons détaillées dans les paragraphes ci-après.

2.1.2. La littérature relative aux prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine est embryonnaire

Contrairement à la chirurgie, et à l'exception de la cancérologie, **la réflexion en matière de développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine est récente, et encore peu développée**, qu'il s'agisse de littérature académique ou de référentiels de prise en charge publiés par la HAS ou les sociétés savantes. Les approches par racine de GHM ou par spécialité sont par conséquent peu mobilisables. Les sociétés savantes rencontrées par la mission ont manifesté leur intérêt pour l'engagement de travaux en la matière.

Du point de vue organisationnel, il existe de la même manière encore peu de guides d'appui au changement propres à la médecine, publiés notamment par l'ANAP[28], même si du fait de la similitude de la démarche avec la chirurgie ambulatoire certains des travaux réalisés sur ce dernier sujet pourraient être exploités.

---

[26] Rapport IGF-IGAS sur les perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire (n° 2014-M6034 et n° 2014-039) de juillet 2014.

[27] Elle reprend la démarche proposée par le rapport précité – celui-ci précisant du reste que cette méthodologie doit être affinée au niveau de chaque établissement, par les travaux scientifiques (approche par racine de GHM des sociétés savantes (cf. notamment annexe III, p. 16 de l'instruction DGOS)).

[28] Agence nationale d'appui à la performance. Une note de cadrage d'un projet sous le pilotage de l'ANAP, transmis à la mission, prévoit la mise à disposition d'un « Guide pour la mise en place de l'HDJ de médecine » dans une v1 en septembre 2016 et dans une v2 en février 2016.

Enfin, la mission n'a pas été en mesure d'obtenir des travaux de comparaisons internationales sur ce thème, ne serait-ce qu'en raison de l'absence de définition partagée et de difficulté à en mener du fait des différences entre systèmes de santé.

Ces manques rendent d'autant plus nécessaire qu'une définition des politiques de développement des hôpitaux de jour, notamment par transferts de séjours depuis les unités d'hospitalisation conventionnelle, fasse l'objet d'un dialogue approfondi au niveau local avec les communautés médicales.

À moyen terme, les orientations nationales pourront être légitimées par les publications des référentiels de prise en charge validés par les communautés médicales.

2.1.3. La porosité du positionnement de l'hôpital de jour avec la médecine de ville nécessite de tenir compte des contextes locaux et exclut toute approche par déclinaison d'un taux-cible de séjours sans nuitée

Contrairement à l'acte chirurgical, l'acte médical peut avoir lieu hors des établissements de santé. **Le positionnement des hôpitaux de jour** (cf. annexe II) **et leur forte porosité avec la médecine de ville et les autres substituts envisageables aux séjours d'hospitalisation complète nécessite de tenir compte des contextes locaux lors de l'examen de la situation des établissements**.

Les difficultés liées à l'hétérogénéité des territoires (cf. annexe I) peuvent de ce point de vue se trouver majorées en fonction :

- de la démographie médicale du territoire, qu'il s'agisse des généralistes ou des spécialistes ;
- des caractéristiques socio-démographiques de la population du territoire de santé ;
- du positionnement de l'activité d'hôpital de jour comme substitut ou complément à l'activité de médecine libérale, qu'elle soit réalisée en ville ou en milieu hospitalier (ACE).

Ainsi, des précautions particulières doivent être prises lors de la comparaison de deux établissements de santé du point de vue de leur taux de médecine ambulatoire, puisqu'un même taux élevé peut concerner des établissements dans des situations différentes, même à catégorie et taille données.

De plus, la mission souligne l'importance de tenir compte de la part des actes et consultations externes (ACE) dans l'activité hospitalière. En effet, un même taux de séjours sans nuitée peu élevé peut renvoyer :

- à une activité d'hôpital de jour sous développée au regard de l'activité réalisée en hospitalisation conventionnelle ;
- à une activité d'hospitalisation conventionnelle et d'hospitalisation de jour fortement optimisées, une part importante des prises en charge étant réalisée en consultations (en ville ou en milieu hospitalier).

Les bases d'informations ne permettent pas de tenir compte de l'activité des établissements de santé réalisée en actes et consultations externes, en l'absence de données disponibles décrivant le contenu des prises en charge, et d'interface entre le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et le système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM).

Par ailleurs, **le développement de l'hôpital de jour de médecine n'est qu'un des substituts possibles aux séjours avec nuitée** au même titre que les hôpitaux de jour de soins de suite et réadaptation (SSR), hôpitaux de jour de soins et centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) de psychiatrie ou les hospitalisations à domicile, ainsi que, dans un autre registre, les hôtels de patients (cf. annexe II).

L'évaluation de la pertinence de la bascule des prises en charge avec nuitée vers des prises en charge alternatives, nécessite de prendre en compte différents paramètres :

- l'articulation avec le système de transport sanitaire ;
- les risques de ré-hospitalisations.

Ces deux critères sont susceptibles d'affecter les évaluations médico-économiques du développement des hôpitaux de jour.

En outre, cette question est à travailler dans une perspective dynamique, notamment au regard :

- des innovations thérapeutiques (prise en charge à domicile par exemple) ;
- des innovations technologiques (télémédecine par exemple) ;
- des innovations organisationnelles internes ou externes aux établissements (projets d'hôtels de patients) ;

Ces réflexions doivent enfin s'inscrire dans le cadre des réflexions territoriales sur les besoins de santé et sur l'organisation des groupements hospitaliers de territoires, qui impliquent de ne plus concevoir les reconfigurations d'organisation au niveau des seuls établissements.

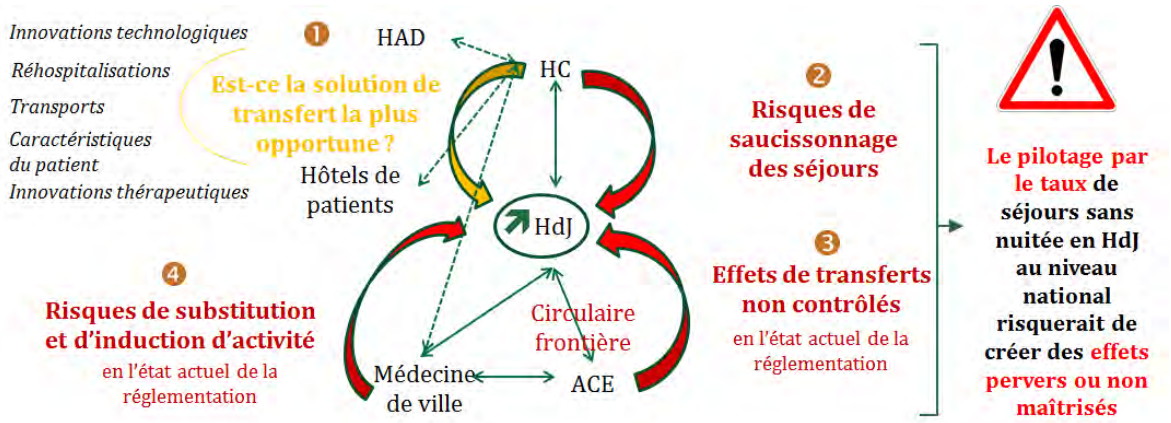
Pour l'ensemble de ces raisons, et compte tenu de ce qui a été rappelé sur l'absence de référentiels de prise en charge, un examen des caractéristiques des prises en charge au niveau territorial apparaît donc nécessaire.

Il résulte de ce qui précède qu'une **approche par la fixation d'un taux cible national décliné au plan local est à proscrire compte tenu des effets pervers ou non maîtrisés qu'elle risquerait d'entraîner et notamment** (cf. figure 6) :

- des séjours pourraient être transférés depuis l'hospitalisation conventionnelle vers l'hôpital de jour alors que d'autres substituts pourraient être plus pertinents, dans une approche globale ;
- des séjours pourraient être basculés sous l'apparence de transferts, alors qu'il s'agirait de « saucissonnages » de séjours, un même patient revenant plusieurs fois de suite en hôpital de jour ;
- compte-tenu des incertitudes liées à l'instruction frontière (cf. annexe II), une part des actes et consultations externes pourrait être déportée vers des prises en charge en hôpital de jour afin de faire croître le taux de séjours sans nuitée (les actes et consultations externes n'étant pas compris dans le périmètre de calcul du taux de séjours sans nuitée) ;
- ce même risque pourrait être reproduit depuis les consultations de médecine de ville, avec de surcroît un risque d'induction d'activité, le développement de l'offre pouvant favoriser une augmentation du recours aux soins.

La clarification de la définition de l'hôpital de jour du point de vue de la nature des prises en charge comme celle des textes réglementaires (instruction frontière) **voire des modalités tarifaires** (cf. annexe II) **sont un préalable à la mise en place d'approches reposant sur le suivi du taux de séjours sans nuitée.**

Figure 6 : Synthèse des risques liés à un pilotage par le taux du développement des hôpitaux de jour



Source : Mission.

2.1.4. Ces difficultés sont renforcées par le manque de traçabilité dans les systèmes d'information des actes réalisés et le caractère globalisant des GHM de médecine dans le PMSI

Deux facteurs viennent limiter les potentialités des exploitations statistiques réalisables au niveau national.

En premier lieu, alors même que comme il l'a été rappelé, et contrairement à la chirurgie, **les actes médicaux peuvent être réalisés hors des milieux hospitaliers**, ce qui emporte des conséquences importantes du point de vue des politiques de développement des hôpitaux de jour**, il n'existe aucune possibilité, ni même d'études, permettant d'établir une traçabilité des parcours des patients entre prises en charge hospitalières et prises en charge en ville.**

En second lieu, là où en chirurgie la finalité du séjour et la prise en charge du patient sont dans l'ensemble bien caractérisés par l'acte chirurgical et le GHM correspondant, **les GHM de médecine rendent compte, par construction, de manière moins adéquate de l'activité** :

- **ils peuvent être très globalisants et recouvrir des prises en charge de nature très hétérogènes**, et l'analyse des diagnostics recueillis dans le résumé PMSI ne permet pas d'éclairer, de façon univoque sur le plan médical, la finalité et la nature de la prise en charge ;
- **les catégories par défaut** (GHM de type « autres ») sont numériquement importantes ;
- **l'exhaustivité du recueil des actes non classants n'est pas certaine**.

2.2. Le niveau territorial est pertinent pour définir les politiques de développement de l'hôpital de jour dans le cadre d'une stratégie co-construite entre les établissements de santé et les ARS

2.2.1. Plusieurs établissements ont engagé des démarches au niveau local, inspirées de la méthode retenue pour identifier le développement de la chirurgie ambulatoire

Il résulte des déplacements réalisés par la mission qu'en dépit de l'absence de référentiels de prises en charge, **plusieurs établissements parmi les CHU ont engagé des démarches autonomes pour identifier les basculements potentiels de prises en charge d'unité d'hospitalisation complète vers les unités d'hospitalisation partielle**[29]**.**

En général, les établissements de santé ont pour ce faire repris et adapté la méthode proposée pour la chirurgie ambulatoire et engagé la discussion avec leur communauté médicale et leurs équipes soignantes. Ainsi :

- un CHR (Metz) a engagé un travail discipline par discipline après avoir appliqué les taux retenus pour la chirurgie ambulatoire sur les séjours de zéro nuit (intégralité des séjours forains), une nuit (90 % des séjours) et deux nuits (80 % des séjours) sur les GHM de sévérité 1 et T, qui sont donc les GHM sans sévérité (hors GHM en Z) ;
- dans le cadre d'un travail avec l'ANAP, dans un autre CHU (Amiens), l'analyse engagée a notamment conduit à identifier l'intégralité des séjours forains, 80 % des séjours d'une nuitée et 50 % des séjours de deux nuitées, sur le périmètre des séjours mono-RUM non entrés par les urgences ;
- un CHU (Nancy) a identifié 80 % des séjours de une nuit et 50 % des séjours de deux nuits comme étant transférables, à la suite d'un benchmark à partir d'une base de données inter-CHU, sur le périmètre des séjours hors racines en C et K, hors décès, hors multi RUM, hors séjours en unités de réanimation, soins intensifs et soins continus, en unités de médecine. Il est à noter que cette méthodologie a été complétée, dans un premier temps, par l'application d'un filtre iso-recettes pour ne pas pénaliser l'établissement de santé en difficultés financières ;
- pour un autre CHU, l'ARS (PACA) a engagé un travail d'analyse des séjours de zéro, une et deux nuits au regard des pratiques sur le territoire.

De plus, un CHU (Dijon) a présenté un outil de comparaison avec cinq autres CHU (Amiens, Besançon, Dijon, Nîmes, Nice, Rennes) permettant d'afficher par domaine d'activité, groupe de planification ou groupe d'activité et par catégorie d'âge un potentiel de développement de l'activité ambulatoire.

Si ces démarches sont le fait d'établissements de santé de taille importante, certains établissements de plus petite taille ont conduit des approches non pas à partir du PMSI mais d'entretiens avec les praticiens des spécialités médicales et leurs équipes. C'est notamment le cas pour certains CH (La Roche-sur-Yon), CLCC (Institut de cancérologie de l'Ouest) ou cliniques privées. Toutefois, l'ensemble des établissements rencontrés par la mission souhaite un cadrage pour engager plus avant ces démarches.

[29] L'analyse ici conduite se place hors champ des séances en général et des prises en charge de cancérologie en particulier.

2.2.2. Ces démarches ont vocation à être systématisées par les établissements de santé et animées par les ARS

Compte tenu des spécificités de l'activité de médecine (cf. supra), la mission considère qu'un pilotage par la fixation de taux cibles de séjours sans nuitée au niveau national, déclinés au niveau local, n'est pas approprié.

Elle préconise en revanche une double délégation :

- **délégation aux établissements de la responsabilité de mener une analyse au niveau local des marges de progression dont ils disposent** en lien étroit avec leur communauté médicale. Pour ce faire, ils pourront engager des travaux à partir de la méthodologie retenue pour la chirurgie ambulatoire, des méthodologies retenues dans d'autres établissements (cf. supra) et des caractérisations de la présente annexe et de l'annexe I ;
- **délégation aux ARS de la responsabilité du pilotage de cette démarche, en particulier de l'analyse comparative des établissements**, à la fois sur leur territoire et hors de celui-ci. Les ARS pourront en ce sens adapter les comparaisons au contexte local des établissements dont elles ont la connaissance. À cette fin, et dans un premier temps, la présente annexe met à disposition, à titre de référence comparative, des éléments d'analyse des distributions des taux de séjours sans nuitée par racine, avec le détail par secteur d'activité et pour chaque catégorie d'établissement, qui permettent de situer un établissement faisant l'objet d'une analyse dans le cadre national (cf. P.J. n° 1). Ces démarches pourront être prolongées par la généralisation de groupes de travail d'analyse comparative entre établissements.

<u>Proposition n° 3</u> : Engager un examen systématique des courts séjours au niveau des établissements de santé, en lien étroit avec les équipes médicales et soignantes, sous l'égide des ARS

L'intégration du virage ambulatoire de médecine aux dispositifs de contractualisation des ARS devrait de ce point de vue être renforcée. Des modalités de suivi adaptées par la DGOS devront être mises en place dans le cadre des plans triennaux (cf. infra sur les indicateurs).

<u>Proposition n° 4</u> : Intégrer un volet hospitalisation de jour de médecine dans la contractualisation entre l'Etat et les ARS

Les ARS pourront en outre mobiliser les outils nouveaux dont elles disposent, tels que le contrat tripartite d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (cf. encadré 2).

<u>Proposition n° 5</u> : Identifier un volet « hospitalisation de jour de médecine – hors séances » dans les CPOM conclus entre les ARS et leurs établissements et fixer les objectifs à atteindre (notamment transfert des forains et des courts séjours) ainsi que les modalités pour y parvenir

En complément, l'actualisation de la circulaire DGOS/R5 n° 2011-485 du 21 décembre 2011 relative au guide sur le pilotage de l'activité des établissements de santé devra être réalisée.

<u>Proposition n° 6</u> : Développer des démarches d'analyse comparative des établissements de santé et notamment :

- **les travaux comparatifs entre groupes d'établissements mis en réseau au sein de groupes de travail ;**
- **les sessions collectives de partage d'expériences et de valorisation des démarches innovantes**

Encadré 2 : Documents de contractualisation entre les ARS et les établissements de santé (ES)

Les ARS sont partie prenante et approuvent les documents suivants :

- les projets d'établissements qui définissent la politique générale de l'établissement et contiennent les projets de prises en charge des patients en cohérence avec les projets médicaux. Ces documents doivent être compatibles avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) et les objectifs du schéma d'organisation des soins dans le cadre des territoires de santé ;
- les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) « *fixent également les objectifs quantifiés des activités de soins et des équipements lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définissent les conditions de mise en œuvre* ». En cas de non atteinte des objectifs par l'établissement des pénalités peuvent être envisagées par l'ARS, de même qu'un intéressement ;
- le cas échéant un plan de retour à l'équilibre (PRE) décliné sous forme d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), cosigné sous la forme d'un avenant au CPOM.
- s'ajoutent également l'ensemble des dispositifs contractuels bipartites (ARS/ES) ou tripartites (ARS/CNAMTS/ES) portant sur la pertinence et le bon usage des soins, et notamment :
    - les contrats de bon usage du médicament qui a pour objectif d'améliorer et sécuriser le circuit du médicament et la qualité des prescriptions ;
    - au titre de l'évolution constatée des prescriptions hospitalières de ville et des coûts de transport des patients, certains établissements de santé peuvent être soumis à une obligation de contractualisation, dans le cadre d'un contrat pour l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) signé entre l'établissement ciblé, l'assurance maladie et l'ARS. Il fixe des objectifs de réduction de dépenses ;
    - le contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé (CAPES)[30] ;
    - le contrat dit pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé[31]. Au-delà des risques médicamenteux et infectieux, le niveau de qualité et de sécurité des soins intègre désormais « *le risque de rupture de parcours de soins du patient mesuré par des indicateurs relatifs à l'organisation et à la continuité de la prise en charge* ».
- le plan pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins portera, le cas échéant, « *sur la structuration des parcours de santé et l'articulation des prises en charge en ville et en établissement de santé, avec ou sans hébergement* ».

L'ensemble de ces contrats seront regroupés sous un contrat unique d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins. Cette mesure de simplification entrera en vigueur le lendemain de la publication du décret d'application pour les nouveaux contrats, et au plus tard au 1er janvier 2018 (article 81 de loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016). Ce contrat pourra, comme précédemment, être imposé par l'ARS à tout établissement, en application du plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ou en cas de non-respect pour certains actes, prestations, prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, d'un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'Assurance-maladie.

Compte tenu des délais nécessaires pour valider les référentiels et les seuils cibles mais aussi pour tenir compte des engagements contractuels antérieurs ces nouveaux contrats n'auront cependant d'effet réel qu'à partir de 2018. Ce délai pourra être mis à profit en matière de médecine ambulatoire hospitalière pour réaliser des avancées graduelles sur le terrain.

Source : Mission.

[30] Institué par l'article 51 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 (article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale) et son décret d'application n° 2015-1511 du 19 novembre 2015.

[31] Institué par l'article 58 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 (articles L. 162-1-17 et L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale) et son décret d'application n° 2015-1510 du 19 novembre 2015.

2.3. Au niveau national, la priorité doit être donnée à l'élaboration de référentiels de prises en charge, qui permettront de généraliser le virage ambulatoire

2.3.1. « Des soins de qualité dispensés sans nuit à l'hôpital » : une impulsion nationale à donner

Le développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine ne peut s'envisager seul mais **dans le cadre global du virage ambulatoire qui doit faire l'objet d'un lancement officiel national concernant la médecine**. En effet, si l'impulsion a été donnée en matière de chirurgie, après plusieurs années de publications, elle est encore peu structurée en médecine.

Ainsi, **la prise en charge hospitalière de médecine doit être réformée en profondeur en réduisant les hospitalisations complètes et en développant les prises en charge ambulatoires, celles-ci ayant vocation à devenir la norme et non l'exception.**

L'impulsion à donner au niveau national pourrait passer par l'installation d'un comité national, présidé par une personnalité qualifiée.

<u>Proposition n° 7</u> : Mettre en place un comité stratégique national chargé de piloter et coordonner le virage ambulatoire de médecine à l'hôpital, en y associant les représentants des professions de santé et les associations de patients

Ce comité serait chargé de :

- engager et piloter la réflexion tout au long du parcours « médical » du patient entre ville et établissements de santé (médecine, SSR, HAD) pour réduire les hospitalisations complètes au strict nécessaire ;
- identifier et impulser les travaux nationaux utiles ;
- assurer une veille sur les innovations thérapeutiques, diagnostiques, technologiques et organisationnelles susceptibles de favoriser les prises en charge ambulatoires, en lien avec les dispositifs de suivi des innovations récemment mis en place ;
- faire toutes propositions au ministre (réglementaires, financières, organisationnelles) pour conduire la démarche qui devra s'inscrire dans le cadre général fixé ;
- évaluer les actions mises en œuvre et les coordonner.

Ce comité serait composé notamment de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Direction de la Sécurité sociale (DSS), des fédérations hospitalières des représentants des sociétés savantes, et associerait des représentants des professions de santé et des associations de patients, dont la participation à la démarche apparaît indispensable.

L'organisation de ce comité passerait par la mise en place de groupes de travail *ad hoc* pour chaque thématique identifiée (cf. sur ce point le groupe de travail évoqué dans l'annexe II). Ces groupes de travail seraient chargés d'assurer d'une part, le suivi des travaux régionaux et d'autre part, l'appropriation des référentiels de prise en charge élaborés et une veille portant en particulier sur les innovations thérapeutiques, technologiques, diagnostiques ou organisationnelles.

2.3.2. Au-delà des risques de requalification induits par l'instruction frontière, l'absence de référentiels de prise en charge freine les démarches de transfert des séjours d'hospitalisation complète vers les hôpitaux de jour engagées par les établissements

Comme rappelé dans l'annexe II, la levée du risque de requalification en actes et consultations externes des prises en charge en hôpital de jour, induite par l'application de l'instruction frontière, est nécessaire pour sécuriser les établissements dans leurs démarches, de même que la clarification des modalités de contrôle de la CNAMTS.

Le second obstacle à la généralisation des démarches de transfert des séjours d'hospitalisation complète vers les hôpitaux de jour a trait à **l'absence de référentiels de prise en charge spécialité par spécialité**.

En cette absence, les établissements de santé sont conduits à réaliser l'exercice par eux-mêmes, en échangeant avec leur communauté médicale. Le CHU de Nantes a construit dès 2012 un référentiel des prises en charge thérapeutiques, diagnostiques et de suivi des pathologies chroniques par spécialité, qui a été publié en lien avec l'ANAP mais n'était pas connu par les interlocuteurs rencontrés par la mission en dehors du CHU.

Au niveau national, les sociétés savantes et la HAS doivent être mobilisées pour définir des référentiels de prise en charge, pour aider les établissements dans leur démarche et leur permettre d'avoir une approche systématique par racine de GHM.

Dans cette perspective, les groupes de travail engagés (addictologie, diabétologie, cancérologie, cf. annexe II) doivent être poursuivis et généralisés.

Ces référentiels devraient porter, à l'image de ce qui a été initié dans la filière « cancer » sur l'ensemble de la « chaîne » des prises en charge destinées à être réalisées en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour, en hospitalisation à domicile ou en ville. Ils pourront ainsi donner les leviers nécessaires aux ARS pour engager puis généraliser le virage ambulatoire de médecine, conformément aux dispositions de la loi n° 2015–1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

<u>Proposition n° 8</u> : Engager l'élaboration des référentiels cliniques de prise en charge par spécialité complétant les travaux engagés :

- mener à leur terme les travaux engagés dans les domaines de l'addictologie et de la diabétologie, ainsi que, dans un autre cadre, de la cancérologie et en faire une diffusion active à l'ensemble des acteurs ;
- étendre l'élaboration de ces référentiels de prise en charge aux autres filières ou spécialités en y associant les sociétés savantes et la Haute Autorité de Santé, à partir d'un ciblage prioritaire à établir par la DGOS ;
- veiller à ne pas figer l'organisation des prises en charge en prévoyant l'actualisation et le réexamen réguliers des référentiels cliniques élaborés, afin de tirer parti des innovations dans des conditions de qualité et de sécurité garanties.

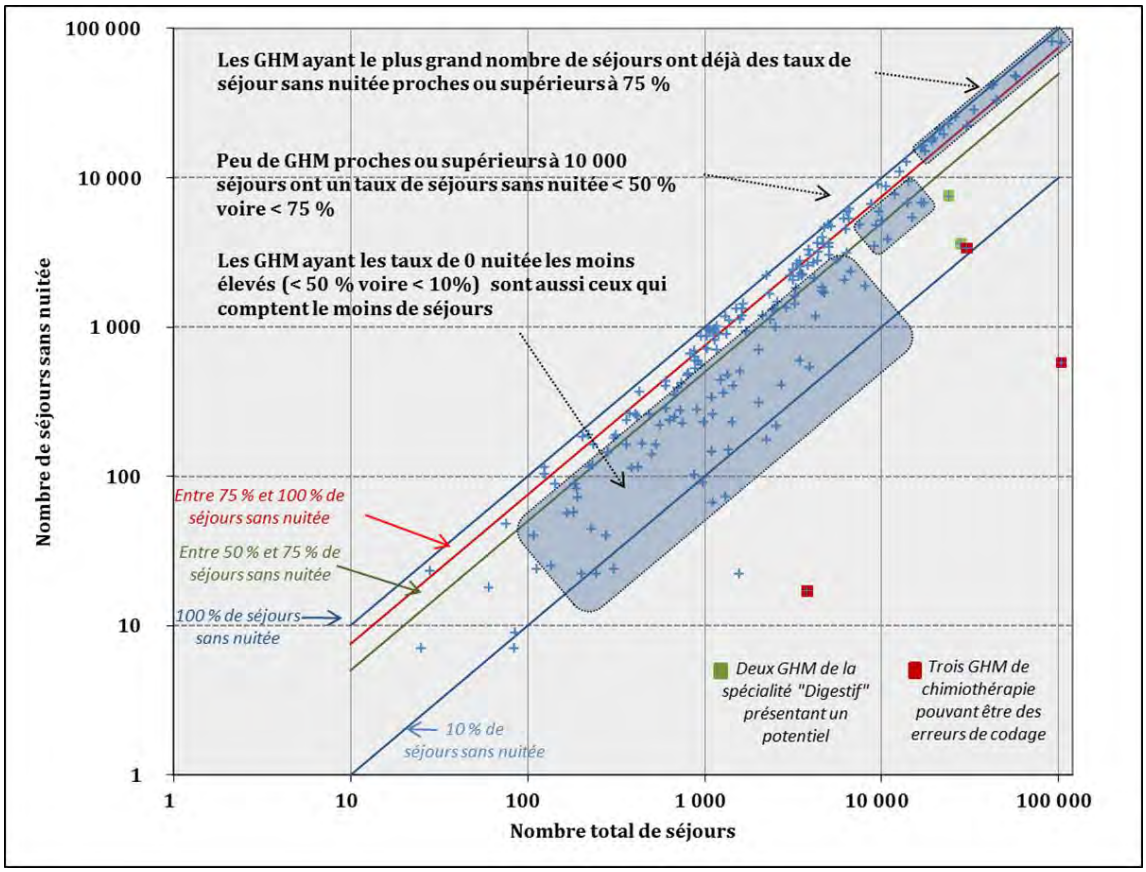
L'élaboration et la diffusion de ces référentiels devraient intervenir dans des délais aussi brefs que possibles.

2.3.3. L'exploitation du PMSI permet de cibler en priorité les racines de GHM comptant le plus grand nombre de séjours d'une et deux nuitées pour engager les travaux d'élaboration des référentiels

La caractérisation par GHM des séjours sans nuitée conduit, pour les GHM comportant en partie des séjours sans nuitée, à constater que ceux qui comptent le plus de séjours sont également ceux dont le taux de séjours sans nuitée est déjà le plus élevé (cf. graphique 7).

Pour les GHM comportant déjà un nombre élevé de séjours sans nuitée (59 GHM ont un taux de séjours sans nuitée supérieur à 75 %)**, les marges de développement paraissent relativement limitées, d'autant que, sous réserve d'un avis médical de la part des sociétés savantes, l'existence de taux incompressibles de prise en charge avec nuitée est possible.**

Graphique 7 : Présentation des GHM pour partie sans nuitée



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Si l'analyse par GHM est pertinente pour mener une caractérisation de l'activité, elle ne permet pas d'évaluer les potentiels de développement, pour au moins deux raisons :

- d'une part, elle ne se fonde que sur l'étude du nombre de séjours sans nuitée par rapport au total des séjours, et donc sur le seul taux de zéro nuitée, là où une analyse du nombre de séjours d'une ou deux nuitées permet d'approcher plus précisément les marges de développement pour chaque GHM ;
- d'autre part, il résulte de l'existence d'effets de seuil liés aux sévérités entre zéro, une et deux nuitées qu'une même racine peut être codée en deux GHM différents en fonction de la durée de séjour. L'analyse par durée de séjour pour l'ensemble des séjours d'une même racine, quel que soit le type de GHM « sans sévérité », apparaît donc plus pertinente.

Pour ces raisons, la mission a conduit l'analyse du potentiel de développement à partir de l'examen par racine du nombre de séjours de zéro, une et deux nuitées. Sont ainsi concernées 288 racines[32] (cf. encadré 3).

[32] Parmi lesquelles sept racines ne contenant aucun séjour de zéro, une et deux nuitées, et quatre racines ne contenant aucun séjour sans nuitée. Il est précisé qu'en limitant l'examen aux séjours de zéro, une et deux nuitées

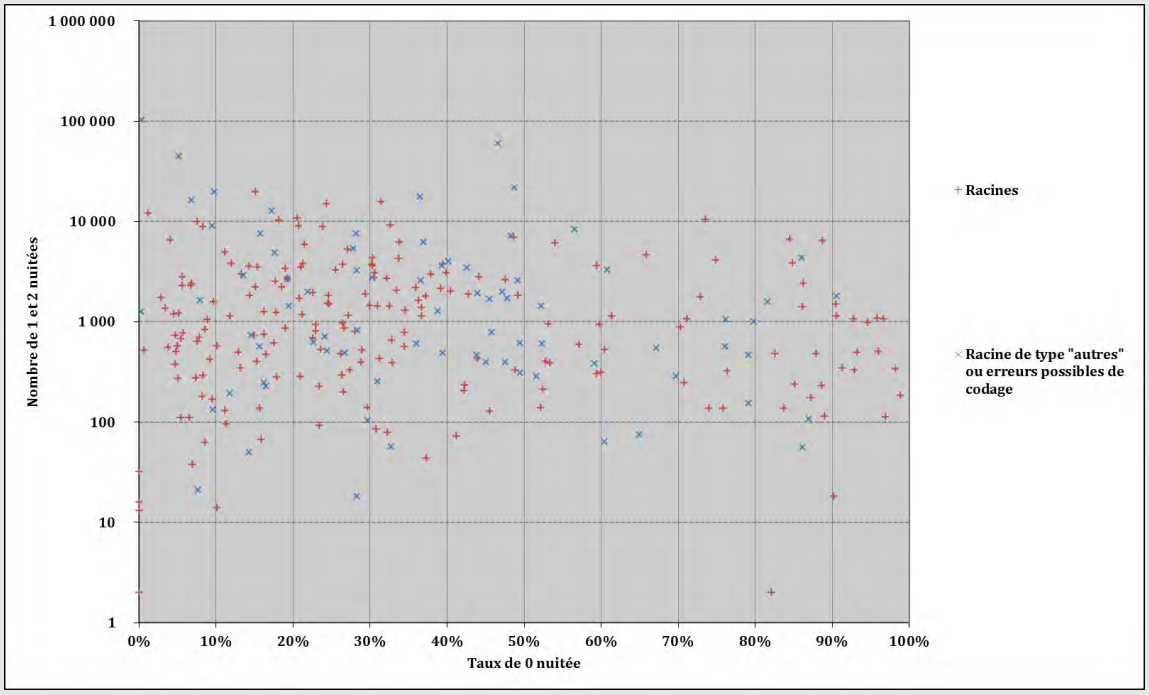
Encadré 3 : Racines pouvant fait l'objet d'un ciblage prioritaire

Le graphique 10 présente en abscisse le taux de séjours sans nuitée et en ordonnée le nombre de séjours d'une et deux nuitées, exprimé en valeur absolue afin d'identifier les racines contenant numériquement le potentiel de transfert le plus important. Ainsi :

- dans les cas des racines dont les taux de séjours sans nuitée sont faibles, il serait souhaitable de cibler en priorité celles dont les nombres de séjours de une et deux nuitées est important ;
- dans les cas des racines dont les taux de séjours sans nuitées sont déjà élevés mais pour lesquelles il existe un nombre important de séjours d'une et deux nuitées, il conviendrait de vérifier s'il existe un taux incompressible et d'apprécier en fonction les marges de développement restantes.

Les résultats sont synthétisés, en distinguant les racines de type « autres » ainsi que les racines relevant de possibles erreurs de codage (chimiothérapies, cf. *supra*).

Graphique 8 : Racines pouvant faire l'objet d'un ciblage prioritaire pour l'élaboration de référentiels de prise en charge en fonction des taux de séjours ambulatoires et du nombre de séjours d'une ou deux nuitées



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Les tableaux détaillés par racine figurent en pièces jointes n° 2 pour celles qui comptent plus de 1 000 séjours dans un premier temps, puis de manière exhaustive par domaine d'activité dans un second temps.

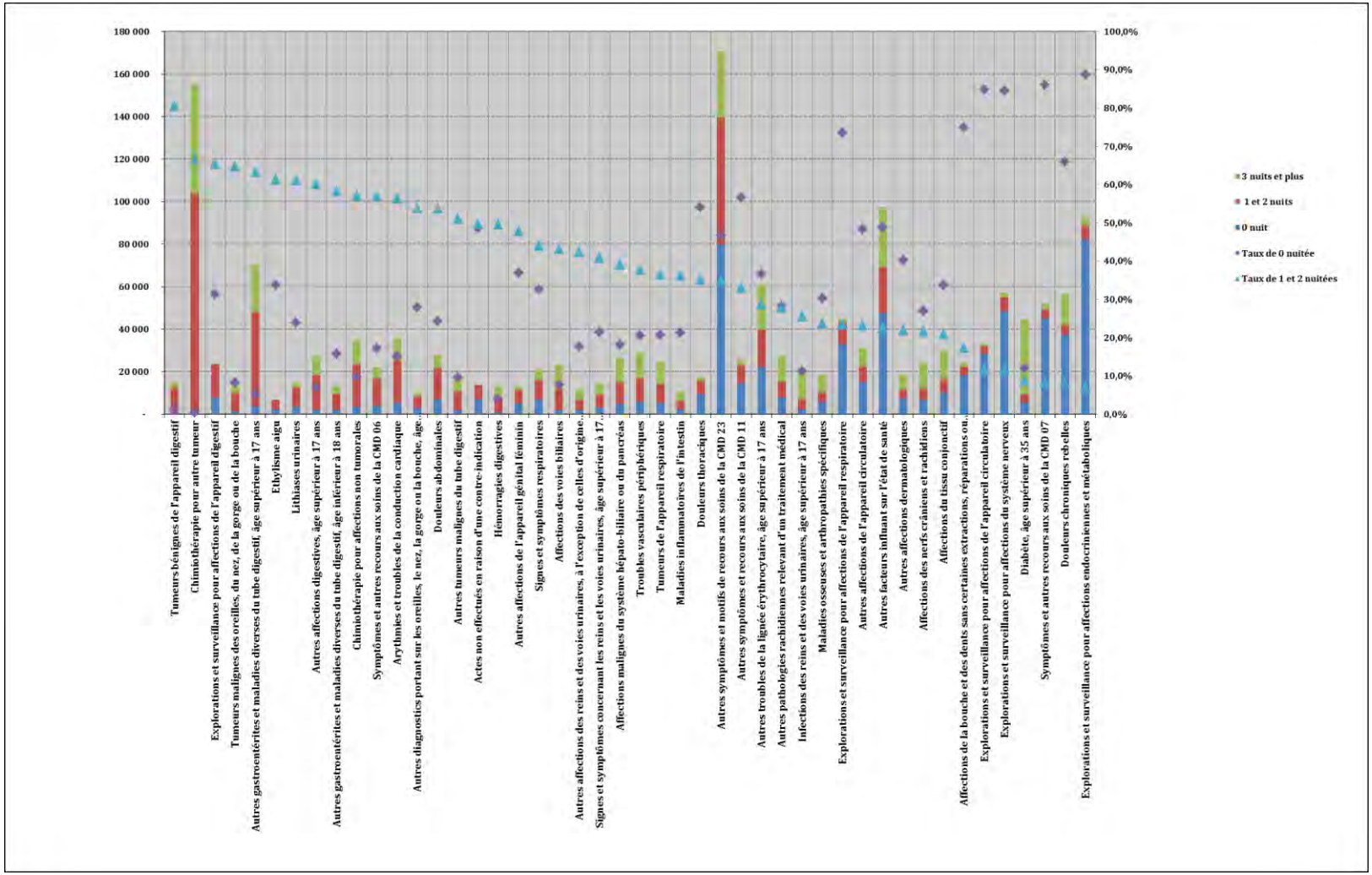
Parmi l'ensemble de ces racines, les 46 racines comptant le nombre de séjours d'une ou deux nuitées le plus important représentent 70 % des séjours de 1 et 2 nuitées (graphique 9)[33]. L'importance des racines de type « autres » peut être relevée.

Le ciblage des priorités pour l'élaboration des référentiels devra en outre tenir compte du volume économique de chaque domaine d'activité, racine ou GHM (cf. annexe I).

seuls sont ici pris en considération les séjours sans sévérité puisque par construction un séjour ne peut avoir de sévérité s'il correspond à une prise en charge de deux nuitées ou moins.

[33] Incluant les GHM de chimiothérapie relevant sans doute d'une erreur de codage.

Graphique 9 : Les 46 racines représentant 70 % des séjours de 1 et 2 nuits



Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

2.3.4. L'analyse par domaines d'activité montre que les spécialités « Digestif, » « Cardio-vasculaire » et « Pneumologie » paraissent les plus concernées

Si l'on excepte les domaines d'activité « Chimiothérapies, radiothérapies, hors séances », dont les prises en charge font déjà largement l'objet de protocoles et référentiels médicaux, et « Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues », ce sont **les spécialités « Digestif » en premier lieu, et « Cardio-vasculaire » et « Pneumologie » qui comptent le plus de séjours d'une et deux nuitées, et pourraient par conséquent être ciblées de manière prioritaire pour élaborer les référentiels de prise en charge** (cf. tableau 11).

Afin de faciliter l'engagement des travaux par les sociétés savantes et la HAS, une liste exhaustive des racines par domaine d'activité est présentée en pièce-jointe n° 2. Ces tableaux sont triés par nombre de séjours d'une et deux nuitées décroissant. Ils ont pour partie déjà été présentés à certaines sociétés savantes rencontrées par la mission, qui se sont dites dans l'ensemble intéressées par la démarche d'analyse des séjours d'une et deux nuitées, par racine, et en ont reconnu les potentialités dans le champ considéré par la mission qui exclut les admissions par les urgences (et les passages par les lits « chauds »).

De plus, comme en matière de chirurgie ambulatoire, l'ATIH pourrait être sollicitée pour apporter toutes les précisions complémentaires nécessaires lors de ces travaux d'élaboration des référentiels, et en particulier :

- préciser la répartition possible des racines par spécialité médicale, le domaine d'activité en étant une approximation (mais par exemple sans portée opératoire pour le domaine « Activités interspécialités, suivi thérapeutique d'affections connues ») ;
- expliciter les prises en charge concernées par les racines, en identifiant notamment les diagnostics principaux associés les plus fréquemment mentionnés.

<u>Proposition n° 9</u> : Mobiliser les ressources de l'ATIH en appui à la définition des référentiels de prise en charge

Tableau 11 : Nombre de séjours de 1 et 2 nuits par spécialité, hors racines de type « autres »

Domaine d'activité	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours	Taux de séjours de une et deux nuitées (%)	Taux de séjours sans nuitée (%)
Digestif	189 525	108 737	417 240	45,4	26,1
Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	124 090	3 975	196 464	63,2	2,0
Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	96 056	226 911	388 979	24,7	58,3
Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	65 109	83 244	229 556	28,4	36,3
Pneumologie	55 573	76 036	227 113	24,5	33,5
Uro-néphrologie et génital	50 925	83 871	187 068	27,2	44,8
Rhumatologie	43 235	69 987	186 346	23,2	37,6
Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	41 380	94 568	198 672	20,8	47,6
Hématologie	36 700	101 482	191 866	19,1	52,9
ORL, Stomatologie	30 318	45 153	90 812	33,4	49,7
Endocrinologie	29 188	143 511	252 759	11,5	56,8
Toxicologie, Intoxications, Alcool	13 592	56 783	104 502	13,0	54,3
Tissu cutané et tissu sous-cutané	12 863	38 001	80 444	16,0	47,2
Gynécologie - sein	12 294	12 896	32 178	38,2	40,1
Psychiatrie	9 481	83 425	122 659	7,7	68,0
Maladies infectieuses (dont VIH)	7 909	29 618	55 167	14,3	53,7
Ophtalmologie	5 556	15 838	31 440	17,7	50,4
Douleurs chroniques, Soins palliatifs	5 463	41 663	72 470	7,5	57,5
Orthopédie traumatologie	1 144	351	3 675	31,1	9,6
Total général	**830 401**	**1 316 050**	**3 069 410**	**27,1**	**42,9**

2.4. Des indicateurs sont à créer pour assurer un suivi et un pilotage de l'activité en hôpital de jour

Dans le cadre du suivi de l'activité par les établissements, les tableaux de bord disponibles actuellement intègrent peu d'indicateurs permettant de mesurer finement l'évolution de la médecine hospitalière ambulatoire tant en termes d'évolution des pratiques médicales par type de prises en charge que, plus globalement, de mesure des effets de transfert de l'hospitalisation complète.

Seules les études ciblées réalisées par le département d'information médicale (DIM) permettent d'analyser ponctuellement ces évolutions, notamment pour anticiper les conséquences financières de la réorientation vers l'ambulatoire.

Proposition n° 10 : Mettre en place des indicateurs de pilotage et de suivi de l'activité en hôpital de jour

Dans un premier temps, **pour assurer le suivi de la politique de développement de l'hôpital de jour, la mission préconise que soient construits et suivis les indicateurs suivants**, sur le périmètre de la mission[34] :

- **au niveau national**, le suivi pourra se concentrer sur les indicateurs suivants :
  - ratio entre nombre de places et nombre de lits d'hospitalisation complète, qui permettra de suivre la substitution entre capacités d'hospitalisation complète et partielle ;
  - taux de séances foraines et taux de séjours forains, qui illustreront le suivi de la recommandation relative au transfert de ces séjours en hôpital de jour ;
  - nombre et taux de séances et séjours en unité d'hospitalisation mixte qui permettront de repérer d'éventuels reports des séjours forains sur ces unités ;
  - nombre et taux de séjours sans nuitée, qui mesureront la dynamique de développement des séjours pris en charge en ambulatoire ;
  - nombre et taux de courts séjours (une et deux nuits), qui sont appelés à diminuer par l'augmentation des prise en charge en hôpital de jour ou en ville ;
- **aux niveaux régional et local**, trois indicateurs complémentaires pourraient être suivis, permettant d'analyser la performance des organisations de ces hôpitaux de jour:
  - taux de rotation[35] dont les problématiques liées à son mode de calcul sont développées dans l'encadré 4 ci-dessous ;
  - taux de déprogrammation qui suit la proportion de venues en hôpital de jour programmées et non réalisées ;
  - taux de repli, qui retrace la proportion de patients dont la prise en charge en HDJ n'a pu être achevée dans la journée.

Le détail de ces indicateurs est donné dans le tableau 12. Leur évolution doit être suivie autant que leur niveau et, dans la mesure du possible, être reconstitués sur les dernières années.

---

[34] Ce périmètre pouvant être amené à évoluer en fonction des travaux conduits.

[35] Il rapporte le nombre de patients pris en charge au nombre de places ouvertes multipliées par le nombre de jours d'ouverture. La mission considère que la référence concernant le nombre de jours d'ouverture devrait être de 250 jours, dans la mesure où l'hôpital de jour devenant le mode principal de prise en charge, celui-ci ne devrait pas fermer en période de vacances. Des adaptations pourront être prévues pour les petits établissements dans le cadre des groupes hospitaliers de territoires.

En outre, à moyen terme, ScanSanté pourrait être enrichi des indicateurs pertinents sur le modèle de ce qui a été fait pour la chirurgie ambulatoire[36].

[36] En la matière ont été mis en place un indicateur de performance de chirurgie ambulatoire qui donne les clés de lecture pour interpréter le taux de chirurgie ambulatoire par l'analyse de son volume son *case-mix* avec l'indice d'organisation et son innovation d'une part, et l'identification de GHM « marqueurs » à suivre spécifiquement à partir de référentiels élaborés par les sociétés savantes.

Tableau 12 : Détail des indicateurs devant faire l'objet d'un suivi

Indicateur	Construction	Modalités de mise en œuvre	Niveau de construction	Niveau de suivi	Observations liées
Ratio nombre de places/nombre de lits	Nombre de places de médecine, nombre de lits de médecine (hors UHCD, réanimation, soins intensifs, surveillance continue), ratio places/lits	DREES, en lien avec l'ANAP et l'ATIH Mise en œuvre au 31/12/2016 À intégrer à Hospidiag	National	National Régional Local	Ratio à construire en lien avec les autres propositions faites : Etudier la faisabilité de mise en place d'un recueil (SAE/PMSI) des lits et places par unité médicale (hospitalisation complète et hospitalisation partielle) Obtenir une correspondance entre unité médicale et unité fonctionnelle
Taux de séjours forains et taux de séances foraines Taux de séances et séjours en unité d'HM	Nombre de séjours de 0 nuit en HC (A), nombre total de séjours en HP(B), taux de séjours forains = (A/B). Ratio nombre de séjours en unité d'HM /nombre total de séjours	ATIH en lien avec ANAP Mise en œuvre au 31/12/2016 À intégrer à Hospidiag	National	National Régional Local	Taux à construire en lien avec les autres propositions faites Le suivi du taux de séances et séjours en unité d'HM doit permettre de contrôler l'absence d'effets de report
Taux de séjours sans nuitée	Nombre de séjours de 0 nuit (C), nombre total de séjours (D) dans le cadre du périmètre défini par la mission, taux ambulatoire = C/D	ATIH en lien avec ANAP Mise en œuvre au 30/06/2016 sur le PMSI 2015 À intégrer à Hospidiag	National	National Régional Local	À mettre en perspective avec le nombre de séjours en valeur absolue
Taux de courts séjours	Nombre de séjours de 1 et 2 nuits (E), nombre total de séjours (D) dans le cadre du périmètre défini par la mission, taux de séjours sans nuitée = E/D	ATIH en lien avec ANAP Mise en œuvre au 30/06/2016 sur le PMSI 2015	National	National Régional Local	À mettre en perspective avec le nombre de séjours en valeur absolue

Indicateur	Construction	Modalités de mise en œuvre	Niveau de construction	Niveau de suivi	Observations liées
		À intégrer à Hospidiag			
Taux de rotation par place	Nombre de patients pris en charge sur (nombre de places ouvertes x nombre de jours d'ouverture de l'HDJ (250))	ANAP Mise en œuvre au 30/06/2016 sur le PMSI 2015	National	Local	En cas d'adaptations au niveau local, suivre un taux de rotation sur le territoire
Taux de repli	Nombre de patients ambulatoires transférés en fin de journée dans un service d'hospitalisation conventionnelle divisé par le nombre de patients pris en charge à l'HDJ	Immédiate	Local	Local	
Taux de déprogrammation	Nombre de patients non venus ou annulés le jour de l'HDJ programmé divisé par le nombre de patients programmés à l'HDJ ce même jour	Immédiate	Local	Local	

Source : Mission.

Encadré 4 : Le calcul du taux de rotation

Lors de ses déplacements, la mission a constaté que le taux de rotation n'est que très rarement calculé et encore moins suivi par les établissements. Il semble pourtant nécessaire qu'il devienne un indicateur de pilotage sur la base d'une définition nationale et soit suivi dans le cadre d'Hospidiag.

En hospitalisation complète, le taux d'occupation est un indicateur de suivi des établissements aussi bien en MCO, en SSR qu'en psychiatrie. Les taux d'occupation de M, C et O sont intégrés dans Hospidiag pour chaque établissement et suivis annuellement. Ce taux est aussi décliné à un niveau plus fin selon le pilotage choisi par les établissements : pôle, service, unité fonctionnelle.

Pour la chirurgie ambulatoire, le taux de rotation mis en place correspond au nombre de patients pris en charge à l'UCA divisé par (le nombre de places ouvertes x le nombre de jours d'ouverture de l'UCA) sur la période.

Un même type de calcul d'un taux de rotation peut être réalisé pour les hôpitaux de jour de médecine. Concernant les prises en charge, cela inclut les séances prises en compte dans le périmètre de la mission. Le nombre de jours d'ouverture mérite d'être défini. Soit il correspond au nombre de jours ouverts dans l'établissement, soit il est fixé nationalement ; sont évoqués suivant les interlocuteurs et les spécialités, les nombres de 200, 210, 220 et 250.

La mission considère que la référence concernant le nombre de jours d'ouverture devrait être de 250 jours, dans la mesure où l'hôpital de jour devenant le mode principal de prise en charge, celui-ci ne devrait pas fermer en période de vacances. Des adaptations pourront être prévues pour les petits établissements dans le cadre des groupements hospitaliers de territoires.

Le calcul de ce taux pose aussi le problème des unités d'hospitalisation mixte puisque la ventilation entre venues et séjours se fait sur la base de la durée de séjour sans avoir la connaissance du nombre exact de places de l'unité, la déclaration se faisant pour tout l'établissement en M, C et O. Il existe à ce sujet une différence de nombre de places entre la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et ScanSanté.

Source : Mission.

3. Le potentiel de développement de l'hôpital de jour depuis l'hospitalisation complète est constitué des séances et séjours forains, et d'une fraction des courts séjours qui ne peut être évaluée *a priori* au niveau national en l'absence de référentiels

3.1. Les séances et séjours forains constituent un potentiel de développement de l'hôpital de jour

L'analyse du PMSI a conduit à identifier 300 000 séances et séjours forains, pour l'année 2014. Ceux-ci participent donc de manière certaine d'un potentiel de développement des hôpitaux de jour, dont l'ampleur finale dépendra des résultats de l'examen systématique, préconisé par la mission, par les établissements de santé, sous le pilotage des ARS.

Les délais et les modalités de résorption de ces séances et séjours forains pourront être définis dans le cadre de la contractualisation entre les ARS et les établissements de santé (CPOM) (cf. 2.2.2).

3.2. À l'exception des séances et séjours forains, l'élaboration de référentiels de prise en charge est un préalable à la définition nationale d'un potentiel de développement de l'hôpital de jour

Seule la publication de référentiels cliniques élaborés par spécialité rendra possible une évaluation des potentiels de développement de l'hôpital de jour après adaptation aux spécificités des territoires (cf. 2.3.2).

Dans l'attente, la mission préconise la systématisation de démarches d'analyse au niveau local dans les établissements de santé, sous le pilotage des ARS. Pour ce faire, ils pourront engager des travaux, à partir des analyses conduites dans d'autres établissements (rappelées au point 2.2.2.) et des éléments statistiques fournis par le présent rapport (cf. annexe I et grilles d'analyse en pièce-jointe n° 1).

Cette approche déconcentrée ne permet pas de définition, et *a fortiori* d'évaluation d'un potentiel de transférabilité *ex ante*.

Par-delà le potentiel de développement existant à partir du transfert de courts séjours, le développement de l'hôpital de jour dépendra de celui des activités de soins qui pourront être prises en charge à domicile (par exemple en matière de chimiothérapie) ou des projets d'activité complémentaires qui pourraient *a contrario* être développés en hôpitaux de jour (par exemple en matière de gérontologie, de soins de support, et dans certains cas d'éducation thérapeutique). L'évolution de son développement reflétera *in fine* la ventilation qui sera opérée, au sein des prises en charge réalisées à l'hôpital, entre séjours hospitaliers, actes et consultations externes et soins réalisés en ville. **De ce point de vue, l'élaboration de référentiels devra notamment concerner en priorité la gérontologie, qui est à l'origine de plusieurs projets de développement en matière d'hôpital de jour, pour préciser le rôle que ce dernier est appelé à jouer au regard de celui de la médecine de ville**.

3.3. Les simulations des marges de développement de l'hôpital de jour, réalisées ici sur la base d'hypothèses conventionnelles, ont une portée qui reste illustrative afin de guider la réflexion et le questionnement des acteurs

À titre uniquement illustratif et sur la base d'hypothèses conventionnelles, la mission a réalisé deux simulations :

- l'une portant sur l'application à la médecine de taux de transfert des séjours d'une ou deux nuitées vers l'hôpital de jour (cf. encadré 5) ;
- l'autre portant sur des hypothèses d'alignement, pour chaque racine, des taux de séjours sans nuitée dans les établissements où ils sont inférieurs sur la moyenne de ceux situés au-dessus de la médiane ou du troisième quartile (cf. encadré 6).

Aucune de ces simulations ne permet d'évaluer un potentiel national. L'objectif de ces simulations, dont les résultats ne peuvent être considérés comme d'application directe, est de susciter et d'appuyer la réalisation de ce type de travaux :

- d'une part, au niveau des établissements, afin qu'ils engagent comme la mission le préconise, sous le pilotage des ARS, le processus d'examen de leur séjours de courte durée en lien avec leurs communautés soignantes ;
- et d'autre part, par spécialité, dans le cadre des réflexions à engager avec les sociétés savantes.

Il s'agit d'exercices dépendant des hypothèses retenues et limités par ces dernières, et dont le seul objectif est d'aider à la réalisation de travaux de ce type par les acteurs concernés.

Le développement de ce type d'analyses au niveau territorial rejoint l'approche comparative proposée précédemment (cf. 2.2.2 et grille d'analyse en pièce jointe) pour guider le dialogue entre les acteurs, qui pourront les adapter en fonction des hypothèses qu'ils souhaitent eux-mêmes formuler et les mettre en regard du volume global et des caractéristiques de leur activité.

3.3.1. Simulation à partir de l'application d'hypothèses globales de taux de transfert des séjours d'une et deux nuitées vers l'hôpital de jour

Compte tenu des méthodes mises en œuvre par certains établissements de santé rencontrés lors de ses déplacements (cf. *supra*), la mission a réalisé une simulation globale à l'échelle nationale à partir d'hypothèses inspirées de ces expériences

Encadré 5 : Simulation d'une hypothèse conventionnelle d'application à la médecine programmée de taux de transfert des séjours d'une ou deux nuitées sur la base de la méthode appliquée pour la chirurgie ambulatoire

La méthode de chiffrage qui avait été utilisée pour la chirurgie ambulatoire consistait à retenir une fraction des séjours de une à quatre nuitées et plus, toutes sévérités confondues, comme susceptible d'être « basculés » en hôpital de jour.

Des réserves peuvent être formulées sur l'application dans le champ de la médecine d'hypothèses globales définies au plan national. Cela tient en particulier à la complexité de l'activité de médecine et à sa nature protéiforme ainsi qu'aux difficultés d'appréciation du contenu de certaines prises en charge. Ces dernières tiennent à :

- l'absence de description de l'activité de médecine, qui n'est pas caractérisée par des actes, et dont les GHM peuvent rendre compte de façon imprécise ;
- la « porosité » des prises en charge hospitalières de courte durée en médecine par rapport à la médecine de ville comme aux autres substituts possibles à l'hospitalisation complète.

L'application d'une telle méthode ne peut non plus à ce stade se fonder sur des hypothèses ou observations validées par la littérature, nationale ou internationale, ce qui explique la priorité donnée par la mission à l'élaboration de référentiels de prise en charge par spécialités.

Enfin, la réalisation d'une estimation globale ne prend pas en compte les spécificités propres à l'environnement des établissements, qu'il s'agisse de la situation de la médecine de ville (généralistes et spécialistes), de démographie médicale ou des caractéristiques socio-économiques de la patientèle.

À défaut de pouvoir lever ces réserves, les hypothèses retenues ici diffèrent significativement des travaux qui avaient été conduits en matière de chirurgie ambulatoire :

- elles concernent le seul périmètre considéré par la mission, qui exclut les admissions par les urgences, les passages par les unités de réanimation, surveillance et soins continus, et les entrées et sorties autres que « domicile – domicile » ;
- elles excluent les séjours avec sévérité ;
- elles ne portent que sur les courts séjours, de une et deux nuitées – que les sociétés savantes rencontrées par la mission ont confirmé pouvoir faire prioritairement l'objet de transferts vers des prises en charge ambulatoires ;
- elles sont plus prudentielles que celles réalisées par certains établissements de grande taille rencontrés par la mission (cf. 2.2.1) et que celles appliquées aux courts séjours de chirurgie ambulatoire par la mission de 2014 (pour mémoire, 90 % des séjours d'une nuitée et 80 % des séjours de deux nuitées pour le scénario maximal) ;
- elles fondent des simulations qui ne sauraient donner lieu à la déclinaison de taux cibles au niveau local.

La simulation réalisée consiste à appliquer aux séjours d'une ou deux nuits correspondant aux GHM sans sévérité les hypothèses globales de « basculement » suivantes :

- **première hypothèse** : une fraction de 80 % des séjours avec une nuitée et de 50 % des séjours avec deux nuitées est considérée comme transférable ;
- **deuxième hypothèse** : une fraction de 60 % des séjours avec une nuitée et de 30 % des séjours avec deux nuitées est considérée comme transférable.

Ces paramètres sont appliqués aux séjours du périmètre considéré par la mission, après abattement forfaitaire de 5 %, conventionnel (repris des travaux précédemment conduits sur la chirurgie ambulatoire), correspondant à la prise en compte de critères socio-économiques influant sur les modalités prise en charge des patients.

Avec ces hypothèses, les résultats de la simulation conduisent à estimer que de 330 000 à 500 000 séjours seraient transférables des unités d'hospitalisation complète vers des prises en charge ambulatoires (cf. tableau 13).

Tableau 13 : Nombre de nuitées transférées selon les hypothèses de transfert de séjours à partir des unités d'hospitalisation complète

-	Première hypothèse	Deuxième hypothèse
Fraction transférée des séjours avec une nuit (%)	75	55
Fraction transférée des séjours avec deux nuits (%)	45	25
Nombre de nuitées transférées	501 425	335 344

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Une variante de cette simulation a été réalisée en excluant le domaine d'activité « Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances », cette spécialité ayant déjà largement développé les référentiels et protocoles de prises en charge, ainsi que les séjours sans nuitée en hôpital de jour[37] (ceux-ci sont comptabilisés en séances, sauf exceptions ou erreurs de codage, ce qui explique que le taux « apparent » de séjours sans nuitée de ce domaine soit de seulement 2,0 %).

Au regard du nombre de séjours de une ou deux nuitées de ce domaine (près de 125 000), les résultats de la simulation diffèrent alors sensiblement, avec des estimations de 280 000 à 420 000 séjours qui seraient transférables des unités d'hospitalisation complète vers des prises en charge ambulatoires (cf. tableau 14)

Tableau 14 : Nombre de nuitées transférées selon les hypothèses de transfert de séjours à partir des unités d'hospitalisation complète, hors domaine d'activité « Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances »

-	Première hypothèse	Deuxième hypothèse
Fraction transférée des séjours avec une nuit (%)	75	55
Fraction transférée des séjours avec deux nuits (%)	45	25
Nombre de nuitées transférées	425 492	284 230

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

3.3.2. Simulation à partir d'hypothèses d'alignement pour chaque racine des taux de séjours sans nuitée dans les établissements où ils sont inférieurs sur la moyenne de ceux situés au-dessus de la médiane ou du troisième quartile

Compte tenu de l'hétérogénéité des pratiques observées entre les établissements (cf. statistiques de dispersion en pièces-jointes n° 1), **la mission a procédé à cette simulation qui :**

- a été réalisée sur le périmètre des séjours sans sévérité afin de neutraliser les effets liés au *casemix* des établissements**.** S'appliquant aux taux de séjours sans nuitée, elle prend donc en compte la répartition des séjours entre hôpital de jour d'une part, et séjours d'une ou deux nuitées d'autre part, et implicitement celles des activités ambulatoires entre hôpitaux de jour et soins externes ou de ville ;
- a été menée racine par racine et non pas seulement établissement par établissement ;

[37] Des marges d'amélioration des prises en charge sans nuitée peuvent toutefois exister du point de vue organisationnel. Sur ce point, cf. annexe II.

- a été élaborée à partir des racines dont le nombre de séjours par établissement et dont le nombre total d'établissements comparés présentaient un nombre minimal suffisant ;
- retient des hypothèses de convergence homogènes pour toutes les racines, pour toutes les catégories d'établissement et pour tous les territoires, quelle que soit l'ampleur des écarts constatés ;
- repose enfin sur des hypothèses de simulation, dont la seconde peut être considérée comme ambitieuse[38] ;
- *a contrario*, n'envisage pas d'accroissement de ces taux dans les établissements dont le taux de séjours sans nuitée est déjà supérieur à ces moyennes.

Un tel exercice de simulation pourrait donner lieu à des adaptations en fonctions des racines de GHM, des types d'établissements et des territoires compte tenu des hétérogénéités mises en évidence sur ces trois critères. Ces adaptations pourraient retenir des hypothèses de convergence jugées plus probables par les acteurs concernés, et dans le même temps être complétée par une vision dynamique permettant d'envisager l'inscription dans le temps de ces évolutions.

[38] Dans la seconde hypothèse, pour chaque racine, les taux de séjours sans nuitée des établissements inférieurs à la moyenne des taux de séjours sans nuitée des 25 % des établissements les plus performants sont alignés sur ces taux (moyenne des 50 % des établissements les plus performants dans la seconde). Cf. encadré 6.

Encadré 6 : Simulation à partir d'hypothèses d'alignement pour chaque racine des taux de séjours sans nuitée dans les établissements où ils sont inférieurs sur la moyenne de ceux situés au-dessus de la médiane ou du troisième quartile

Afin d'appréhender la portée des écarts liés à la forte hétérogénéité des pratiques entre les établissements ayant déjà engagé une démarche volontariste en matière d'hôpital de jour et d'autres moins avancés, la mission a procédé à une simulation d'une hypothèse d'alignement des taux de séjours sans nuitée observés pour les séjours sans sévérité sur ceux des établissements où ils sont les plus élevés.

Cette analyse comparative a porté sur le champ suivant :

- **en premier lieu**, seules les racines sans sévérité (soit les racines de sévérité 1, J, T, Z, A) ont été retenues dans le périmètre de l'analyse, ce qui par construction exclut tous les séjours avec sévérité de la réflexion[39]. Ont ainsi été pris en compte 2 523 513 séjours sans sévérité, incluant 1 316 050 séjours sans nuitée, soit 82,2 % du périmètre de la mission (3 069 410 séjours). Il s'agit de neutraliser les effets tenant à des établissements dont le *casemix* montre une surreprésentation des sévérités, par nature peu propices au basculement vers des séjours sans nuitée[40]. C'est donc sur ce seul périmètre que les taux de séjours sans nuitée ont été calculés ;
- **en deuxième lieu**, la comparaison entre les établissements a été menée non pas au niveau global, mais racine par racine ;
- **en troisième lieu**, les statistiques de dispersion des taux de séjours sans nuitée ont été calculées sur une sous-base de séjours, restreinte après application de deux filtres afin de préserver la significativité de taux comparés :
  - dans un premier temps, pour chaque racine ont été exclus les établissements dont le nombre de séjours total (avec ou sans nuitée, sans sévérité) sur l'année 2014 était inférieur à 50 séjours[41] (premier filtre) ;
  - dans un second temps, n'ont été conservées pour l'analyse que les racines pour lesquelles, après l'application du premier filtre, il restait au moins 25 établissements différents (deuxième filtre).

    Cette sous-base incluait 1 620 274 séjours, dont 967 826 séjours sans nuitée[42].

La simulation de l'alignement des taux d'ambulatoire a été effectuée en deux temps : élaboration de la grille des taux de référence à partir de la sous-base, puis application des hypothèses de simulation à l'ensemble des racines, sauf celles pour lesquelles il existe moins de 25 établissements comparés[43].

---

[39] Certains séjours de sévérité 2 pourraient, par exemple, être pris en compte dans d'autres simulations, notamment dans une perspective dynamique.

[40] La modélisation a été testée sur la base élargie à l'ensemble des sévérités. Elle conduit à une augmentation du taux de séjours sans nuitée ex post, respectivement, de 0,1 point, 0,6 point, 2,1 point, 5 points selon les scénarios considérés. Cette progression du différentiel paraît ainsi traduire le fait que les établissements les plus performants sont aussi ceux qui accueillent le moins de séjours avec sévérité, et vient confirmer le choix fait de restreindre l'analyse à la base des séjours sans sévérité.

[41] Un établissement ayant ainsi un très fort taux de séjours sans nuitée dû à un petit nombre de séjours n'est ainsi pas pris en compte.

[42] En synthèse : la modélisation a été menée à partir de la base de 2 523 513 séjours sans sévérité, incluant 1 316 050 séjours sans nuitée, soit 82,2 % du périmètre de la mission (3 069 410 séjours). Pour l'élaboration des taux de référence, l'application des deux filtres mentionnés a restreint cette base à une sous-base de 1 620 274 séjours, dont 967 826 séjours sans nuitée. La simulation a ensuite été menée sur cette sous-base de 1 620 274 séjours, ainsi que pour 470 213 séjours supplémentaires, dont 160 027 sans nuitée, liés à la levée du premier filtre. En revanche, aucune modélisation de rattrapage n'a été menée pour les séjours des racines exclues par le deuxième filtre, soit 433 026 séjours, dont 188 197 sans nuitée.

[43] Cela revient à lever le premier filtre mentionné ci-dessus, en envisageant cet alignement dans les établissements ayant moins de 50 séjours pour les racines considérées. Restent exclues de l'analyse les racines pour lesquelles moins de 25 établissements étaient comparables (deuxième filtre).

Pour ce faire, deux taux de référence ont été définis, racine par racine :

- le premier correspond, pour chaque racine, **à la moyenne des taux de séjours sans nuitée des 50 % des établissements ayant les taux de séjours sans nuitée les plus élevés** (soit, pour chaque racine, la moyenne des taux de séjours sans nuitée des établissements au-dessus de la médiane) ;
- le second correspond, pour chaque racine, **à la moyenne des taux de séjours sans nuitée des 25 % des établissements ayant les taux de séjours sans nuitée les plus élevés** (soit, pour chaque racine, la moyenne des taux de séjours sans nuitée des établissements du troisième quartile).

Les niveaux des taux de référence ainsi obtenus pour chaque scénario sont explicités, racine par racine, dans le tableau 18. Les caractéristiques de distribution des taux de séjours sans nuitée pour chaque racine peuvent également être trouvées de manière détaillée dans le tableau 16 en pièce jointe n° 1 de la présente annexe.

Tableau 18 : Niveau du taux de référence et nombre d'établissements servant de référence, pour chaque racine, dans les deux scénarios

Racine	Nombre total d'établis-sements	Première hypothèse		Deuxième hypothèse	
		Taux de référence (%)	Taux médian (%)	Taux de référence (%)	Taux correspondant au troisième quartile (%)
01M08	52	77,3	59,4	88,0	76,0
01M11	82	56,7	30,5	72,8	48,3
01M12	30	64,1	45,2	75,2	59,1
01M17	44	87,8	74,5	94,8	89,6
01M21	136	95,5	89,3	98,2	95,5
01M22	30	64,5	34,9	81,2	53,3
01M32	121	97,8	91,9	99,8	99,0
01M34	37	78,8	61,3	88,6	78,8
02M08	31	67,4	46,6	78,6	66,9
02M09	30	99,1	95,6	99,9	99,3
03M07	63	12,5	5,0	17,7	9,6
03M09	35	42,3	23,7	54,8	35,7
03M10	73	98,8	96,1	99,8	99,1
03M11	124	93,8	87,2	97,2	93,5
04M02	25	82,9	45,0	97,6	90,7
04M08	33	80,1	65,0	89,9	81,2
04M09	90	53,6	29,1	66,3	50,3
04M11	85	64,1	37,3	78,6	64,1
04M22	134	94,8	79,3	98,6	96,3
04M23	28	55,3	30,4	66,4	54,0
05M08	183	27,4	9,5	40,8	20,6
05M09	31	32,1	11,3	48,0	24,6
05M12	115	50,6	24,1	65,3	48,1
05M13	70	83,2	66,6	90,6	82,1
05M15	30	77,8	56,5	88,6	79,6
05M17	116	74,9	54,6	84,7	73,7

05M20	84	98,5	95,8	99,6	98,7
06M02	56	30,4	9,0	47,6	22,6
06M03	400	9,1	1,6	15,0	5,3
06M05	30	37,5	22,2	47,3	32,3
06M07	25	69,3	41,5	84,7	69,1
06M09	85	17,1	5,5	24,5	14,0
06M12	94	48,1	19,2	66,6	41,1
06M16	96	57,1	12,3	81,9	55,8
06M18	84	36,4	11,9	55,7	24,3
06M20	57	1,2	0,0	3,7	2,0
07M02	79	17,9	5,3	24,7	16,6
07M06	87	41,8	22,2	55,3	39,4
07M13	40	97,0	89,8	99,4	98,4
07M14	254	95,9	91,2	98,0	96,2
08M10	59	67,8	41,6	82,9	65,6
08M14	81	66,1	46,9	76,3	65,3
08M15	26	94,4	73,6	99,4	98,0
08M19	35	65,1	45,0	80,6	56,5
08M25	30	47,5	18,8	63,9	37,3
08M27	57	44,3	6,3	71,8	30,4
08M28	35	54,8	6,3	86,7	55,4
08M29	95	67,2	30,6	84,1	66,4
08M35	70	95,9	89,8	98,3	95,5
08M36	44	65,4	44,1	77,8	60,7
09M07	55	77,8	63,5	86,8	77,0
09M08	32	73,9	51,7	84,0	74,0
09M11	28	93,6	85,5	97,3	93,7
09M12	40	99,1	97,6	99,7	99,0
10M02	149	35,9	7,2	55,7	29,1
10M03	30	47,4	20,9	58,7	44,4
10M07	63	87,7	75,0	93,2	88,1
10M09	73	93,0	77,4	98,7	97,3
10M13	174	98,6	94,4	99,8	99,2
10M14	32	96,5	92,5	98,6	96,3
11M02	61	48,3	14,6	68,1	50,6
11M04	26	55,3	35,1	66,6	51,0
11M06	42	76,5	59,2	84,7	75,1
11M12	43	46,0	17,6	68,0	35,5
11M16	34	39,8	25,4	46,9	36,1
11M17	40	99,3	97,6	99,9	99,5

11M18	80	99,2	97,8	99,8	99,2
11M19	120	82,0	61,2	89,8	82,2
13M04	37	68,7	35,9	86,9	70,0
16M09	31	84,0	73,1	90,2	83,8
16M11	303	67,0	50,8	77,4	64,6
16M14	37	99,1	96,9	99,9	99,2
16M15	36	98,3	96,4	99,3	98,5
17M05	26	0,3	0,0	0,3	0,0
17M06	298	0,5	0,0	0,5	0,0
17M12	58	78,9	65,8	85,9	77,7
17M14	70	97,6	94,9	98,9	97,1
18M12	57	100,0	99,8	100,0	100,0
19M02	27	95,0	80,8	99,5	98,1
19M06	119	99,6	98,2	100,0	100,0
19M07	99	98,4	95,2	99,7	98,4
19M17	32	99,8	98,5	100,0	100,0
19M21	71	100,0	100,0	100,0	100,0
20Z02	26	93,3	82,0	97,0	94,3
20Z04	105	58,9	1,9	93,2	82,5
23M06	268	80,0	44,5	95,3	86,4
23M08	44	100,0	100,0	100,0	100,0
23M09	99	8,2	0,0	8,2	0,0
23M14	148	99,9	99,3	100,0	100,0
23M15	54	77,9	57,0	87,9	79,1
23M19	44	93,5	87,9	96,7	93,0
23M20	492	63,2	34,1	78,4	61,2
23M21	105	99,8	99,1	100,0	100,0
23Z02	73	43,5	3,6	74,3	45,7

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Cette simulation a donné lieu à des échanges avec des statisticiens, ainsi qu'avec l'ATIH et la DREES.

Les résultats de cette simulation aboutissent à une augmentation de 320 000 à 450 000 du nombre de séjours sans nuitée dans les établissements de santé[44] (cf. tableau 15).

Tableau 15 : Augmentation du nombre de séjours sans nuitée selon les deux hypothèses retenues

Scénario	Taux de référence	Variation du nombre de séjours sans nuitée*
1	Moyenne des taux de séjours sans nuitée des 50 % des établissements ayant les taux de séjours sans nuitée les plus élevés	322 018
2	Moyenne des taux de séjours sans nuitée des 25 % des établissements ayant les taux de séjours sans nuitée les plus élevés	455 102

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission. : à l'exception des racines et établissements dont le taux de séjours sans nuitée est déjà supérieur au taux de référence.*

[44] Les effets racines par racines ont été arrondis aux entiers immédiatement inférieurs.

3.4. Ces analyses ne peuvent donner lieu à un chiffrage national d'économies indépendamment de la situation de chaque établissement, prenant en compte un ensemble de facteurs

Le caractère illustratif des simulations proposées ci-avant au sujet du développement de l'hôpital de jour ne permet pas de proposer un chiffrage national d'économies. Celui-ci ne peut s'envisager qu'à l'issue d'analyses réalisées localement :

- tenant compte du potentiel lié à la bascule des séances et séjours forains au niveau de chaque établissement ;
- adoptant une vision d'ensemble, permettant de définir le redimensionnement capacitaire en fonction de l'évolution de la durée moyenne de séjour et des taux d'occupation à l'échelle de l'établissement, en plus du nombre de séjours identifiés (forains et à identifier comme relevant d'un potentiel de développement) comme pouvant basculer ;
- tenant compte des effets de seuils permettant la fermeture éventuelle d'unités médicales d'hospitalisation complète et l'ouverture ou l'extension d'unités médicales d'hospitalisation de jour, ainsi que du renforcement à attendre de l'encadrement pour les structures d'hospitalisation complète accueillant une patientèle relativement plus lourde ;
- réalisant ces analyses au niveau des territoires pour organiser l'offre de soins et ses spécialisations à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire, notamment sur la base d'équipes médicales au dimensionnement suffisant[45] ;
- adaptant les rythmes de transformation au degré de maturité des réflexions engagées pour chaque établissement, et à l'offre de soins pré-existante sur chaque territoire.

En outre, la capacité de ces évolutions à générer des économies dépendra directement de la mobilisation de l'ensemble des leviers et de la levée des obstacles identifiés dans la présente annexe et l'annexe II.

[45] Cf. annexe II.

Conclusion

L'impulsion nationale donnée au virage ambulatoire portant sur l'hospitalisation de médecine et la mobilisation des acteurs autour de ses principaux enjeux mérite d'être donnée sans délai. Elle implique l'affirmation d'un « nouveau modèle » d'hospitalisation qui ne fasse plus de l'hospitalisation complète la référence.

Par-delà les séances et séjours forains, clairement identifiables, un ensemble d'actions est nécessaire afin de lever les freins au transfert de courts séjours de l'hospitalisation complète vers l'hospitalisation partielle. Dans l'attente des référentiels qui permettront de clarifier la pertinence des prises en charge en hôpital de jour, y compris pour certaines ne venant pas de l'hospitalisation complète, il importe que l'ensemble des établissements de santé procède à un examen systématique des courts séjours en lien étroit avec leurs équipes médicales et soignantes, sous le pilotage des ARS.

Encadré 7 : Rappel des enjeux du virage ambulatoire de médecine

La capacité de transformation des établissements au niveau local, et les économies qui pourront être réalisées, dépendent de la mobilisation d'un ensemble de leviers au niveau national et local. Cette mobilisation :

- impose des réorganisations pour mettre en place des hôpitaux de jour mais qui auront aussi à évoluer :
  - dont les guides organisationnels sont à construire
  - dans des locaux à adapter voire à créer
  - avec des équipes médicales et paramédicales à convaincre, organiser et former
  - en lien avec des plateaux médico-techniques qui doivent souvent se réorganiser pour répondre au mieux à cette demande contraignante
- nécessite de lever les freins très importants liés aux contrôles sur les bases de l'instruction frontière :
  - en précisant les termes de l'instruction
  - en acceptant un transfert de l'hospitalisation complète vers l'hospitalisation partielle sans risque majeur de requalification en actes et consultations externes dans un premier temps, pour permettre la construction de référentiels, les évolutions de financement de l'hôpital de jour et des prises en charge entre actes et consultations externes et hôpital de jour
  - en attendant une définition, classification, financement des prise en charges coordonnées, longues, complexes et innovantes ne relevant ni de l'hôpital de jour ni des actes et consultations externes
- nécessite que les relais extrahospitaliers soient en mesure d'assurer le retour à domicile :
  - médecins et paramédicaux de ville
  - transports
  - soins, aide à domicile : HAD, SSIAD, services d'aide et d'accompagnement à domicile….
  - hôtels hospitaliers
- suppose d'intégrer les évolutions liées aux innovations organisationnelles, thérapeutiques et technologiques (télémédecine, télésanté par exemple).

Source : Mission.

Enfin, si l'objet de la mission portait spécifiquement sur le développement de l'hospitalisation de jour en médecine, d'autres évolutions peuvent et doivent concomitamment être engagées, en particulier un travail sur l'extension de la réalisation en ambulatoire des activités de médecine interventionnelle, ainsi qu'à terme, en fonction de la publication de référentiels et de l'avancée des innovations, sur les séjours dont les durées sont supérieures et qui pourraient être concernés.

Synthèse des propositions

Proposition n° 1 : Mettre en concordance les unités médicales et fonctionnelles afin de mieux analyser l'activité médicale et les informations financières qui s'y rapportent

Proposition n° 2 : Engager un examen systématique des séances et séjours forains, au niveau des ARS en lien avec les établissements concernés

Proposition n° 3 : Engager un examen systématique des courts séjours au niveau des établissements de santé, en lien étroit avec les équipes médicales et soignantes, sous l'égide des ARS

Proposition n° 4 : Intégrer un volet hospitalisation de jour de médecine dans la contractualisation entre l'Etat et les ARS

Proposition n° 5 : Identifier un volet « hospitalisation de jour de médecine – hors séances » dans les CPOM conclus entre les ARS et leurs établissements et fixer les objectifs à atteindre (notamment transfert des forains et des courts séjours) ainsi que les modalités pour y parvenir

Proposition n° 6 : Développer des démarches d'analyse comparative des établissements de santé et notamment :

- **les travaux comparatifs entre groupes d'établissements mis en réseau au sein de groupes de travail ;**
- **les sessions collectives de partage d'expériences et de valorisation des démarches innovantes.**

Proposition n° 7 : Mettre en place un comité stratégique national chargé de piloter et coordonner le virage ambulatoire de médecine à l'hôpital, en y associant les représentants des professions de santé et les associations de patients

Proposition n° 8 : Engager l'élaboration des référentiels cliniques de prise en charge par spécialité complétant les travaux engagés :

- **mener à leur terme les travaux engagés dans les domaines de l'addictologie et de la diabétologie, ainsi que, dans un autre cadre, de la cancérologie et en faire une diffusion active à l'ensemble des acteurs ;**
- **étendre l'élaboration de ces référentiels de prise en charge aux autres filières ou spécialités en y associant les sociétés savantes et la Haute Autorité de Santé, à partir d'un ciblage prioritaire à établir par la DGOS ;**
- **veiller à ne pas figer l'organisation des prises en charge en prévoyant l'actualisation et le réexamen réguliers des référentiels cliniques élaborés, afin de tirer parti des innovations dans des conditions de qualité et de sécurité garanties.**

Proposition n° 9 : Mobiliser les ressources de l'ATIH en appui à la définition des référentiels de prise en charge

Proposition n° 10 : Mettre en place des indicateurs de pilotage et de suivi de l'activité en hôpital de jour

Pièces jointes

Pièce-jointe n° 1 : Grilles d'analyse des dispersions des taux de séjours sans nuitée par racine pour chaque secteur d'activité et pour chaque catégorie d'établissement

Les grilles d'analyse qui suivent présentent pour l'ensemble des établissements, pour un secteur d'activité donné ou pour une catégorie d'établissement donné les caractéristiques de distribution des taux de séjours sans nuitée entre établissements, pour chaque racine.

La grille a été élaborée sur le périmètre des séjours sans sévérité (soit sévérités 1, A, J, T, Z) afin de neutraliser les différences de *casemix*.

Par convention, pour chaque racine, n'ont été retenus dans le périmètre d'analyse que les établissements présentant au moins 50 séjours par an.

Chaque grille présente, pour chaque racine :

- le nombre d'établissements comparés, soit le nombre d'établissements pour chaque catégorie et chaque racine comptant au moins 50 séjours par an pour lesquels un taux de séjour sans nuitée a été calculé.

  Pour faciliter la lecture, ce nombre d'établissements comparés donne lieu à un codage de la racine : « * » s'il est supérieur à 5, « ** » s'il est supérieur à 10 ; « *** » s'il est supérieur à 25 ;
- le minimum des taux de séjours sans nuitée ;
- le taux de séjours sans nuitée du premier quartile (Q1) ;
- le taux de séjours sans nuitée du troisième quartile (Q3) ;
- le maximum des taux de séjours sans nuitée ;
- le taux de séjours sans nuitée du premier au neuvième décile (P1 à P9), étant précisé que le cinquième décile correspond à la médiane.

Ces grilles peuvent être exploitées lors des analyses menées au niveau local, afin de situer chaque établissement, racine par racine, au regard de la distribution des taux de séjours sans nuitée de l'ensemble des établissements, par secteur, ou par catégorie.

Grille tous établissements

Tableau 16 : Analyse des dispersions pour tous les établissements

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
01M08***	52	13,2	38,5	76,6	100,0	29,1	33,9	41,0	47,1	59,4	65,0	71,3	78,1	89,6
01M11***	82	0,0	13,2	48,3	100,0	4,4	9,4	14,6	22,3	30,5	37,5	45,6	57,8	73,0
01M12***	30	6,5	31,1	59,1	100,0	18,7	28,8	34,1	42,8	45,2	50,6	56,0	59,9	67,8
01M17***	44	0,0	29,3	89,6	100,0	11,8	23,7	36,9	59,2	74,5	78,6	83,9	91,1	95,2
01M21***	136	0,1	65,6	95,5	100,0	35,1	55,7	73,2	85,4	89,3	92,0	95,1	97,2	98,7
01M22***	30	8,4	18,7	53,3	98,6	14,1	17,3	20,1	26,0	34,9	42,3	52,9	63,5	89,4
01M32***	121	0,0	80,5	99,0	100,0	67,6	78,3	82,3	86,9	91,9	95,0	98,3	99,5	100,0
01M34***	37	3,3	29,9	78,8	100,0	15,8	24,6	33,0	48,2	61,3	65,4	72,9	79,4	93,4
02M08***	31	1,4	33,6	66,9	98,0	20,4	30,4	35,4	42,6	46,6	55,6	64,8	68,5	76,5
02M09***	30	64,0	92,9	99,3	100,0	82,5	90,6	93,6	94,6	95,6	98,3	99,2	100,0	100,0
03M07***	63	0,0	1,9	9,6	53,3	0,9	1,4	2,8	4,5	5,0	7,5	8,7	10,6	13,9
03M09***	35	1,7	14,2	35,7	80,6	6,1	11,2	15,3	19,1	23,7	30,3	32,4	42,6	50,0
03M10***	73	56,7	89,4	99,1	100,0	72,9	84,9	91,3	94,5	96,1	97,5	98,6	99,7	100,0
03M11***	124	26,1	69,3	93,5	100,0	56,2	65,0	71,4	82,0	87,0	89,9	92,5	95,2	98,1
04M02***	25	2,4	11,9	90,7	100,0	5,5	8,4	17,2	32,3	45,0	65,2	81,4	97,8	98,8
04M08***	33	2,0	35,6	81,2	99,0	11,5	24,6	42,0	58,6	65,0	67,1	74,4	82,9	93,6
04M09***	90	0,0	9,6	50,3	95,1	3,2	8,0	11,9	21,3	29,9	37,9	47,2	54,6	66,0
04M11***	85	0,0	16,1	64,1	98,6	4,8	9,5	19,0	27,6	37,3	46,1	56,5	68,5	80,8
04M22***	134	0,0	36,9	96,3	100,0	6,0	18,6	44,6	68,1	79,3	90,4	95,2	97,7	98,7
04M23***	28	0,0	7,1	54,0	87,3	1,8	5,4	14,9	22,7	30,4	41,1	51,8	57,2	60,2
05M08***	183	0,0	4,0	20,6	99,4	1,5	3,3	4,8	7,4	9,5	12,2	17,7	24,2	41,1
05M09***	31	0,0	1,0	24,6	97,6	0,0	0,0	1,3	2,9	11,3	15,6	17,9	25,0	36,4
05M12***	115	0,0	7,5	48,1	100,0	0,4	3,7	12,4	16,8	24,1	32,8	43,8	53,8	63,0
05M13***	70	5,4	50,1	82,1	100,0	31,6	44,6	55,5	63,4	66,6	74,4	79,5	85,9	92,6
05M15***	30	3,8	30,9	79,6	100,0	9,1	26,8	34,7	44,7	56,5	62,1	74,1	82,1	88,9
05M17***	116	4,1	37,7	73,7	98,0	19,2	33,7	42,3	48,1	54,6	64,5	68,7	76,0	84,9

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
05M20***	84	0,0	78,2	98,7	100,0	46,1	72,1	82,9	91,2	95,8	97,5	98,0	99,1	99,9
06M02***	56	0,0	4,2	22,6	84,4	1,7	3,4	4,9	6,8	9,0	10,9	16,8	25,9	46,0
06M03***	400	0,0	0,0	5,3	61,7	0,0	0,0	0,0	0,9	1,6	2,4	4,1	5,9	13,6
06M05***	30	0,0	3,5	32,3	80,0	0,0	1,9	7,6	14,9	22,2	26,0	28,8	33,4	48,3
06M07***	25	2,9	15,3	69,1	97,5	10,8	12,7	22,6	30,6	41,5	49,5	66,2	76,1	88,0
06M09***	85	0,0	1,9	14,0	59,0	0,9	1,8	2,5	3,4	5,5	7,8	12,8	15,6	23,1
06M12***	94	0,0	7,9	41,1	86,9	3,2	6,5	10,3	13,9	19,2	28,0	35,4	51,5	74,5
06M16***	96	0,0	0,0	55,8	100,0	0,0	0,0	0,9	7,5	12,3	25,9	47,5	69,9	84,6
06M18***	84	0,0	5,6	24,3	92,3	1,2	3,8	7,8	9,2	11,9	16,1	20,0	30,7	63,5
06M20***	57	0,0	0,0	2,0	9,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	2,4	3,5
07M02***	79	0,0	2,0	16,6	45,7	0,0	1,1	3,0	3,6	5,3	10,6	14,2	17,3	27,8
07M06***	87	0,0	9,4	39,4	86,8	4,9	7,7	11,8	15,6	22,2	26,3	33,5	43,3	54,4
07M13***	40	23,4	72,3	98,4	100,0	58,8	69,3	78,3	82,9	89,8	94,0	97,5	99,0	99,4
07M14***	254	10,3	84,6	96,2	100,0	74,6	81,9	85,8	88,8	91,2	93,4	95,5	97,1	98,2
08M10***	59	3,6	23,7	65,6	100,0	11,2	21,5	27,3	33,4	41,6	49,1	59,7	70,6	84,7
08M14***	81	1,8	30,2	65,3	86,5	15,3	27,2	32,6	42,1	46,9	51,2	63,3	69,0	79,8
08M15***	26	13,2	46,5	98,0	100,0	23,6	39,5	48,2	63,0	73,6	86,4	97,5	98,2	100,0
08M19***	35	7,8	26,0	56,5	98,7	18,8	25,2	29,3	41,4	45,0	48,3	53,2	60,5	92,7
08M25***	30	0,0	9,2	37,3	100,0	4,8	7,2	9,6	10,9	18,8	27,4	34,9	41,5	63,4
08M27***	57	0,0	1,8	30,4	100,0	0,0	0,9	2,8	4,1	6,3	11,2	24,2	48,4	83,8
08M28***	35	0,0	3,0	55,4	100,0	0,7	2,0	3,5	5,4	6,3	21,0	29,7	74,3	94,2
08M29***	95	0,0	13,0	66,4	99,1	2,3	9,6	14,8	21,4	30,6	47,9	62,1	71,7	87,0
08M35***	70	11,8	79,8	95,5	100,0	70,4	77,4	83,6	88,3	89,8	93,3	95,2	97,1	98,7
08M36***	44	0,0	31,5	60,7	100,0	16,2	27,2	33,8	37,3	44,1	50,6	58,9	65,1	80,7
09M07***	55	15,6	49,8	77,0	100,0	37,0	47,7	50,6	53,6	63,5	67,7	72,5	79,3	89,6
09M08***	32	0,0	32,6	74,0	90,4	17,8	26,4	34,2	39,9	51,7	60,9	70,2	80,5	82,9
09M11***	28	42,5	73,8	93,7	98,4	64,5	71,0	76,6	83,0	85,5	90,4	91,1	95,8	98,0
09M12***	40	67,3	94,8	99,0	100,0	91,5	94,3	95,1	96,4	97,6	98,4	98,9	99,2	100,0
10M02***	149	0,0	1,4	29,1	100,0	0,0	0,9	1,8	3,8	7,2	13,2	21,9	35,8	58,1
10M03***	30	0,0	7,0	44,4	75,0	2,4	3,3	10,5	16,5	20,9	35,7	42,1	50,6	57,8
10M07***	63	7,4	57,0	88,1	100,0	32,3	53,1	62,1	67,4	75,0	81,4	87,1	89,6	93,3
10M09***	73	0,0	35,7	97,3	100,0	8,2	25,0	44,3	68,9	77,4	85,0	95,4	97,9	98,8
10M13***	174	0,0	83,9	99,2	100,0	43,3	79,3	85,3	89,5	94,4	97,2	98,9	99,5	100,0

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
10M14***	32	21,9	80,8	96,3	99,8	69,0	77,8	82,8	88,0	92,5	94,3	95,5	98,1	98,8
11M02***	61	0,0	6,9	50,6	95,2	5,6	6,4	9,3	13,2	14,6	20,8	37,5	55,1	71,0
11M04***	26	1,3	18,8	51,0	91,4	3,3	11,1	20,4	30,9	35,1	42,8	47,0	54,0	67,0
11M06***	42	9,6	40,5	75,1	100,0	26,2	36,2	44,1	53,5	59,2	67,3	72,4	76,8	88,1
11M12***	43	0,0	7,6	35,5	97,9	3,1	5,5	7,8	9,4	17,6	20,4	29,8	49,0	72,1
11M16***	34	4,6	13,6	36,1	67,5	8,3	10,2	15,8	20,7	25,4	30,3	35,5	37,8	43,6
11M17***	40	59,4	91,8	99,5	100,0	79,0	89,0	93,4	95,6	97,6	98,6	99,0	99,8	100,0
11M18***	80	41,9	94,1	99,2	100,0	86,3	92,4	95,5	96,7	97,8	98,4	98,9	99,6	100,0
11M19***	120	0,0	25,1	82,2	100,0	7,7	17,9	30,6	45,0	61,2	73,2	79,9	86,3	90,7
13M04***	37	11,5	25,9	70,0	100,0	18,7	22,8	27,7	33,2	35,9	44,2	62,7	79,3	89,6
16M09***	31	13,2	63,0	83,8	95,6	38,0	55,7	67,7	70,8	73,1	74,8	83,3	86,1	91,7
16M11***	303	2,1	34,7	64,6	100,0	23,2	31,0	36,4	44,8	50,8	54,8	61,3	68,4	77,8
16M14***	37	26,9	91,6	99,2	100,0	84,3	88,8	92,5	96,2	96,9	98,4	98,8	99,8	100,0
16M15***	36	40,0	89,6	98,5	99,9	56,9	82,3	93,3	95,7	96,4	96,6	98,0	98,8	99,5
17M05***	26	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	1,3
17M06***	298	0,0	0,0	0,0	31,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
17M12***	58	7,3	53,8	77,7	99,1	38,6	49,0	56,8	59,2	65,8	71,4	73,5	78,9	87,4
17M14***	70	48,3	87,2	97,1	100,0	76,8	86,4	88,8	91,2	94,9	96,0	96,8	98,0	99,2
18M12***	57	93,1	98,9	100,0	100,0	96,1	98,2	99,2	99,7	99,8	100,0	100,0	100,0	100,0
19M02***	27	0,0	35,1	98,1	100,0	14,5	28,8	37,1	46,2	80,8	91,3	96,1	98,9	100,0
19M06***	119	42,4	95,3	100,0	100,0	89,3	94,6	96,5	97,3	98,2	99,0	99,6	100,0	100,0
19M07***	99	28,4	88,8	98,4	100,0	68,1	83,7	90,1	92,8	95,2	96,8	98,2	99,1	100,0
19M17***	32	69,1	96,8	100,0	100,0	81,5	95,6	97,4	98,1	98,5	99,5	100,0	100,0	100,0
19M21***	71	72,0	98,7	100,0	100,0	92,9	98,0	99,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
20Z02***	26	0,0	4,1	94,3	100,0	0,0	1,9	6,5	23,1	82,0	88,5	92,2	94,8	97,9
20Z04***	105	0,0	0,0	82,5	100,0	0,0	0,0	0,1	1,1	1,9	3,3	71,1	88,8	95,0
23M06***	268	0,0	6,7	86,4	100,0	1,4	4,1	14,5	31,4	44,5	60,2	79,0	91,9	97,3
23M08***	44	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
23M09***	99	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	4,8
23M14***	148	59,1	97,2	100,0	100,0	92,1	96,7	97,9	98,7	99,3	99,7	100,0	100,0	100,0
23M15***	54	6,2	28,1	79,1	99,1	17,2	25,5	40,2	48,4	57,0	65,8	74,0	83,3	87,8
23M19***	44	32,7	78,9	93,0	100,0	58,4	75,8	80,3	85,7	87,9	89,5	92,1	94,1	97,5
23M20***	492	0,0	11,5	61,2	100,0	3,0	8,5	16,0	25,4	34,1	44,7	56,3	66,6	80,3

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
23M21***	105	63,4	96,2	100,0	100,0	90,2	94,5	98,0	98,5	99,1	99,8	100,0	100,0	100,0
23Z02***	73	0,0	0,0	45,7	98,2	0,0	0,0	0,0	1,1	3,6	6,4	17,5	61,1	79,8

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Grilles par secteur d'activité

Tableau 17 : Analyse des dispersions pour le secteur ex-DG

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
01M08***	50	13,2	37,2	72,5	100,0	28,9	33,7	40,4	46,1	57,1	63,7	67,7	76,9	87,2
01M11***	70	0,0	13,2	43,8	89,2	5,0	11,2	14,4	21,0	27,1	35,9	39,5	46,8	58,8
01M12***	30	6,5	31,1	59,1	100,0	18,7	28,8	34,1	42,8	45,2	50,8	56,0	59,9	67,8
01M17***	41	1,7	35,6	89,4	100,0	14,9	28,5	43,5	64,3	74,6	79,5	83,4	90,7	95,4
01M21***	118	1,0	71,5	95,6	100,0	47,1	62,8	76,4	85,7	89,5	92,0	95,2	97,4	98,8
01M22***	27	8,4	18,0	51,0	98,6	13,6	17,3	18,9	24,2	28,6	39,9	44,1	52,9	66,4
01M32***	115	0,0	80,5	99,0	100,0	67,7	78,4	82,4	87,4	91,9	95,0	98,3	99,6	100,0
01M34***	37	3,3	29,9	78,8	100,0	15,8	24,6	33,0	48,2	61,3	66,3	72,9	79,4	93,4
02M08***	26	12,1	34,7	63,8	79,4	24,6	32,9	35,6	42,6	45,7	55,6	58,3	65,8	71,0
02M09***	30	64,0	92,9	99,3	100,0	82,5	90,6	93,6	94,6	95,6	98,7	99,2	100,0	100,0
03M07***	59	0,0	1,9	10,0	53,3	0,9	1,4	3,0	4,5	5,6	8,0	9,0	11,1	14,2
03M09***	31	1,7	14,4	35,7	74,6	5,6	9,1	17,1	19,7	25,9	30,7	32,7	41,7	50,0
03M10***	48	57,7	84,5	96,6	100,0	69,8	83,5	86,7	90,1	93,8	94,9	96,1	97,7	100,0
03M11***	69	26,1	60,0	86,3	100,0	51,8	58,1	62,7	68,5	70,3	78,6	85,5	89,5	93,5
04M02**	24	2,4	11,2	92,5	100,0	5,5	7,8	16,6	26,3	42,2	65,2	78,8	97,9	98,8
04M08***	30	3,4	42,9	81,4	99,0	21,5	39,8	53,0	60,6	66,2	70,2	79,8	83,8	94,1
04M09***	73	0,0	14,8	50,8	88,6	6,1	11,2	19,6	25,2	35,4	41,9	48,8	56,1	68,6
04M11***	71	0,0	16,5	57,1	96,2	5,2	11,5	19,3	27,3	37,1	44,4	53,9	64,1	75,0
04M22***	125	0,0	39,4	97,1	100,0	12,5	33,9	51,0	74,4	83,9	93,1	95,5	98,1	98,8
04M23***	26	0,0	15,0	55,9	87,3	2,1	7,3	17,1	23,7	32,7	50,3	52,5	57,5	60,9
05M08***	120	0,0	4,7	21,2	99,4	2,1	3,5	7,0	8,6	10,5	15,4	20,1	27,0	42,1
05M09**	23	0,0	3,1	28,7	97,6	0,0	2,4	7,8	11,7	15,6	17,8	24,5	34,6	38,8

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
05M12***	72	3,9	18,5	52,1	100,0	12,3	14,8	21,4	28,1	33,1	43,5	48,3	55,3	62,7
05M13***	30	10,8	39,3	71,5	100,0	31,6	35,5	47,2	50,3	59,1	64,1	66,5	74,3	79,6
05M15**	22	4,9	28,5	73,4	100,0	10,2	23,8	32,1	40,3	48,2	60,3	64,7	79,8	86,4
05M17***	105	4,1	37,7	73,1	98,0	20,6	32,9	42,1	48,1	55,2	64,4	68,6	75,4	84,6
05M20***	73	30,7	85,1	98,7	100,0	70,4	80,4	89,5	93,5	96,3	97,6	98,0	99,3	100,0
06M02***	55	0,0	4,5	23,0	84,4	1,7	3,4	5,1	7,4	9,3	11,6	17,7	26,2	46,8
06M03***	165	0,0	2,4	9,9	61,7	0,6	1,8	2,7	3,6	5,2	5,9	8,7	13,6	20,1
06M05***	25	0,0	11,5	33,3	80,0	4,2	10,1	18,1	22,3	25,8	29,1	32,4	34,6	49,8
06M07**	22	2,9	13,7	55,7	81,1	10,7	11,4	17,4	26,6	33,5	45,4	50,7	66,2	74,4
06M09***	64	0,0	2,6	15,6	59,0	1,5	2,1	4,6	6,8	8,2	12,5	14,3	16,2	24,8
06M12***	38	1,8	12,1	40,5	83,3	6,5	10,7	14,1	19,0	27,0	32,4	37,1	47,3	64,1
06M16***	67	0,0	11,3	73,2	100,0	5,6	8,5	13,5	24,6	32,8	51,8	65,2	82,2	92,7
06M18***	64	0,0	8,6	24,3	92,3	4,4	7,8	9,0	10,8	13,3	17,0	20,1	28,9	67,4
06M20***	34	0,0	0,0	3,1	9,3	0,0	0,0	0,0	0,2	1,4	2,1	2,7	3,3	4,1
07M02***	47	0,0	3,7	17,8	45,7	2,0	3,2	4,0	8,6	11,1	14,5	17,3	21,4	28,6
07M06***	69	1,3	9,9	35,6	86,8	5,7	8,4	12,0	16,2	20,7	26,3	30,4	43,4	56,3
07M13***	39	31,3	74,2	98,5	100,0	63,5	70,2	79,6	83,4	90,1	94,3	97,7	99,0	99,4
07M14***	233	31,7	84,6	96,3	100,0	75,4	82,2	85,9	88,9	91,5	93,5	95,5	97,1	98,4
08M10***	55	3,6	22,5	60,5	93,3	10,5	20,4	25,5	32,1	41,3	49,1	57,5	66,5	78,9
08M14***	78	1,8	31,5	65,3	86,5	15,8	28,7	35,6	42,6	47,5	53,5	63,4	69,5	79,8
08M15**	20	13,2	39,0	84,9	100,0	22,1	34,9	44,0	48,2	56,7	73,3	77,8	87,2	97,6
08M19***	34	12,5	26,7	57,3	98,7	20,0	25,5	35,3	41,7	45,1	49,8	53,6	61,3	92,9
08M25***	27	4,1	9,5	36,9	89,2	6,1	9,1	9,9	13,0	20,3	31,7	34,8	40,2	59,0
08M27***	39	0,0	1,9	21,5	88,4	0,0	1,5	2,8	5,2	6,3	10,8	16,9	27,4	53,5
08M28***	26	0,0	3,4	46,5	100,0	1,3	2,6	4,4	6,0	7,2	23,7	28,4	59,0	80,6
08M29***	64	1,8	14,1	59,7	95,8	5,6	11,9	14,8	19,7	29,7	39,5	52,3	65,7	77,0
08M35***	70	11,8	79,8	95,5	100,0	70,4	77,4	83,6	88,3	89,8	93,5	95,2	97,1	98,7
08M36***	41	0,0	32,4	59,7	90,5	22,2	31,3	34,8	37,7	45,1	50,4	58,8	64,4	78,3
09M07***	53	15,6	49,5	73,4	94,7	36,9	47,6	50,3	52,9	62,2	67,5	71,9	77,8	83,7
09M08***	31	0,0	31,9	76,0	90,4	17,5	25,4	33,9	39,5	50,5	61,3	70,1	80,6	83,0
09M11***	28	42,5	73,8	93,7	98,4	64,5	71,0	76,6	83,0	85,5	90,6	91,1	95,8	98,0
09M12***	40	67,3	94,8	99,0	100,0	91,5	94,3	95,1	96,4	97,6	98,5	98,9	99,2	100,0
10M02***	132	0,0	1,5	29,1	99,2	0,0	1,2	2,6	4,1	7,5	14,3	22,3	35,0	51,1

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
10M03***	30	0,0	7,0	44,4	75,0	2,4	3,3	10,5	16,5	20,9	37,7	42,1	50,6	57,8
10M07***	63	7,4	57,0	88,1	100,0	32,3	53,1	62,1	67,4	75,0	81,9	87,1	89,6	93,3
10M09***	60	1,8	50,1	97,1	100,0	22,2	41,5	61,6	74,5	79,6	87,1	95,4	97,5	98,5
10M13***	165	0,3	84,3	99,2	100,0	48,0	80,0	86,1	89,8	94,4	97,2	98,8	99,5	100,0
10M14***	32	21,9	80,8	96,3	99,8	69,0	77,8	82,8	88,0	92,5	94,8	95,5	98,1	98,8
11M02**	21	5,6	17,5	54,6	81,2	13,2	14,3	17,8	20,8	36,9	43,0	50,6	55,1	68,9
11M04**	15	4,2	19,1	44,0	71,2	8,1	17,0	19,9	24,4	31,9	35,4	41,3	46,5	53,1
11M06***	37	9,6	39,7	73,7	93,4	24,2	33,9	40,8	51,8	56,6	65,3	69,3	76,6	86,5
11M12**	16	4,5	17,2	73,6	97,9	8,5	16,0	19,1	27,0	47,6	70,1	72,1	78,0	84,0
11M16***	34	4,6	13,6	36,1	67,5	8,3	10,2	15,8	20,7	25,4	31,6	35,5	37,8	43,6
11M17***	40	59,4	91,8	99,5	100,0	79,0	89,0	93,4	95,6	97,6	98,6	99,0	99,8	100,0
11M18***	78	41,9	94,3	99,3	100,0	86,2	92,7	95,6	96,7	98,0	98,5	98,9	99,6	100,0
11M19***	76	1,6	41,6	83,6	100,0	23,5	36,7	44,8	56,4	69,6	78,0	81,6	87,5	91,6
13M04***	30	11,5	26,1	49,9	93,9	20,1	23,5	27,5	33,0	34,9	42,9	45,0	63,2	82,7
16M09***	30	13,2	61,6	84,0	95,6	37,6	54,8	67,2	70,6	72,4	74,8	81,6	86,2	91,9
16M11***	192	2,1	31,7	58,3	100,0	22,6	29,7	35,1	41,1	46,5	52,0	55,2	63,1	72,2
16M14***	37	26,9	91,6	99,2	100,0	84,3	88,8	92,5	96,2	96,9	98,6	98,8	99,8	100,0
16M15***	35	40,0	89,3	98,5	99,9	56,8	81,2	93,1	95,1	96,5	96,8	98,0	98,9	99,6
17M05***	25	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	1,3
17M06***	236	0,0	0,0	0,0	23,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
17M12***	55	7,3	54,2	75,5	91,9	35,9	49,9	56,9	59,2	65,5	71,4	73,0	78,8	85,8
17M14***	66	48,3	87,2	97,0	100,0	78,0	86,5	88,7	91,5	94,9	96,1	96,7	97,9	98,9
18M12***	57	93,1	98,9	100,0	100,0	96,1	98,2	99,2	99,7	99,8	100,0	100,0	100,0	100,0
19M02***	26	11,8	36,0	98,3	100,0	16,2	34,6	39,8	51,6	81,7	93,3	96,7	99,0	100,0
19M06***	118	42,4	95,2	100,0	100,0	89,2	94,6	96,5	97,2	98,2	99,1	99,6	100,0	100,0
19M07***	97	28,4	88,7	98,4	100,0	67,3	83,4	89,5	92,6	95,2	96,7	98,2	99,0	100,0
19M17***	32	69,1	96,8	100,0	100,0	81,5	95,6	97,4	98,1	98,5	100,0	100,0	100,0	100,0
19M21***	69	72,0	98,6	100,0	100,0	92,3	97,9	99,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
20Z02**	24	0,0	3,1	93,9	100,0	0,0	1,1	5,6	19,0	64,9	89,0	91,0	94,6	97,9
20Z04***	94	0,0	0,0	81,8	100,0	0,0	0,0	0,6	1,2	1,9	5,9	61,2	88,0	95,0
23M06***	225	0,0	12,5	83,6	100,0	2,2	5,9	17,3	35,6	46,7	61,4	76,8	88,3	96,9
23M08***	40	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
23M09***	86	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
23M14***	121	62,3	96,9	100,0	100,0	92,0	96,1	97,5	98,4	98,9	99,5	99,8	100,0	100,0
23M15***	44	6,2	27,9	72,9	94,4	17,2	25,5	29,4	44,8	53,5	64,7	68,8	77,4	86,6
23M19***	42	32,7	78,8	93,1	100,0	55,4	74,5	80,1	85,0	87,9	90,0	92,1	94,1	97,7
23M20***	338	0,0	25,2	65,8	100,0	9,9	20,5	29,3	37,6	44,8	55,8	61,6	69,3	84,2
23M21***	98	63,4	96,1	100,0	100,0	89,8	94,1	98,0	98,5	98,8	99,6	100,0	100,0	100,0
23Z02***	50	0,0	1,5	63,1	98,2	0,0	0,8	3,3	4,6	6,9	14,3	57,7	66,0	89,0

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Tableau 18 : Analyse des dispersions pour le secteur ex-OQN

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
01M08	2	86,8	90,1	96,7	100,0	88,1	89,4	90,8	92,1	93,4	94,7	96,0	97,4	98,7
01M11**	12	0,0	43,8	98,0	100,0	0,0	11,7	58,8	65,1	75,0	87,9	97,1	98,4	98,8
01M17	3	0,0	1,6	48,9	94,7	0,6	1,3	1,9	2,5	3,1	21,4	39,8	58,1	76,4
01M21**	18	0,1	9,8	92,8	97,8	2,4	8,3	13,6	38,7	74,0	87,1	91,8	94,4	96,2
01M22	3	84,0	88,4	94,6	96,4	85,8	87,5	89,3	91,1	92,9	93,6	94,3	95,0	95,7
01M32*	5	0,0	71,8	98,8	100,0	28,7	57,4	76,3	85,4	94,5	96,2	98,0	99,1	99,5
02M08*	5	1,4	20,4	89,7	98,0	9,0	16,6	31,6	54,1	76,5	81,8	87,1	91,4	94,7
03M07	4	0,0	1,6	3,8	4,9	0,6	1,3	1,9	2,4	2,8	3,2	3,6	4,0	4,5
03M09	4	11,8	13,7	34,0	80,6	12,5	13,3	14,0	15,1	16,4	17,7	24,7	43,3	62,0
03M10***	25	56,7	98,1	100,0	100,0	96,1	97,3	98,1	98,4	98,8	99,3	100,0	100,0	100,0
03M11***	54	31,1	88,6	96,0	100,0	86,4	87,9	89,4	91,6	93,0	94,0	95,3	96,3	98,4
04M02	1	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4
04M08	2	2,0	2,5	3,5	4,0	2,2	2,4	2,6	2,8	3,0	3,2	3,4	3,6	3,8
04M09**	16	0,0	1,8	33,8	95,1	1,3	1,8	2,7	3,6	5,8	8,5	22,8	34,0	61,5
04M11**	12	1,4	16,1	82,3	98,6	2,5	9,7	21,6	38,7	65,9	79,3	81,5	83,7	84,5
04M22*	6	0,0	0,0	4,4	32,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	5,9	19,2
04M23	1	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7
05M08***	59	0,0	2,7	17,5	84,5	0,0	1,6	3,8	4,7	6,4	9,8	15,0	20,8	32,6
05M09*	8	0,0	0,0	1,7	25,0	0,0	0,0	0,1	0,6	1,0	1,2	1,3	2,2	9,4
05M12***	42	0,0	0,0	19,8	99,1	0,0	0,0	1,0	1,7	3,0	5,8	17,0	36,8	68,2
05M13***	40	5,4	59,9	87,2	97,7	39,7	58,1	65,2	71,5	76,6	81,4	83,9	89,8	94,9
05M15*	8	3,8	52,5	87,7	95,1	23,5	42,9	59,6	61,3	67,5	76,1	85,9	88,2	90,8
05M17**	10	7,1	47,9	81,5	92,7	12,0	39,8	50,2	52,8	59,8	71,5	80,5	83,9	91,1
05M20**	11	0,0	1,4	63,5	100,0	0,0	0,0	2,8	5,3	7,1	22,7	48,6	78,4	99,0
06M02	1	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
06M03***	230	0,0	0,0	1,5	52,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,2	1,8	4,4
06M05*	5	0,0	0,0	1,8	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,4	1,9	2,0
06M07	3	92,6	95,1	97,5	97,5	93,6	94,6	95,6	96,5	97,5	97,5	97,5	97,5	97,5
06M09**	17	0,0	0,0	3,4	36,6	0,0	0,0	1,0	1,6	2,9	3,0	3,3	3,6	5,6
06M12***	56	0,0	6,2	40,9	86,9	2,7	4,5	7,1	11,3	17,2	20,7	30,2	57,5	77,3
06M16***	29	0,0	0,0	0,7	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	1,0

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
06M18**	20	0,0	0,0	25,6	71,4	0,0	0,0	0,0	1,3	1,8	5,5	18,7	43,4	58,2
06M20**	22	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
07M02***	32	0,0	0,4	5,8	32,3	0,0	0,0	0,6	1,0	2,6	3,4	4,7	9,2	15,8
07M06**	18	0,0	6,0	41,9	66,1	0,8	4,4	9,4	13,3	23,8	33,5	37,9	43,3	49,6
07M13	1	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4
07M14**	18	10,3	70,3	94,7	97,4	15,9	62,7	76,0	85,0	88,7	92,8	94,4	95,2	97,3
08M10	3	99,6	99,8	100,0	100,0	99,7	99,8	99,8	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
08M14	2	3,9	6,8	12,4	15,3	5,1	6,2	7,3	8,5	9,6	10,7	11,9	13,0	14,1
08M15*	6	97,4	98,5	100,0	100,0	97,8	98,2	98,8	99,3	99,7	100,0	100,0	100,0	100,0
08M25	3	0,0	0,5	50,5	100,0	0,2	0,4	0,7	0,9	1,1	20,9	40,7	60,4	80,2
08M27**	17	0,0	0,3	86,8	100,0	0,0	0,1	2,4	3,0	11,3	47,4	80,7	93,9	96,4
08M28*	9	0,6	1,9	92,7	100,0	0,7	1,4	2,5	3,9	5,4	18,6	64,4	95,2	99,1
08M29***	31	0,0	1,0	82,9	99,1	0,0	0,8	14,8	30,0	57,0	62,9	80,3	88,1	95,8
08M36	3	0,0	1,9	51,9	100,0	0,8	1,5	2,3	3,0	3,8	23,0	42,3	61,5	80,8
09M07	2	91,4	93,5	97,8	100,0	92,2	93,1	94,0	94,8	95,7	96,6	97,4	98,3	99,1
10M02**	16	0,0	0,0	30,6	100,0	0,0	0,0	0,0	1,1	1,5	9,5	21,5	57,1	74,0
10M09**	12	0,0	7,3	98,4	100,0	0,3	4,5	9,3	12,3	15,1	33,7	82,5	98,7	99,9
10M13*	6	0,0	3,5	99,6	100,0	0,5	1,0	6,1	11,1	55,1	99,0	99,4	99,8	99,9
11M02***	39	0,0	6,3	34,8	95,2	4,5	5,8	6,7	9,3	12,8	14,5	20,6	54,3	71,3
11M04**	11	1,3	16,6	65,3	91,4	2,0	2,4	30,9	35,5	44,6	48,8	64,0	66,7	67,3
11M06*	5	60,7	69,2	76,8	100,0	64,1	67,5	69,9	71,2	72,5	74,2	75,9	81,4	90,7
11M12***	27	0,0	5,1	20,0	54,4	1,8	4,1	5,6	7,8	9,4	11,1	19,6	24,7	35,0
11M18	1	96,8	96,8	96,8	96,8	96,8	96,8	96,8	96,8	96,8	96,8	96,8	96,8	96,8
11M19***	43	0,0	8,1	75,9	100,0	3,6	6,6	8,5	16,2	27,5	54,1	71,7	78,9	86,5
13M04*	7	12,0	40,4	95,6	100,0	12,9	24,2	56,5	72,3	79,8	86,9	93,3	98,0	99,8
16M09	1	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3
16M11***	107	3,7	38,5	73,1	100,0	24,3	35,7	44,8	53,1	58,8	62,6	70,0	75,4	86,0
17M06***	54	0,0	0,0	0,5	31,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	3,9
17M12	2	95,1	96,1	98,1	99,1	95,5	95,9	96,3	96,7	97,1	97,5	97,9	98,3	98,7
17M14	2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
19M02	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
19M06	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
19M07	2	92,9	94,6	98,2	100,0	93,6	94,3	95,0	95,7	96,4	97,1	97,9	98,6	99,3

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
19M21	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
20Z02	2	88,5	90,2	93,8	95,5	89,2	89,9	90,6	91,3	92,0	92,7	93,4	94,1	94,8
20Z04*	7	0,0	0,0	95,1	98,7	0,0	0,0	0,0	29,6	74,0	85,6	94,0	96,1	97,6
23M06***	35	0,0	0,0	95,8	100,0	0,0	0,0	0,0	4,6	14,4	49,2	89,9	97,1	98,4
23M08	4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
23M09**	11	0,0	0,0	97,9	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	78,4	97,3	98,5	99,3
23M14***	25	59,1	99,6	100,0	100,0	99,1	99,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
23M15**	10	9,5	54,4	86,2	99,1	20,6	47,1	56,0	69,2	78,5	80,8	83,9	88,8	94,5
23M19	1	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3
23M20***	145	0,0	2,2	24,5	100,0	0,5	1,5	3,7	6,2	9,0	13,3	21,0	30,2	60,4
23M21*	7	96,1	99,5	100,0	100,0	97,9	99,3	99,6	99,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
23Z02**	23	0,0	0,0	0,0	62,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	33,7

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Grilles par catégorie d'établissement

Tableau 19 : Analyse des dispersions pour les CHR

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
01M08***	37	13,2	33,8	66,7	100,0	25,9	32,0	36,2	41,1	46,6	57,5	65,0	75,3	78,2
01M11***	39	2,8	20,0	43,2	69,4	8,2	15,9	20,6	23,2	34,6	37,4	40,5	46,4	53,7
01M12***	29	6,5	30,4	57,7	100,0	18,6	28,7	33,8	42,5	44,3	50,0	53,8	59,7	61,1
01M17***	26	1,7	25,9	81,8	98,7	14,8	21,8	29,0	37,0	53,4	72,2	78,0	82,9	91,5
01M21***	35	9,9	76,2	94,8	100,0	53,0	69,4	79,3	86,8	89,4	91,4	93,3	95,3	97,7
01M22**	18	8,4	18,7	52,0	98,6	16,0	17,9	19,5	26,3	33,9	39,9	48,4	52,9	64,1
01M32***	57	57,2	79,5	96,6	100,0	67,9	78,3	80,5	82,5	85,8	90,1	94,0	98,0	99,9
01M34**	23	5,6	27,6	70,5	94,4	15,7	24,7	31,8	45,1	58,0	63,8	67,2	71,6	79,1
02M08**	24	12,1	35,1	61,7	79,4	24,3	33,8	35,7	43,0	45,7	51,0	56,4	65,2	68,4
02M09**	21	64,0	91,7	98,7	100,0	78,3	86,0	92,9	94,2	94,7	95,5	98,0	98,9	99,3
03M07***	37	0,0	3,1	9,3	53,3	1,0	2,3	4,4	4,6	5,3	7,7	8,6	11,5	17,5
03M09***	27	1,9	15,6	35,7	65,4	6,3	10,1	19,0	22,0	28,9	30,7	33,0	40,8	48,2

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
03M10***	27	57,7	75,4	93,6	98,4	63,4	71,6	80,8	83,7	85,1	88,3	92,6	94,2	95,6
03M11***	30	27,8	52,7	69,5	90,4	48,0	51,8	55,2	58,1	61,3	65,1	69,2	70,2	74,5
04M02*	9	5,2	11,9	66,7	98,9	5,5	9,4	16,5	26,3	38,4	59,1	65,7	71,0	81,7
04M08**	22	3,4	41,3	77,2	98,3	23,0	36,6	47,6	60,4	65,4	66,9	70,7	81,0	91,2
04M09***	36	3,5	19,1	47,1	70,6	9,8	14,8	20,5	25,2	34,6	39,7	42,9	48,4	57,8
04M11***	37	5,3	33,3	57,5	96,2	18,7	28,3	35,4	37,7	41,8	45,4	53,9	63,8	72,9
04M22***	48	12,0	85,1	97,7	100,0	60,4	77,6	87,5	89,8	93,5	95,1	96,9	98,2	98,7
04M23**	18	1,0	20,0	55,9	87,3	12,3	16,8	23,6	27,5	32,7	50,8	52,9	57,2	60,2
05M08***	40	2,2	9,8	29,2	68,8	7,4	8,8	10,8	13,2	16,8	20,4	22,6	34,9	45,3
05M09**	14	2,0	12,4	30,6	91,8	5,5	11,1	15,2	17,0	17,5	22,9	25,7	34,0	38,5
05M12***	43	3,9	20,3	51,9	100,0	13,2	18,4	24,1	29,9	34,7	44,3	48,8	55,1	60,9
05M13**	11	12,8	49,6	74,3	93,2	37,7	48,7	50,6	56,1	63,4	67,0	74,3	74,3	86,0
05M15**	19	4,9	25,3	78,4	100,0	8,8	20,8	28,9	47,5	53,6	61,9	71,8	80,8	87,4
05M17***	50	16,2	45,8	72,9	98,0	35,7	39,5	47,2	51,1	63,8	66,0	68,7	74,5	82,6
05M20***	43	30,7	82,5	97,6	100,0	67,6	77,8	85,0	91,0	95,4	96,2	97,5	97,8	99,0
06M02**	14	6,8	11,2	40,8	84,4	9,3	9,7	14,7	22,6	30,6	34,7	37,7	55,0	76,5
06M03***	48	1,9	5,6	17,2	61,7	3,8	4,9	5,8	7,2	9,4	12,1	15,3	18,8	24,7
06M05**	19	1,9	19,3	31,8	62,0	10,1	14,9	21,5	22,8	25,8	26,7	29,7	33,0	34,6
06M07**	19	2,9	12,1	44,7	80,3	9,9	10,9	14,0	22,6	30,0	35,0	41,5	49,5	59,3
06M09***	40	0,8	7,3	15,9	59,0	4,6	6,5	7,8	10,4	13,1	14,1	15,6	16,3	25,2
06M12**	14	9,2	17,6	36,8	53,8	12,7	15,8	18,7	21,0	29,6	30,6	35,4	38,9	46,1
06M16***	38	7,5	28,0	83,0	100,0	13,4	23,6	31,8	44,3	53,5	70,4	81,4	84,6	96,7
06M18***	30	6,0	11,4	27,9	81,7	8,9	10,5	11,5	14,1	16,7	19,5	22,7	37,0	66,0
06M20**	21	0,0	1,1	3,4	9,3	0,0	1,1	1,3	1,9	2,4	2,7	3,1	3,8	4,9
07M02***	31	1,3	8,0	21,1	45,7	3,4	6,3	10,1	11,9	14,5	17,3	18,2	27,1	29,2
07M06***	42	4,9	10,3	29,4	74,9	6,6	8,8	12,3	15,0	20,1	23,6	26,2	32,8	43,8
07M13***	33	31,3	70,2	98,7	100,0	61,4	67,5	74,4	80,2	84,5	91,5	94,2	99,0	99,3
07M14***	44	68,4	81,5	90,9	98,0	75,9	79,9	82,1	86,0	87,7	89,8	90,2	93,4	95,4
08M10***	36	4,5	21,8	55,9	90,8	13,6	20,4	23,7	29,2	35,9	43,9	51,4	57,8	71,4
08M14***	48	1,8	32,4	63,9	86,5	17,0	30,5	35,6	40,0	43,7	48,3	52,3	68,7	79,4
08M15**	17	13,2	39,5	75,0	97,6	20,3	27,5	44,7	48,1	50,5	66,9	72,8	82,5	87,9
08M19***	31	12,5	26,0	52,9	98,7	19,0	25,4	27,5	41,3	42,7	47,1	51,2	58,1	64,5
08M25**	21	6,8	10,0	37,7	80,8	9,1	9,7	10,5	17,4	22,0	30,2	36,1	40,8	57,4

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
08M27**	19	0,0	2,2	11,5	81,8	0,6	1,8	3,5	5,4	6,3	8,2	9,6	14,7	26,9
08M28**	15	0,0	1,9	10,5	78,0	0,6	1,6	2,1	3,1	3,5	5,3	6,0	17,1	41,4
08M29***	41	4,3	14,5	63,7	95,8	10,0	12,9	14,8	18,5	27,6	30,6	42,6	65,7	71,0
08M35***	50	11,8	79,8	95,3	100,0	72,9	77,7	83,6	87,4	88,8	90,0	95,1	96,0	98,7
08M36***	30	6,0	31,3	58,0	82,7	22,2	28,1	33,2	37,2	41,3	46,0	52,6	59,6	66,1
09M07***	41	15,6	47,8	70,3	93,7	36,7	45,2	50,0	51,5	57,4	63,9	68,2	72,0	77,5
09M08***	25	1,9	33,3	80,1	90,4	22,2	29,5	34,1	39,2	45,0	62,4	71,6	81,0	83,0
09M11**	24	42,5	72,2	90,6	98,2	63,0	68,9	73,9	77,3	84,6	85,7	90,4	91,1	96,6
09M12***	30	67,3	94,3	98,9	100,0	91,4	94,1	94,8	95,9	97,1	97,6	98,6	99,0	99,8
10M02***	41	0,0	7,4	41,8	84,0	1,8	5,3	9,6	14,4	24,6	30,5	36,8	51,1	71,1
10M03**	21	1,6	6,6	37,7	73,9	2,5	3,4	8,3	11,9	18,0	21,6	34,3	40,0	53,0
10M07***	42	7,4	49,1	82,8	92,1	29,2	39,2	54,3	63,3	67,3	74,3	79,6	84,3	88,8
10M09***	34	2,2	52,1	85,6	97,8	23,5	43,1	59,9	69,5	74,5	78,0	83,5	87,1	95,0
10M13***	56	25,5	86,1	99,2	100,0	78,0	84,5	87,4	93,2	94,6	96,2	98,4	99,4	99,7
10M14**	19	21,9	77,3	94,7	99,8	65,4	76,5	78,3	81,2	86,0	88,2	92,4	96,5	98,7
11M02**	12	5,6	16,7	48,4	81,2	13,3	14,9	17,6	19,0	27,7	36,0	43,5	52,9	67,4
11M04**	13	4,2	19,6	45,2	71,2	12,6	18,9	20,6	25,4	34,8	36,9	43,8	49,1	53,6
11M06***	27	9,6	34,5	66,9	88,4	19,9	33,2	38,8	41,2	51,9	56,7	60,6	68,6	76,2
11M12*	9	7,6	27,0	72,2	97,9	14,3	22,6	40,5	62,0	67,2	71,1	72,1	76,5	86,0
11M16***	31	4,6	16,2	36,8	67,5	9,8	15,7	17,0	23,8	28,0	33,3	35,9	38,3	44,2
11M17***	34	59,4	91,7	98,9	100,0	76,5	88,8	93,1	95,0	96,9	97,9	98,7	99,3	99,8
11M18***	38	67,7	92,3	99,0	100,0	88,1	91,6	93,3	95,9	97,0	98,3	98,9	99,3	100,0
11M19***	35	14,8	48,9	84,5	100,0	29,4	45,8	55,8	65,5	71,0	79,0	81,8	86,7	90,6
13M04**	23	19,1	29,6	56,2	88,1	22,8	27,2	32,4	34,4	35,9	44,1	48,4	66,6	81,3
16M09**	22	13,2	56,8	78,9	95,6	39,0	52,3	61,9	68,4	71,0	72,5	74,6	80,7	85,9
16M11***	49	22,3	38,2	56,3	100,0	28,5	35,6	38,7	43,3	46,2	53,3	54,7	58,8	65,2
16M14***	30	26,9	91,4	99,5	100,0	82,6	87,3	91,7	95,5	96,4	97,4	98,9	99,9	100,0
16M15***	27	40,0	91,5	98,5	99,8	59,5	89,0	93,4	95,8	96,5	96,6	98,0	98,7	99,5
17M05**	24	0,0	0,0	0,1	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,3
17M06***	55	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
17M12***	30	19,4	47,6	76,5	91,1	31,3	46,6	49,6	57,5	59,4	69,0	73,1	78,1	79,0
17M14***	43	63,9	86,2	96,7	99,6	75,4	84,9	87,0	89,0	92,6	95,2	96,6	97,0	98,8
18M12***	35	93,1	98,9	100,0	100,0	96,3	98,0	99,0	99,6	99,8	100,0	100,0	100,0	100,0

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
19M02**	15	27,4	59,4	98,8	100,0	37,8	49,8	69,9	81,9	91,2	96,5	98,3	99,3	100,0
19M06***	42	42,4	95,8	99,6	100,0	87,2	94,8	96,4	97,7	98,7	99,1	99,4	99,7	100,0
19M07***	47	28,4	78,4	98,1	100,0	49,3	65,8	83,8	90,1	92,8	95,1	97,5	98,8	100,0
19M17**	18	69,1	94,6	99,7	100,0	77,6	93,2	95,6	96,9	97,4	97,8	98,7	100,0	100,0
19M21***	35	72,0	96,9	100,0	100,0	87,9	93,2	97,8	98,9	99,7	100,0	100,0	100,0	100,0
20Z02**	14	0,0	6,2	94,3	100,0	2,4	4,9	7,1	19,0	36,3	80,2	93,8	95,9	98,4
20Z04**	22	0,0	2,6	89,4	100,0	1,2	2,3	3,1	5,1	14,1	81,4	87,2	94,0	99,5
23M06***	55	0,0	34,7	87,1	100,0	8,3	26,6	36,8	43,3	51,5	60,3	76,1	88,5	94,8
23M08*	9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
23M09***	46	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	1,5
23M14***	46	62,3	95,9	99,6	100,0	90,3	92,2	96,5	97,5	98,0	98,8	99,4	99,7	100,0
23M15***	30	6,2	25,5	60,7	94,4	16,7	21,4	27,2	36,6	44,2	51,6	59,2	65,7	70,6
23M19***	27	53,7	80,1	93,5	99,2	73,8	79,2	81,0	85,5	88,0	89,6	92,3	94,1	97,1
23M20***	62	7,7	41,4	67,2	97,7	29,0	38,4	44,6	50,0	55,8	61,5	66,2	69,3	79,4
23M21***	37	69,5	95,3	99,5	100,0	89,7	93,7	97,1	98,3	98,6	98,8	99,4	99,6	99,9
23Z02**	22	0,0	4,5	25,0	77,8	3,5	4,2	4,7	5,9	6,9	9,8	17,7	41,9	62,1

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Tableau 20 : Grille d'analyse pour les CH réalisant plus de 60 M€ d'activité

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
01M08**	11	31,5	63,4	89,4	97,7	47,9	62,0	64,9	66,2	71,8	72,7	86,3	92,5	92,9
01M11**	18	1,4	12,6	44,8	89,2	3,0	7,9	13,5	22,9	26,9	33,1	38,7	48,3	65,3
01M17**	12	10,6	71,8	92,3	100,0	45,6	66,3	74,9	77,4	84,6	90,5	91,4	93,8	97,2
01M21***	26	7,1	67,9	97,4	100,0	41,0	54,8	78,8	91,0	92,3	95,4	97,3	98,2	99,1
01M22	2	20,6	34,2	61,4	75,0	26,0	31,5	36,9	42,4	47,8	53,2	58,7	64,1	69,6
01M32***	25	3,9	80,5	98,9	100,0	57,4	75,1	90,0	92,6	94,9	95,1	97,3	99,5	99,9
01M34*	6	33,0	50,1	74,4	93,4	40,0	47,1	53,2	59,4	61,5	63,6	70,8	78,0	85,7
02M09	3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
03M07**	11	0,0	3,5	10,0	29,2	0,9	1,3	5,6	5,8	7,9	9,1	10,0	10,0	10,3
03M10**	12	89,7	94,4	97,4	100,0	92,2	94,0	94,7	95,3	96,0	96,3	96,9	97,9	98,7
03M11**	19	26,1	63,9	85,5	92,8	58,4	61,4	66,4	70,2	75,3	79,9	83,8	86,4	90,7
04M02*	6	17,3	40,7	98,1	99,2	28,3	39,3	42,2	45,0	71,4	97,7	97,9	98,2	98,7
04M08*	5	12,5	43,4	81,2	83,8	24,9	37,2	48,2	57,7	67,3	72,8	78,4	81,7	82,8
04M09**	19	8,1	13,7	59,2	88,6	10,0	12,4	18,5	25,7	33,3	47,7	52,6	66,5	80,0
04M11**	18	0,9	10,0	39,9	75,0	4,2	9,4	12,0	16,8	18,0	19,6	20,7	50,1	62,0
04M22***	34	8,0	51,0	96,3	100,0	37,9	47,7	56,8	75,1	80,7	91,2	95,3	97,3	98,4
04M23	1	83,0	83,0	83,0	83,0	83,0	83,0	83,0	83,0	83,0	83,0	83,0	83,0	83,0
05M08***	44	0,0	4,0	20,9	79,2	1,5	2,7	5,5	8,0	9,3	11,4	18,0	26,4	38,2
05M09	3	0,0	18,0	66,8	97,6	7,2	14,4	21,6	28,8	36,0	48,4	60,7	73,0	85,3
05M12**	21	6,4	13,4	47,0	95,1	10,3	12,3	19,5	23,7	30,8	42,4	46,2	52,0	63,0
05M13	4	20,3	42,6	66,3	78,8	29,2	38,1	47,0	52,4	56,1	59,7	63,8	68,8	73,8
05M17***	34	5,8	33,9	64,6	95,2	23,5	29,1	36,4	45,7	50,2	59,5	63,5	71,1	80,2
05M20**	15	61,2	89,5	99,5	100,0	71,6	84,5	92,4	97,2	98,0	98,5	99,4	99,6	100,0
06M02**	18	1,6	3,7	19,6	79,7	1,7	2,9	4,6	5,5	7,3	9,1	11,5	24,1	50,0
06M03***	55	0,0	1,8	7,6	50,0	0,9	1,7	2,3	2,9	4,4	5,2	6,0	9,0	14,9
06M05	3	48,0	49,5	65,5	80,0	48,6	49,2	49,8	50,4	51,0	56,8	62,6	68,4	74,2
06M07	3	69,1	72,0	78,1	81,1	70,3	71,5	72,6	73,8	75,0	76,2	77,5	78,7	79,9
06M09**	16	1,4	1,8	10,7	58,8	1,7	1,8	1,9	2,5	2,9	3,6	6,1	21,7	27,7
06M12*	7	9,4	10,7	46,2	78,9	10,2	10,7	10,7	11,2	12,0	23,4	37,1	55,3	68,4
06M16**	12	1,9	7,5	52,5	95,3	5,7	6,4	8,0	9,5	17,8	35,9	48,6	56,7	70,4
06M18**	15	1,8	3,8	14,3	73,3	1,9	3,2	4,9	8,4	9,0	10,4	13,7	15,0	21,0

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
06M20*	5	0,0	0,0	3,1	3,6	0,0	0,0	0,4	1,2	2,0	2,4	2,9	3,2	3,4
07M02**	10	1,9	3,3	15,8	30,6	2,9	3,1	3,5	4,5	6,7	10,7	14,9	18,8	28,5
07M06**	16	2,8	15,6	46,3	60,9	10,0	11,8	17,9	19,2	26,3	26,3	43,3	49,3	53,8
07M13*	5	86,4	97,0	97,8	100,0	90,6	94,8	97,1	97,2	97,4	97,6	97,8	98,3	99,1
07M14***	78	67,0	85,8	96,1	100,0	78,3	84,6	88,2	90,9	92,1	93,6	95,3	97,0	98,2
08M10**	13	3,6	25,0	67,8	93,3	10,0	23,3	28,2	33,1	41,2	52,6	66,9	73,9	82,4
08M14**	19	6,0	27,1	67,5	81,3	14,0	21,6	37,0	47,7	55,2	63,9	64,8	72,3	80,9
08M15	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
08M19	2	93,5	94,6	96,7	97,8	94,0	94,4	94,8	95,2	95,7	96,1	96,5	96,9	97,3
08M25	2	11,1	30,6	69,7	89,2	18,9	26,7	34,6	42,4	50,2	58,0	65,8	73,6	81,4
08M27*	9	0,0	1,8	30,4	88,4	0,0	1,1	3,5	8,0	15,9	18,7	26,0	35,1	51,4
08M28*	7	6,0	7,2	66,2	95,1	6,2	6,7	7,7	15,3	26,3	45,9	61,9	70,5	82,1
08M29**	10	3,8	23,0	61,0	95,4	5,3	18,2	25,9	41,8	51,6	53,8	58,2	66,4	83,0
08M35**	13	55,2	92,7	96,9	100,0	90,5	92,3	92,9	93,8	94,1	94,4	96,1	97,9	98,5
08M36*	6	51,5	60,0	85,5	90,5	55,1	58,8	61,2	63,6	72,7	81,7	84,2	86,8	88,7
09M07*	9	34,0	50,0	79,1	87,0	45,6	49,4	51,2	55,8	67,4	75,9	78,7	79,9	82,2
09M08*	6	0,0	20,7	60,6	83,0	5,0	10,0	31,5	52,9	55,7	58,5	59,9	61,3	72,1
09M11	4	93,4	95,9	98,2	98,4	94,4	95,4	96,3	97,0	97,4	97,8	98,1	98,2	98,3
09M12*	8	91,4	96,1	99,6	100,0	94,0	95,6	96,6	97,8	98,4	98,8	99,4	99,8	100,0
10M02***	52	0,0	1,1	12,5	50,8	0,0	0,7	1,5	2,8	3,8	6,3	9,9	20,6	42,2
10M03*	8	0,0	12,7	57,1	75,0	2,2	8,3	18,5	36,3	42,6	46,5	55,6	57,4	62,9
10M07**	16	51,7	70,1	89,9	98,7	58,4	67,1	71,5	75,9	83,5	87,1	88,7	90,7	93,7
10M09**	16	13,7	41,6	98,4	99,4	25,5	32,1	61,1	81,3	89,3	95,8	97,9	98,5	99,0
10M13***	48	0,8	83,9	99,1	100,0	41,7	75,6	85,4	89,2	95,3	97,1	98,3	99,3	99,7
10M14**	10	92,2	93,3	97,6	98,8	92,7	92,8	94,2	94,8	95,0	95,4	96,5	98,3	98,6
11M02	1	50,6	50,6	50,6	50,6	50,6	50,6	50,6	50,6	50,6	50,6	50,6	50,6	50,6
11M06*	9	29,7	56,6	88,6	93,4	45,9	54,0	60,1	67,7	76,8	83,5	87,3	89,0	90,3
11M12	2	17,6	32,7	62,9	78,0	23,7	29,7	35,8	41,8	47,8	53,9	59,9	66,0	72,0
11M16	1	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9
11M17	4	98,8	99,7	100,0	100,0	99,1	99,5	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
11M18***	25	41,9	94,8	98,9	100,0	84,6	94,6	95,2	96,7	98,0	98,2	98,5	99,5	99,9
11M19**	21	1,6	36,8	83,1	96,2	13,2	25,3	43,1	56,4	73,8	77,6	82,8	83,5	93,6
13M04*	5	11,5	20,2	32,9	42,6	15,0	18,5	21,4	23,7	25,9	28,7	31,5	34,8	38,7

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
16M09*	6	70,4	75,7	90,4	95,0	71,8	73,2	78,3	83,3	85,0	86,6	89,1	91,7	93,3
16M11***	71	15,5	33,8	55,7	89,7	24,7	30,6	35,0	38,9	44,4	52,1	54,5	61,5	67,9
16M14*	7	88,2	97,3	98,8	100,0	93,7	97,3	97,3	97,9	98,6	98,7	98,8	98,8	99,3
16M15	2	57,1	66,3	84,7	93,9	60,8	64,5	68,2	71,8	75,5	79,2	82,9	86,6	90,2
17M06***	73	0,0	0,0	0,0	23,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
17M12**	20	7,3	58,9	82,5	91,9	50,4	57,1	59,8	64,1	66,5	71,8	76,1	84,9	87,5
17M14**	18	80,0	91,7	97,1	100,0	88,0	90,2	92,1	95,7	96,3	96,7	97,1	97,9	98,8
18M12**	20	95,1	98,8	100,0	100,0	96,0	98,3	99,4	99,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
19M02	2	91,4	92,2	93,8	94,6	91,7	92,1	92,4	92,7	93,0	93,3	93,6	94,0	94,3
19M06***	27	70,5	94,8	99,5	100,0	90,4	94,6	94,9	96,8	98,0	98,5	99,2	99,6	100,0
19M07**	21	70,0	89,2	96,8	98,4	82,2	89,1	89,3	91,5	92,4	94,2	96,3	96,8	98,2
19M17*	5	98,1	98,2	100,0	100,0	98,1	98,2	98,5	99,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
19M21*	7	85,6	98,5	100,0	100,0	93,3	98,5	98,6	99,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
20Z02	2	89,3	89,6	90,4	90,7	89,4	89,6	89,7	89,8	90,0	90,1	90,3	90,4	90,6
20Z04**	24	0,0	0,0	64,6	98,4	0,0	0,0	0,0	0,7	1,4	2,6	47,0	84,2	94,5
23M06***	66	0,5	18,1	78,0	98,6	4,1	14,6	26,9	41,3	49,5	62,2	68,4	81,5	92,0
23M08**	13	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
23M09***	26	0,0	0,0	0,0	99,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
23M14***	44	87,2	97,4	100,0	100,0	94,2	96,8	97,9	98,6	99,2	99,5	99,7	100,0	100,0
23M15*	8	54,4	73,6	86,5	88,0	67,1	73,1	74,0	74,3	80,0	85,8	86,4	86,6	87,1
23M19**	12	32,7	53,0	89,9	99,2	39,6	50,8	58,4	72,7	82,1	86,2	88,8	90,2	92,9
23M20***	80	4,5	31,2	59,3	91,2	18,0	23,6	33,4	40,9	44,3	47,7	56,3	65,6	69,6
23M21***	36	63,4	95,9	100,0	100,0	86,0	94,5	97,2	98,4	98,9	100,0	100,0	100,0	100,0
23Z02**	10	0,0	0,0	3,5	64,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,2	2,0	3,1	15,7	63,5

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Tableau 21 : Grille d'analyse pour les CH réalisant moins de 60 M€ d'activité

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
01M08	1	45,5	45,5	45,5	45,5	45,5	45,5	45,5	45,5	45,5	45,5	45,5	45,5	45,5
01M11*	7	4,3	7,2	27,3	66,7	5,7	6,9	7,5	10,0	13,4	21,6	27,1	27,4	43,1
01M17	1	96,3	96,3	96,3	96,3	96,3	96,3	96,3	96,3	96,3	96,3	96,3	96,3	96,3
01M21***	33	1,0	66,5	98,3	100,0	45,7	60,6	77,5	87,6	90,0	95,7	98,1	98,6	99,6
01M22*	6	11,8	13,7	39,8	60,7	12,1	12,5	14,9	17,3	24,0	30,6	36,8	42,9	51,8
01M32**	15	24,2	85,5	100,0	100,0	69,7	81,6	87,5	95,1	99,0	99,1	99,9	100,0	100,0
01M34*	5	3,3	21,0	96,1	100,0	10,4	17,5	33,1	57,4	81,6	87,4	93,2	96,9	98,4
02M08	1	75,2	75,2	75,2	75,2	75,2	75,2	75,2	75,2	75,2	75,2	75,2	75,2	75,2
02M09	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
03M10*	6	94,6	97,7	100,0	100,0	95,9	97,1	98,2	99,2	99,6	100,0	100,0	100,0	100,0
03M11**	15	63,0	83,8	94,9	100,0	70,6	80,5	85,6	86,2	86,5	89,5	92,3	97,2	99,3
04M02*	8	2,4	5,7	66,7	100,0	4,6	5,6	6,1	8,4	13,1	25,4	54,5	77,9	93,5
04M08	2	93,9	95,2	97,7	99,0	94,4	94,9	95,4	96,0	96,5	97,0	97,5	98,0	98,5
04M09	1	38,4	38,4	38,4	38,4	38,4	38,4	38,4	38,4	38,4	38,4	38,4	38,4	38,4
04M11*	9	1,7	4,5	64,7	79,3	3,4	4,3	4,9	9,7	26,9	35,2	53,7	68,5	75,2
04M22***	31	0,4	9,6	85,9	100,0	1,3	6,1	14,6	32,9	37,8	45,5	71,2	97,2	99,5
04M23	2	7,3	15,2	31,0	38,9	10,5	13,6	16,8	19,9	23,1	26,3	29,4	32,6	35,7
05M08***	26	0,0	3,1	12,6	52,8	1,7	2,7	3,3	3,5	5,0	6,9	9,7	15,4	24,3
05M09	4	0,0	2,2	12,5	14,8	0,9	1,8	2,6	4,7	7,4	10,0	12,1	13,0	13,9
05M12	3	12,7	19,1	44,0	62,5	15,3	17,8	20,4	22,9	25,5	32,9	40,3	47,7	55,1
05M13**	13	10,8	34,9	64,1	75,9	33,0	34,2	35,3	42,3	48,6	55,9	63,7	64,8	66,0
05M15	2	35,8	36,8	38,8	39,8	36,2	36,6	37,0	37,4	37,8	38,2	38,6	39,0	39,4
05M17*	8	4,5	22,4	50,8	75,4	5,4	14,6	27,9	28,4	33,5	39,3	42,3	62,1	75,1
05M20*	8	75,0	95,5	100,0	100,0	85,0	92,5	97,7	98,6	99,3	99,8	100,0	100,0	100,0
06M02**	22	0,0	2,8	9,9	25,9	1,5	2,1	3,5	4,6	5,5	8,0	9,2	11,3	17,7
06M03***	40	0,0	1,8	7,0	49,1	0,0	1,7	2,1	2,9	3,7	5,2	6,0	8,1	13,8
06M09	2	1,0	1,9	3,8	4,7	1,4	1,7	2,1	2,5	2,8	3,2	3,6	4,0	4,3
06M12**	12	1,8	15,8	40,4	70,4	6,2	9,1	19,1	21,9	28,5	33,8	37,5	44,6	49,6
06M16**	11	0,0	7,8	26,6	94,4	1,0	7,5	8,1	9,6	11,1	20,0	25,4	27,9	82,2
06M18**	14	2,0	6,7	26,6	68,3	5,2	5,9	7,5	10,1	11,8	16,2	22,2	28,7	31,7
06M20	4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
07M13	1	98,3	98,3	98,3	98,3	98,3	98,3	98,3	98,3	98,3	98,3	98,3	98,3	98,3
07M14***	91	31,7	85,8	97,6	100,0	77,8	84,3	89,1	92,0	94,8	96,1	97,3	98,1	98,9
08M10	1	71,7	71,7	71,7	71,7	71,7	71,7	71,7	71,7	71,7	71,7	71,7	71,7	71,7
08M14	3	29,7	47,5	75,4	85,5	36,9	44,0	51,1	58,2	65,3	69,4	73,4	77,4	81,4
08M15	1	98,1	98,1	98,1	98,1	98,1	98,1	98,1	98,1	98,1	98,1	98,1	98,1	98,1
08M27*	5	0,0	3,3	50,7	70,6	1,3	2,7	3,4	3,4	3,4	22,4	41,3	54,7	62,7
08M28	3	30,5	56,9	91,6	100,0	41,1	51,6	62,1	72,7	83,2	86,6	89,9	93,3	96,6
08M29*	7	1,8	10,2	46,0	58,7	2,7	6,0	14,3	23,0	32,0	35,4	41,0	51,0	56,1
08M35*	5	18,5	46,6	80,5	100,0	29,7	40,9	50,7	59,0	67,3	72,6	77,9	84,4	92,2
08M36	3	32,4	37,8	59,5	75,9	34,6	36,7	38,9	41,0	43,1	49,7	56,3	62,8	69,4
09M07	3	92,2	93,2	94,5	94,7	92,6	93,0	93,4	93,8	94,2	94,3	94,4	94,5	94,6
10M02***	29	0,0	0,0	18,2	80,8	0,0	0,0	1,3	2,6	4,4	12,4	15,8	21,9	67,1
10M09*	9	1,8	88,4	98,4	100,0	28,9	67,3	91,8	97,2	97,9	98,0	98,3	99,0	100,0
10M13***	41	14,7	78,0	99,3	100,0	18,6	55,4	81,0	86,5	92,2	98,3	98,9	99,9	100,0
10M14	2	47,1	60,1	86,0	99,0	52,3	57,5	62,7	67,9	73,1	78,2	83,4	88,6	93,8
11M02*	5	37,5	37,9	65,3	78,7	37,7	37,8	41,4	48,2	55,1	59,2	63,2	68,0	73,3
11M04	2	6,2	12,6	25,5	31,9	8,7	11,3	13,9	16,5	19,0	21,6	24,2	26,8	29,3
11M12	1	34,5	34,5	34,5	34,5	34,5	34,5	34,5	34,5	34,5	34,5	34,5	34,5	34,5
11M18**	10	96,1	98,2	100,0	100,0	96,4	97,8	98,4	99,0	99,6	100,0	100,0	100,0	100,0
11M19**	11	7,3	31,5	84,3	92,2	22,4	24,0	39,1	55,6	59,6	76,4	78,0	90,6	90,7
13M04	2	18,1	37,0	74,9	93,9	25,7	33,3	40,8	48,4	56,0	63,6	71,2	78,7	86,3
16M09	1	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5
16M11***	42	5,8	23,5	53,8	89,5	15,8	22,1	28,7	32,2	44,3	47,9	51,7	62,6	69,3
16M15	1	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9
17M06***	68	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
17M14	3	48,3	73,6	99,5	100,0	58,4	68,5	78,7	88,8	98,9	99,1	99,3	99,6	99,8
18M12	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
19M02*	6	11,8	14,2	37,0	42,1	12,5	13,2	15,2	17,1	26,3	35,5	36,5	37,5	39,8
19M06***	32	79,7	96,8	100,0	100,0	91,1	95,6	97,3	98,0	98,8	99,8	100,0	100,0	100,0
19M07**	16	75,5	97,6	100,0	100,0	85,1	95,5	98,4	98,8	99,6	100,0	100,0	100,0	100,0
19M17*	7	76,0	98,5	100,0	100,0	89,3	98,3	98,7	99,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
19M21**	15	96,7	100,0	100,0	100,0	98,9	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
20Z02*	6	0,0	20,1	92,0	97,9	0,0	0,0	40,2	80,4	82,0	83,6	89,2	94,8	96,3

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
20Z04***	45	0,0	0,0	76,0	96,2	0,0	0,0	0,0	0,6	0,9	2,1	5,3	84,7	93,2
23M06***	77	0,0	3,8	86,6	100,0	1,8	3,0	6,7	17,1	37,0	61,4	81,7	92,5	97,7
23M08**	14	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
23M09*	7	0,0	0,0	1,9	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	3,1	42,3
23M14**	21	69,4	98,6	100,0	100,0	94,9	98,5	98,7	99,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
23M15	1	92,0	92,0	92,0	92,0	92,0	92,0	92,0	92,0	92,0	92,0	92,0	92,0	92,0
23M19	1	88,7	88,7	88,7	88,7	88,7	88,7	88,7	88,7	88,7	88,7	88,7	88,7	88,7
23M20***	132	0,0	18,7	61,7	100,0	8,0	14,6	23,2	29,0	35,0	43,7	57,1	70,0	82,8
23M21**	19	88,2	97,5	100,0	100,0	93,0	95,8	98,1	98,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
23Z02	2	0,0	0,5	1,4	1,9	0,2	0,4	0,6	0,8	1,0	1,2	1,3	1,5	1,7

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Tableau 22 : Grille d'analyse pour les CLCC

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
01M21**	12	71,3	82,2	94,2	95,7	73,1	79,1	84,2	87,6	91,4	92,6	93,6	94,8	95,4
01M32*	5	91,8	91,9	98,6	99,0	91,8	91,9	91,9	92,0	92,0	94,6	97,3	98,7	98,8
02M09	1	96,9	96,9	96,9	96,9	96,9	96,9	96,9	96,9	96,9	96,9	96,9	96,9	96,9
03M07*	8	0,0	1,1	4,0	12,3	0,6	1,0	1,2	1,3	1,5	1,8	2,4	6,0	9,5
03M09	1	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
03M11	1	81,7	81,7	81,7	81,7	81,7	81,7	81,7	81,7	81,7	81,7	81,7	81,7	81,7
04M09**	10	3,2	28,2	69,3	80,4	8,8	21,2	35,3	42,2	51,7	61,5	66,1	72,0	76,2
04M11	1	80,3	80,3	80,3	80,3	80,3	80,3	80,3	80,3	80,3	80,3	80,3	80,3	80,3
05M17*	9	6,4	54,0	95,6	98,0	39,8	51,6	58,0	68,1	85,0	87,7	92,7	96,3	97,4
06M03	3	0,0	1,5	26,1	49,2	0,6	1,2	1,8	2,4	2,9	12,2	21,4	30,7	39,9
06M05	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
06M09	1	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
06M12	1	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3
06M18	3	0,0	2,8	42,2	78,8	1,1	2,2	3,4	4,5	5,6	20,2	34,9	49,5	64,1
06M20	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
07M02	1	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8
07M06*	9	1,3	7,0	58,0	86,8	3,9	6,0	14,7	28,0	34,7	49,7	56,2	69,2	86,2
07M14**	10	40,0	76,7	90,7	94,3	71,5	75,4	78,9	81,5	82,4	83,5	87,2	92,8	93,6
08M19	1	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9
08M25	3	4,1	4,5	19,7	34,5	4,3	4,4	4,6	4,8	5,0	10,9	16,8	22,7	28,6
08M35	1	97,3	97,3	97,3	97,3	97,3	97,3	97,3	97,3	97,3	97,3	97,3	97,3	97,3
10M07	2	95,5	96,6	98,7	99,8	95,9	96,4	96,8	97,2	97,6	98,1	98,5	98,9	99,3
11M19	2	35,0	35,9	37,6	38,5	35,3	35,7	36,0	36,4	36,7	37,1	37,4	37,8	38,1
16M09	1	15,8	15,8	15,8	15,8	15,8	15,8	15,8	15,8	15,8	15,8	15,8	15,8	15,8
16M11**	11	2,1	15,9	69,9	86,9	11,1	14,0	17,7	35,0	48,4	54,5	68,3	71,5	84,0
16M15	3	97,2	97,6	98,6	99,2	97,4	97,5	97,7	97,9	98,1	98,3	98,5	98,7	98,9
17M05	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
17M06**	19	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
17M12	4	56,2	58,3	70,5	73,0	57,0	57,9	58,7	61,1	64,3	67,5	70,0	71,0	72,0
17M14	1	90,7	90,7	90,7	90,7	90,7	90,7	90,7	90,7	90,7	90,7	90,7	90,7	90,7
23M06*	5	5,9	6,7	80,3	86,0	6,2	6,6	9,1	13,8	18,5	43,2	67,9	81,4	83,7

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
23M09	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
23M14	4	93,2	95,4	97,7	99,7	94,1	95,0	95,9	96,4	96,6	96,9	97,3	98,1	98,9
23M15	1	68,8	68,8	68,8	68,8	68,8	68,8	68,8	68,8	68,8	68,8	68,8	68,8	68,8
23M19	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
23M20**	18	8,9	33,3	73,9	97,9	19,4	28,4	47,2	52,5	58,5	62,5	72,2	75,5	92,7
23Z02**	11	0,0	34,2	89,6	97,1	0,0	11,4	57,1	73,8	80,4	82,2	88,9	90,3	96,7

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Tableau 23 : Grille d'analyse pour les EBNL réalisant plus de 20 M€ d'activité

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
01M08	1	59,7	59,7	59,7	59,7	59,7	59,7	59,7	59,7	59,7	59,7	59,7	59,7	59,7
01M11*	6	0,0	7,2	37,0	58,5	2,8	5,7	8,8	11,9	13,0	14,1	29,3	44,6	51,6
01M17	2	74,6	78,1	85,0	88,5	76,0	77,4	78,8	80,1	81,5	82,9	84,3	85,7	87,1
01M21**	11	9,1	62,2	89,7	95,2	43,0	55,7	68,8	73,8	77,3	77,6	85,2	94,2	95,2
01M22	1	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5
01M32*	7	0,0	63,6	94,4	98,6	25,1	50,6	76,6	85,9	86,8	89,6	92,7	96,0	97,7
01M34	1	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5
02M08	1	30,4	30,4	30,4	30,4	30,4	30,4	30,4	30,4	30,4	30,4	30,4	30,4	30,4
02M09	4	83,0	90,5	99,3	100,0	86,0	89,0	92,0	94,2	96,1	97,9	99,2	99,5	99,7
03M07	3	3,1	8,5	13,8	13,8	5,3	7,4	9,6	11,7	13,8	13,8	13,8	13,8	13,8
03M09	3	14,8	16,6	46,4	74,6	15,5	16,2	16,9	17,6	18,3	29,5	40,8	52,1	63,3
03M10	2	90,3	92,7	97,6	100,0	91,2	92,2	93,2	94,2	95,1	96,1	97,1	98,1	99,0
03M11	3	90,3	93,0	97,8	100,0	91,4	92,4	93,5	94,6	95,7	96,6	97,4	98,3	99,1
04M02	1	98,6	98,6	98,6	98,6	98,6	98,6	98,6	98,6	98,6	98,6	98,6	98,6	98,6
04M08	1	57,1	57,1	57,1	57,1	57,1	57,1	57,1	57,1	57,1	57,1	57,1	57,1	57,1
04M09*	6	1,7	3,5	44,2	50,0	2,2	2,8	4,2	5,6	17,0	28,4	38,9	49,4	49,7
04M11	3	12,2	33,8	59,1	62,7	20,8	29,5	38,1	46,8	55,4	56,9	58,4	59,8	61,3
04M22*	9	0,0	13,9	76,1	99,6	0,4	8,5	14,3	17,2	27,0	65,7	75,8	85,5	99,5
04M23*	5	0,0	1,5	50,0	58,6	0,6	1,2	1,7	2,2	2,6	21,6	40,5	51,7	55,2
05M08*	8	1,5	7,1	13,2	58,5	2,8	5,3	8,4	8,7	9,3	9,9	10,1	17,6	33,4
05M09	2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
05M12*	5	11,2	14,9	55,6	62,7	12,7	14,2	19,3	28,2	37,0	44,4	51,8	57,0	59,9
05M15	1	41,2	41,2	41,2	41,2	41,2	41,2	41,2	41,2	41,2	41,2	41,2	41,2	41,2
05M17	4	4,1	13,3	35,4	78,4	7,8	11,5	15,2	17,4	18,8	20,2	26,8	44,0	61,2
05M20	4	79,3	92,0	98,2	100,0	84,4	89,5	94,6	96,6	97,0	97,4	97,9	98,6	99,3
06M02	1	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2
06M03**	18	0,0	1,1	4,2	18,9	0,0	0,7	1,3	1,8	2,4	2,7	3,0	5,0	10,9
06M05	1	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
06M09	4	0,0	0,8	9,0	12,4	0,3	0,6	1,0	2,4	4,5	6,5	8,3	9,6	11,0
06M12	3	4,7	5,0	12,2	19,0	4,8	5,0	5,1	5,2	5,4	8,1	10,8	13,6	16,3
06M16*	5	0,0	0,0	16,0	60,0	0,0	0,0	1,1	3,3	5,6	9,7	13,9	24,8	42,4

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
06M18	1	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3
06M20	2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
07M02	4	0,0	0,0	5,5	11,1	0,0	0,0	0,0	0,7	1,8	2,9	4,4	6,6	8,9
07M06	2	3,1	4,1	6,0	7,0	3,5	3,9	4,3	4,6	5,0	5,4	5,8	6,2	6,6
07M14*	9	71,4	81,9	89,2	99,2	73,5	78,8	83,7	86,7	88,0	88,6	89,1	92,5	97,7
08M10*	5	4,1	47,2	60,6	79,5	21,3	38,6	49,5	54,1	58,7	59,4	60,2	64,3	71,9
08M14*	8	6,0	39,0	61,2	80,0	21,5	33,9	44,0	53,7	58,6	60,8	60,9	61,7	67,5
08M15	1	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5
08M25	1	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
08M27*	6	0,7	2,2	20,5	64,7	1,0	1,2	3,2	5,1	8,0	10,9	17,3	23,7	44,2
08M28	1	20,3	20,3	20,3	20,3	20,3	20,3	20,3	20,3	20,3	20,3	20,3	20,3	20,3
08M29*	5	3,0	6,0	39,9	76,9	4,2	5,4	7,7	11,1	14,5	24,7	34,9	47,3	62,1
08M35	1	77,8	77,8	77,8	77,8	77,8	77,8	77,8	77,8	77,8	77,8	77,8	77,8	77,8
08M36	2	0,0	9,1	27,3	36,4	3,6	7,3	10,9	14,6	18,2	21,9	25,5	29,2	32,8
09M12	2	98,9	98,9	99,0	99,1	98,9	98,9	98,9	99,0	99,0	99,0	99,0	99,1	99,1
10M02*	7	0,0	1,7	35,6	99,2	0,0	0,7	2,7	3,6	3,8	19,0	31,7	39,5	65,0
10M03	1	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6
10M07	3	93,0	95,2	98,7	100,0	93,9	94,8	95,7	96,6	97,5	98,0	98,5	99,0	99,5
10M09	1	99,5	99,5	99,5	99,5	99,5	99,5	99,5	99,5	99,5	99,5	99,5	99,5	99,5
10M13**	16	0,3	79,9	98,7	100,0	56,6	78,0	82,9	88,7	90,7	92,5	97,1	99,3	100,0
10M14	1	87,5	87,5	87,5	87,5	87,5	87,5	87,5	87,5	87,5	87,5	87,5	87,5	87,5
11M02	3	6,8	10,0	16,4	19,7	8,1	9,4	10,6	11,9	13,2	14,5	15,8	17,1	18,4
11M06	1	71,9	71,9	71,9	71,9	71,9	71,9	71,9	71,9	71,9	71,9	71,9	71,9	71,9
11M12	4	4,5	8,2	36,7	84,9	6,0	7,4	8,9	11,6	15,0	18,3	27,0	46,3	65,6
11M16	2	5,0	5,9	7,6	8,5	5,3	5,7	6,0	6,4	6,7	7,1	7,4	7,8	8,1
11M17	2	87,8	90,9	97,0	100,0	89,0	90,2	91,5	92,7	93,9	95,1	96,3	97,6	98,8
11M18*	5	66,1	68,7	98,6	98,6	67,1	68,2	74,3	85,5	96,7	97,5	98,2	98,6	98,6
11M19*	7	30,8	39,5	84,0	91,2	34,3	37,8	41,3	43,8	45,9	65,6	80,8	87,2	90,1
16M11**	19	21,2	45,4	73,7	91,4	30,4	40,1	47,7	49,7	52,9	65,5	70,7	75,5	78,5
16M15	2	54,7	60,2	71,1	76,6	56,9	59,1	61,3	63,5	65,7	67,8	70,0	72,2	74,4
17M06**	18	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
17M12	1	73,0	73,0	73,0	73,0	73,0	73,0	73,0	73,0	73,0	73,0	73,0	73,0	73,0
17M14	1	95,6	95,6	95,6	95,6	95,6	95,6	95,6	95,6	95,6	95,6	95,6	95,6	95,6

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
18M12	1	99,3	99,3	99,3	99,3	99,3	99,3	99,3	99,3	99,3	99,3	99,3	99,3	99,3
19M06	4	96,7	97,0	98,2	100,0	96,8	96,9	97,1	97,2	97,4	97,5	97,9	98,6	99,3
19M07	4	76,6	91,5	97,2	98,8	82,6	88,5	94,5	96,5	96,6	96,6	96,9	97,5	98,2
19M17	2	98,7	99,0	99,7	100,0	98,8	98,9	99,1	99,2	99,3	99,5	99,6	99,7	99,9
19M21	2	94,4	95,8	98,6	100,0	95,0	95,5	96,1	96,7	97,2	97,8	98,3	98,9	99,4
20Z02	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20Z04	1	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9
23M06**	16	0,0	2,1	47,4	97,3	0,0	1,2	2,6	2,8	14,7	40,4	41,3	64,8	81,6
23M08	2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
23M09*	5	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	1,2
23M14*	5	99,6	100,0	100,0	100,0	99,8	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
23M15	4	15,3	24,7	54,4	81,9	19,1	22,8	26,6	31,3	36,5	41,7	48,9	59,9	70,9
23M19	1	95,2	95,2	95,2	95,2	95,2	95,2	95,2	95,2	95,2	95,2	95,2	95,2	95,2
23M20**	23	1,0	23,4	61,5	94,7	6,7	21,0	26,5	31,6	33,5	40,0	52,4	64,3	68,9
23M21*	5	93,0	99,1	100,0	100,0	95,4	97,9	99,2	99,5	99,8	99,9	100,0	100,0	100,0
23Z02	2	0,0	4,0	12,1	16,2	1,6	3,2	4,9	6,5	8,1	9,7	11,3	12,9	14,6

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Tableau 24 : Grille d'analyse pour les EBNL réalisant moins de 20 M€ d'activité

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
01M12	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
01M21	1	55,1	55,1	55,1	55,1	55,1	55,1	55,1	55,1	55,1	55,1	55,1	55,1	55,1
01M32*	6	97,1	99,7	100,0	100,0	98,3	99,5	99,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
01M34	2	16,4	34,8	71,5	89,8	23,8	31,1	38,4	45,8	53,1	60,5	67,8	75,1	82,5
03M10	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
03M11	1	98,9	98,9	98,9	98,9	98,9	98,9	98,9	98,9	98,9	98,9	98,9	98,9	98,9
04M09	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
04M11	3	0,0	0,5	48,1	95,1	0,2	0,4	0,7	0,9	1,1	19,9	38,7	57,5	76,3
04M22	3	0,0	47,9	97,6	99,4	19,2	38,3	57,5	76,6	95,8	96,5	97,2	97,9	98,7
05M08	2	15,4	36,4	78,4	99,4	23,8	32,2	40,6	49,0	57,4	65,8	74,2	82,6	91,0
05M13	2	73,0	79,7	93,2	100,0	75,7	78,4	81,1	83,8	86,5	89,2	91,9	94,6	97,3
05M20	3	92,8	95,7	99,2	99,8	94,0	95,1	96,3	97,5	98,7	98,9	99,1	99,4	99,6
06M03	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
06M05	1	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
06M09	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
06M12	1	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4
06M16	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
06M18	1	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3
06M20	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
07M02	1	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
07M14	1	87,6	87,6	87,6	87,6	87,6	87,6	87,6	87,6	87,6	87,6	87,6	87,6	87,6
08M29	1	89,0	89,0	89,0	89,0	89,0	89,0	89,0	89,0	89,0	89,0	89,0	89,0	89,0
10M02	3	1,4	1,4	2,2	3,0	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,8	2,1	2,4	2,7
10M13	4	96,4	98,3	100,0	100,0	97,2	97,9	98,7	99,2	99,5	99,8	100,0	100,0	100,0
17M06	3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
19M02	3	15,3	57,1	99,5	100,0	32,0	48,8	65,5	82,3	99,0	99,2	99,4	99,6	99,8
19M06**	13	85,5	94,2	100,0	100,0	89,4	94,0	94,8	95,5	96,8	97,6	100,0	100,0	100,0
19M07*	9	88,2	94,8	98,2	100,0	90,7	93,4	95,2	96,2	97,7	98,1	98,2	98,9	100,0
19M21**	10	99,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
20Z02	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20Z04	2	0,3	0,7	1,5	2,0	0,5	0,6	0,8	1,0	1,1	1,3	1,5	1,6	1,8
23M06*	6	0,0	15,1	99,5	100,0	1,0	2,0	28,2	54,4	76,8	99,3	99,4	99,6	99,8

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
23M08	2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
23M09	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
23M14	1	98,4	98,4	98,4	98,4	98,4	98,4	98,4	98,4	98,4	98,4	98,4	98,4	98,4
23M20**	23	0,0	2,7	95,9	100,0	1,3	1,7	9,4	46,0	63,6	84,8	94,7	98,1	99,6
23M21	1	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8
23Z02	3	0,0	46,7	95,8	98,2	18,7	37,3	56,0	74,7	93,3	94,3	95,3	96,3	97,2

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Tableau 25 : Grille d'analyse pour les établissements de santé du secteur ex-OQN réalisant plus de 20 M€ d'activité

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
01M08	1	86,8	86,8	86,8	86,8	86,8	86,8	86,8	86,8	86,8	86,8	86,8	86,8	86,8
01M11**	10	0,0	14,6	90,8	98,9	0,0	0,0	40,9	59,1	66,5	74,7	82,3	96,0	97,9
01M17	2	0,0	23,7	71,1	94,7	9,5	18,9	28,4	37,9	47,4	56,8	66,3	75,8	85,3
01M21*	9	3,0	62,6	93,1	97,6	6,6	40,6	71,7	85,6	86,1	90,7	92,6	94,0	95,7
01M22	3	84,0	88,4	94,6	96,4	85,8	87,5	89,3	91,1	92,9	93,6	94,3	95,0	95,7
01M32	2	0,0	17,9	53,8	71,8	7,2	14,4	21,5	28,7	35,9	43,1	50,2	57,4	64,6
02M08	1	76,5	76,5	76,5	76,5	76,5	76,5	76,5	76,5	76,5	76,5	76,5	76,5	76,5
03M07	4	0,0	1,6	3,8	4,9	0,6	1,3	1,9	2,4	2,8	3,2	3,6	4,0	4,5
03M09	2	11,8	29,0	63,4	80,6	18,6	25,5	32,4	39,3	46,2	53,1	59,9	66,8	73,7
03M10*	8	96,9	98,6	100,0	100,0	97,2	98,0	99,1	99,3	99,7	100,0	100,0	100,0	100,0
03M11**	19	80,0	90,4	96,3	100,0	87,7	89,2	91,4	92,3	92,8	94,8	95,8	96,8	99,4
04M02	1	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4
04M08	2	2,0	2,5	3,5	4,0	2,2	2,4	2,6	2,8	3,0	3,2	3,4	3,6	3,8
04M09**	11	1,3	2,7	33,9	95,1	1,4	1,8	3,6	7,5	8,5	11,9	33,8	34,0	57,6
04M11*	8	19,0	48,3	82,3	84,5	25,1	38,7	57,3	72,3	78,8	81,2	81,6	83,2	84,3
04M22	4	0,0	0,0	12,6	32,5	0,0	0,0	0,0	1,2	3,0	4,7	8,6	16,6	24,5
04M23	1	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7
05M08***	36	0,0	3,5	20,6	84,5	1,2	1,7	4,2	5,0	9,0	11,9	18,3	23,9	41,7
05M09	3	0,0	0,4	12,9	25,0	0,2	0,3	0,5	0,6	0,8	5,6	10,5	15,3	20,2
05M12***	32	0,0	0,0	19,4	82,0	0,0	0,0	0,3	1,9	3,2	5,8	16,5	35,9	68,2
05M13***	28	5,6	67,2	89,8	96,1	59,2	65,7	71,3	75,9	81,2	82,4	86,5	90,7	94,9
05M15*	7	3,8	60,6	88,1	95,1	37,1	59,8	61,3	66,4	73,3	81,7	87,6	88,6	91,4
05M17**	10	7,1	47,9	81,5	92,7	12,0	39,8	50,2	52,8	59,8	71,5	80,5	83,9	91,1
05M20*	5	0,0	2,8	78,4	100,0	1,1	2,2	3,7	5,4	7,1	35,7	64,2	82,7	91,4
06M03***	79	0,0	0,0	2,3	52,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,8	1,1	1,9	4,2	11,6
06M05	4	0,0	0,0	1,9	2,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,9	1,4	1,8	1,9	2,0
06M07	2	92,6	93,9	96,3	97,5	93,1	93,6	94,1	94,6	95,1	95,6	96,0	96,5	97,0
06M09*	9	0,0	1,4	3,4	36,6	1,0	1,3	2,0	2,9	3,0	3,2	3,4	4,8	12,8
06M12***	31	1,9	7,6	63,5	86,9	2,7	6,8	8,0	18,2	22,5	30,1	60,0	66,9	84,2
06M16**	13	0,0	0,0	0,7	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,8	0,9
06M18**	14	0,0	0,3	49,3	71,4	0,0	0,0	1,0	1,7	3,0	7,1	42,4	54,5	58,6

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
06M20**	10	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
07M02**	20	0,0	2,0	10,5	32,3	0,8	1,0	2,7	3,1	3,7	5,2	8,0	13,6	17,2
07M06**	11	4,0	13,0	43,3	66,1	5,0	12,5	13,6	25,3	33,3	34,4	43,1	43,4	50,8
07M13	1	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4
07M14**	11	10,3	38,2	88,7	94,7	11,8	17,6	58,8	68,5	75,7	86,7	88,1	89,3	93,8
08M14	1	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9
08M15	2	98,2	98,5	99,0	99,3	98,3	98,4	98,5	98,6	98,8	98,9	99,0	99,1	99,2
08M25	1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
08M27**	14	0,0	0,1	71,7	97,5	0,0	0,0	0,3	3,0	7,2	37,9	52,3	82,2	93,0
08M28*	5	0,6	0,7	3,5	21,9	0,6	0,7	0,9	1,4	1,9	2,5	3,2	7,2	14,6
08M29**	22	0,0	0,9	72,6	95,8	0,3	0,8	5,1	24,9	46,2	60,0	66,2	80,4	87,7
10M02	4	1,1	16,6	65,4	90,2	7,3	13,5	19,7	28,9	39,5	50,1	60,4	70,4	80,3
10M09	2	98,3	98,7	99,6	100,0	98,5	98,6	98,8	99,0	99,1	99,3	99,5	99,7	99,8
10M13	3	0,0	0,5	50,0	99,0	0,2	0,4	0,6	0,8	1,0	20,6	40,2	59,8	79,4
11M02**	19	0,0	12,0	69,5	95,2	6,2	9,6	13,5	19,2	34,0	48,1	64,3	71,5	73,8
11M04*	9	1,3	30,9	64,0	67,3	1,8	19,3	32,7	37,3	44,6	47,9	57,9	65,1	66,8
11M06	3	72,5	74,7	88,4	100,0	73,4	74,2	75,1	75,9	76,8	81,4	86,1	90,7	95,4
11M12**	14	0,0	7,7	19,5	54,4	2,5	6,9	7,7	7,9	8,8	10,5	19,3	22,0	33,3
11M18	1	96,8	96,8	96,8	96,8	96,8	96,8	96,8	96,8	96,8	96,8	96,8	96,8	96,8
11M19**	17	0,0	7,7	39,3	100,0	3,1	5,8	8,1	10,0	14,3	22,5	36,4	49,4	72,7
13M04	3	12,0	39,6	73,5	79,8	23,0	34,1	45,1	56,2	67,2	69,8	72,3	74,8	77,3
16M09	1	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3
16M11***	57	3,7	36,2	67,0	89,5	25,9	33,6	38,1	49,7	55,2	59,8	63,1	70,0	75,7
17M06***	32	0,0	0,0	0,7	31,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	2,2	4,1
17M12	1	95,1	95,1	95,1	95,1	95,1	95,1	95,1	95,1	95,1	95,1	95,1	95,1	95,1
17M14	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
19M07	1	92,9	92,9	92,9	92,9	92,9	92,9	92,9	92,9	92,9	92,9	92,9	92,9	92,9
20Z04	2	0,0	23,3	70,0	93,4	9,3	18,7	28,0	37,3	46,7	56,0	65,3	74,7	84,0
23M06**	18	0,0	0,0	93,1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,9	29,2	77,5	97,7	98,2
23M08	4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
23M09*	8	0,0	0,0	83,1	99,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15,7	70,6	89,8	97,9
23M14*	7	59,1	100,0	100,0	100,0	83,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
23M15	3	9,5	15,7	49,5	77,2	12,0	14,4	16,9	19,3	21,8	32,9	43,9	55,0	66,1

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
23M19	1	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3
23M20***	80	0,0	2,6	26,7	92,5	0,9	1,7	3,8	7,1	9,9	14,6	23,6	34,0	54,8
23M21	4	96,1	99,0	100,0	100,0	97,3	98,4	99,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
23Z02**	10	0,0	0,0	31,3	62,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	44,3	55,5

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Tableau 26 : Grille d'analyse pour les établissements du secteur ex-OQN réalisant moins de 20 M€ d'activité

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
01M08	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
01M11	2	98,6	98,9	99,6	100,0	98,7	98,9	99,0	99,2	99,3	99,4	99,6	99,7	99,9
01M17	1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1
01M21*	9	0,1	9,4	91,2	97,8	0,9	6,1	10,1	16,2	36,7	38,7	70,4	92,9	96,0
01M32	3	94,5	96,7	99,4	100,0	95,4	96,2	97,1	98,0	98,8	99,1	99,3	99,5	99,8
02M08	4	1,4	15,6	91,8	98,0	7,1	12,8	18,5	34,2	55,0	75,9	90,6	93,0	95,5
03M09	2	14,3	15,3	17,5	18,5	14,7	15,1	15,6	16,0	16,4	16,8	17,2	17,7	18,1
03M10**	17	56,7	98,1	100,0	100,0	88,0	96,9	98,1	98,2	98,5	98,8	99,4	100,0	100,0
03M11***	35	31,1	87,9	95,7	100,0	84,2	87,4	88,5	91,3	93,3	93,9	95,2	96,2	98,4
04M09*	5	0,0	1,8	4,1	65,4	0,7	1,4	2,1	2,8	3,5	3,7	4,0	16,3	40,9
04M11	4	1,4	1,9	30,2	98,6	1,6	1,8	2,0	3,1	4,7	6,3	16,5	43,9	71,2
04M22	2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
05M08**	23	0,0	2,3	11,9	43,1	0,0	1,5	3,4	4,2	6,1	8,5	10,0	14,1	23,1
05M09*	5	0,0	0,0	1,3	2,7	0,0	0,0	0,2	0,7	1,2	1,2	1,3	1,6	2,2
05M12**	10	0,0	1,1	22,8	99,1	0,0	0,7	1,3	1,5	2,1	7,6	18,0	28,2	45,6
05M13**	12	5,4	44,3	79,4	97,7	13,3	43,1	47,0	54,7	58,6	68,2	77,1	82,1	88,4
05M15	1	32,0	32,0	32,0	32,0	32,0	32,0	32,0	32,0	32,0	32,0	32,0	32,0	32,0
05M20*	6	0,0	1,3	42,1	99,0	0,0	0,0	2,7	5,3	14,0	22,7	35,6	48,6	73,8
06M02	1	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
06M03***	151	0,0	0,0	1,4	11,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,6	2,7
06M05	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
06M07	1	97,5	97,5	97,5	97,5	97,5	97,5	97,5	97,5	97,5	97,5	97,5	97,5	97,5
06M09*	8	0,0	0,0	3,1	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	2,2	2,8	3,4	4,0
06M12***	25	0,0	3,6	20,7	76,2	2,8	3,4	4,6	8,8	13,4	13,9	19,5	23,7	40,3
06M16**	16	0,0	0,0	0,2	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	1,5
06M18*	6	0,0	0,0	13,9	20,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,3	9,7	18,1	19,2
06M20**	12	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
07M02**	12	0,0	0,0	0,9	13,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,6	0,7	1,1	3,4
07M06*	7	0,0	0,7	30,3	49,1	0,4	0,7	0,8	4,1	9,1	17,0	25,4	35,1	42,6
07M14*	7	78,2	93,5	97,3	97,4	86,8	93,0	94,1	94,9	95,5	96,5	97,2	97,3	97,3
08M10	3	99,6	99,8	100,0	100,0	99,7	99,8	99,8	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
08M14	1	15,3	15,3	15,3	15,3	15,3	15,3	15,3	15,3	15,3	15,3	15,3	15,3	15,3

Annexe III

Racine	Nombre d'établissements	Minimum (%)	Q1 (%)	Q3 (%)	Maximum (%)	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (médiane) (%)	P6 (%)	P7 (%)	P8 (%)	P9 (%)
08M15	4	97,4	99,4	100,0	100,0	98,2	99,0	99,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
08M25	2	0,0	25,0	75,0	100,0	10,0	20,0	30,0	40,0	50,0	60,0	70,0	80,0	90,0
08M27	3	2,9	49,3	97,8	100,0	21,4	40,0	58,6	77,1	95,7	96,6	97,4	98,3	99,1
08M28	4	5,4	70,9	99,2	100,0	31,6	57,8	84,0	94,0	95,8	97,7	99,0	99,3	99,7
08M29*	9	0,0	15,3	97,6	99,1	0,0	9,2	31,9	61,6	80,3	92,4	96,7	98,1	98,8
08M36	3	0,0	1,9	51,9	100,0	0,8	1,5	2,3	3,0	3,8	23,0	42,3	61,5	80,8
09M07	2	91,4	93,5	97,8	100,0	92,2	93,1	94,0	94,8	95,7	96,6	97,4	98,3	99,1
10M02**	12	0,0	0,0	12,4	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	1,5	7,1	18,9	54,2
10M09**	10	0,0	4,7	38,2	100,0	0,0	2,8	7,1	10,0	12,6	14,9	24,8	56,3	98,9
10M13	3	11,1	55,5	99,9	100,0	28,9	46,6	64,3	82,1	99,8	99,8	99,9	99,9	100,0
11M02**	20	2,0	5,7	13,1	68,8	3,1	5,4	5,8	6,3	7,8	9,3	12,6	13,6	14,7
11M04	2	2,4	24,6	69,1	91,4	11,3	20,2	29,1	38,0	46,9	55,8	64,7	73,6	82,5
11M06	2	60,7	62,8	67,1	69,2	61,6	62,4	63,3	64,1	65,0	65,8	66,7	67,5	68,4
11M12**	13	1,7	3,9	20,3	40,9	2,1	3,3	4,5	5,2	9,4	13,0	20,0	23,8	32,4
11M19***	26	1,6	9,8	79,2	88,7	4,8	8,0	15,1	27,5	65,4	72,5	77,5	81,8	87,1
13M04	4	13,5	72,1	99,7	100,0	36,9	60,4	83,8	93,3	95,6	98,0	99,6	99,8	99,9
16M11***	50	6,9	46,2	81,6	100,0	22,9	40,3	50,6	58,2	63,2	69,3	76,3	86,0	90,7
17M06**	22	0,0	0,0	0,0	11,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8
17M12	1	99,1	99,1	99,1	99,1	99,1	99,1	99,1	99,1	99,1	99,1	99,1	99,1	99,1
17M14	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
19M02	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
19M06	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
19M07	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
19M21	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
20Z02	2	88,5	90,2	93,8	95,5	89,2	89,9	90,6	91,3	92,0	92,7	93,4	94,1	94,8
20Z04*	5	0,0	0,0	96,8	98,7	0,0	0,0	14,8	44,4	74,0	83,1	92,2	97,2	98,0
23M06**	17	0,0	0,0	95,1	100,0	0,0	0,0	5,3	12,7	29,6	51,9	93,0	96,2	97,7
23M09	3	0,0	49,2	99,2	100,0	19,7	39,4	59,1	78,8	98,5	98,8	99,1	99,4	99,7
23M14**	18	97,7	99,4	100,0	100,0	99,2	99,3	99,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
23M15*	7	53,4	68,4	90,7	99,1	55,7	61,7	75,2	80,8	82,4	85,4	88,8	92,7	96,0
23M20***	65	0,0	2,2	21,2	100,0	0,0	1,3	3,5	4,4	7,8	10,3	19,8	27,4	69,0
23M21	3	99,2	99,5	99,9	100,0	99,3	99,4	99,5	99,6	99,7	99,8	99,8	99,9	99,9
23Z02**	13	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Pièce-jointe n° 2 : Ciblage des racines offrant les plus forts potentiels de développement des prises en charge sans nuitée, pour priorisation des travaux d'élaboration des référentiels de prise en charge

Racines de GHM présentant plus de 1 000 séjours d'une ou deux nuitées en 2014, par nombre total de séjours d'une ou deux nuitées décroissant

Racines de GHM hors racines de type « autres » présentant plus de 1 000 séjours[46] en 2014

Tableau 27 : Racines de GHM comptant plus de 1 000 séjours sans nuitée en 2014 sur le périmètre de la mission, hors racines de type « autres »

Racine	Domaine d'activité	Libellé de la racine	Taux de 0 nuitée (%)	Nombre de 1 et 2 nuitées
05M08	Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque	15	19 918
06M16	Digestif	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil digestif	31	15 663
06M12	Digestif	Douleurs abdominales	24	14 993
06M20	Digestif	Tumeurs bénignes de l'appareil digestif	1	12 029
05M12	Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Troubles vasculaires périphériques	21	10 811
04M22	Pneumologie	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire	74	10 434
07M06	Digestif	Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas	18	10 255
07M02	Digestif	Affections des voies biliaires	8	9 913
04M11	Pneumologie	Signes et symptômes respiratoires	33	9 162
04M09	Pneumologie	Tumeurs de l'appareil respiratoire	21	9 013
11M02	Uro-néphrologie et génital	Lithiases urinaires	24	8 920
03M07	ORL, Stomatologie	Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche	8	8 877

[46] Et hors trois racines de GHM de chimiothérapie relevant de probables erreurs de codage.

Annexe III

Racine	Domaine d'activité	Libellé de la racine	Taux de 0 nuitée (%)	Nombre de 1 et 2 nuitées
23M15	Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	Actes non effectués en raison d'une contre-indication	49	6 927
01M32	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	85	6 642
06M04	Digestif	Hémorragies digestives	4	6 522
10M13	Endocrinologie	Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques	89	6 436
08M14	Rhumatologie	Affections du tissu conjonctif	34	6 251
05M13	Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Douleurs thoraciques	54	6 093
11M12	Uro-néphrologie et génital	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans	22	5 922
01M11	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Affections des nerfs crâniens et rachidiens	27	5 294
11M04	Uro-néphrologie et génital	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans	11	4 948
01M21	Douleurs chroniques, Soins palliatifs	Douleurs chroniques rebelles	66	4 664
08M10	Rhumatologie	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques	30	4 368
20Z05	Toxicologie, Intoxications, Alcool	Ethylisme aigu	34	4 242
03M11	ORL, Stomatologie	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans	75	4 161
05M20	Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoire	85	3 881
10M02	Endocrinologie	Diabète, âge supérieur à 35 ans	12	3 831
06M07	Digestif	Maladies inflammatoires de l'intestin	21	3 777
17M12	Hématologie	#N/A	39	3 771
05M15	Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Hypertension artérielle	26	3 752

Annexe III

Racine	Domaine d'activité	Libellé de la racine	Taux de 0 nuitée (%)	Nombre de 1 et 2 nuitées
01M22	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Migraines et céphalées	30	3 744
11M06	Uro-néphrologie et génital	Insuffisance rénale, sans dialyse	30	3 645
10M09	Endocrinologie	Obésité	59	3 611
09M05	Tissu cutané et tissu sous-cutané	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans	14	3 577
08M25	Rhumatologie	Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	15	3 521
21M10	Toxicologie, Intoxications, Alcool	Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge supérieur à 17 ans	21	3 513
08M27	Rhumatologie	Sciatiques et autres radiculopathies	19	3 411
11M07	Uro-néphrologie et génital	Tumeurs des reins et des voies urinaires	26	3 292
05M05	Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Syncopes et lipothymies	31	3 085
01M08	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 80 ans	40	3 078
04M08	Pneumologie	Bronchopneumopathies chroniques	38	2 989
18M04	Maladies infectieuses (dont VIH)	Fièvres d'étiologie indéterminée, âge supérieur à 17 ans	13	2 979
04M02	Pneumologie	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans	44	2 802
05M09	Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	6	2 772
03M03	ORL, Stomatologie	Otites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge inférieur à 18 ans	30	2 746
10M16	Endocrinologie	Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans	19	2 723
17M07	Hématologie	#N/A	32	2 723
01M25	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Epilepsie, âge supérieur à 17 ans	19	2 674

Annexe III

Racine	Domaine d'activité	Libellé de la racine	Taux de 0 nuitée (%)	Nombre de 1 et 2 nuitées
01M17	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse	48	2 628
04M03	Pneumologie	Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans	18	2 522
06M13	Digestif	Tumeurs malignes de l'oesophage et de l'estomac	7	2 406
08M35	Rhumatologie	Explorations et surveillance de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	86	2 395
04M05	Pneumologie	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	6	2 315
04M18	Pneumologie	Bronchiolites	7	2 307
18M02	Maladies infectieuses (dont VIH)	Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur 18 ans	15	2 224
06M17	Digestif	Soins de stomies digestives	19	2 210
10M12	Endocrinologie	Tumeurs des glandes endocrines	36	2 183
03M04	ORL, Stomatologie	Otites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans	39	2 165
23M10	Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	Soins de contrôle chirurgicaux	33	2 044
04M17	Pneumologie	Epanchements pleuraux	40	2 013
03M05	ORL, Stomatologie	Troubles de l'équilibre	23	1 962
01M24	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Epilepsie, âge inférieur à 18 ans	43	1 903
05M16	Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Athérosclérose coronarienne	29	1 880
10M18	Endocrinologie	Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans	25	1 842
08M15	Rhumatologie	Tendinites, myosites et bursites	49	1 836
12M03	Uro-néphrologie et génital	Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin	14	1 815
04M14	Pneumologie	Maladies pulmonaires interstitielles	37	1 787
19M07	Psychiatrie	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 80 ans	73	1 773
06M11	Digestif	Ulcères gastroduodénaux non compliqués	3	1 738
16M10	Hématologie	Troubles sévères de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans	21	1 718
19M02	Psychiatrie	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial	36	1 633
11M03	Uro-néphrologie et génital	Infections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans	10	1 568

Annexe III

Racine	Domaine d'activité	Libellé de la racine	Taux de 0 nuitée (%)	Nombre de 1 et 2 nuitées
05M11	Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge supérieur à 17 ans	25	1 540
01M16	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge inférieur à 80 ans	25	1 506
17M14	Hématologie	Explorations et surveillance pour affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	91	1 493
07M07	Digestif	Cirrhoses alcooliques	30	1 466
09M08	Tissu cutané et tissu sous-cutané	Affections dermatologiques sévères	31	1 441
09M09	Gynécologie - sein	Affections non malignes des seins	33	1 433
07M13	Digestif	Explorations et surveillance des affections du système hépatobiliaire et du pancréas	86	1 411
01M34	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Anomalies de la démarche d'origine neurologique	37	1 386
04M20	Pneumologie	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	3	1 367
19M11	Psychiatrie	Névroses dépressives	35	1 305
10M03	Endocrinologie	Diabète, âge inférieur à 36 ans	16	1 257
12M04	Uro-néphrologie et génital	Hypertrophie prostatique bénigne	18	1 240
12M06	Uro-néphrologie et génital	Prostatites aigües et orchites	5	1 215
07M10	Digestif	Pancréatites aigües	5	1 198
05M06	Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Angine de poitrine	21	1 175
08M30	Rhumatologie	Rhumatismes et raideurs articulaires	27	1 165
03M10	ORL, Stomatologie	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge inférieur à 18 ans	91	1 141
02M04	Ophtalmologie	Affections oculaires d'origine neurologique	37	1 137
20Z04	Toxicologie, Intoxications, Alcool	Ethylisme avec dépendance	61	1 136
08M18	Rhumatologie	Suites de traitement après une affection de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif	12	1 133
23M21	Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation	96	1 081

Racine	Domaine d'activité	Libellé de la racine	Taux de 0 nuitée (%)	Nombre de 1 et 2 nuitées
23M14	Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	Traitements prophylactiques	97	1 075
09M11	Tissu cutané et tissu sous-cutané	Tumeurs de la peau	71	1 068
11M18	Uro-néphrologie et génital	Explorations et surveillance pour affections du rein et des voies urinaires	93	1 059
08M26	Orthopédie traumatologie	Fractures du rachis	9	1 051

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Racines de GHM de type « autres » présentant plus de 1 000 séjours[47] en 2014

Racines de type « autres »

Tableau 28 : Racines de GHM comptant plus de 1 000 séjours sans nuitée en 2014 sur le périmètre de la mission de type « autre »

Racine	Domaine d'activité	Libellé racine	Taux de 0 nuitée (%)	Nombre de 1 et 2 nuitées
23M20	Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	47	59 731
06M03	Digestif	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans	5	44 398
23M06	Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	Autres facteurs influant sur l'état de santé	49	21 853
16M11	Hématologie	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans	37	17 496
06M09	Digestif	Autres affections digestives, âge supérieur à 17 ans	7	16 371
06M05	Digestif	Autres tumeurs malignes du tube digestif	10	9 047
11M19	Uro-néphrologie et génital	Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 11	57	8 389
06M02	Digestif	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans	16	7 596

[47] Et hors trois racines de GHM de chimiothérapie relevant de probables erreurs de codage (cf. supra).

Racine	Domaine d'activité	Libellé racine	Taux de 0 nuitée (%)	Nombre de 1 et 2 nuitées
08M29	Rhumatologie	Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical	28	7 581
05M17	Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Autres affections de l'appareil circulatoire	48	7 180
13M04	Gynécologie - sein	Autres affections de l'appareil génital féminin	37	6 239
03M09	ORL, Stomatologie	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans	28	5 407
11M16	Uro-néphrologie et génital	Autres affections des reins et des voies urinaires, à l'exception de celles d'origine diabétique, âge supérieur à 17 ans	18	4 871
09M07	Tissu cutané et tissu sous-cutané	Autres affections dermatologiques	40	4 022
08M19	Rhumatologie	Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	43	3 465
10M07	Endocrinologie	Autres troubles endocriniens	61	3 295
04M23	Pneumologie	Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 04	28	3 221
07M11	Digestif	Autres affections non malignes du pancréas	14	2 881
07M04	Digestif	Autres affections hépatiques	30	2 733
08M28	Rhumatologie	Autres rachialgies	19	2 661
02M08	Ophtalmologie	Autres affections oculaires d'origine non diabétique, âge supérieur à 17 ans	49	2 575
01M12	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Autres affections du système nerveux	37	2 564
16M09	Hématologie	Autres affections du système réticuloendothélial ou immunitaire	47	1 985
21M16	Toxicologie, Intoxications, Alcool	Autres complications iatrogéniques non classées ailleurs	22	1 980
16M13	Hématologie	Autres troubles de la coagulation	44	1 921
07M08	Digestif	Autres cirrhoses et fibrose hépatique	48	1 718
13M07	Gynécologie - sein	Autres tumeurs de l'appareil génital féminin	8	1 636
23M19	Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	Explorations et surveillance pour autres motifs de recours aux soins	82	1 572
06M08	Digestif	Autres affections digestives, âge inférieur à 18 ans	19	1 425
12M05	Uro-néphrologie et génital	Autres affections de l'appareil génital masculin	76	1 048

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Racines de types « symptômes et autres »

Tableau 29 : Racines de GHM comptant plus de 1 000 séjours sans nuitée en 2014 sur le périmètre de la mission de type « symptômes et autres »

Racine	Domaine d'activité	Libellé racine	Taux de 0 nuitée (%)	Nombre de 1 et 2 nuitées
06M18	Digestif	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 06	17	12 706
07M14	Digestif	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 07	86	4 372
08M36	Rhumatologie	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 08	39	3 652
16M15	Hématologie	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 16	91	1 796
01M35	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 01	45	1 686
05M23	Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 05	52	1 422
03M15	ORL, Stomatologie	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 03	39	1 276

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Racines de GHM par domaine d'activité, et par nombre total de séjours d'une et deux nuitées décroissant

Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues

Tableau 30 : Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues		96 056	24,7	226 911	58,3	388 979
23M20	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	59 731	35,0	79 688	46,7	170 722
23M06	Autres facteurs influant sur l'état de santé	21 853	22,4	47 455	48,7	97 366
23M15	Actes non effectués en raison d'une contre-indication	6 927	49,7	6 789	48,7	13 950
23M10	Soins de contrôle chirurgicaux	2 044	33,2	2 058	33,5	6 152
23M19	Explorations et surveillance pour autres motifs de recours aux soins	1 572	14,8	8 691	81,6	10 650
23M21	Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation	1 081	3,3	31 415	95,8	32 776
23M14	Traitements prophylactiques	1 075	2,5	41 697	96,7	43 139
21M15	Rejets de greffe	656	21,7	993	32,8	3 028
23M11	Autres motifs concernant majoritairement la petite enfance	608	30,9	973	49,5	1 967
23M02	Rééducation	239	3,0	6 774	85,1	7 959
23M16	Convalescences et autres motifs sociaux	198	20,0	263	26,5	991
21M13	Maltraitance	72	25,8	115	41,2	279
01M37	Autres affections de la CMD 01 avec décès : séjours de moins de 2 jours	-	#DIV/0 !	-	#DIV/0 !	-
05M22	Autres affections de la CMD 05 avec décès : séjours de moins de 2 jours	-	#DIV/0 !	-	#DIV/0 !	-

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)

Tableau 31 : Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)		65 109	28,4	83 244	36,3	229 556
05M08	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque	19 918	56,3	5 359	15,1	35 397
05M12	Troubles vasculaires périphériques	10 811	37,7	5 893	20,5	28 696
05M17	Autres affections de l'appareil circulatoire	7 180	23,0	15 052	48,3	31 169
05M13	Douleurs thoraciques	6 093	35,1	9 387	54,0	17 369
05M20	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoire	3 881	11,7	28 160	84,8	33 192
05M15	Hypertension artérielle	3 752	29,0	3 417	26,4	12 939
05M05	Syncopes et lipothymies	3 085	30,9	3 054	30,6	9 980
05M09	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	2 772	8,4	1 854	5,6	33 079
05M16	Athérosclérose coronarienne	1 880	40,3	1 372	29,4	4 661
05M11	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge supérieur à 17 ans	1 540	40,3	938	24,5	3 825
05M23	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 05	1 422	33,0	2 256	52,3	4 314
05M06	Angine de poitrine	1 175	39,8	625	21,2	2 953
05M07	Thrombophlébites veineuses profondes	632	17,1	279	7,6	3 692
05M10	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge inférieur à 18 ans	400	31,7	666	52,8	1 261
05M04	Infarctus aigu du myocarde	346	25,2	181	13,2	1 372
05M19	Surveillances de greffes de coeur sans acte diagnostique par voie vasculaire	113	2,4	4 655	97,0	4 801
05M18	Endocardites aiguës et subaiguës	95	12,1	89	11,3	787
05M14	Arrêt cardiaque	14	20,3	7	10,1	69
05M21	Infarctus aigu du myocarde avec décès : séjours de moins de 2 jours	-	#DIV/0 !	-	#DIV/0 !	-

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances

Tableau 32 : Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances		124 090	63,2	3 975	2,0	196 464
17M06	Chimiothérapie pour autre tumeur	103 011	66,4	577	0,4	155 127
23M09	Chimiothérapie pour affections non tumorales	19 818	57,0	3 381	9,7	34 738
17M05	Chimiothérapie pour leucémie aigüe	1 261	19,1	17	0,3	6 599

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Digestif

Tableau 33 : Digestif

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
Digestif		189 525	45,4	108 737	26,1	417 240
06M03	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans	44 398	63,2	3 613	5,1	70 297
06M09	Autres affections digestives, âge supérieur à 17 ans	16 371	60,0	1 869	6,9	27 282
06M16	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil digestif	15 663	65,3	7 540	31,4	24 002
06M12	Douleurs abdominales	14 993	53,7	6 799	24,4	27 904
06M18	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 06	12 706	56,9	3 843	17,2	22 329
06M20	Tumeurs bénignes de l'appareil digestif	12 029	80,4	176	1,2	14 956
07M06	Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas	10 255	39,0	4 763	18,1	26 287
07M02	Affections des voies biliaires	9 913	43,1	1 745	7,6	23 022
06M05	Autres tumeurs malignes du tube digestif	9 047	51,0	1 694	9,5	17 756
06M02	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans	7 596	58,2	2 056	15,8	13 049
06M04	Hémorragies digestives	6 522	49,5	536	4,1	13 169
07M14	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 07	4 372	8,4	44 850	86,0	52 122
06M07	Maladies inflammatoires de l'intestin	3 777	36,2	2 222	21,3	10 445
07M11	Autres affections non malignes du pancréas	2 881	56,1	697	13,6	5 139
07M04	Autres affections hépatiques	2 733	29,4	2 814	30,3	9 285
06M13	Tumeurs malignes de l'oesophage et de l'estomac	2 406	40,7	402	6,8	5 918
06M17	Soins de stomies digestives	2 210	44,9	912	18,5	4 926
06M11	Ulcères gastroduodénaux non compliqués	1 738	55,9	90	2,9	3 108
07M08	Autres cirrhoses et fibrose hépatique	1 718	30,8	2 664	47,8	5 573
07M07	Cirrhoses alcooliques	1 466	18,1	2 429	29,9	8 113
06M08	Autres affections digestives, âge inférieur à 18 ans	1 425	58,7	472	19,5	2 426
07M13	Explorations et surveillance des affections du système hépatobiliaire et du pancréas	1 411	11,2	10 899	86,2	12 643

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
07M10	Pancréatites aigües	1 198	23,5	231	4,5	5 100
07M09	Hépatites chroniques	940	30,7	1 830	59,8	3 060
06M19	Affections sévères du tube digestif	520	15,2	22	0,6	3 427
07M12	Suivis de greffe de foie et de pancréas	479	12,1	3 273	82,5	3 966
07M16	Ictères du nouveau-né	295	55,5	140	26,3	532
06M14	Invaginations intestinales aigües	181	67,5	22	8,2	268
06M21	Autres affections digestives concernant majoritairement la petite enfance	133	57,8	22	9,6	230
07M15	Affections hépatiques sévères à l'exception des tumeurs malignes, des cirrhoses et des hépatites alcooliques	131	16,4	89	11,1	799
06M10	Ulcères gastroduodénaux compliqués	16	20,3	-	0,0	79
06M15	Suivi de greffes de l'appareil digestif	2	7,1	23	82,1	28

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Douleurs chroniques, Soins palliatifs

Tableau 34 : Douleurs chroniques, Soins palliatifs

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
Douleurs chroniques, Soins palliatifs		5 463	7,5	41 663	57,5	72 470
01M21	Douleurs chroniques rebelles	4 664	8,3	37 182	65,8	56 467
23Z02	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	799	5,0	4 481	28,0	16 003

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Endocrinologie

Tableau 35 : Endocrinologie

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
Endocrinologie		29 188	11,5	143 511	56,8	252 759
10M13	Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques	6 436	7,0	82 068	88,8	92 467
10M02	Diabète, âge supérieur à 35 ans	3 831	8,6	5 331	12,0	44 452
10M09	Obésité	3 611	18,6	11 535	59,4	19 419
10M07	Autres troubles endocriniens	3 295	15,8	12 712	60,8	20 914
10M16	Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans	2 723	19,5	2 692	19,3	13 965
10M12	Tumeurs des glandes endocrines	2 183	29,4	2 665	35,9	7 417
10M18	Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans	1 842	12,5	3 635	24,6	14 763
10M03	Diabète, âge inférieur à 36 ans	1 257	15,4	1 321	16,2	8 142
10M14	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 10	998	12,7	6 288	79,8	7 878
10M20	Problèmes alimentaires du nouveau-né et du nourrisson	571	56,7	102	10,1	1 007
10M11	Autres maladies métaboliques congénitales	567	10,5	4 103	76,1	5 390
10M15	Troubles métaboliques, âge inférieur à 18 ans	526	47,6	261	23,6	1 106
10M17	Troubles nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans	517	23,7	632	28,9	2 185
10M10	Maladies métaboliques congénitales sévères	331	35,9	252	27,3	922
10M08	Acidocétose et coma diabétique	272	11,6	119	5,1	2 354
10M19	Autres affections de la CMD 10 concernant majoritairement la petite enfance	228	32,7	115	16,5	698
23M08	Autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire	-	0,0	9 680	100,0	9 680

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Gynécologie - sein

Tableau 36 : Gynécologie - sein

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
Gynécologie - sein		12 294	38,2	12 896	40,1	32 178
13M04	Autres affections de l'appareil génital féminin	6 239	47,7	4 840	37,0	13 092
13M07	Autres tumeurs de l'appareil génital féminin	1 636	60,1	215	7,9	2 723
09M09	Affections non malignes des seins	1 433	39,3	1 184	32,5	3 642
13M03	Tumeurs malignes de l'appareil génital féminin	931	36,3	589	22,9	2 567
09M10	Tumeurs malignes des seins	529	16,0	1 997	60,5	3 303
13M05	Infections de l'utérus et de ses annexes	505	36,5	67	4,8	1 384
13M06	Autres infections de l'appareil génital féminin	486	45,7	284	26,7	1 064
13M09	Explorations et surveillance gynécologiques	174	10,6	1 434	87,2	1 644
13M10	Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 13	153	17,6	689	79,2	870
09M13	Explorations et surveillance des affections des seins	115	8,7	1 177	89,0	1 322
09M15	Symptômes et autres recours aux soins concernant les affections des seins	75	20,7	236	65,0	363
13M08	Assistance médicale à la procréation	18	8,8	184	90,2	204

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Hématologie

Tableau 37 : Hématologie

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
Hématologie		36 700	19,1	101 482	52,9	191 866
16M11	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans	17 496	28,7	22 252	36,5	60 908
17M12		3 771	22,3	6 682	39,5	16 937
17M07		2 723	34,1	2 569	32,2	7 988
16M09	Autres affections du système réticuloendothélial ou immunitaire	1 985	20,3	4 613	47,2	9 773
16M13	Autres troubles de la coagulation	1 921	29,3	2 880	43,9	6 556
16M15	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 16	1 796	6,3	25 882	90,6	28 574
16M10	Troubles sévères de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans	1 718	16,3	2 195	20,8	10 533
17M14	Explorations et surveillance pour affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	1 493	7,7	17 450	90,5	19 279
16M12	Purpuras	863	29,3	560	19,0	2 944
16M16	Troubles sévères de la lignée érythrocytaire, âge inférieur à 18 ans	561	17,6	1 101	34,5	3 190
16M14	Explorations et surveillance pour affections du sang et des organes hématopoïétiques	496	5,2	8 963	93,3	9 611
17M11		425	17,7	1 058	44,0	2 405
16M07	Donneurs de moelle	304	37,1	487	59,5	819
16M17	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge inférieur à 18 ans	284	20,5	967	69,8	1 386
17M13		244	11,3	1 522	70,8	2 150
17M09	Leucémies aigües, âge supérieur à 17 ans	225	8,4	626	23,4	2 672
16M08	Déficits immunitaires	136	10,2	1 013	75,9	1 335
16M18	Autres affections hématologiques concernant majoritairement la petite enfance	103	53,6	57	29,7	192
16M06	Affections de la rate	67	22,1	48	15,8	303
17M08	Leucémies aigües, âge inférieur à 18 ans	44	8,0	206	37,3	552
27Z03	Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques	32	1,3		0,0	2 378
27Z02	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques	13	1,3		0,0	1 030

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
27Z04	Greffes de cellules souches hématopoïétiques, en ambulatoire	-	0,0	351	100,0	351

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Maladies infectieuses (dont VIH)

Tableau 38 : Maladies infectieuses (dont VIH)

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
Maladies infectieuses (dont VIH)		7 909	14,3	29 618	53,7	55 167
18M04	Fièvres d'étiologie indéterminée, âge supérieur à 17 ans	2 979	29,3	1 348	13,3	10 156
18M02	Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur 18 ans	2 224	56,5	594	15,1	3 938
18M11	Autres maladies infectieuses ou parasitaires	620	33,5	420	22,7	1 849
25M02	Autres maladies dues au VIH	514	13,7	915	24,4	3 752
18M03	Maladies virales, âge supérieur à 17 ans	423	23,8	163	9,2	1 775
18M07	Septicémies, âge supérieur à 17 ans	375	6,8	259	4,7	5 536
18M10	Maladies infectieuses sévères	283	25,7	231	21,0	1 102
18M12	Explorations et surveillance pour maladies infectieuses ou parasitaires	184	0,9	21 217	98,9	21 463
18M09	Paludisme	110	33,4	18	5,5	329
18M14	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 18	107	4,2	2 201	87,0	2 530
18M15	Autres maladies infectieuses concernant majoritairement la petite enfance	50	28,6	25	14,3	175
18M06	Septicémies, âge inférieur à 18 ans	38	11,0	24	6,9	347
25Z03	Maladies dues au VIH, âge inférieur à 13 ans	2	16,7		0,0	12
18M13	Affections de la CMD 18 avec décès : séjours de moins de 2 jours	-	#DIV/0 !	-	#DIV/0 !	-
23M07	Autres motifs de recours pour infection à VIH, en ambulatoire	-	0,0	2 203	100,0	2 203
25Z02	Maladies dues au VIH, avec décès	-	#DIV/0 !	-	#DIV/0 !	-

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Ophtalmologie

Tableau 39 : Ophtalmologie

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
Ophtalmologie		5 556	17,7	15 838	50,4	31 440
02M08	Autres affections oculaires d'origine non diabétique, âge supérieur à 17 ans	2 575	26,0	4 877	49,2	9 918
02M04	Affections oculaires d'origine neurologique	1 137	26,9	1 551	36,7	4 225
02M07	Autres affections oculaires d'origine diabétique, âge supérieur à 17 ans	568	10,9	816	15,7	5 214
02M05	Autres affections oculaires, âge inférieur à 18 ans	461	14,9	2 449	79,2	3 094
02M09	Explorations et surveillance pour affections de l'oeil	346	5,4	5 852	91,3	6 410
02M03	Infections oculaires aiguës sévères	276	13,9	146	7,4	1 983
02M02	Hyphéma	136	48,4	44	15,7	281
02M10	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 02	57	18,1	103	32,7	315

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

ORL, Stomatologie

Tableau 40 : ORL, Stomatologie

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
ORL, Stomatologie		30 318	33,4	45 153	49,7	90 812
03M07	Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche	8 877	64,7	1 136	8,3	13 727
03M09	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans	5 407	53,8	2 800	27,9	10 048
03M11	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans	4 161	17,2	18 116	75,0	24 170
03M03	Otites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge inférieur à 18 ans	2 746	52,1	1 607	30,5	5 275
03M04	Otites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans	2 165	38,2	2 219	39,2	5 667
03M05	Troubles de l'équilibre	1 962	33,4	1 325	22,5	5 879
03M15	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 03	1 276	29,8	1 661	38,8	4 280
03M10	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge inférieur à 18 ans	1 141	7,4	14 010	90,6	15 465
03M14	Explorations et surveillance pour affections ORL	945	38,8	1 295	53,2	2 436
03M08	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge inférieur à 18 ans	789	40,8	887	45,8	1 936
03M13	Infections aigües sévères des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans	739	47,3	73	4,7	1 563
03M12	Infections aigües sévères des voies aériennes supérieures, âge inférieur à 18 ans	110	30,1	24	6,6	366

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Orthopédie traumatologie

Tableau 41 : Orthopédie traumatologie

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
Orthopédie traumatologie		1 144	31,1	351	9,6	3 675
08M26	Fractures du rachis	1 051	30,0	311	8,9	3 504
08M38	Entorses et luxations du rachis	93	54,4	40	23,4	171

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Pneumologie

Tableau 42 : Pneumologie

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
Pneumologie		55 573	24,5	76 036	33,5	227 113
04M22	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire	10 434	23,4	32 860	73,5	44 679
04M11	Signes et symptômes respiratoires	9 162	43,9	6 794	32,6	20 850
04M09	Tumeurs de l'appareil respiratoire	9 013	36,5	5 119	20,7	24 690
04M23	Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 04	3 221	47,5	1 919	28,3	6 780
04M08	Bronchopneumopathies chroniques	2 989	23,6	4 803	37,9	12 666
04M02	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans	2 802	34,2	3 616	44,1	8 198
04M03	Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans	2 522	19,9	2 246	17,7	12 686
04M05	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	2 315	11,7	1 121	5,7	19 813
04M18	Bronchiolites	2 307	38,1	407	6,7	6 062
04M17	Epanchements pleuraux	2 013	18,9	4 307	40,4	10 655
04M14	Maladies pulmonaires interstitielles	1 787	19,3	3 442	37,3	9 237
04M20	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	1 367	9,8	472	3,4	13 963
04M15	Autres diagnostics portant sur le système respiratoire	822	33,1	705	28,4	2 483
04M10	Embolies pulmonaires	765	13,1	335	5,8	5 822
04M04	Pneumonies et pleurésies banales, âge inférieur à 18 ans	696	36,4	150	7,8	1 912
04M07	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans	673	9,5	389	5,5	7 116
04M12	Pneumothorax	571	25,1	113	5,0	2 274
04M13	Oedème pulmonaire et détresse respiratoire	560	11,5	184	3,8	4 865
04M25	Grippes	499	39,1	165	12,9	1 276
04M21	Suivis de greffe pulmonaire	479	9,0	4 680	88,0	5 321
04M27	Autres affections respiratoires concernant majoritairement la petite enfance	194	57,2	40	11,8	339
04M19	Tuberculoses	168	6,8	235	9,5	2 481
04M26	Fibroses kystiques avec manifestations pulmonaires	136	5,8	1 744	74,0	2 356

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
04M06	Infections et inflammations respiratoires, âge inférieur à 18 ans	78	13,2	190	32,3	589
04M24	Affections de la CMD 04 avec décès : séjours de moins de 2 jours	-	#DIV/0 !	-	#DIV/0 !	-

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Psychiatrie

Tableau 43 : Psychiatrie

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
Psychiatrie		9 481	7,7	83 425	68,0	122 659
19M07	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 80 ans	1 773	8,2	15 837	72,9	21 719
19M02	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial	1 633	16,5	3 607	36,3	9 923
19M11	Névroses dépressives	1 305	14,9	3 034	34,6	8 768
19M06	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans	871	2,9	20 997	70,3	29 875
19M18	Autres maladies et troubles mentaux de l'enfance	607	24,3	899	36,0	2 495
19M22	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 19	465	24,9	817	43,8	1 864
19M19	Troubles de l'humeur	396	22,7	502	28,8	1 741
19M16	Autres psychoses, âge inférieur à 80 ans	395	25,1	708	45,0	1 572
19M10	Névroses autres que les névroses dépressives	391	19,5	658	32,9	2 001
19M21	Explorations et surveillance pour maladies et troubles mentaux	343	1,3	25 587	98,2	26 044
19M17	Maladies et troubles du développement psychologiques de l'enfance	330	5,0	6 184	92,9	6 657
19M20	Autres troubles mentaux	284	11,0	1 332	51,6	2 582
19M13	Autres troubles de la personnalité et du comportement avec réactions impulsives	253	18,2	431	31,0	1 390
19M12	Anorexie mentale et boulimie	211	6,3	1 765	52,5	3 365
19M14	Troubles bipolaires et syndromes dépressifs sévères	206	9,1	952	42,2	2 257
19M15	Autres psychoses, âge supérieur à 79 ans	18	4,4	115	28,3	406

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Rhumatologie

Tableau 44 : Rhumatologie

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
Rhumatologie		43 235	23,2	69 987	37,6	186 346
08M29	Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical	7 581	27,7	7 716	28,2	27 334
08M14	Affections du tissu conjonctif	6 251	20,8	10 139	33,8	29 995
08M10	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques	4 368	23,7	5 596	30,3	18 459
08M36	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 08	3 652	32,2	4 458	39,3	11 335
08M25	Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	3 521	26,4	2 062	15,4	13 362
08M19	Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	3 465	32,9	4 490	42,6	10 545
08M27	Sciatiques et autres radiculopathies	3 411	23,4	2 774	19,0	14 573
08M28	Autres rachialgies	2 661	22,5	2 286	19,3	11 847
08M35	Explorations et surveillance de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	2 395	10,7	19 367	86,2	22 460
08M15	Tendinites, myosites et bursites	1 836	19,5	4 640	49,2	9 430
08M30	Rhumatismes et raideurs articulaires	1 165	26,5	1 194	27,2	4 394
08M18	Suites de traitement après une affection de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif	1 133	58,0	231	11,8	1 955
08M09	Arthropathies non spécifiques	813	24,8	753	22,9	3 283
08M24	Tumeurs primitives malignes des os, du cartilage ou des tissus mous	425	33,1	401	31,2	1 285
08M34	Algoneurodystrophie	323	8,4	2 922	76,4	3 824
08M32	Ostéomyélites chroniques	235	10,4	958	42,3	2 265

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)

Tableau 45 : Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)		41 380	20,8	94 568	47,6	198 672
01M32	Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	6 642	11,6	48 258	84,5	57 097
01M11	Affections des nerfs crâniens et rachidiens	5 294	21,6	6 627	27,1	24 479
01M22	Migraines et céphalées	3 744	38,1	2 963	30,2	9 816
01M08	Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 80 ans	3 078	18,0	6 818	39,9	17 092
01M25	Epilepsie, âge supérieur à 17 ans	2 674	35,9	1 432	19,2	7 442
01M17	Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse	2 628	20,7	6 023	47,5	12 676
01M12	Autres affections du système nerveux	2 564	29,4	3 192	36,6	8 720
01M24	Epilepsie, âge inférieur à 18 ans	1 903	37,1	2 191	42,7	5 126
01M35	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 01	1 686	30,2	2 540	45,5	5 584
01M16	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge inférieur à 80 ans	1 506	37,3	995	24,7	4 035
01M34	Anomalies de la démarche d'origine neurologique	1 386	12,8	3 975	36,7	10 826
01M29	Anévrysmes cérébraux	857	63,5	360	26,7	1 350
01M30	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	842	13,6	530	8,5	6 204
01M28	Hydrocéphalies	784	34,1	794	34,5	2 302
01M26	Tumeurs malignes du système nerveux	751	17,2	709	16,3	4 363
01M27	Autres tumeurs du système nerveux	707	35,9	475	24,1	1 970
01M23	Convulsions hyperthermiques	690	60,1	259	22,6	1 148
01M05	Infections du système nerveux à l'exception des méningites virales	614	23,5	457	17,5	2 608
01M10	Autres affections cérébrovasculaires	490	23,5	821	39,4	2 082
01M33	Troubles du sommeil	481	55,5	227	26,2	867
01M15	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge supérieur à 79 ans	401	25,8	238	15,3	1 555
01M07	Maladies dégénératives du système nerveux, âge supérieur à 79 ans	386	6,3	3 267	53,3	6 125
01M09	Affections et lésions du rachis et de la moelle	330	21,1	764	48,9	1 563

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
01M04	Méningites virales	289	33,5	72	8,3	863
01M13	Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique	281	22,8	220	17,9	1 232
01M31	Autres accidents vasculaires cérébraux non transitoires	246	21,0	190	16,2	1 174
01M38	Autres affections neurologiques concernant majoritairement la petite enfance	64	23,9	162	60,4	268
01M39	Troubles de la régulation thermique du nouveau-né et du nourrisson	62	59,0	9	8,6	105
01M36	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires avec décès : séjours de moins de 2 jours	-	#DIV/0 !	-	#DIV/0 !	-

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Tissu cutané et tissu sous-cutané

Tableau 46 : Tissu cutané et tissu sous-cutané

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
Tissu cutané et tissu sous-cutané		12 863	16,0	38 001	47,2	80 444
09M07	Autres affections dermatologiques	4 022	21,9	7 387	40,2	18 392
09M05	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans	3 577	24,4	2 101	14,3	14 666
09M08	Affections dermatologiques sévères	1 441	16,2	2 761	31,0	8 917
09M11	Tumeurs de la peau	1 068	17,6	4 310	71,1	6 061
09M06	Ulcères cutanés	967	8,9	2 868	26,4	10 844
09M04	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge inférieur à 18 ans	733	44,4	247	15,0	1 652
09M14	Symptômes et autres recours aux soins concernant les affections de la peau	551	20,0	1 850	67,2	2 755
09M12	Explorations et surveillance des affections de la peau	504	2,9	16 477	96,0	17 157

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Toxicologie, Intoxications, Alcool

Tableau 47 : Toxicologie, Intoxications, Alcool

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
Toxicologie, Intoxications, Alcool		13 592	13,0	56 783	54,3	104 502
20Z05	Ethylisme aigu	4 242	61,2	2 341	33,8	6 936
21M10	Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge supérieur à 17 ans	3 513	63,5	1 164	21,0	5 533
21M16	Autres complications iatrogéniques non classées ailleurs	1 980	29,4	1 476	21,9	6 742
20Z04	Ethylisme avec dépendance	1 136	1,7	41 569	61,4	67 749
21M05	Réactions allergiques non classées ailleurs, âge supérieur à 17 ans	597	30,7	1 113	57,2	1 947
21M02	Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge inférieur à 18 ans	470	47,9	162	16,5	982
21M14	Autres traumatismes et effets nocifs autres que les intoxications	394	31,7	591	47,6	1 242
20Z02	Toxicomanies non éthyliques avec dépendance	316	3,9	4 839	60,0	8 061
21M12	Autres effets toxiques	308	43,6	350	49,5	707
21M04	Réactions allergiques non classées ailleurs, âge inférieur à 18 ans	230	9,8	2 090	88,6	2 358
20Z06	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances	139	8,4	862	52,1	1 653
21M11	Effets toxiques des autres substances chimiques	138	50,0	82	29,7	276
20Z03	Abus de drogues non éthyliques sans dépendance	129	40,8	144	45,6	316

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

Uro-néphrologie et génital

Tableau 48 : Uro-néphrologie et génital

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
Uro-néphrologie et génital		50 925	27,2	83 871	44,8	187 068
11M02	Lithiases urinaires	8 920	61,0	3 487	23,9	14 613
11M19	Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 11	8 389	33,0	14 409	56,6	25 453
11M12	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans	5 922	40,9	3 117	21,5	14 492
11M04	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans	4 948	25,4	2 178	11,2	19 443
11M16	Autres affections des reins et des voies urinaires, à l'exception de celles d'origine diabétique, âge supérieur à 17 ans	4 871	42,3	2 033	17,6	11 525
11M06	Insuffisance rénale, sans dialyse	3 645	20,8	5 295	30,3	17 487
11M07	Tumeurs des reins et des voies urinaires	3 292	46,6	1 803	25,5	7 068
12M03	Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin	1 815	52,2	500	14,4	3 479
11M03	Infections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans	1 568	37,5	404	9,7	4 183
12M04	Hypertrophie prostatique bénigne	1 240	49,8	442	17,8	2 488
12M06	Prostatites aigües et orchites	1 215	22,8	277	5,2	5 324
11M18	Explorations et surveillance pour affections du rein et des voies urinaires	1 059	5,4	18 303	92,8	19 714
12M05	Autres affections de l'appareil génital masculin	1 048	17,8	4 489	76,3	5 887
11M17	Surveillances de greffes de rein	980	4,1	22 792	94,7	24 077
11M15	Autres affections des reins et des voies urinaires d'origine diabétique, âge supérieur à 17 ans	730	11,7	909	14,6	6 232
11M08	Autres affections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans	601	26,7	1 179	52,4	2 252
12M07	Autres infections et inflammations de l'appareil génital masculin	383	23,7	957	59,2	1 617
12M08	Explorations et surveillance des affections de l'appareil génital masculin	137	13,2	866	83,8	1 034
11M11	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge inférieur à 18 ans	85	46,7	56	30,8	182
12M09	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 12	56	13,1	368	86,2	427

Racine	Libellé de la racine	Nombre de séjours d'une et deux nuitées	Taux de séjours d'une et deux nuitées	Nombre de séjours sans nuitée	Taux de séjours sans nuitée	Nombre total de séjours
11M20	Autres affections uronéphrologiques concernant majoritairement la petite enfance	21	23,1	7	7,7	91

Source : PMSI, données 2014 transmises par l'ATIH, retraitements de la mission.

ANNEXE IV

Description de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

SOMMAIRE

INTRODUCTION **1**

1. L'ADMISSION D'UN PATIENT DANS UNE UNITÉ MÉDICALE EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE EST L'ÉLÉMENT DÉCLENCHEUR DU RECUEIL D'INFORMATIONS DANS LE CADRE DU PMSI **1**

1.1. La collecte d'informations est réalisée au niveau des unités d'un établissement 1

1.2. La classification des unités médicales est commune au PMSI et à la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2

1.3. Les modes d'entrée et de sortie dans l'UM sont précisément définis dans le PMSI 3

2. DU RÉSUMÉ D'UNITÉ MÉDICALE (RUM) AU RÉSUMÉ DE SORTIE STANDARDISÉ (RSS) **4**

3. D'UN ACTE ADMINISTRATIF QU'EST L'ADMISSION AU CODAGE PMSI **4**

4. LA NUMÉROTATION DES GROUPES HOMOGÈNES DE MALADES **8**

5. LES DIFFÉRENTES CLASSIFICATIONS **9**

6. DU GROUPE HOMOGÈNE DE MALADES OU GROUPE HOMOGÈNE DE SÉJOURS **11**

Introduction

L'ensemble des éléments ci-dessous sont extraits des publications présentes sur le site internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), dont notamment le Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de février 2015.

La description de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé publics et privés repose sur le recueil systématique d'un certain nombre d'informations administratives et médicales, qui constituent le résumé de sortie standardisé (RSS).

Le recueil de ces données au sein des établissements de santé et leur transmission aux agences régionales de santé (ARS), à l'Etat et aux organismes d'assurance maladie sont prévus aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Cette obligation existe depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière[1].

Les données PMSI sont remontées au niveau de l'entité juridique pour les établissements publics et au niveau des entités géographiques pour les établissements privés.

1. L'admission d'un patient dans une unité médicale en médecine, chirurgie, obstétrique est l'élément déclencheur du recueil d'informations dans le cadre du PMSI

1.1. La collecte d'informations est réalisée au niveau des unités d'un établissement

L'admission d'un patient dans une unité médicale (UM, cf. encadré 1) de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) déclenche la production d'un résumé d'unité médicale (RUM).

Le recueil de l'information médicale est réalisé au niveau des UM, dans le cadre du PMSI.

Ces unités médicales sont classées en :

- hospitalisation complète (HC), programmée ou non, prévue pour que le patient passe au moins une nuit à l'hôpital. L'hospitalisation donne lieu à un hébergement ;
- hospitalisation à temps partiel (HP), dont l'hospitalisation de jour ou de nuit et les séances, programmée d'une durée inférieure ou égale à 12h, se déroulant dans une structure individualisée (locaux, personnel, organisation) ;
- hospitalisation mixte, lorsque l'UM regroupe de l'HC et de l'HP.

Les établissements sont aussi découpés en unités fonctionnelles (UF, cf. encadré 1). La correspondance une UM pour une UF n'est pas obligatoire : une UM peut être composée d'une ou plusieurs UF mais une UF ne peut appartenir qu'à une seule UM. Toutefois, cette correspondance de un pour un est à privilégier.

Encadré 1 : Unité médicale et unité fonctionnelle

- Unité médicale (UM) : ensemble individualisé de moyens matériels et humains assurant des soins à des patients, repérée par un code spécifique dans une nomenclature (cf. tableau 1). Les établissements disposant d'une autorisation d'activité ou d'une reconnaissance contractuelle pour

[1] Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

une ou plusieurs activités spécifiques (ex : réanimation pédiatrique, soins palliatifs) doivent identifier les UM concernées dans leur découpage. Tel est le cas des unités d'hospitalisation de jour hors unité gériatrique, ou de nuit, et des unités d'hospitalisation de jour gériatrique

- Unité fonctionnelle (UF) : plus petite entité de l'établissement à partir de laquelle la collecte des informations (activités et/ou économiques) peut être réalisée et utilisée dans les fichiers informatiques

1.2. La classification des unités médicales est commune au PMSI et à la statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Dans le PMSI, le séjour est classé en fonction de « son contenu » (acte classant opératoire par exemple) alors que dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), c'est le type d'unité dans laquelle le patient est hospitalisé (discipline d'équipement) qui prévaut. Ainsi, un patient qui n'a pas d'acte chirurgical, hospitalisé dans une unité de chirurgie, sera classé en chirurgie au sens de la SAE et en médecine au sens du PMSI.

Depuis 2013, le typage des UM a fait converger les approches du PMSI et de la SAE. Pour pouvoir utiliser le PMSI avec l'approche de la SAE, la mission a utilisé le fichier de description des unités médicales (fichier IUM) fourni dans les remontées de données, par l'ATIH, et enrichi afin que toutes les unités médicales de MCO soient typées. Chaque unité se voit affecter un type d'UM et un seul, de manière à n'appartenir qu'à une seule discipline et à permettre ainsi une partition des unités médicales de l'établissement (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Description des unités médicales

Code UM	Classification de l'unité médicale fonctionnelle	Mode d'hospitalisation	Rattachement à la discipline SAE
01A	Réanimation adulte hors grands brûlés	HC	Médecine
01B	Réanimation adulte grands brûlés	HC	Médecine
02A	Soins intensifs en cardiologie = USIC	HC	Médecine
02B	Autres soins intensifs (hors UNV, USIC, néonatologie)	HC	Médecine
03A	Soins surveillance continue adulte hors grands brûlés	HC	Médecine
03B	Soins surveillance continue adulte grands brûlés	HC	Médecine
4	Néonatologie sans SI	HC	Médecine
5	Soins intensifs en néonatologie	HC	Médecine
6	Réanimation néonatale	HC	Médecine
07A	UHCD structures des urgences générales	HC	Urgences
07B	UHCD structures des urgences pédiatriques	HC	Urgences
8	Soins et accompagnement des malades en phase terminale (unité de soins palliatifs)	HC	Médecine
13A	Réanimation pédiatrique hors grand brûlés	HC	Médecine
13B	Réanimation pédiatrique grands brûlés	HC	Médecine
14A	Soins surveillance continue pédiatrique hors grands brûlés	HC	Médecine
14B	Soins surveillance continue pédiatrique grands brûlés	HC	Médecine
16	Unité d'hématologie équipée d'un système de traitement de l'air	HC	Médecine
17	UNV hors SI	HC	Médecine
18	Soins intensifs en UNV	HC	Médecine
19	Unité d'addictologie de recours et de référence	HP /HC /mixte	Médecine
20	Traitement des grands brûlés (hors réanimation et surveillance continue grands brûlés)	HC	Chirurgie
21	Hémodialyse en centre pour adulte	HP	Dialyse

22	Hémodialyse en centre pour enfant	HP	Dialyse
23	Hémodialyse en unité médicalisée	HP	Dialyse
34	Hémodialyse en unité d'autodialyse	HP	Dialyse
35	Hémodialyse à domicile	HP	Dialyse
36	Dialyse péritonéale à domicile	HP	Dialyse
37	Unité de dialyse saisonnière	HP	Dialyse
26	Unité hospitalière sécurisée interrégionale UHSI	HC	Médecine
40	Unité d'hospitalisation d'oncologie médicale	HP /HC /mixte	Médecine
41	Unité d'hospitalisation d'oncologie chirurgicale	HP /HC /mixte	Chirurgie
42	Unité de radiothérapie ambulatoire	HP	Médecine
43	Unité de chimiothérapie ambulatoire	HP	Médecine
50	Chirurgie cardiaque	HP /HC /mixte	Chirurgie
51	Neurochirurgie	HP /HC /mixte	Chirurgie
52	Autre chirurgie pédiatrique (ou chirurgie indifférenciée pédiatrique)	HP /HC /mixte	Chirurgie
53	Autre chirurgie adulte (ou chirurgie indifférenciée adulte)	HP /HC /mixte	Chirurgie
61	Unité de prise en charge de la douleur chronique	HP /HC /mixte	Médecine
27	Médecine gériatrique	HP /HC /mixte	Médecine
28	Médecine pédiatrique (hors unité d'oncologie médicale, spécialisée ou non)	HP /HC /mixte	Médecine
29	Autres spécialités médicales adultes (non classées ailleurs) ou unité de médecine indifférenciée	HP /HC /mixte	Médecine
70	Gynécologie seule	HP /HC /mixte	Gynéco obst
71	Obstétrique seule	HP /HC /mixte	Gynéco obst
72	Interruption volontaire de grossesse	HP /HC /mixte	Gynéco obst
73	Gynécologie obstétrique indifférenciée	HP /HC /mixte	Gynéco obst

Source : DREES.

1.3. Les modes d'entrée et de sortie dans l'UM sont précisément définis dans le PMSI

Les différents modes d'entrée dans l'UM sont :

- mutation (code 6) : le patient vient d'une autre UM d'hospitalisation appartenant à la même entité juridique pour les établissements publics de santé (EPS) ou à la même entité géographique pour les établissements de santé privés ;
- transfert définitif (code 7) : le patient vient d'une autre entité juridique pour les EPS ou d'une autre entité juridique ou géographique pour les établissements de santé privés ;
- transfert provisoire (code 0) : le patient est transféré pour ou après la réalisation d'un acte. Cela correspond aux prestations interétablissements ;
- domicile (code 8) : le patient vient de son domicile ou de son substitut, tel un établissement d'hébergement médico-social (ex. EHPAD). L'entrée d'un patient de son domicile par passage dans la structure d'accueil des urgences de l'établissement est différenciée par un code 8-5.

Les différents modes de sortie de l'UM sont, en reprenant les mêmes définitions que pour les différents modes d'entrée :

- mutation (code 6) ;
- transfert définitif (code 7) ;
- transfert provisoire (code 0) ;
- domicile (code 8) ;
- décès (code 9).

2. Du résumé d'unité médicale (RUM) au résumé de sortie standardisé (RSS)

Tout séjour hospitalier en MCO d'un établissement de santé public ou privé doit donner lieu à la production d'un résumé de sortie standardisé (RSS), constitué d'un ou plusieurs résumés d'unité médicale (RUM) selon que le patient a séjourné dans une UM (RSS « monoRUM ») ou plusieurs UM (RSS « multiRUM »).

Parmi les séjours, sont identifiées les séances. Ce sont des venues limitées à une journée ou une nuit. Elles impliquent le plus souvent une fréquentation itérative pour des motifs thérapeutiques listés : dialyse, chimiothérapie (pour tumeur et pour affection non tumorale), radiothérapie (préparation, irradiation), transfusion sanguine, oxygénothérapie hyperbare, aphérèse sanguine et injection de fer.

Pour les séances il y a, au choix des UM, deux possibilités :

- un RSS par séance ;
- un RSS calendaire (c'est-à-dire réunissant des séances identiques dont le nombre durant la période est précisé dans un champ du résumé de sortie). Dans ce cas, la prise en charge doit être identique pour toutes les séances d'un même RSS.

Toutefois, l'ATIH recommande fortement aux établissements de santé de produire dans tous les cas un RSS par séance (RSS-séance) afin de se préparer à la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) à l'assurance maladie.

3. D'un acte administratif qu'est l'admission au codage PMSI

Chaque RUM contient des informations administratives, des diagnostics codés en classification internationale des maladies (10ème version de l'Organisation mondiale de la santé - CIM10), des comorbidités et des actes codés en classification commune de actes médicaux[2] (CCAM). Les RUM sont ensuite chaînés, puis un algorithme complexe oriente le séjour dans 1 des 668 racines. Une dernière ramification (souvent en quatre niveaux de sévérité) produit 2 591 Groupes Homogènes de Malades[3] (GHM) différents.

[2] En 2015, l'ATIH a mis en œuvre une 1ère version de CCAM descriptive à usage PMSI. Elle a pour objectif de permettre la subdivision d'actes pour les besoins du PMSI ou la description des actes médicaux validés par la Haute autorité de santé (HAS) réalisés dans les établissements hospitaliers mais absents de la publication CCAM sur le site CCAM en ligne de l'Assurance maladie.

[3] Version 11g

Les informations recueillies au titre des RSS font ainsi l'objet d'un traitement automatique aboutissant à leur classement en un nombre volontairement limité de groupes cohérents du point de vue médical et des coûts : les groupes homogènes de malades (GHM). Cette classification française des GHM est une adaptation de la classification américaine des Diagnosis Related Groups (DRGs). Tout RSS est obligatoirement classé dans un seul GHM, dont la classification est décrite dans un manuel publié au Bulletin officiel[4].

La classification des GHM fait l'objet d'actualisations régulières qui induisent une mise à jour des tables ou de la fonction groupage par l'ATIH. La première version de la classification des GHM (dite version 0) a été publiée en 1986. La classification a connu en 2009 sa onzième version et en 2015 sa sixième révision.

Le classement de chaque RSS dans un GHM ou « groupage » résulte de tests prédéterminés sur les informations qu'il contient. L'ensemble des tests effectués constitue l'algorithme de la classification. C'est un arbre généralement binaire, en « oui » et « non », avec des nœuds et des fonctions de décision (cf. graphique 1).

La fonction groupage classe le RSS d'abord en CMD (catégorie majeure de diagnostics) à partir de quelques données :

- le nombre de séances => CMD 28 ;
- l'existence d'un acte de transplantation => CMD 27 ;
- un polytraumatisme => CMD 26 ;
- une infection par le VIH => CMD 25 ;
- et surtout le diagnostic principal (DP) qui depuis 2009 exprime le problème de santé qui a motivé l'admission dans l'UM. Ce DP oriente vers les autres CMD.

Encadré 2 : Présentation des 28 catégories majeures de diagnostics :

01 Affections du système nerveux ;
02 Affections de l'œil ;
03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents ;
04 Affections de l'appareil respiratoire ;
05 Affections de l'appareil circulatoire ;
06 Affections du tube digestif ;
07 Affections du système hépatobiliaire et du pancréas ;
08 Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif ;
09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins ;
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles ;
11 Affections du rein et des voies urinaires ;
12 Affections de l'appareil génital masculin ;
13 Affections de l'appareil génital féminin ;
14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du postpartum ;
15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale ;
16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques ;
17 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus ;
18 Maladies infectieuses et parasitaires ;
19 Maladies et troubles mentaux ;
20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci ;
21 Traumatismes, allergies et empoisonnements ;

[4] 11ème version de la classification, 6ème révision (11g), Version 13.11g de la fonction groupage. Mise à jour au 1er mars 2015.

22 Brûlures ;
23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé ;
25 Maladies dues à une infection par le VIH ;
26 Traumatismes multiples graves ;
27 Transplantations d'organes ;
28 Séances ;
90 Erreurs et autres séjours inclassables.

Source : ATIH

À cette étape, le RSS est classé dans une racine de GHM. L'examen des actes classants permet ensuite d'orienter le séjour dans une racine de GHM.

D'autres variables interviennent par la suite : notamment les complications ou morbidités associées (CMA) et l'âge. Selon l'importance de leur effet sur la durée de séjour, les codes de CMA sont répartis selon quatre niveaux de sévérité numérotés 1, 2, 3 et 4 ou A, B, C et D (pour les CMD 14, 15 et 25). Le niveau 1 correspondant au niveau « sans CMA », c'est-à-dire sans sévérité significative.

Il faut une durée de séjour minimum pour accéder aux différents niveaux de sévérité ; cette durée minimale doit être de :

- trois jours pour le niveau 2 et B ;
- quatre jours pour le niveau 3 et C ;
- cinq jours pour le niveau 4 et D.

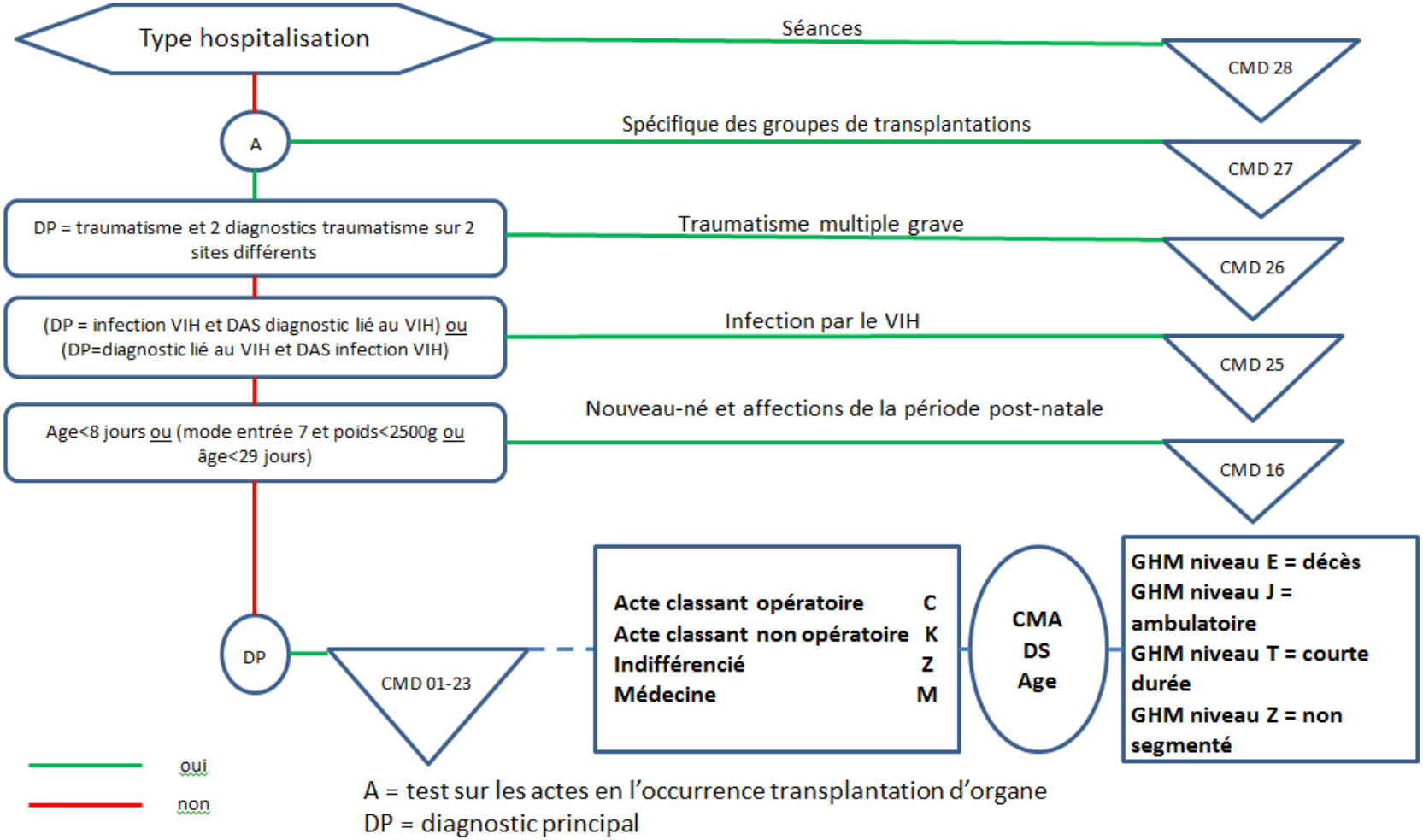
Si la durée de séjour minimale pour le niveau théorique de la CMA n'est pas respectée, le RSS est groupé dans le niveau de sévérité immédiatement inférieur, sous réserve du respect de la durée de séjour requise pour ce niveau.

Les niveaux de sévérité segmentent les racines en différents GHM. Ainsi, une racine affectée de quatre niveaux de sévérité est à l'origine de quatre GHM.

L'âge du patient intervient également dans la classification des GHM. Deux sortes de limites d'âge sont prévues : des limites susceptibles d'accroître le niveau de sévérité (moins de 2 ans, plus de 69 et plus de 79 ans) et une limite propre à certaines prises en charge (par exemple 18 ans pour les affections touchant fréquemment les enfants), résultat de l'analyse statistique et donc corrélée à la consommation de ressources.

Lorsque l'algorithme rencontre dans un RSS une erreur qui empêche le groupage — erreur dite bloquante — (par exemple un code de diagnostic principal qui n'existe pas dans la CIM–10), il est orienté dans la catégorie majeure n° 90 « Erreurs et autres séjours inclassables ». Comme l'indique cet intitulé, la CM 90 ne contient pas que des RSS erronés.

Graphique 1 : Algorithme simplifié de groupage des GHM



Source : Mission.

Le groupage permet l'affectation du séjour dans un GHM (Groupe Homogène de Malades).

La répartition de l'ensemble des RSS entre les GHM définit l'éventail des cas ou *casemix*. Il est l'expression des prises en charge en nature (CMD, GHM, caractère chirurgical, « interventionnel » ou médical) et en volume (effectifs par GHM).

La production des résumés de sortie anonymes (RSA), version anonyme du RSS, est automatique. À partir d'un fichier de RSS groupés, un module logiciel dit générateur de RSA (Genrsa), propriété de l'État, produit un fichier de RSA par transformation des RSS groupés.

Un fichier est alors émis sur la plateforme internet e-PMSI tous les mois (envoi cumulatif depuis chaque 1er janvier).

4. La numérotation des groupes homogènes de malades

Depuis la version 9 de la classification, la numérotation des GHM retenue utilise six caractères se décomposant comme suit : les deux premiers sont numériques et indiquent le numéro de la CMD, le troisième est alphabétique, désigne la sous-CMD et caractérise le GHM selon la logique de la classification avec les conventions suivantes :

- C - groupe chirurgical avec acte classant opératoire ;
- K - groupe avec acte classant non opératoire ;
- Z - groupe indifférencié avec ou sans acte classant opératoire ;
- M - groupe médical sans acte classant.

Les groupes indifférenciés (ni chirurgicaux ni médicaux) sont les groupes dans lesquels le classement a lieu sans test portant sur les actes. Par exemple, le groupe de la CMD-20 (« Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci ») est indifférencié, ni médical ni chirurgical.

Les quatrième et cinquième caractères sont numériques et sont utilisés comme un compteur qui permet de distinguer tous les numéros qui ont la même combinaison des trois premiers caractères.

On désigne par racine l'information portée par les cinq premiers caractères du numéro de GHM : CMD, caractère médical ou chirurgical et numéro d'ordre.

Le codage du sixième caractère du GHM peut prendre différents caractères :

- E, est réservé aux GHM dont l'ensemble des séjours se termine par un décès ;
- J, identifie un GHM dont l'activité est strictement ambulatoire (zéro nuit) que ce soit de la chirurgie ambulatoire ou des techniques interventionnelles réalisées en ambulatoire ;
- Z, non segmenté, indique qu'il n'y a pas de niveau de sévérité ;
- T, correspond à un GHM regroupant les séjours de très courte durée (cf. infra) ;
- les GHM avec niveau de sévérité sont codés de 1 à 4 (A à D pour les CMD 14-15-25).

Certaines activités classées dans la CMD-23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé » sont soit à la limite du champ MCO, soit à la limite de l'hospitalisation. Elles ont été individualisées dans des GHM pour les repérer, les analyser et permettre des évolutions en matière de financement de ces séjours. Ce sont des GHM volontairement non segmentés. Il s'agit par exemple des GHM : 23M16Z « Convalescences et autres motifs sociaux », 23M02Z « Rééducation », 23M18Z « Tests allergologiques », 23M13Z « Désensibilisation ».

Le nombre extrêmement important de séjours sans nuitée et de un jour en provenance de l'ex-CMD-24[5] a eu un impact fort sur la durée moyenne de séjour (DMS) du niveau 1 de certains GHM ou sur celle des GHM non segmentés (Z). La solution retenue a été de créer des GHM dits « de très courte durée ».

Ces GHM regroupent en fonction de la distribution de ces courts séjours :

- soit les séjours de zéro jour (0 nuitée) exclusivement (le GHM en T est alors dit *T0*) ;
- soit les séjours de zéro jour et d'une nuitée (le GHM en T est alors dit *T1*) ;
- soit les séjours de zéro jour, une et deux nuitées (le GHM en T est alors dit *T2*).

Le numéro du GHM ne mentionne que la lettre T en sixième position et ne précise pas s'il s'agit d'un T0, T1 ou T2.

Les GHM en T ont été créés pour des racines essentiellement médicales, et de façon systématique depuis la version 11b de la classification, pour les racines intitulées « Autres interventions… » ou « Autres affections… », difficiles à caractériser médicalement, mais il existe aussi des GHM de très courte durée dans des racines chirurgicales, indifférenciées, ou avec actes classants non opératoires.

Les GHM dits sans sévérité sont ceux qui ont comme sixième caractère : J, T, Z et 1 ou A.

5. Les différentes classifications

Il existe différentes méthodes pour regrouper les GHM et obtenir une analyse selon des prismes différents.

Les racines contiennent partiellement cette information dans leur troisième caractère (M pour médecine, C pour chirurgie, K pour l'activité interventionnelle non opératoire et Z quand l'activité est indéterminée). Il est d'usage de regrouper les racines en « Z » avec les racines « M ». Pour n'avoir que trois activités, il convient de regrouper les racines « K » avec la chirurgie ou la médecine selon les analyses envisagées. Pour appréhender l'activité « obstétrique, néonatologie » il convient de regrouper les CMD 14 et 15.

L'activité chirurgicale ainsi obtenue au sens du PMSI ne comprend pas l'ensemble des patients hospitalisés dans les services de chirurgie, mais seulement ceux qui ont eu un acte qui nécessite un bloc opératoire. A l'inverse, l'activité médicale au sens du PMSI correspond aux patients habituellement hospitalisés dans un service de médecine et ceux qui sont dans un service de chirurgie avec un acte dit « non classant ». Cette notion peut être déclinée par CMD ou regroupements de CMD en fonction de l'analyse souhaitée.

La notion de MCO peut être approchée en utilisant le classement des activités de soins (dit ASO) réalisé par l'ATIH. Cette classification se rapproche de l'activité de prise en charge réalisée dans des unités de chirurgie, de médecine et d'obstétrique. Les GHM sont ainsi classés en M, C et O. Néanmoins, il reste un certain nombre de GHM comprenant à la fois des séjours en médecine et des séjours en chirurgie.

[5] La CM 24 comprenait les séjours de moins de deux jours. Elle a été supprimée avec la V11fa afin de rendre son importance au diagnostic principal.

Tableau 2 : Exemple de GHM classés ASO

Code ASO	GHM	Libellé
C	01C13J	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, en ambulatoire
C	03K02J	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire
C	01M201	Commotions cérébrales, niveau 1
C	09Z02Z	Chirurgie esthétique
M	01M041	Méningites virales, niveau 1
M	01K071	Embolisations intracrâniennes et médullaires pour hémorragie, niveau 1
M	25Z034	Maladies dues au VIH, âge inférieur à 13 ans, niveau 4
O	14C02A	Césariennes sans complication significative
O	14M02T	Affections médicales du post-partum ou du post-abortum, très courte durée
O	14Z02C	Accouchements par voie basse avec complications majeures

Source : Mission.

Dans chaque CMD, la distinction entre la discipline médicale et la discipline chirurgicale pose un problème d'interprétation : par exemple, la partie médicale de la CMD-08 des affections du système ostéomusculaire comprend à la fois l'activité de rhumatologie et l'activité de traumatologie avec acte non classant. Néanmoins, ces deux activités sont rarement mélangées au sein d'un même GHM et il est possible d'adapter ce mode de regroupement.

D'autres adaptations peuvent être réalisées : par exemple, regrouper les affections du sein de la CMD-09 (affections de la peau et du tissu sous cutané) avec la CMD-13 (affections des organes génitaux féminins) pour appréhender la gynécologie, regrouper une partie de la CMD-11 (affections du rein et des voies urinaires) avec la CMD-12 (affections de l'appareil génital masculin) pour avoir l'activité d'urologie etc.

En procédant ainsi, 29 groupes sont obtenus, appelés « Domaines d'activité » (DA), qui sont transversaux à la répartition en M, C, O.

Tableau 3 : Les Domaines d'Activité en V11g

Domaines d'activité	Nombre racines
D01 – Digestif	75
D02 - Orthopédie traumatologie	61
D03 - Traumatismes multiples ou complexes graves	2
D04 – Rhumatologie	17
D05 - Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	45
D06 - Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	16
D07 - Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	41
D09 – Pneumologie	30
D10 - ORL, Stomatologie	41
D11 – Ophtalmologie	19
D12 - Gynécologie – sein	35
D13 – Obstétrique	21
D14 - Nouveau-nés et période périnatale	19
D15 - Uro-néphrologie et génital	58
D16 – Hématologie	26
D17 - Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	7
D18 - Maladies infectieuses (dont VIH)	16
D19 – Endocrinologie	22
D20 - Tissu cutané et tissu sous-cutané	16
D21 – Brûlures	6
D22 – Psychiatrie	16

Domaines d'activité	Nombre racines
D23 - Toxicologie, Intoxications, Alcool	13
D24 - Douleurs chroniques, Soins palliatifs	3
D25 - Transplant. d'organes	6
D26 - Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	33
D27 – Séances	19
D90 - Séjours en erreur	5
Total général	668

Source : ATIH.

Cette classification en domaines d'activités a été retenue par la mission en première approche d'une analyse par spécialité lors des travaux de caractérisation et de ciblage des courts séjours pour conduire l'élaboration des référentiels (cf. annexe I et annexe III).

6. Du groupe homogène de malades ou groupe homogène de séjours

Le GHM, issu du PMSI, groupe chaque séjour hospitalier dans un ensemble défini comme homogène en termes de contenu médical et de mobilisation de ressources. Ce groupage s'effectue à l'aide d'informations administratives (sexe, âge, durée de séjour…) et de données médicales (diagnostics, actes réalisés, comorbidités…).

Le GHS (Groupe Homogène de Séjour) constitue le pendant tarifaire du GHM. Il correspond à un tarif incluant tous les actes et prestations pour les établissements antérieurement sous dotation globale (ex-DG) et à un tarif hors honoraires pour les établissements antérieurement sous objectif quantifié national (ex-OQN).

La V11 du PMSI a introduit la possibilité d'avoir quatre niveaux de sévérité pour une même racine, comme expliqué précédemment. La mise en œuvre de cette version de classification a conduit à revoir le financement des séjours « extrêmes » (séjours particulièrement bas ou hauts par rapport à la durée moyenne des séjours composant le GHM).

Ainsi, la borne basse d'un GHM est la durée correspondant à l'entier inférieur du rapport DMS/2,5 (DMS = durée moyenne de séjour du GHM considéré), auquel est ajoutée la valeur 1.

La borne haute correspond à l'entier inférieur, du rapport DMS x 2,5.

Par ailleurs, le calcul des bornes obéit à des règles particulières pour les catégories de GHM suivantes :

- les GHM pour lesquels il n'y a pas de calcul de bornes ;
- les GHM présentant un effectif trop faible statistiquement ;
- les GHM présentant une durée moyenne de séjours trop faible ;
- les GHM pour lesquels la classification impose une durée minimale de séjours.

Les séjours avec décès ne sont pas soumis aux bornes basses.

Deux situations sont à distinguer selon le type de GHS :

- les séjours classés dans les niveaux de sévérité 2/3/4 ou dans le niveau 1 d'une racine possédant un GHM de très courte durée, lorsque la durée de séjours est inférieure à la borne basse, font l'objet d'un déclassement. Dans le cas où la durée du séjour s'avère particulièrement basse par rapport à la durée moyenne de séjours du niveau de sévérité dans lequel il est classé (c'est-à-dire en dessous de la borne basse), le séjour fait l'objet pour son financement d'un déclassement et est payé au tarif du niveau immédiatement inférieur ;

- le tarif journalier des séjours bas du niveau 1 pour les racines n'ayant pas de GHM de très courte durée (ou ambulatoire) ainsi que les séjours bas des GHM qui ne sont pas subdivisés en niveau de sévérité (ex : GHM en Z) est égal au tarif du GHM divisé par la valeur de la borne basse. Toutefois pour les séjours ambulatoires du GHM concerné (c'est à dire durée de séjour égale à 0), la durée de séjour considéré est de 0,5 jour.

A chaque GHM correspond donc un GHS[6] que les établissements de santé MCO sont autorisés à facturer en remboursement des prestations d'hospitalisation mobilisées lors du séjour du patient (ce système ne couvre pas les prestations délivrées aux malades pris en charge en externe : passages aux urgences sans hospitalisation, actes et consultations externes…).

[6] Ou plusieurs pour quelques exceptions, souvent en raison de la réalisation d'un ou de deux actes CCAM dans le séjour.

ANNEXE V

Support de présentation

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA
SANTE ET DES DROITS DES FEMMES

Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine

Restitution – février/mars 2016

Inspection Générale des Finances • Inspection Générale des Affaires Sociales

SOMMAIRE

1 Introduction

1.1 Présentation de la mission
1.2 Analyse capacitaire
1.3 Détermination du périmètre

2 Caractérisation de l'activité

2.1 Caractérisation des séances
2.2 Taux de séjours sans nuitée, hors séances
2.3 Caractérisation générale, hors séances
2.4 Caractérisation par GHM et par racines de GHM, hors séances

3 Enjeux

3.1 Organisation
3.2 Positionnement
3.3 Freins

4 Potentiel de développement

1.1 Présentation de la mission

Le lancement de la mission

Résulte du constat d'un faible taux de prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine, estimé à 25 % du nombre total de séjours de médecine (7,1 millions hors techniques peu invasives et séances)

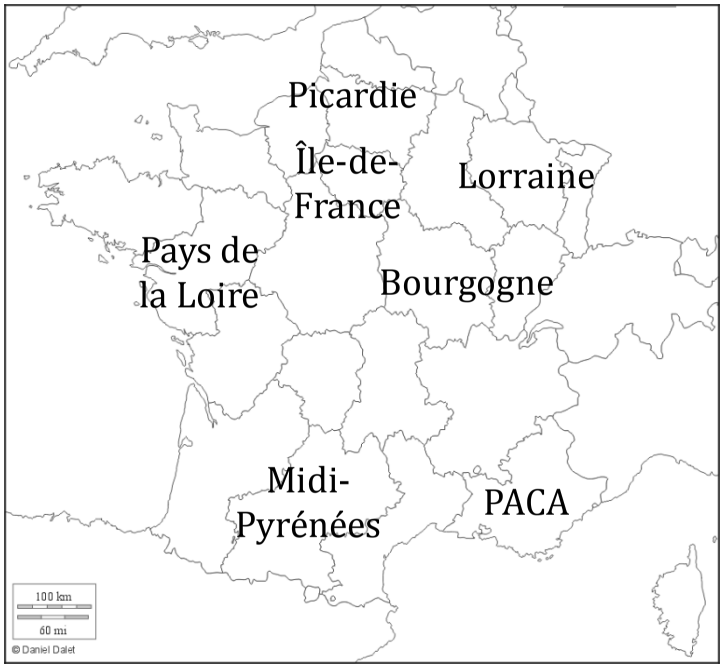
Fait suite au rapport relatif au développement de la chirurgie ambulatoire et s'inscrit dans un objectif d'ensemble de développement de l'activité ambulatoire au sein du système de soins

Des auditions des parties prenantes

Cabinets ministériels : Santé, Budget
Administrations centrales : DGOS, DSS, DREES
CNAMTS
Fédérations : FHF, FEHAP, FHP-MCO, Unicancer
Opérateurs de santé et agences : ATIH, HAS, ANAP, INCa
Personnalités qualifiées ou économistes de la santé : Anne-Marie Brocas, Dominique Libault, Laurent Degos, Pierre-Louis Bras, Pr Pierre Lombrail, Pr Jean-Yves Fagon, Roland Cash, Brigitte Dormont, Lise Rochaix…
Six conseils nationaux professionnels
Collectif interassociatif sur la santé (CISS)

Un travail d'exploitation statistique du PMSI en lien avec l'ATIH

Des déplacements menés dans sept régions



Soit au total 6 ARS, 7 CHU/CHR, 6 CH, 3 CLCC, 3 cliniques, 3 EBNL et 2 représentants de la CNAMTS au niveau local

Sur le fondement de questionnaires

Présentation de la mission

Les prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine désignent, au sein de l'hôpital :

1) les séjours de médecine de moins de douze heures pris en charge dans des structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit → Champ de la mission

2) les actes et consultations externes ↔ *Interagissant avec*

Sur la base des attendus de la lettre de mission, la mission a conduit son analyse selon trois axes principaux :

- Caractérisation de l'activité de médecine
- Analyse des enjeux du point de vue :
  - de l'organisation des structures de l'hôpital de jour
  - du positionnement de l'hôpital de jour dans l'offre de soins
  - des freins au développement de l'activité des hôpitaux de jour de médecine, en particulier de l'instruction « frontière » et des questions tarifaires
- Analyse du potentiel de développement

1.1 Définition de l'hôpital de jour

Un cadre réglementaire fixé par le code de la santé

(articles R.6121-4 et D.6124-301)

- Soumis à autorisation : médecine / hospitalisation temps partiel
- Prise en charge de moins de 12h
- Structures aisément identifiables par leurs usagers avec une organisation spécifique
- Moyens dédiés en locaux et en matériel
- Charte de fonctionnement des équipes médicales et paramédicales

Hôpital de jour

Règles de facturation d'un GHS

- Admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ;
- Dans un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ;
- Avec utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient

Et précisé par l'instruction « frontière »

• Les séances sont exclues de son champ

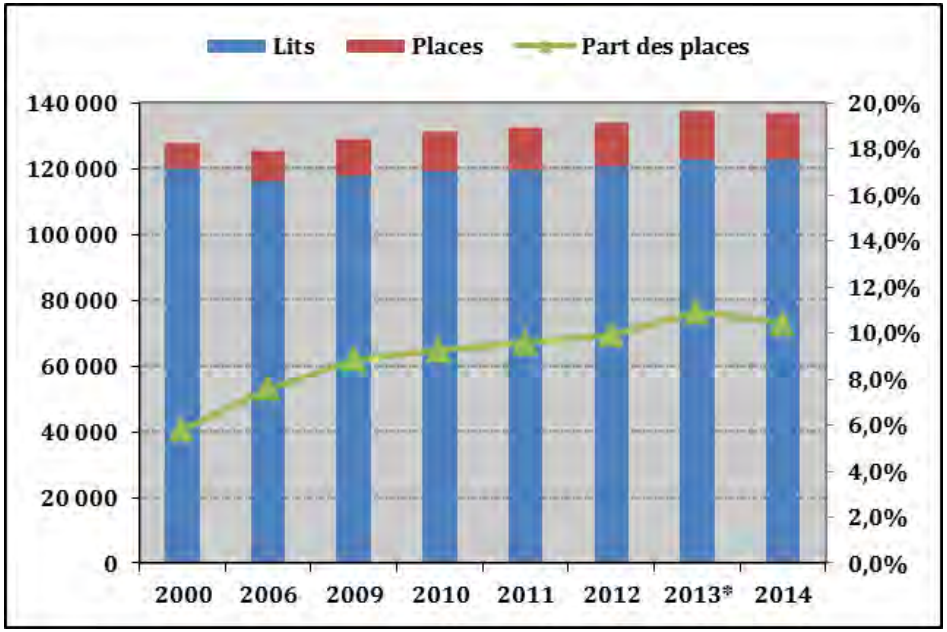
• Prise en charge justifiant le recours à « *une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin* » : les bilans diagnostiques ou thérapeutiques

• Prise en charge comportant « *plusieurs examens (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers et qu'une synthèse diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire en est réalisée par un médecin. S'agissant de ce dernier point, l'élaboration, à l'issue du bilan, d'un protocole de soins suivi ultérieurement en externe, est un type de synthèse médicale à privilégier* ».

Les capacités d'hospitalisation de jour en médecine progressent, mais moins nettement qu'en chirurgie

La part des places de médecine est en croissance continue depuis 2000 (+ 4 points)

Le nombre de lits installés est resté stable sur la période, le développement des places expliquant la croissance capacitaire



Périmètre : unités de médecine, UHCD, pédiatrie, et unités de réanimation, soins intensifs, soins continus (dont chirurgicaux)

Cette progression reste nettement inférieure à celle de la part des places de chirurgie (+ 11 points)

Cette dernière s'est accompagnée d'une diminution du nombre de lits

Périmètre : unités de chirurgie ➔ comparaisons possibles avec l'analyse des séjours

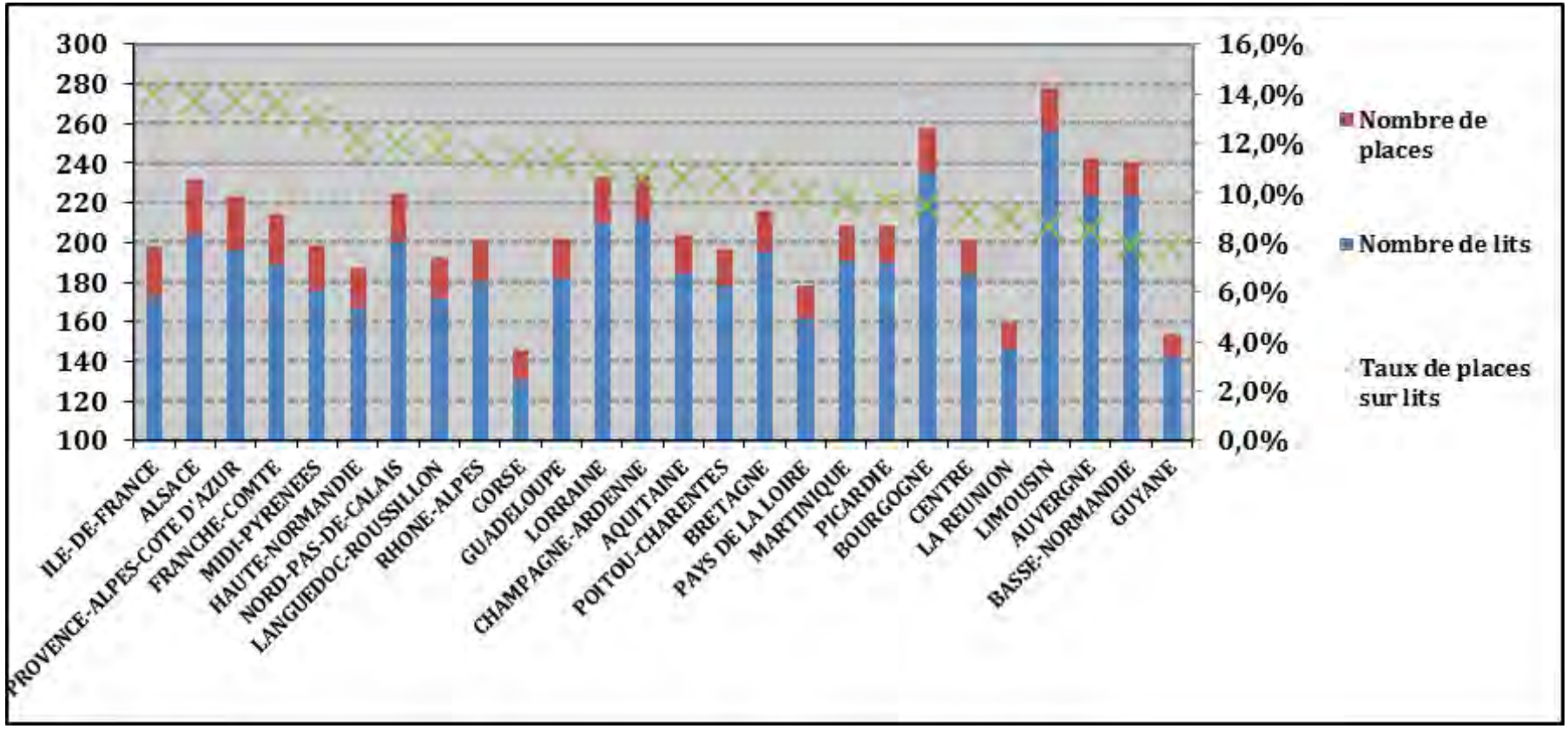
Source : Base capacitaire, copie tableau annexe de la SAE ; * : erreur de comptage pour 2013

1.2 Les taux de places / lits par régions sont fortement contrastés

Par région

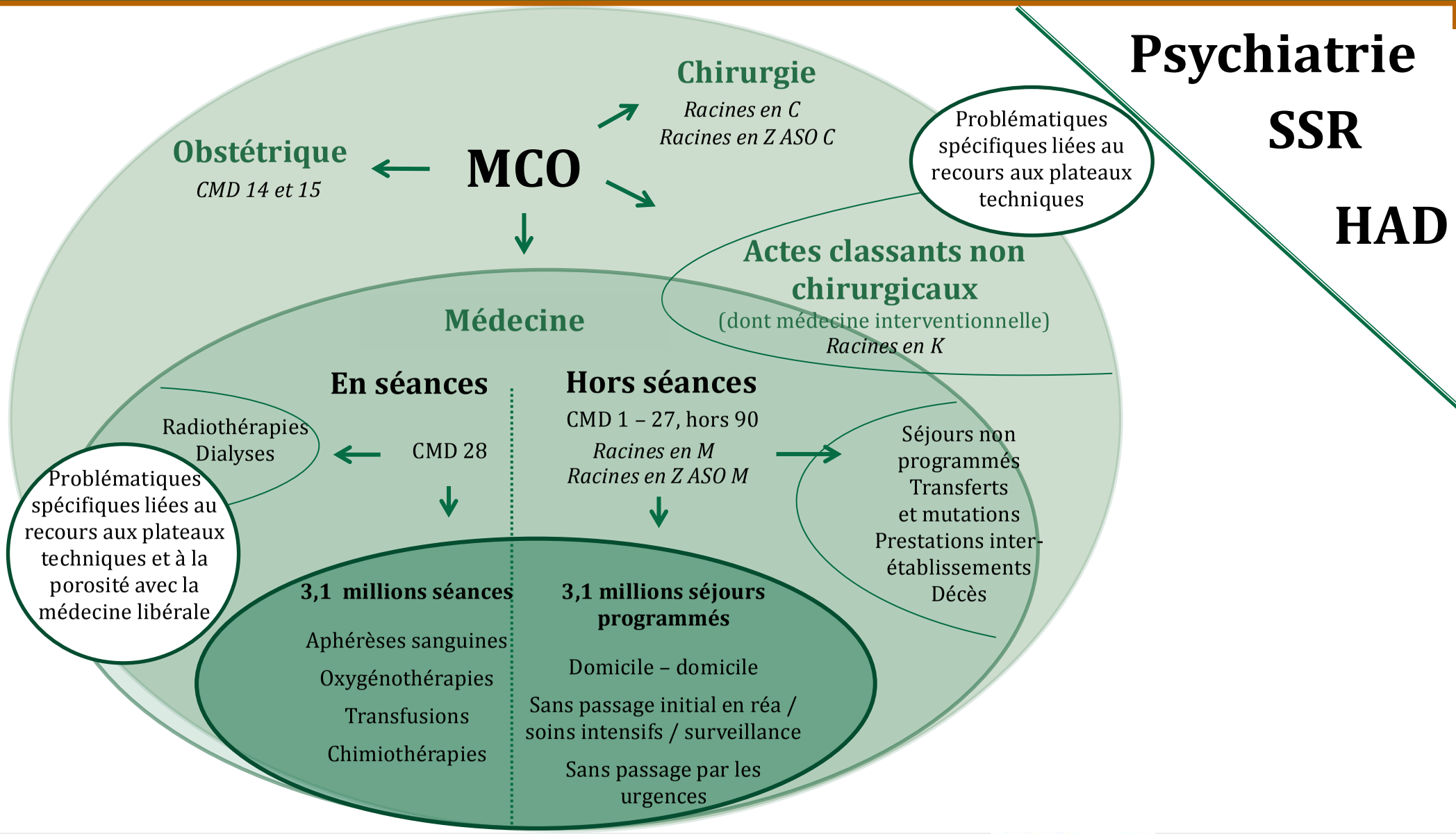
Le taux de places/lits s'échelonne de 8 % à 14 % en 2014

La capacité installée exprimée en nombre de lits et places pour 100 000 habitants varie du simple au double



Source : Base capacitaire, copie tableau annexe de la SAE ; * : erreur de comptage pour 2013

Le périmètre défini par la mission a été validé par l'ensemble des acteurs rencontrés



SOMMAIRE

1 Introduction

1.1 Présentation de la mission
1.2 Analyse capacitaire
1.3 Détermination du périmètre

2 Caractérisation de l'activité

2.1 Caractérisation des séances
2.2 Taux de séjours sans nuitée, hors séances
2.3 Caractérisation générale, hors séances
2.4 Caractérisation par GHM et par racines de GHM, hors séances

3 Enjeux

3.1 Organisation
3.2 Positionnement
3.3 Freins

4 Potentiel de développement

L'activité des HDJ de médecine est en premier lieu constituée des séances

74% des trois millions de séances compris dans le périmètre de la mission sont des séances de chimiothérapie pour tumeurs

GHM	Nombre de séances
Aphérèses sanguines, en séances	28 485
Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	536 733
Chimiothérapie pour tumeur, en séances	2 286 447
Oxygénothérapie hyperbare, en séances	51 939
Transfusions, en séances	183 741
Total général	3 087 345

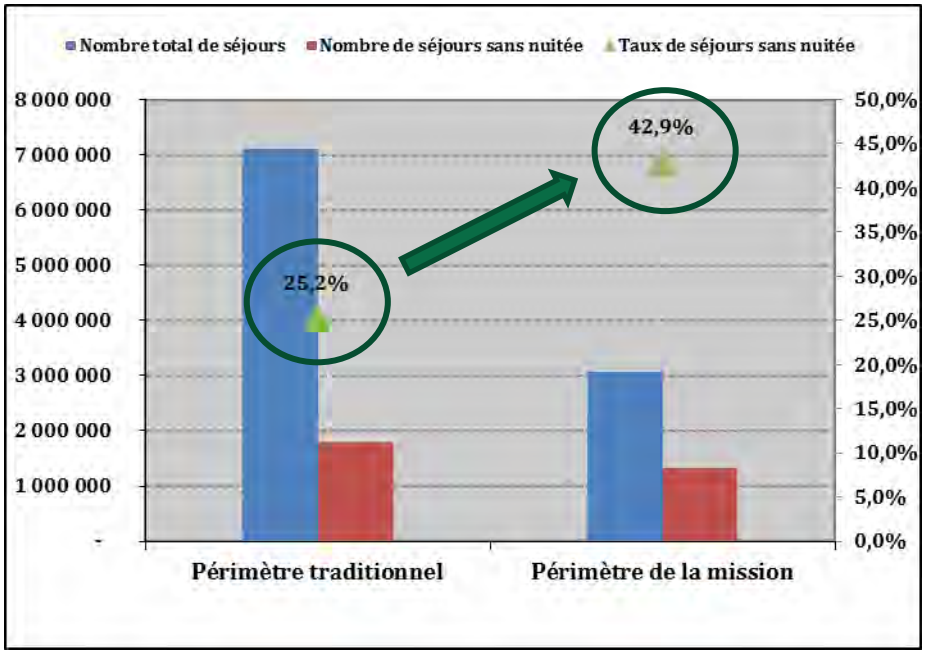
- Elles se répartissent entre 31 % pour les centres hospitaliers, 27 % pour les CHR-U et 26 % pour le secteur ex-OQN
- Si elles sont réalisées pour plus de 92% dans des unités d'hospitalisation partielle, plus de 130 000 séances sont encore réalisées de manière « foraine », soit un taux de séances foraines de 4,6 %
- Près de 77% des séances concernent des patients 18 à 74 ans, mais les 75 ans ou plus représentent plus de 43% des séances de transfusion

2.2

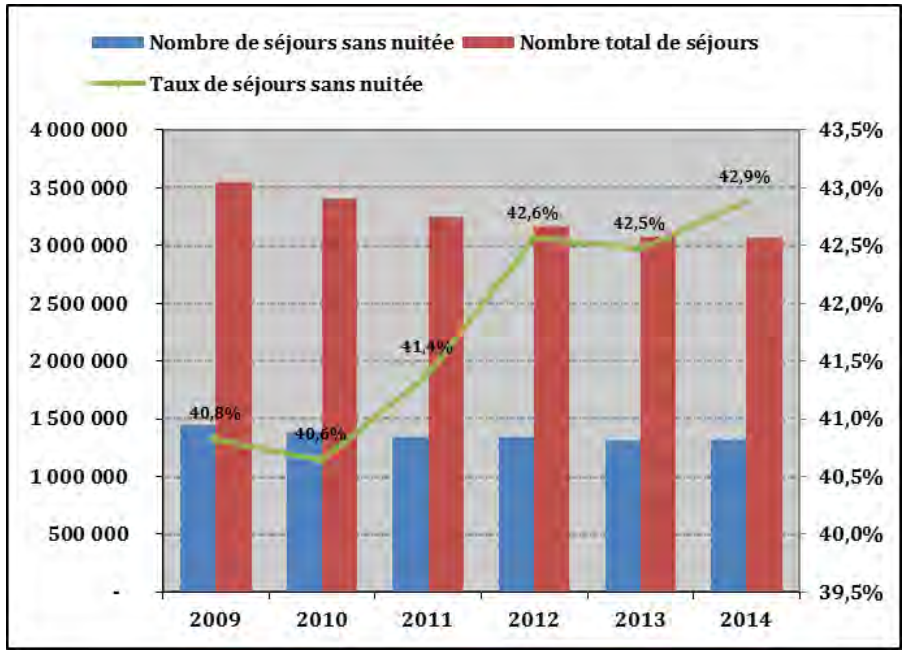
Sur le périmètre de médecine programmée défini par la mission, le taux de séjours sans nuitée est de 43 %

Un taux supérieur de 18 points à celui mesuré sur l'ensemble de la médecine (25 %)

Par rapport au taux de 25,2 % sur l'ensemble de la médecine sans retraitement, le taux de séjours sans nuitée s'établit à 42,9 % sur le périmètre redéfini par la mission et restreint au champ des séjours de médecine « programmés »



La progression du taux de séjours sans nuitée est limitée à + 2,1 points depuis 2009
Elle s'explique plus par la baisse du nombre total de séjours que par le développement des prises en charge sans nuitée

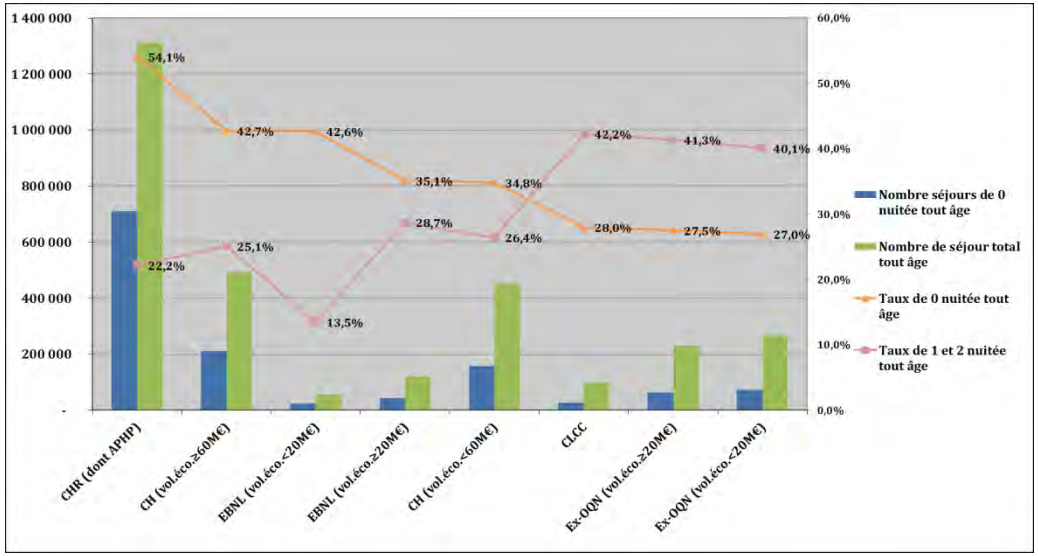


Le taux de séjours forains est de 13,4 %, soit 170 000 séjours

Taux de forains = séjours en HC/(séjours en HC + séjours en HP) ; unités mixtes difficilement interprétables

2.3 Les taux de séjours sans nuitée sont en retrait dans certains établissements et pour certains domaines d'activité

L'activité de médecine programmée sans nuitée est inférieure dans les cliniques privées et les CLCC



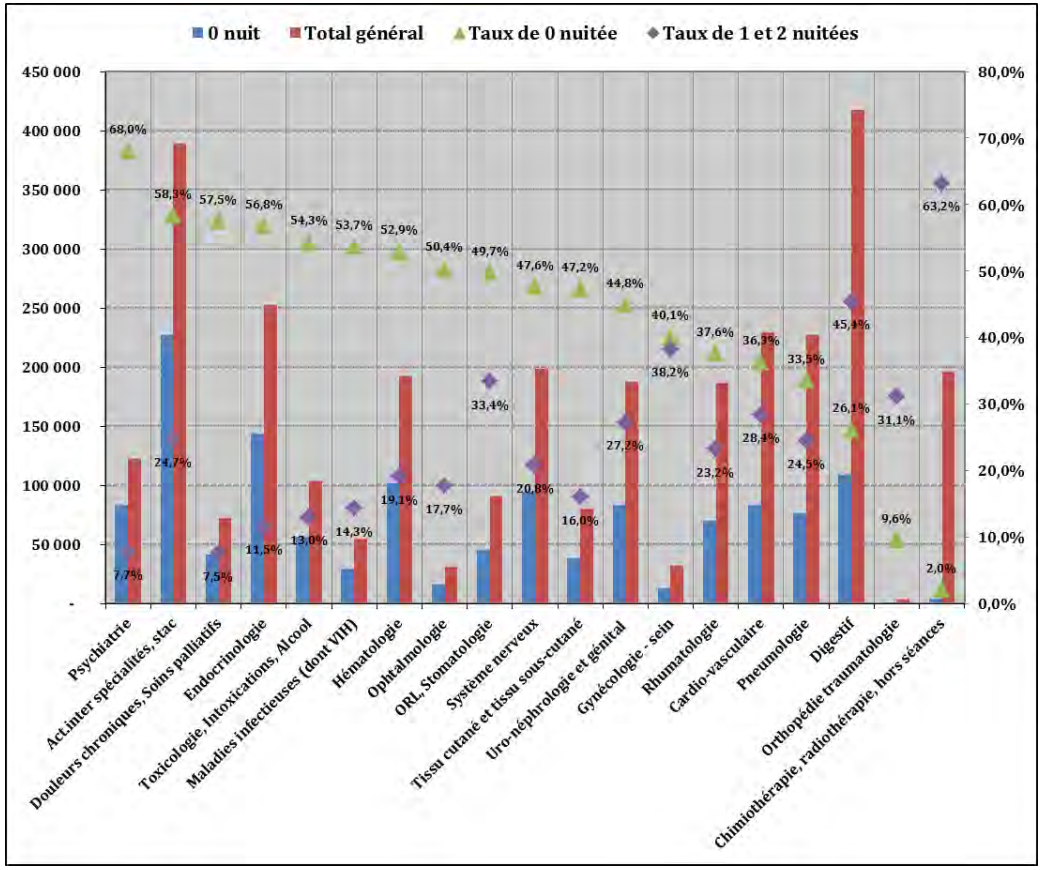
Le secteur ex-DG représente plus de 80 % des séjours, avec un taux de séjours sans nuitée dépassant 54 % dans les CHR et 42 % dans les CH

Le secteur ex-OQN et les CLCC présentent des taux de séjours d'une et deux nuitées supérieurs à ceux des séjours sans nuitée

Les établissements du secteur ex-OQN connaissent des taux de séjours forains élevés

Le taux de séjours sans nuitée du domaine d'activité* « Digestif » paraît faible au regard du volume de séjours concernés

** : classification issue du PMSI*

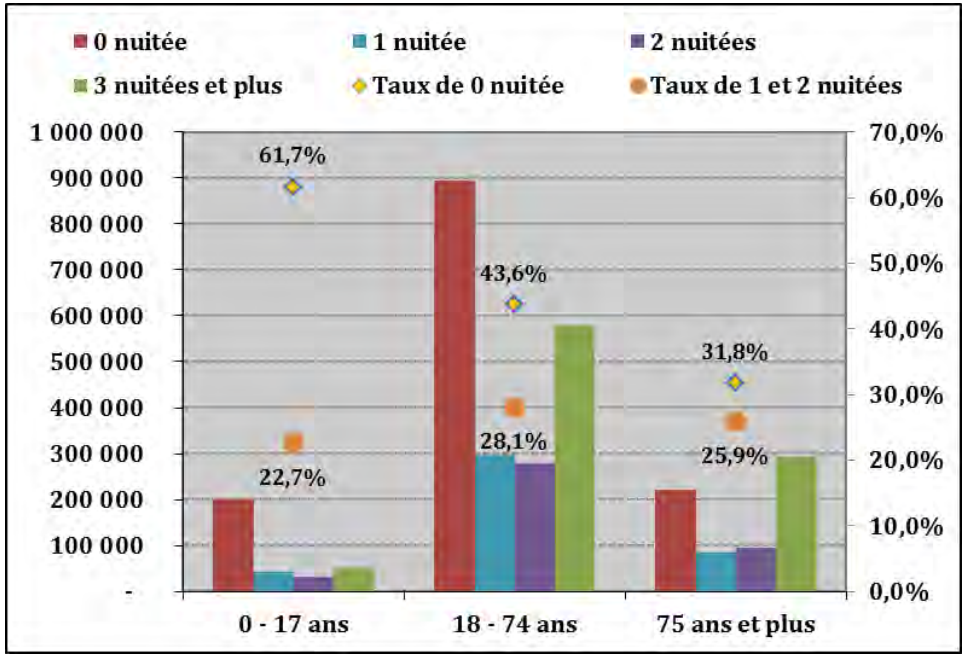


Les domaines « Digestif » et « Cardio-vasculaires » sont aussi les plus concernés par les séjours forains

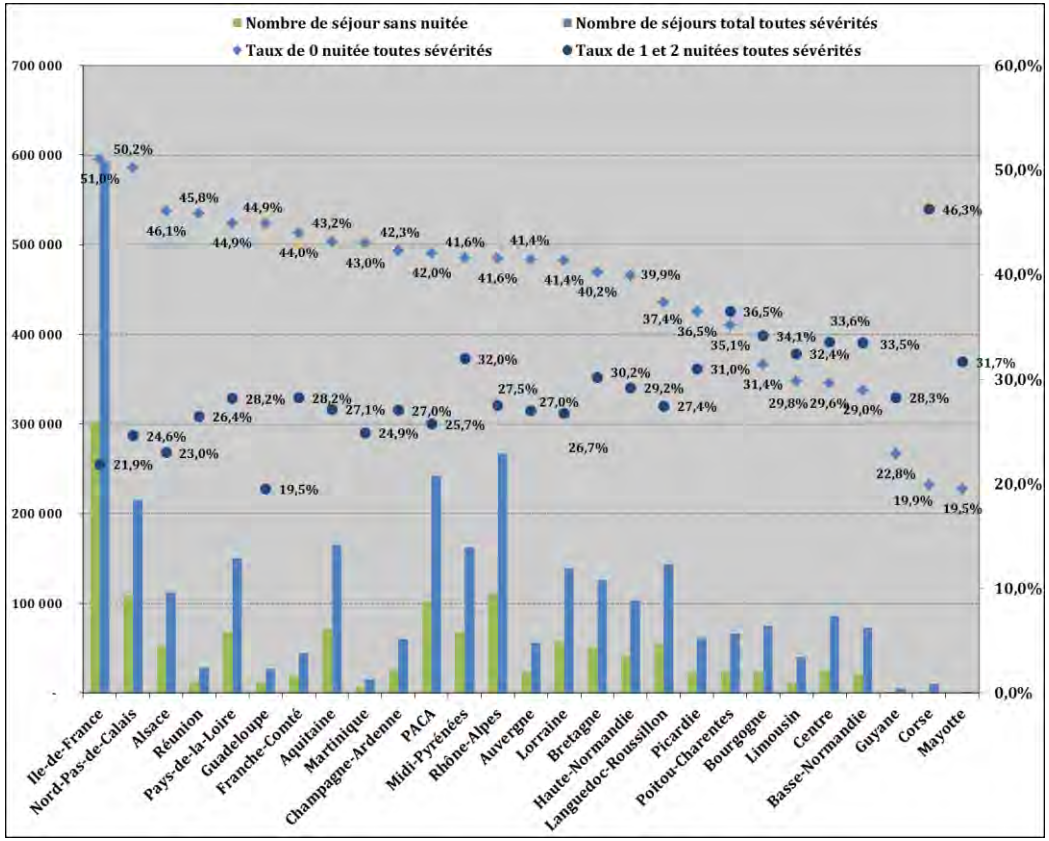
2.3 Les situations varient fortement selon les régions et les tranches d'âge

Les différences par tranches d'âges tiennent plus aux longs qu'aux courts séjours

Avec des taux de séjours d'une et deux nuitées quasi identiques, les taux de séjours sans nuitée sont différenciés pour les classes d'âge 0 – 17 ans, 18 – 74 ans et 75 ans et plus



Les écarts entre régions métropolitaines peuvent aller jusqu'à 30 points



➔ **Des focus détaillés ont été réalisés pour affiner l'interprétation, en croisant les analyses par âge, région, catégorie d'établissement, domaine d'activité, niveaux de sévérité**

Présentation de l'analyse par GHM des 1 316 050 séjours sans nuitée de médecine

La sévérité est la 4e composante d'un GHM qui le caractérise au sein de chaque racine

Catégorie majeure [de diagnostic]

Niveau de sévérité ou prise en charge de courte durée, distinguant les différents GHM d'une même racine

00 X 00 0

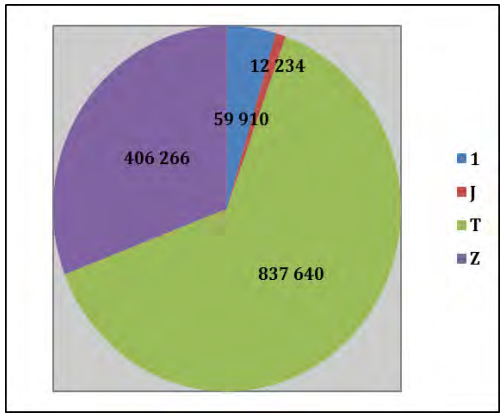
Type de racine :
- médicale (M)
- chirurgicale (C)
- interventionnelle (K)
- indifférenciée (Z)

Compteur donnant la racine de GHM

Le GHM peut ainsi être codé :
- avec sévérité (B, C, D, 2, 3, ou 4)
- sans sévérité (1, A)
- de courte durée (T)
- de sévérité indifférenciée (Z)
- en ambulatoire (J)

L'attribution du niveau de sévérité (*0) dépend de plusieurs critères : existence parmi les diagnostics associés d'un code de la liste des CMA, âge, durée de séjour minimale par niveau…

Par construction, les 1 316 050 séjours de médecine sans nuitée se répartissent en 277 GHM dits sans sévérité (1, A et par assimilation Z, J, T)



L'analyse des évolutions puis des concentrations a été conduite en distinguant deux groupes de séjours/GHM

Un groupe de 381 750 séjours correspondant à 77 GHM intégralement sans nuitée

Un groupe de 934 300 séjours correspondant à 200 GHM partiellement sans nuitée, pour un nombre total de 1 414 402 séjours

Les évolutions depuis 2009 ne sont pas homogènes selon les GHM considérés

Pour les 381 750 séjours correspondant à 77 GHM intégralement sans nuitée

Sur l'ensemble des 77 GHM, le nombre total de séjours est en diminution de 15,9 % depuis 2009

- Plus de 40 % de la diminution est expliquée par quatre GHM, dont près de 25% pour le GHM « rééducation, très courte durée »
- Ces diminutions ne s'expliquent pas par un report vers des séjours avec nuitée, mais par des évolutions thérapeutiques, des évolutions de codage ou des effets liés à l'application de la circulaire frontière

Pour les GHM dont les séjours sont en croissance, plus de 85% de cette croissance est expliquée par quatre GHM

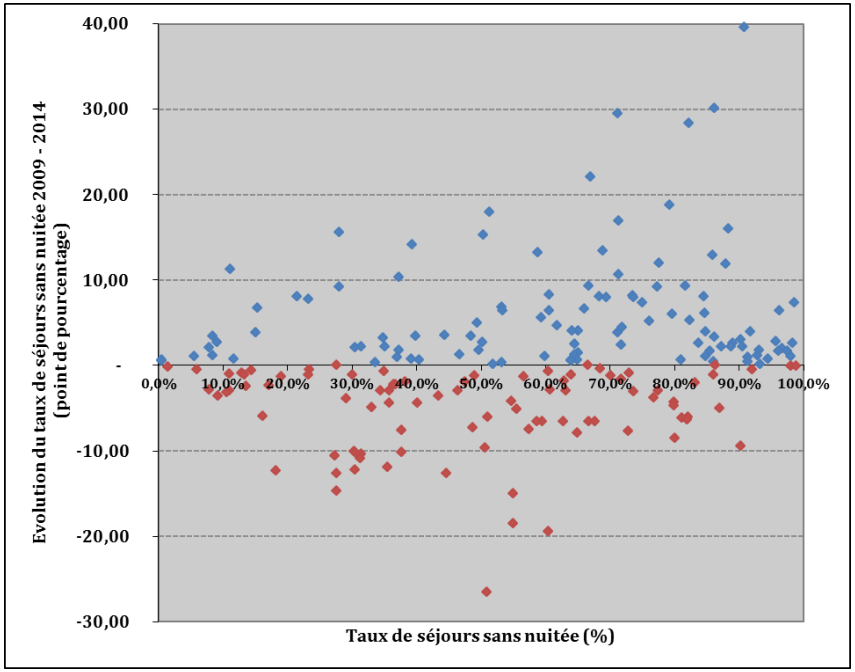
- En particulier « Douleurs chroniques rebelles, très courte durée » et « Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation, très courte durée »

Pour les 1 414 402 séjours correspondant à 200 GHM partiellement sans nuitée

38 GHM ont connu une croissance du nombre total de séjours, dont 10 à dimension neuro-psychiatrique

Les taux de séjours sans nuitée des GHM ont presque autant évolué à la hausse qu'à la baisse, en général en lien avec l'évolution du nombre total de séjours

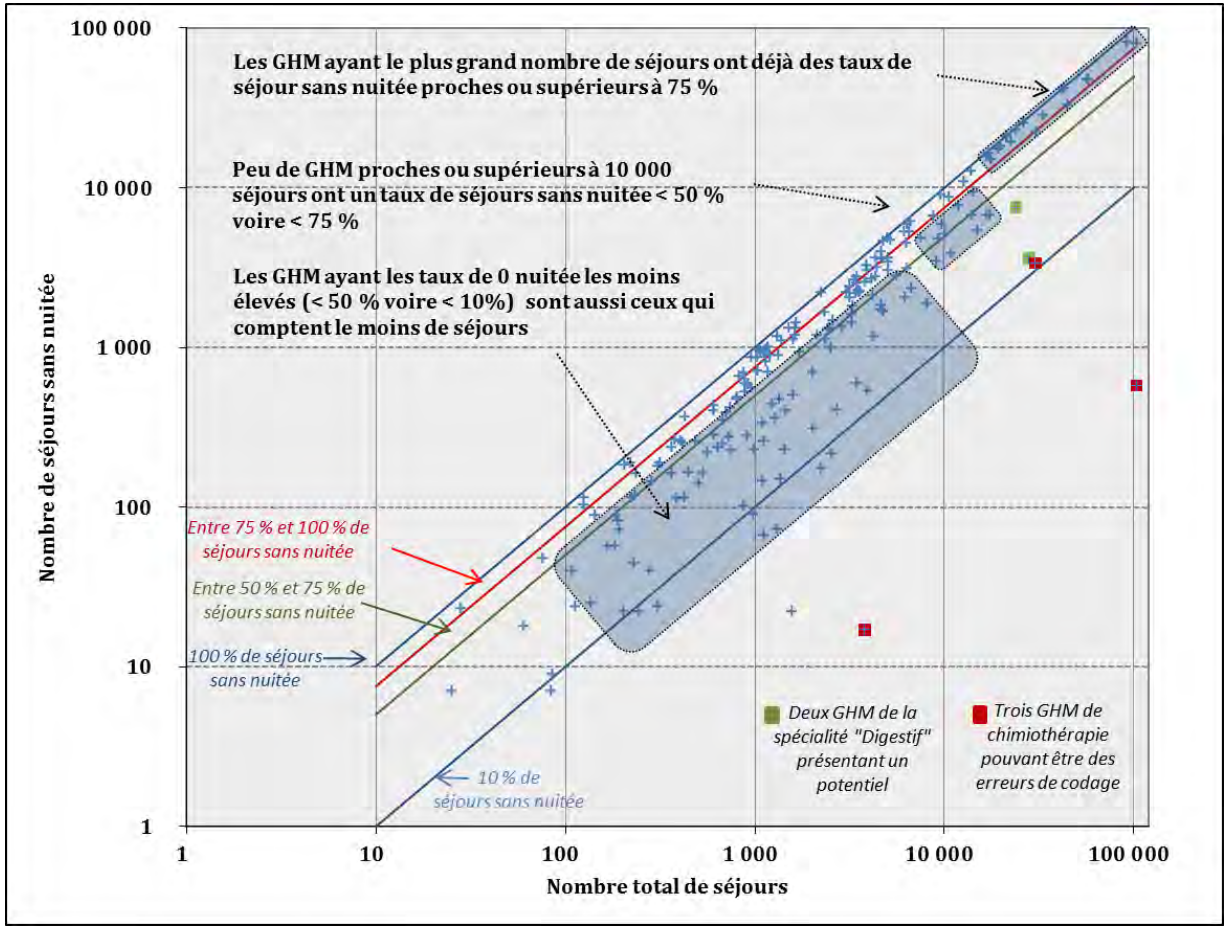
Les taux de séjours sans nuitée restent dispersés



Les taux de séjours sans nuitée sont très dispersés, mais les séjours sont concentrés sur certains GHM

Dans le groupe des 77 GHM, les 15 premiers GHM concentrent 65 % des séjours

Dans le groupe des 200 GHM, ceux qui comptent le plus de séjours sont aussi ceux dont le taux de séjours sans nuitée est le plus élevé



L'appréciation du potentiel ne peut être réalisée à partir du seul examen des taux de séjours sans nuitée pour les GHM

Une appréciation du nombre de courts séjours (une et deux nuitées) est également nécessaire

Les effets de seuils selon la durée de séjour biaisent l'analyse par GHM : l'analyse des courts séjours doit être menée par racine

La mission a réalisé un recensement exhaustif des nombres de courts séjours par racine, pour chaque spécialités

Les domaines « Digestif » et « Cardio-vasculaire » pourraient faire l'objet de groupes de travail en priorité

SOMMAIRE

1 Introduction

1.1 Présentation de la mission
1.2 Analyse capacitaire
1.3 Détermination du périmètre

2 Caractérisation de l'activité

2.1 Caractérisation des séances
2.2 Taux de séjours sans nuitée, hors séances
2.3 Caractérisation générale, hors séances
2.4 Caractérisation par GHM et par racines de GHM, hors séances

3 Enjeux

3.1 Organisation
3.2 Positionnement
3.3 Freins

4 Potentiel de développement

Le contenu et l'organisation de l'hospitalisation de médecine sans nuitée sont variables selon les établissements

Le contenu comme l'organisation des hôpitaux de jour sont peu normés

Le cadre général d'activité et d'organisation est fixé par le code de la santé publique

L'instruction frontière constitue une contrainte forte de l'activité des établissements

Il n'existe pas d'organisation-type des prises en charge de l'Hdj de médecine

L'organisation est donc variable selon les établissements

Date de création des hôpitaux de jour	Entre 1989 et 2015
Caractère polyvalent de la structure	19/21 (1 oncologie1 diabétologie)
Nombre de places (moyenne)	17 (CHU sur-représentés)
Nombre de spécialités représentées (moyenne)	7
Spécialités les plus représentées	Dermatologie, neurologie, rhumatologie, pneumologie, diabétologie, gastroentérologie, oncologie
Existence d'un médecin coordinateur	4/20
Présence de médecine foraine	8/20

Les établissements s'organisent en fonction :

- de contraintes internes : taille de la structure, volume d'activité, effectifs, adhésion des équipes
- de contraintes externes : réduction capacitaire, projets immobiliers, nouvelles activités
- des besoins de la population et de la coordination entre les acteurs sur le territoire

La mise en place d'un HDJ emporte toujours un changement de principes organisationnels

Organisation centrée sur le médecin

Organisation centrée sur le patient

Le contenu et l'organisation de l'hospitalisation de médecine sans nuitée sont variables selon les établissements

L'activité des hôpitaux de jour suppose une organisation millimétrée

Programmation précise des actes (coordination des plateaux techniques, vérification des dossiers en amont de la venue des patients, voire rappel)

Planification détaillée de la présence médicale des spécialistes, sur des plages horaires dédiées ou non

Rôle essentiel des personnels soignants et de l'encadrement

Organisation

- Organisation et programmation de la journée suite à une hospitalisation, une consultation
- Rappel du patient et vérification du dossier J-1/J-2
- Admission
- Coordination et enchaînement de la prise en charge
  - Réalisation d'actes, dans l'unité et sur d'autres plateaux techniques
  - Consultations spécialisées médicales et paramédicales
  - Réalisation de traitements
  - Synthèse médicale
  - Préparation sortie et suivi

Programmation

- Agendas « informatisés » intégrant professionnels et plateaux techniques
- Rôle primordial des IDE
- Importance des services médico-techniques (imagerie, pharmacie,biologie)
- Transports (sanitaires et internes (brancardage))
- Dossier patient traçant
  - Les informations récurrentes
  - Les actes et consultations
  - La synthèse / CRH / courrier de sortie

La complexité d'organisation est majorée en médecine par rapport à la chirurgie

Absence d'unité de lieu d'exercice (bloc opératoire) ou d'intervention structurante (anesthésiste)

Enjeu de l'accès aux plateaux techniques

L'hôpital de jour s'inscrit dans un *continuum* de prises en charge dont il doit être tenu compte dans ses projets de développement

L'hôpital de jour côtoie plusieurs dispositifs d'alternatives à l'hospitalisation complète

HAD (cancérologie), HDJ de SSR (addictologie, gériatrie…), psychiatrie (addictologie…)

Consultations de spécialistes en ville ou à l'hôpital couplées à une série d'examens ou actes exploratoires, correspondant à une prise en charge lourde ou complexe, ou nécessitant des concertations pluridisciplinaires

Réseaux par pathologie ou programmes de *disease management*

L'hôpital de jour est en relation avec d'autres modes de prise en charge

en concurrence, complémentarité ou substitution (avec des financements par des ressources affectées de l'HDJ)

Structures pluri-professionnelles de proximité (maisons, pôles et centres de santé)

Dispositifs de coordination destinés notamment à des populations spécifiques (filière «gérontologique», programme PAERPA)

➔ Une présence des différents modes de prise en charge à géométrie variable selon les territoires en fonction du contenu et du fonctionnement de leurs activités, de leur degré de maturité, de leur implantation géographique et de la densité médicale

Ce qui induit des positionnements différents de l'hôpital de jour en termes de :

Réponse à la demande des patients et des médecins de ville (ex: bilans réalisés en moins d'une journée)

Coordination du traitement des pathologies longues ou chroniques, donnant lieu à des séjours récurrents

Diversité des prises en charge pluridisciplinaires

Développement d'activité de prévention ou d'éducation thérapeutique pour certains publics

Ce qui se traduit par une diversité des modalités de coopération et concurrence entre les acteurs

Partenariats institutionnalisés, plateformes d'accès, liens informels avec des médecins correspondants, concurrence ou substitution à des suivis ou coordination réalisés en ville

Certains hôpitaux de jour vont au-delà de leurs missions de cœur de métier

L'hôpital de jour s'inscrit dans un *continuum* de prises en charge dont il doit être tenu compte dans ses projets de développement

Les innovations vont influer sur le rôle et le positionnement de l'hôpital de jour

- thérapeutiques : nouvelles molécules, thérapeutiques personnalisées, administration sous cutanée ou orale
- techniques : dépistage et diagnostic précoces (tests anticipés ou « prédictifs »)
- technologiques : télémédecine, e-santé

Leurs effets différenciés sur l'hôpital de jour peuvent être illustrés dans le domaine de la cancérologie

Le vieillissement de la population peut avoir des incidences, avec des effets indéterminés sur la volumétrie de la patientèle prise en charge en HDJ ou HC

- augmentation potentielle du nombre de patients atteints de maladies chroniques
- besoin de développement des prises en charge précoces du risque de perte d'autonomie (prévention et dépistage de la fragilité)

Le développement effectif, le coût et la qualité des prises en charge associées à l'HDJ sont tributaires d'un « environnement » dont l'évolution doit être organisée en parallèle

- Maîtriser le coût des transports de patients
- Etudier des solutions d'hébergement des patients en amont ou en aval de l'hospitalisation
- Organiser les relations entre établissements de santé et EHPAD, et avec les services d'aide à domicile d'aval

Les positionnements de l'HDJ ne sont pas toujours établis, partagés et intégrés à la réflexion territoriale

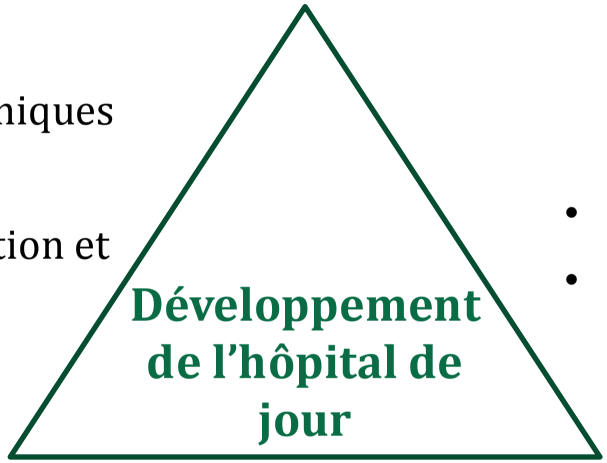
Différents facteurs peuvent limiter le développement des prises en charge en hôpital de jour

Freins culturels et organisationnels

- Réticences du corps médical à :
  - l'exercice en dehors du service
  - la multiplication des lieux d'exercice
  - la transparence des agendas
- Taille insuffisante de l'équipe
- Absence d'intégration de l'HDJ à l'organisation des plateaux techniques
- Configuration des locaux
- Absence d'outils de programmation et de planification dédiés

Freins exogènes

- **Incertitude liée au risque de requalification en ACE**
- Démographie médicale du territoire
- Caractéristiques de la patientèle (caractéristiques socio-économiques, isolement, éloignement géographique) justifiant une montée en charge plus progressive
- Absence de référentiels
- Messages contradictoires des tutelles (ex : addictologie)



Leviers

- Intérêt du patient
- Leadership médical
- Motivation des équipes et caractère mobilisateur des projets
- Enjeux spécifiques pour certaines spécialités (gériatrie notamment)

Le principal frein est le risque de requalification en ACE lié aux incertitudes d'application de l'instruction frontière

Compte tenu de la complexité des activités de médecine, la rédaction de l'instruction frontière du 15 juin 2010 a été volontairement « floue » pour ne pas être trop prescriptive

- L'instruction vise à définir une ligne de partage entre ces activités de manière à faciliter les règles de facturation et s'assurer de leur correcte prise en charge par l'Assurance maladie
- Elle sert de support de référence aux contrôles T2A conduits par l'Assurance maladie

*« Un GHS ne peut être facturé que si la prise en charge comporte **plusieurs examens** (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) réalisés par des professionnels de santé **médicaux et paramédicaux différents**, **sur des plateaux techniques hospitaliers**, et qu'une **synthèse** diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire en est réalisée **par un médecin**. S'agissant de ce dernier point, l'élaboration, à l'issue du bilan, d'un protocole de soins suivi ultérieurement en externe est un type de synthèse médicale à privilégier. »*

Instruction DGOS/R n° 2010-201 du 15 juin 2010

Par delà ces ambiguités, les établissements de santé n'ont pas de visibilité sur les pratiques de contrôle

- Les pratiques de contrôle diffèrent sur le territoire
- Depuis 2006, sur un même territoire certaines formulations font l'objet d'interprétations variées
- D'une manière générale, les contrôles sont « praticiens conseils dépendants

Des stratégies de contournement sont mises en place :

- Maintien de patients en hospitalisation complète avec nuitée
- Multiplication d'actes en hospitalisation partielle
- Prescription de médicaments issus de la réserve hospitalière (sinon maintien en hospitalisation complète)

Le principal frein est le risque de requalification en ACE lié aux incertitudes d'application de l'instruction frontière

Les établissements de santé ne peuvent donc sécuriser en amont leurs projets de développement, et la relation est dans l'ensemble conflicutelle

Les modalités de contrôle de la CNAMTS sont perfectibles

- Les contrôles portent à 31% sur la priorité « actes et consultations externes facturés en hospitalisation de jour et séances », avec des résultats quasi systématiquement supérieurs à ceux de la moyenne des contrôles
- Sur la période 2008-2014, en moyenne, les taux de contrôles « HDJ » sont stables, tout comme les montants rappelés, ce qui interroge quant à leur caractère dissuasif
- Les résultats de ces contrôles ne donnent lieu qu'à un suivi quantitatif, sans analyse qualitative des motifs de requalification, ni suivi des motifs de fond invoquées lors des contentieux

Le volume important de refus dans les domaines de l'addictologie, la diabétologie, la rhumatologie et la mucoviscidose, a conduit la CNAMTS, la DGOS, la DSS et l'ATIH à engager des réflexions pour actualiser les conditions de prises en charge de ces pathologies

La CNAMTS a engagé deux expérimentations pour améliorer les relations entre acteurs lors des contrôles,

Elles n'ont pas été mentionnées par les interlocuteurs rencontrés par la mission : leur diffusion devrait être renforcée

Une réflexion sur les priorités de contrôle pourrait être dans le même temps engagée

Un problème de tarification existe pour certains soins longs, complexes, innovants et/ou coordonnés à l'hôpital

Les obstacles tarifaires liés à la facturation d'un GHS en hôpital de jour sont limités et ne peuvent être interprétés sans analyse concomitante des coûts

Des bornes basses pour seulement douze GHM du secteur ex-DG et seize GHM du secteur ex-OQN

Des effets de seuils tarifaires pour seulement un quart des racines entre une et zéro nuit, et la moitié des racines entre deux et une nuits

→ Les marges de progrès à iso-recettes existent

En cas de différentiel tarifaire, l'interprétation doit être conduite au regard des coûts

Aucun des établissements de santé rencontré n'a mentionné cet obstacle

➔ L'outil tarifaire comme levier de développement doit donc être mobilisé avec prudence

En revanche, un problème tarifaire existe pour certains soins longs, complexes, innovants et/ou coordonnés à l'hôpital, nonobstant une meilleure organisation de la médecine de ville

Tarification des ACE identique à celle des soins de ville par une application des grilles CCAM et NGAP, mais :

- la nomenclature (CCAM/NGAP) ne décrit et ne tarifie ni le contenu de certaines consultations de médecine ni les coordinations auxquelles elles donnent lieu
- les prestations de certaines professions qui contribuent aux prestations hospitalières ne sont pas prises en compte (psychologues, diététiciens)
- la nomenclature ne prend pas toujours en compte les actes innovants

Ce risque financier majore l'effet dissuasif des risques de requalification

➔ La tarification de ces actes doit être réfléchie en lien avec la clarification de la circulaire frontière

SOMMAIRE

1 Introduction

1.1 Présentation de la mission
1.2 Analyse capacitaire
1.3 Détermination du périmètre

2 Caractérisation de l'activité

2.1 Caractérisation des séances
2.2 Taux de séjours sans nuitée, hors séances
2.3 Caractérisation générale, hors séances
2.4 Caractérisation par GHM et par racines de GHM, hors séances

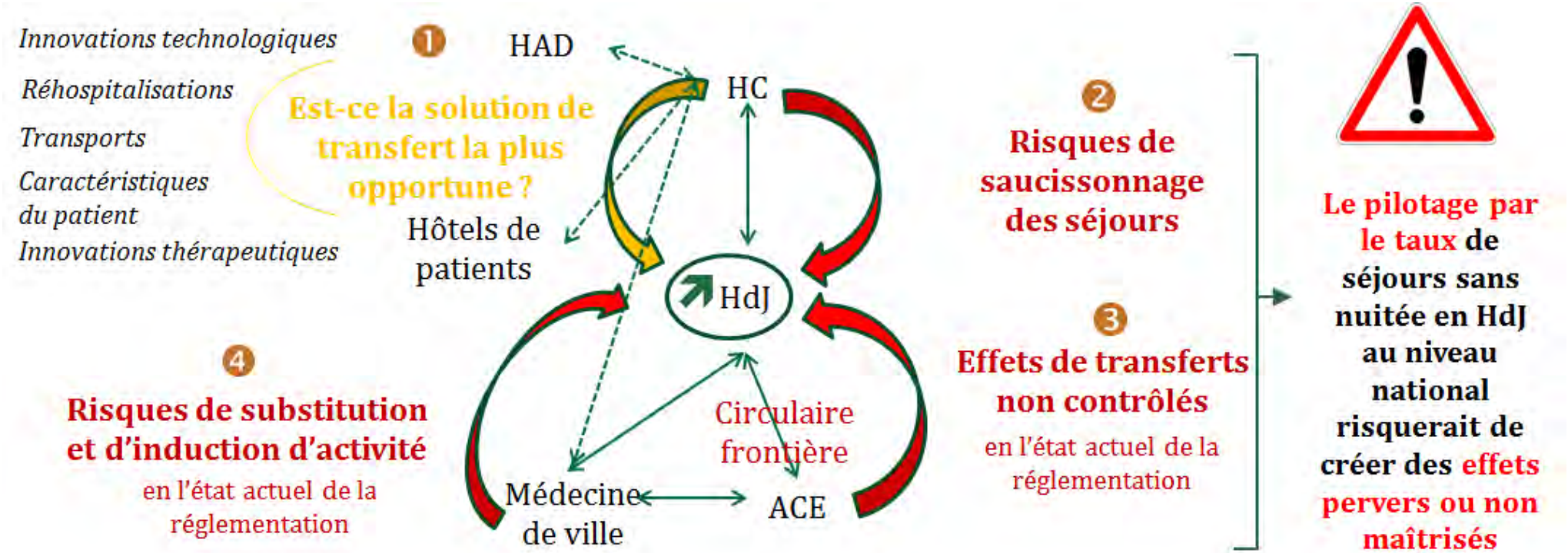
3 Enjeux

3.1 Organisation
3.2 Positionnement
3.3 Freins

4 Potentiel de développement

La définition d'une stratégie nationale de développement des prises en charge en HDJ doit être abordée avec prudence

En l'absence de référentiels et de clarification de l'instruction frontière, le développement de l'hôpital de jour de médecine ne se prête pas à un pilotage national par déclinaison de taux cibles



La définition d'une stratégie nationale de développement des prises en charge en HDJ doit être abordée avec prudence

La situation en médecine étant plus complexe qu'en chirurgie, l'absence de référentiels limite l'exploitation statistique du PMSI

- La littérature académique est quasi absente, tout comme les comparaisons internationales
- Les liens avec la médecine de ville sont étroits (cf. supra), mais il est impossible de retracer les parcours
- Les GHM peuvent être trop globalisants et recouvrir des prises en charge hétérogènes, l'exhaustivité du recueil des actes non classants n'est pas certaine

Le potentiel de développement de l'HDJ depuis l'HC est constitué des séances et séjours forains, et d'une fraction des courts séjours qui ne peut être évaluée a priori au niveau national en l'absence de référentiel

- L'exploitation du PMSI permet d'identifier les séances et séjours forains, qui constituent un potentiel de développement de l'hôpital de jour, et de cibler les priorités pour l'évaluations de groupes de travail
- Deux simulations des marges de développement de l'HDJ ont été réalisées sur la base d'hypothèses conventionnelles et restent illustratives, afin de guider la réflexion et le questionnement des acteurs

➔ La définition nationale d'un potentiel par spécialité ne peut intervenir qu'après publication des référentiels concernés

L'estimation des économies qui pourraient réalisées dépend de la situation de chaque établissement en tenant compte d'un ensemble de facteurs

Nombre de séances et séjours forains, nombre de courts séjours, évolution de la DMS et des taux d'occupation, effets de seuils, intégration aux GHT, prise en compte du territoire, etc…

Feuille de route pour assurer un développement judicieux des prises en charge hospitalières de médecine

Clarification et actualisation de la circulaire frontière

Généralisation des travaux déjà partiellement engagés

Élaboration de référentiels de prise en charge

Sociétés savantes, HAS

(cf. tableaux par racine)

« Des soins de qualité dispensés sans nuit à l'hôpital »

Une impulsion nationale à donner, concrétisée par un comité stratégique national

Associant représentants des professions de santé et associations de patients

Diffusion de guides pratiques organisationnels et médico-économique

En complément du guide ANAP prévu pour mi-2016 / début 2017

Engagement des travaux au niveau des établissements de santé sous l'égide des ARS, en lien avec les équipes médicales et soignantes

Analyse des courts séjours (une et deux nuits) et des séjours forains

Exploitation des grilles d'analyse comparatives, travaux comparatifs, partage d'expériences

➔ **Contractualisation Etat/ARS et ARS/ES (CPOM), mise en place d'indicateurs**

Différents établissements ont engagé des démarches systématiques sur le fondement de l'analyse du PMSI (CHU de Nantes, CHU de Nancy), d'autres de manière plus pragmatique à partir d'une optimisation des pratiques (CHD de La-Roche-sur-Yon, CH de de Chalon-sur-Saône), d'autres enfin par travaux comparatifs (CHU de Dijon)

Certaines ARS ont engagé une approche volontariste (Lorraine), d'autres ont amorcé une réflexion (Pays-de-la-Loire, Midi-Pyrénées)

Synthèse des propositions – niveau national (1/2)

Thème	Propositions	Acteurs concernés	Délai de mise en œuvre
Faire de l'hospitalisation de jour de médecine un élément d'un nouveau modèle de référence fondé sur les prises en charge ambulatoires ou alternatives à l'hospitalisation complète	Mettre en place un comité stratégique national chargé de piloter et coordonner le virage ambulatoire de médecine à l'hôpital, en y associant les représentants des professions de santé et les associations de patients	Administrations centrales ; CNAMTS	Court terme
	Engager l'élaboration des référentiels cliniques de prise en charge par spécialité : ◆ mener à leur terme les travaux engagés et en faire une diffusion active à l'ensemble des acteurs ; ◆ étendre l'élaboration des référentiels de prise en charge aux autres filières ou spécialités à partir d'un ciblage prioritaire par la DGOS ; ◆ prévoir l'actualisation et le réexamen réguliers des référentiels cliniques élaborés.	HAS ; sociétés savantes	Court terme
	Mobiliser les ressources de l'ATIH en appui à la définition de référentiels de prise en charge	Administrations centrales ; ATIH	Court terme
	Prévoir une définition positive des prises en charge qui entrent dans la facturation de GHS en hôpital de jour, au fur et à mesure de la disponibilité des référentiels	Administrations centrales ; CNAMTS	Moyen terme
	Poursuivre la réflexion sur une tarification adaptée des soins longs, complexes et coordonnés ayant vocation à être réalisés en milieu hospitalier	Administrations centrales	Court terme
	Définir des stratégies de prises en charge des patients prenant en compte leur environnement : ◆ veiller au coût des transports de patients dans l'organisation des prises en charge ambulatoires ◆ accélérer le développement des expériences d'hôtels de patients et clarifier leur statut juridique ◆ développer les relations entre les établissements de santé et les EHPAD pour organiser en hôpital de jour des actions de bilan et de prévention à destination des personnes âgées résidentes ◆ promouvoir des conventionnements entre établissements de santé et structures d'aide à domicile pour faciliter les prises en charge en hôpital de jour	Administrations centrales ; ARS ; Établissements	Moyen terme

Synthèse des propositions – niveau national (2/2)

Thème	Propositions	Acteurs concernés	Délai de mise en œuvre
Clarifier l'instruction frontière	Préciser au minimum les notions suivantes contenues dans l'instruction frontière : ◆ notion de pluralité associée aux examens et aux plateaux techniques ◆ notion de plateaux techniques hospitaliers ◆ caractère cumulatif ou alternatif des « professionnels de santé médicaux et paramédicaux »	Administrations centrales CNAMTS	Court terme
Doter les établissements et les ARS des outils leur permettant d'assurer le développement des hôpitaux de jour de médecine	Rédiger des guides opérationnels et médico-économiques en lien avec les réflexions en cours à l'ANAP	HAS ANAP	Court terme
	Promouvoir la construction et la diffusion d'outils d'analyse des coûts (microcosting) rigoureux et adaptés aux particularités des prises en charge ambulatoires de médecine	HAS ANAP	Court terme
	Intégrer un volet hospitalisation de jour de médecine dans la contractualisation entre l'Etat et les ARS	Administrations centrales (dont SG) ARS	Court terme
	Mettre en place des indicateurs de pilotage et de suivi de l'activité en hôpital de jour	Administrations centrales ATIH	Court terme en fonction des données déjà disponibles dans les SI
Remettre du lien entre les acteurs dans le cadre des contrôles T2A	S'assurer de la prise en compte et du respect de l'instruction frontière par les praticiens conseil de l'Assurance maladie	CNAMTS	Court terme
	Mettre en place une forme de « rescrit hôpital de jour » propre aux établissements de santé	Administrations centrales ; CNAMTS	Court terme
	Assurer une diffusion annuelle des réponses adressées par la DACCRF de l'Assurance maladie auprès de ses praticiens conseil, des ARS et des établissements de santé (DIM)	CNAMTS	Court terme
Faire évoluer les contrôles T2A portant sur les actes et consultations externes en hôpital de jour	Revoir les priorités nationales de contrôle T2A sur la base d'un diagnostic partagé entre la DGOS, la DSS et la CNAMTS	Administrations centrales ; CNAMTS	Court terme

Synthèse des propositions – niveau territorial

Thème	Propositions	Acteurs concernés	Délai de mise en œuvre
Demander aux établissements de définir leur optimum de développement	Engager un examen systématique des séances et séjours forains, ainsi que des courts séjours au niveau des établissements de santé en lien avec leurs équipes médicales et soignantes, sous l'égide des ARS	ARS Etablissements	Sans délai
	Développer des démarches d'analyse comparative des établissements de santé et notamment : ◆ les travaux comparatifs entre groupes d'établissements mis en réseau au sein de groupes de travail ◆ les sessions collectives de partage d'expériences et de valorisation des démarches innovantes	ARS Etablissements	Sans délai
Décliner dans les priorités suivies par les ARS l'objectif de développement de l'hôpital de jour de médecine	Identifier un volet « hospitalisation de jour de médecine, hors séances » dans les CPOM conclus entre les ARS et les établissements et fixer les objectifs à atteindre (notamment transfert des forains et des courts séjours) ainsi que les modalités pour y parvenir	ARS Etablissements	Court terme
	Mettre en place des indicateurs de pilotage et de suivi de l'activité en hôpital de jour	ARS Etablissements	Court terme
Remettre du lien entre les acteurs dans le cadre des contrôles T2A	Rappeler aux établissements de santé la nécessité de respecter les termes de l'article R. 1112-2 du code de la santé publique quant à l'importance du contenu et de la traçabilité des dossiers patients	ARS Etablissements	Sans délai
	Organiser des réunions annuelles entre les CPAM/DRSM et les ARS/DIM sur la base des retours des campagnes de contrôles précédentes afin de préparer au mieux celles à venir	CPAM ARS Etablissements	Sans délai

Synthèse des propositions – statistiques et études complémentaires

Propositions	Acteurs concernés	Délai de mise en œuvre
Mettre en concordance les unités médicales et fonctionnelles afin de mieux analyser l'activité médicale et les informations financières qui s'y rapportent	DREES ATIH	Court terme
Étudier une refonte de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) permettant un suivi statistique des lits et places au niveau non plus des seules disciplines d'équipement mais des unités médicales d'hospitalisation	DREES ATIH	Court terme
Développer les études sur la médecine ambulatoire et son positionnement dans la chaîne des prises en charge	DREES CNAMTS	Court terme
Développer pour certaines filières de prise en charge des analyses comparant les coûts et recettes respectifs de l'hôpital de jour, des actes et consultations externes et des soins à domicile ou en ville pour des parcours « types »	DREES ATIH DGOS CNAMTS	Court terme