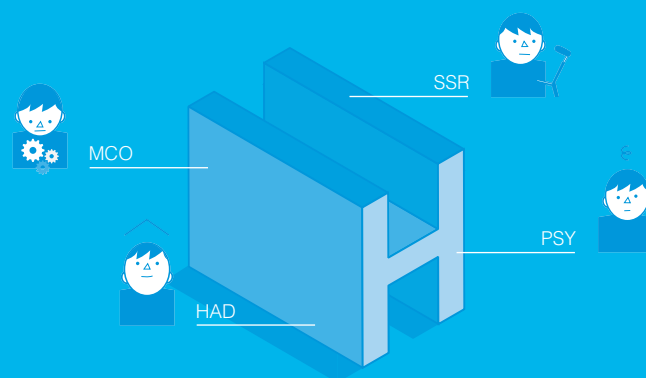


Analyse de l'activité hospitalière 2014



atih

AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Sommaire

Préambule 5

1. Le suivi des dépenses : le point de départ de l'analyse de l'activité 7
2. L'ONDAM hospitalier 2014 permet de prendre en charge 12 millions de patients 11

Activité de médecine, chirurgie, obstétrique 13

1. Panorama de l'activité 15
2. Quels patients en MCO ? 20
 - 2.1. Séjours : un patient sur trois âgé de plus de 65 ans 20
 - 2.2. Séances de chimiothérapie pour tumeur : un patient sur deux âgé de plus de 65 ans 22
3. Quels motifs de recours en MCO ? 23
 - 3.1. Chirurgie : une croissance portée par le développement de l'ambulatoire 23
 - 3.2. Médecine : une activité moins centrée sur l'ambulatoire 29
 - 3.3. Obstétrique : 800 mille accouchements 31
 - 3.4. Interventionnel : 1,4 million de séjours pour endoscopie digestive 31
 - 3.5. Les affections du tube digestif et de l'appareil musculosquelettique à l'origine d'un séjour sur quatre 33
 - 3.6. Le développement de l'ambulatoire se confirme sur des activités ciblées 34
 - 3.7. Recours accru aux séances pour le traitement des tumeurs par chimiothérapie et pour celui de l'insuffisance rénale chronique par la dialyse 38
4. Où sont-ils pris en charge en MCO ? 39
 - 4.1. Répartition des parts de marché 39
 - 4.1.1. Le secteur « public » couvre davantage les séjours en médecine, le secteur « privé » la chirurgie et l'interventionnel 39
 - 4.1.2. Le secteur « public » couvre la majorité des séances de chimiothérapie, alors que le « privé » se spécialise sur la dialyse 42
 - 4.2. Panorama de chaque secteur, et analyse en volume économique 43
 - 4.2.1. Secteur ex-DG 43
 - 4.2.2. Secteur ex-OQN 47

Activité d'hospitalisation à domicile 51

1. Panorama de l'activité 53
2. Quels patients en HAD ? 54
 - 2.1. Trois patients sur dix ont plus de 80 ans 54
 - 2.2. Différences hommes-femmes dans la prise en charge à domicile 55
3. Quels motifs de recours en HAD ? 56
 - 3.1. Les pansements complexes et soins spécifiques à l'origine d'une prise en charge sur quatre 56
 - 3.2. Des patients de plus en plus fragiles d'après l'indice de Karnofsky et pris en charge principalement par le secteur ex-OQN 57
4. Où sont-ils pris en charge en HAD ? 59
 - 4.1. 61% des journées réalisées par les établissements à but non lucratifs des deux secteurs de financement 59
 - 4.2. Légère augmentation des transferts vers le MCO 60
 - 4.3. Montée en charge des interventions dans le médico-social 61

Analyse de l'activité de soins de suite et réadaptation 63

1. Panorama de l'activité 65

2. Quels patients en SSR ?	67
2.1. 40% des journées réalisées pour les patients de plus de 80 ans	67
2.2. Un recours au SSR plus fréquent pour les femmes	68
3. Quels motifs de recours?	69
3.1. L'arthrose du genou et les affections non traumatiques de la colonne vertébrale représentent 20% des « Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire »	69
3.2. AVC, maladies d'Alzheimer et démences apparentées représentent la moitié des prises en charge pour affections du système nerveux	69
3.3. La moitié des affections de l'appareil circulatoire concernent les coronaropathies et les insuffisances cardiaques	70
3.4. Hospitalisation partielle, une prise en charge minoritaire mais en forte augmentation	71
4. Où sont-ils pris en charge en SSR ?	73
4.1. Environ deux tiers des journées réalisées par les établissements sous dotation annuelle de financement	73
4.2. Une majorité d'établissements avec une autorisation pour adultes mais sans mention spécialisée	74

Activité de psychiatrie **77**

1. Panorama de l'activité	79
2. Quels patients en psychiatrie ?	80
2.1. A temps complet, une patientèle adulte	80
2.2. Des motifs de recours différents entre les hommes et les femmes pour les prises en charge à temps complet	80
3. Quels motifs de recours en psychiatrie ?	82
3.1. 346 mille patients pris en charge à temps complet	82
3.2. La moitié des journées prises en charge à temps complet concerne la schizophrénie et les troubles de l'humeur	83
3.3. Une journée sur six en soins sans consentement parmi les hospitalisations à temps complet ou partiel	84
3.4. Près de 21 millions d'actes ambulatoires	85
4. Où sont-ils pris en charge en psychiatrie ?	87
4.1. Les établissements sous DAF prennent en charge la majorité des journées à temps complet	87
4.2. La quasi-totalité des journées sont à temps plein dans les établissements sous OQN	87

Annexes **89**

Annexe 1 : Suivi des financements – analyse détaillée	91
1. Activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)	92
1.1. Etablissements du secteur ex-DG	93
1.1.1. Bilan définitif de l'exercice 2013	93
1.1.2. Estimation de l'exercice 2014	94
1.2. Etablissements du secteur ex-OQN	95
1.2.1. Révision de l'exercice 2013	96
1.2.2. Estimation de l'exercice 2014	96
2. Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC)	99
2.1. Evolution des crédits MIGAC	99
2.1.1. Financement au premier euro pour certaines MIG	99
2.1.2. Analyse des mesures nouvelles	100
2.2. Principales missions d'intérêt général : recherche, urgences et santé publique	101
2.3. L'aide à la contractualisation : prédominance de l'investissement et des restructurations	102
3. Activités de soins de suite et réadaptation (SSR) et de psychiatrie	104
3.1. Etablissements du secteur OQN	104
3.1.1. Révision de l'exercice 2013	104
3.1.2. Estimation de l'exercice 2014	105
3.2. Etablissements du secteur sous DAF	105
4. Les ex hôpitaux locaux et les unités de soins longue durée (USLD)	107

Annexe 2 : Tableaux relatifs au financement	108
Annexe 3 : Données et méthode	119
1. MCO	119
2. HAD	120
3. SSR	120
4. PSY	121

Glossaire	123
------------------	------------

Note de lecture :

- Dans tout le document, la terminologie « les patients âgés de plus » intègre les patients dont l'âge est égal à la borne. A titre d'exemple, les patients âgés de plus de 80 ans comprennent les patients de 80 ans.

Note d'interprétation :

- L'analyse des dynamiques d'activités selon les classes d'âge ne peut se faire indépendamment de l'évolution de la pyramide des âges. En effet, la progression de l'activité concernant les personnes de plus de 65 ans est imputable au « baby/papy-boom ». Pour la tranche d'âge « 65-69 ans », l'effet « papy-boom » s'atténue avec une légère diminution de l'entrée des personnes nées lors du « baby-boom » dans cette classe d'âge.

Préambule

1. Le suivi des dépenses : le point de départ de l'analyse de l'activité

Le suivi conjoncturel des financements versés par l'Assurance maladie aux établissements de santé repose pour partie sur des données recueillies par l'ATIH, notamment celles du PMSI.

Ces données font l'objet de **traitements statistiques** visant à éclairer les acteurs sur la dynamique des dépenses, les niveaux probables de l'exécution finale, les origines et la nature des évolutions pluriannuelles. Ce suivi porte uniquement sur le **champ régulé** des dépenses. Par leur nature, ces éléments relèvent d'**estimations**.

Le bilan officiel des objectifs repose quant à lui sur des données **comptables** diffusées par la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Les sous-enveloppes de l'ONDAM hospitalier :

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le parlement fixe l'ensemble des financements versés par l'assurance maladie pour le système de soins : médecine de ville, établissements de santé, médico-social, etc. Cet objectif se décline en sept sous objectifs dont trois concernent les établissements de santé publics et privés :

- le sous objectif des « établissements de santé tarifés à l'activité » décliné selon
 - l'objectif de dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique (**ODMCO**) correspondant à la prise en charge des patients en médecine chirurgie obstétrique ;
 - l'objectif des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (**MIGAC**).
- le sous objectif des « autres dépenses des établissements de santé » décliné selon :
 - l'objectif de dépenses assurance maladie (**ODAM**) relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite et réadaptation (**SSR**) du secteur public et privé d'intérêt collectif payées en dotations annuelles de financement (**DAF**), et aux soins de longue durée (**SLD**) ;
 - l'objectif quantifié national (**OQN**) relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite et réadaptation (**SSR**) du secteur privé commercial ;
 - les dépenses relatives au fond de modernisation des établissements de santé publics et privés (**FMESPP**).
- le Fonds d'Intervention Régional (**FIR**) créé en 2012 pour donner aux agences régionales de santé une plus grande souplesse dans la gestion des crédits. Il est constitué en partie d'anciens crédits relevant de l'enveloppe MIGAC et du FMESPP.

Ce préambule présente les résultats issus du suivi statistique conjoncturel réalisé principalement à partir des données PMSI. Les crédits alloués aux établissements de santé dans le cadre du fond d'intervention régional sont exclus de ce suivi. L'évolution annuelle des financements est évaluée à **+2,1%** décomposée en :

- +2,3% globalement sur l'ODMCO et les MIGAC ;
- +3,2% sur les autres dépenses (ODAM et OQN).

T 1 I Estimation des réalisations 2014 – suivi statistique de l'ONDAM hospitalier*

Précision importante : Le tableau ci-dessous et toutes les données d'exécution présentées dans ce rapport sont fondés sur un suivi statistique qui n'est pas comparable à l'exécution 2014 présentée dans le rapport de la CCSS de juin 2015 et à celle du rapport de juin 2015 de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, toutes les deux fondées sur un suivi comptable de l'ONDAM et sur un périmètre différent (y compris FMESPP et champ non régulé).

Montants en M€	Estimation des réalisations (avant neutralisation FIR)	Ecart réalisations estimées / objectifs rectificatifs PLFSS et après fongibilité complémentaire	Taux d'évolution des réalisations estimées 2013/2014
TOTAL	74 491	-399	+2,1%
ODMCO/MIGAC	55 415	-140	+2,3%
ODMCO	49 520	+80	+3,1%
MIGAC	5 895	-220	-3,7%
ODAM/OQN	19 076	-259	+1,5%
ODAM	16 262	--265	+1,0%
OQN	2 814	+6	+4,0%

* Y compris régime d'Alsace Moselle, mais hors FMESPP et hors champ non régulé

Les éléments repris dans ce préambule sont une synthèse du suivi des financements, décrit et présenté de manière détaillée en annexe 2. L'objet du rapport est l'analyse de l'activité hospitalière des établissements de santé. Par conséquent, cette synthèse reprend uniquement les informations relatives aux prises en charges en MCO et d'HAD. En effet, il existe un lien direct entre les financements versés par l'AM aux établissements et l'activité produite.

Pour les activités de SSR et de psychiatrie, le financement est alloué par des crédits budgétaires via une dotation pour les établissements sous DAF ou par des tarifs déclinés par discipline et mode de traitement pour les établissements sous OQN. Le financement de ces activités est détaillé en annexe.

L'évolution de l'activité entre 2013 et 2014 n'est pas marquée par un effet calendaire, contrairement à l'évolution entre 2012 et 2013 (effet de 0,5 point).

S'agissant de l'activité de MCO des établissements ex-DG, l'évolution annuelle des financements est évaluée à +3,3% et se décompose comme suit :

- +3,0% pour la part tarifs ;
- +6,2% pour les médicaments et DM facturables en sus ;
- +2,4% pour les forfaits annuels.

La progression des financements de l'ensemble des activités constituant la part tarifs (activité des séjours, dialyse, actes et consultations externes et hospitalisation à domicile) correspond à une augmentation du **volume d'activité** de +3,1% et se décline en :

- +2,8% pour les séjours/séances (hors dialyse et y compris suppléments journaliers) ;
- +3,3% pour l'activité de dialyse ;
- +5,6% pour l'activité des consultations et actes externes ;
- +3,8% pour l'hospitalisation à domicile.

L'évolution annuelle des financements de **l'activité MCO des établissements du secteur ex-OQN** est estimée à +2,1%, dont :

- +2,6% au titre de la part tarifs;
- -1,5% pour les dépenses de médicaments et DM facturables en sus;
- +9,2% pour les forfaits annuels.

La progression des financements de l'ensemble des activités constituant la part tarifs (activité des séjours, de dialyse et d'hospitalisation à domicile) correspond à une augmentation du **volume d'activité** de +2,1% et se décline en :

- +1,7% pour les séjours (hors dialyse et y compris suppléments journaliers) ;
- +4,7% pour l'activité de dialyse ;
- +2,0% pour l'hospitalisation à domicile.

L'étude des séjours de MCO est réalisée à classification constante, et ce afin de pouvoir distinguer ce qui relève d'une **évolution du nombre de séjours** et ce qui relève d'un changement de structure de l'activité, à classification constante. Cet **effet structure** est induit principalement par la hausse du codage de CMA entraînant le changement de niveau à l'intérieur d'une racine (effet niveau de sévérité), ou le changement de racine (effet racine), ou encore l'évolution du nombre de journées induisant une modification des séjours extrêmes (autres effets). Ces effets sont toutefois atténués par la distorsion de l'activité entre l'hospitalisation complète, l'ambulatoire et les séances (effet mode de prise en charge).

2. L'ONDAM hospitalier 2014 permet de prendre en charge 12 millions de patients

En 2014, les dépenses d'Assurance maladie relative au champ hospitalier ont permis de prendre en charge 12,3 millions de patients, soit un taux d'hospitalisation de 188 pour 1 000 habitants.

Parmi ces patients, 2 millions sont des enfants âgés de moins de 18 ans et 1,5 million ont plus de 80 ans. Néanmoins, en faisant le lien avec la pyramide des âges, les personnes âgées de plus de 80 ans ont plus recours à l'hospitalisation avec un taux d'hospitalisation de 408 pour 1 000, alors que pour les enfants, ce taux est de 140 pour 1 000.

11,9 millions de patients ont nécessité des soins de médecine, chirurgie ou d'obstétrique. Ensuite, 975 mille patients ont eu besoin de soins de suite et de réadaptation, et 415 mille patients ont eu des soins de psychiatrie. 106 mille patients sont hospitalisés à domicile.

En 2014, 800 mille accouchements ont eu lieu, dont 1,7% pour des naissances multiples. Enfin, 335 mille patients sont décédés en 2014 à l'hôpital, ce qui représente 60% des décès en France.

Activité de médecine, chirurgie, obstétrique

Données

Source : PMSI MCO 2012-2013-2014 y compris LAMDA 2012 et 2013 et SNIIR EP traité en complément du PMSI pour les séances de dialyse ex-OQN

Champ des établissements : Secteur ex-DG T2A et secteur ex-OQN

Classification des GHM : v11f

Valorisation : tarifs tout compris 2014, hors suppléments et hors séances en sus

1. Panorama de l'activité

En 2014, 11,9 millions de patients ont été pris en charge en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), dont 17% sont des enfants âgés de moins de 18 ans et 12% sont âgés de plus de 80 ans.

Sur l'ensemble du territoire national, 17,6 millions de séjours hospitaliers et 11,3 millions de séances et forfaits ont été réalisés au sein de 1 977 établissements de santé.

La prise en charge en hospitalisation complète a concerné 7,5 millions de patients, correspondant à 10,9 millions de séjours d'une durée moyenne de 5,7 jours. Par ailleurs, 5,5 millions de patients ont été pris en charge en ambulatoire, générant ainsi 6,8 millions de séjours.

Globalement, 41% des séjours hospitaliers sont des séjours de médecine, 31% des séjours chirurgicaux et 11% des séjours obstétricaux. Enfin, 3 millions de séjours concernent les techniques interventionnelles, soit 17% des séjours.

L'ensemble des résultats présentés dans la suite du document portent exclusivement sur les établissements de santé **financés à l'activité**. L'activité MCO des établissements financés en dotation (essentiellement les ex hôpitaux locaux) fait l'objet d'un focus à la fin de cette partie.

L'augmentation du nombre de séjours entre 2013 et 2014 est plus prononcée qu'entre 2012 et 2013.

En dehors de l'activité de séances, les établissements soumis à la tarification à l'activité ont reçu 11,6 millions de patients, générant ainsi 17,5 millions de séjours. Le nombre de séjours a augmenté de +1,5% entre 2013 et 2014, la tendance est similaire quel que soit le secteur de financement (+1,5% dans les établissements ex-DG et +1,4% dans le secteur ex-QQN).

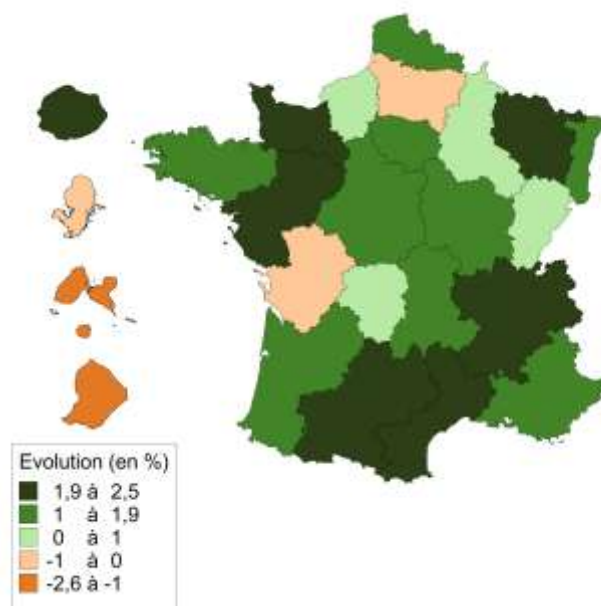
Entre 2012 et 2013, l'évolution était de +0,3% mais elle était marquée par un effet calendaire puisque l'année 2012 était bissextile. L'évolution corrigée des jours ouvrés (CJO) aurait été de +0,8%. En revanche, entre 2013 et 2014, il n'existe pas d'effet calendaire.

T 2 I Description de l'activité 2014 des établissements soumis à la tarification à l'activité

	Total	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Activité de séjours			
Nombre de séjours 2014 (en milliers)	17 548.98	11 181.52	6 367.47
Répartition des séjours entre secteurs	100.0%	63.7%	36.3%
Evolution 2013/2014	+1.5%	+1.5%	+1.4%
Activité de séances et forfaits			
Nombre de séances/forfaits (en milliers)	11 335.88	5 865.28	5 470.60
Répartition des séances/forfaits entre secteurs	100.0%	51.7%	48.3%
Evolution 2013/2014	+3.8%	+4.0%	+3.5%

Séjours/séances en milliers

F 2 I Evolution du nombre de séjours (hors séances) entre 2013 et 2014



La croissance globale des séjours est portée par le développement de la chirurgie ambulatoire, des techniques interventionnelles et l'activité de médecine. Les séjours obstétricaux et les séjours chirurgicaux en hospitalisation complète diminuent entre 2013 et 2014.

T 3 I Activité 2014 et évolutions 2013/2014 des séjours par catégorie d'activité de soins

Catégorie d'activité de soins	Nombre de séjours 2014	Part en séjours 2014	Evolution nombre de séjours 2012/2013	Evolution nombre de séjours 2013/2014
Chirurgie ambulatoire	2 470.58	14.1%	+5.2%	+7.5%
Chirurgie non ambulatoire	3 027.87	17.3%	-2.6%	-2.1%
Total chirurgie	5 498.45	31.3%	+0.6%	+2.0%
Séjour sans acte classant sans nuitée	1 791.59	10.2%	-1.8%	+1.2%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	5 322.44	30.3%	-0.1%	+1.0%
Total séjour sans acte classant	7 114.03	40.5%	-0.5%	+1.0%
Obstétrique mère	1 096.68	6.2%	-0.9%	-0.8%
Obstétrique enfant	833.00	4.7%	-1.0%	-0.2%
Total Obstétrique	1 929.68	11.0%	-1.0%	-0.6%
Techniques peu invasives	3 006.83	17.1%	+2.6%	+3.0%
Total hors séances	17 548.98	100.0%	+0.3%	+1.5%

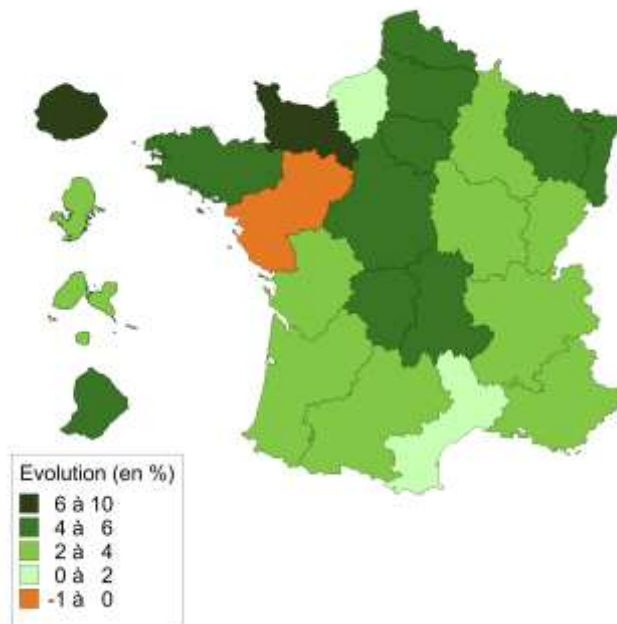
Séjours en milliers

Le dynamisme des séances concerne les différents types de séances sur les deux secteurs

11,3 millions de séances/forfaits ont été réalisés en 2014. Plus de la moitié concerne la dialyse, soit 6,3 millions de séances et forfaits de dialyse pour 56 000 patients. La croissance de l'activité de dialyse est plus dynamique dans le secteur ex-OQN (+3,8% versus +2,1% dans le secteur ex-DG), qui réalise les trois quarts des séances et forfaits de dialyse.

Au niveau national, 2,8 millions de séances de chimiothérapie ont été réalisées pour 371 mille patients pris en charge. 73% des séances de chimiothérapie sont réalisées dans le secteur ex-DG. La croissance de ces séances est plus marquée dans les établissements du secteur ex-DG (+7,2%) que dans ceux du secteur ex-OQN (+2,1%).

F 3 I Evolution du nombre de séances/forfaits entre 2013 et 2014



Focus sur l'hospitalisation en MCO dans les établissements non financés à l'activité

Ces établissements sont financés par dotations. N'étant pas financés selon la nature et le volume de leurs activités, les données d'activité transmises peuvent présenter des défauts d'exhaustivité.

En 2014, 173 établissements ont transmis des données d'activité concernant 87 000 séjours. Au sein de ces établissements, 43 500 séjours ont été réalisés par le centre hospitalier de Mayotte et les hôpitaux américains de Paris.

L'analyse qui suit caractérise l'activité des autres établissements, hors CH de Mayotte et l'Hôpital Américain qui ont une activité spécifique.

Les 170 établissements considérés ont produit 43 600 séjours et moins de 400 séances en 2014. Ces établissements ont réalisé en moyenne 257 séjours sur l'année 2014. Ils se caractérisent par une prise en charge essentiellement orientée vers les personnes âgées. En effet, 84% des séjours concernent des patients âgés de plus de 65 ans. Les séjours des personnes âgées de plus de 80 ans représentent 61% de l'activité de ces établissements. Par ailleurs, 98% des séjours sont des séjours de médecine, dont 93% sont pris en charge en hospitalisation complète. La durée moyenne de séjours en médecine avec nuitée(s) est de 15,7 jours.

Près d'un séjour sur quatre concerne la CMD 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé ». Les soins palliatifs, avec ou sans acte (racine 23Z02) représentent 43% des séjours de cette CMD et 11% de l'ensemble des séjours.

11% des séjours sont relatifs à des « Affections de l'appareil respiratoire » (CMD 04). Les pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans (racine 04M05) concernent le tiers des séjours de la CMD.

La CMD 19 « Maladies et troubles mentaux » regroupe 10% des séjours. Au sein de cette CMD, 2 séjours sur 5 concernent la racine 19M06 relatif aux troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans.

La suite du document, présente une photographie globale de l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique en 2014 des établissements de santé **soumis à la tarification à l'activité**. Les établissements de santé étant financés par des tarifs présentant des périmètres différents selon le secteur, l'analyse porte exclusivement sur les effectifs. Une approche par le volume économique est proposée uniquement pour examiner l'activité des établissements de santé de manière distincte entre les secteurs de financement.

2. Quels patients en MCO ?

2.1. Séjours : un patient sur trois âgé de plus de 65 ans

En 2014, 11,6 millions de patients ont été pris en charge en MCO dans les établissements soumis à la tarification à l'activité. Près du tiers des patients est âgé de plus de 65 ans. Les patients de cette classe d'âge ont consommé 36% des séjours hospitaliers.

En 2014, le nombre moyen de séjours par patient est de 1,5. Ce nombre moyen de séjours augmente avec l'âge. Il s'étend de 1,2 séjour par patient chez les moins de 5 ans à 1,7 séjour par patient âgé de plus de 65 ans.

T 4 I Activité 2014 et évolution de l'activité par classe d'âge

Classe d'âge	Nombre de séjours 2014	Part en séjours 2014	Part des séjours de patients femmes 2014	Evolution nombre de séjours 2013/2014
0-4 ans	1 509.89	8.6%	44,6%	-0.2%
5-19 ans	1 140.33	6.5%	48,3%	+1.4%
20-39 ans	3 099.01	17.7%	68,9%	+0.3%
40-64 ans	5 418.96	30.9%	49,7%	+0.5%
65 ans et plus	6 380.79	36.4%	51,8%	+3.4%
Total hors séances	17 548.98	100.0%	53,3%	+1.5%

Séjours en milliers

55% des patients hospitalisés sont des femmes, 53% des séjours leur sont consacrés. Cette proportion de femmes est plus faible parmi les séjours d'enfants de moins de 5 ans (44,6%) et plus élevée parmi les séjours de patients de plus de 80 ans (58,7%).

Entre 2013 et 2014, la plus forte évolution concerne la prise en charge des personnes âgées de 65 ans et plus. A l'opposé les séjours des patients de moins de 5 ans diminuent très légèrement.

La prise en charge en hospitalisation complète est plus fréquente pour les patients de plus de 65 ans. Pour cette tranche d'âge, deux tiers des séjours se font en hospitalisation complète. Il s'agit principalement de séjours sans acte classant avec nuitée(s) qui représentent 42% de l'activité. Les affections de l'œil (CMD 02) et du tube digestif (CMD 05) sont particulièrement fréquentes chez les patients de cette classe d'âge. Elles représentent respectivement 12% et 16% des séjours (versus 2% et 6% chez les moins de 65 ans).

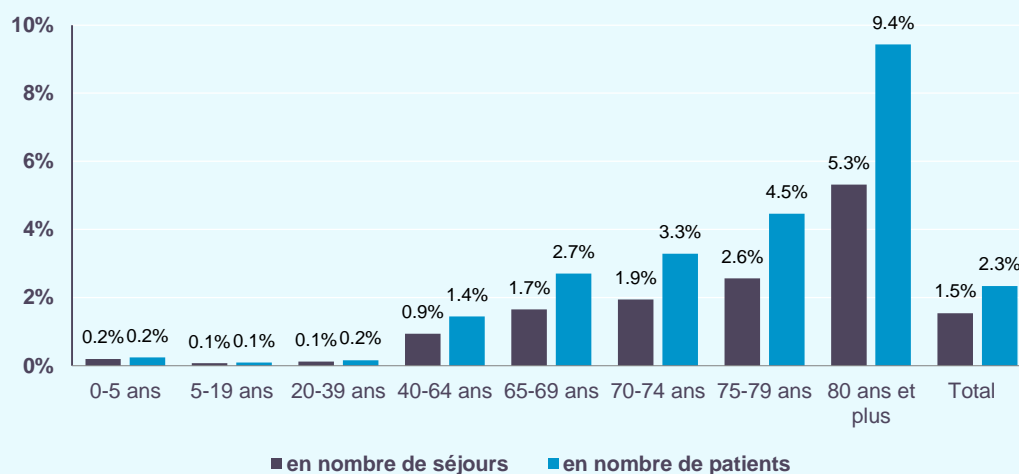
Globalement, 63% des séjours relatifs aux patients âgés de 65 ans et plus sont réalisés dans des établissements du secteur ex-DG. Cette proportion est identique chez les patients âgés de moins de 65 ans. En revanche, aux âges extrêmes, la prise en charge en établissements du secteur ex-DG est plus importante. En 2014, 78% des séjours des patients âgés de moins de 5 ans et 72% des séjours des patients de plus de 80 ans sont réalisés dans le secteur ex-DG.

Focus sur la mortalité à l'hôpital

En 2014, près de 271 mille patients hospitalisés en MCO sont décédés, près de 80% d'entre eux sont âgés de 65 ans et plus. Un décès sur deux concerne un patient âgé de 80 ans et plus.

En moyenne, le taux de décès est de 1,5% des séjours et 2,3% des patients hospitalisés (9,4% pour les patients de 80 ans et plus).

F 4 I Mortalité 2014 en MCO



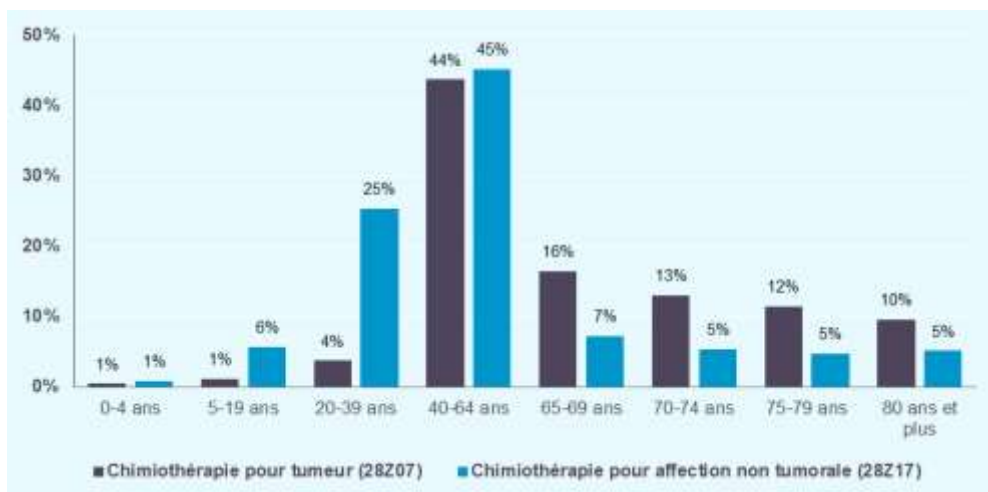
2.2. Séances de chimiothérapie pour tumeur : un patient sur deux âgé de plus de 65 ans

En 2014, 371 mille patients ont suivi 2,8 millions de séances de chimiothérapie dont 90% sont administrées à des patients de 40 ans et plus, cette activité étant répartie à parts égales entre les patients âgés de 40 à 64 ans et les patients de plus de 65 ans. En revanche, la répartition des séances par classe d'âge diffère selon que la chimiothérapie traite une affection tumorale ou non.

La moitié des **séances de chimiothérapie pour tumeur** (GHM 28Z07Z) concerne des patients âgés de 65 ans et plus. Les séances de chimiothérapie pour tumeur sont en baisse uniquement chez les enfants de moins de 5 ans (-1,5%) ; elles sont en hausse pour toutes les autres classes d'âge. Les plus fortes hausses concernent les patients de 65 à 69 ans (+7,7%) et les patients de plus de 80 ans (+9,4%).

Les **séances de chimiothérapie pour affection non tumorale** (GHM 28Z17Z) concernent des patients plus jeunes. En effet, 45% de ces séances concernent des patients âgés de 40 à 64 ans et 25% des patients de 20 à 39 ans. Le nombre de séances de chimiothérapie pour affection non tumorale est en forte augmentation (+17,3%) en partie en raison d'une évolution de règle de codage. En effet, ces séances incluent les administrations de solution injectable de fer qui donnent lieu, depuis mars 2014, à la production de séjours hospitaliers. Cette hausse du nombre de séances de chimiothérapie pour affection non tumorale est constatée pour toutes les classes d'âge. Enfin, 3 séances de chimiothérapie pour affection non tumorale sur 5 concernent des femmes.

F 5 I Répartition des séances de chimiothérapie 2014 par classes d'âge



3. Quels motifs de recours en MCO ?

3.1. Chirurgie : une croissance portée par le développement de l'ambulatoire

En 2014, 5,5 millions de séjours sont chirurgicaux, ce qui représente près d'un tiers des séjours MCO. 44,9% des séjours chirurgicaux sont pris en charge en ambulatoire. En élargissant le périmètre de mesure avec sept activités (extraction dentaires, mise en place d'accès vasculaires pour la CMD 5 et la CMD 11, biopsie prostatique, chirurgie esthétique, interventions de confort, et IVG), le taux de séjours pris en charge en ambulatoire passe à 50 %.

Entre 2013 et 2014, les séjours de chirurgie augmentent de +2%. Cette hausse s'explique par la croissance, de plus en plus dynamique, des prises en charge ambulatoires (+7,5%), tandis que les séjours en hospitalisation complète diminuent de -2,1%.

L'activité de chirurgie se répartit sur 225 racines de GHM (C en 3^{ème} position hors obstétrique). Concernant la **chirurgie ambulatoire**, la moitié de l'activité se concentre sur uniquement 6 racines :

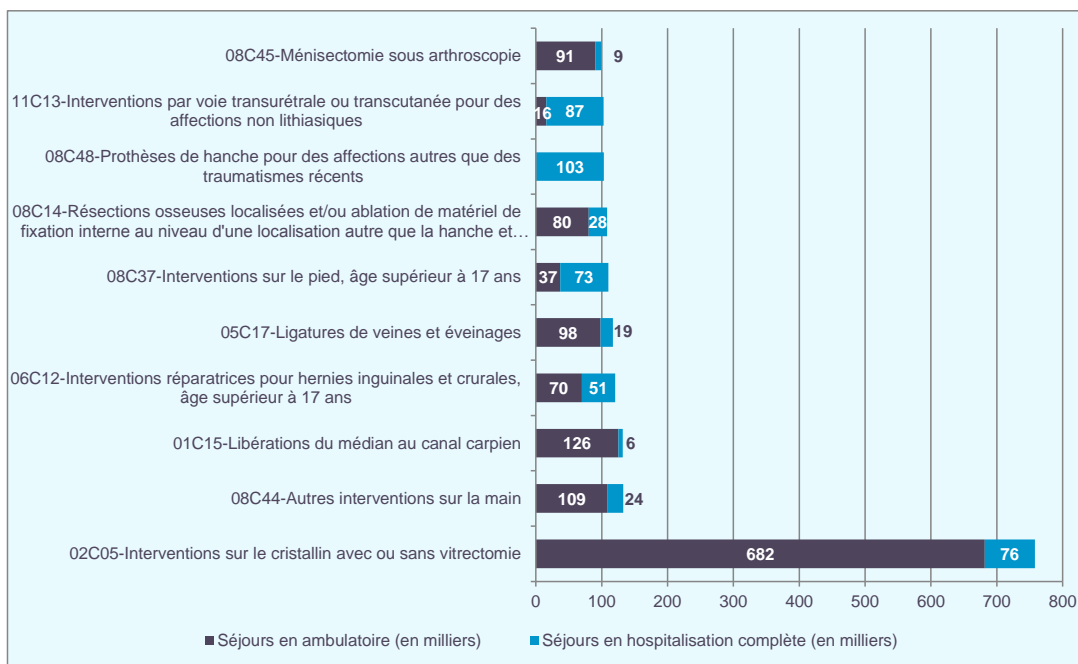
- les interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie (racine 02C05) avec 28% des séjours ;
- les libérations du médian au canal carpien (racine 01C15) avec 5% des séjours ;
- les ménisectomies sous arthroscopie (racine 08C45), les circoncisions (racine 12C08), les ligatures de veines et éveinages (racine 05C17) et les autres interventions sur la main (racine 08C44) regroupent chacune 4% des séjours.

Concernant la **chirurgie en hospitalisation complète**, la moitié de l'activité se répartit sur 27 racines. Les interventions les plus fréquentes sont les prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents (racine 08C48), les prothèses de genou (racine 08C24), les interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques (racine 11C13) et les interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie (racine 02C05) qui regroupent chacune 3% des séjours en chirurgie avec nuitée(s).

En termes d'évolution, le développement de la chirurgie ambulatoire est observé pour la plupart des racines et s'accompagne le plus souvent d'une diminution du nombre de séjours en hospitalisation complète au sein de la racine. Les racines qui contribuent le plus à ce phénomène sont les suivantes : interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie (racine 02C05), interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans (racine 08C37), cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës (racine 07C14)

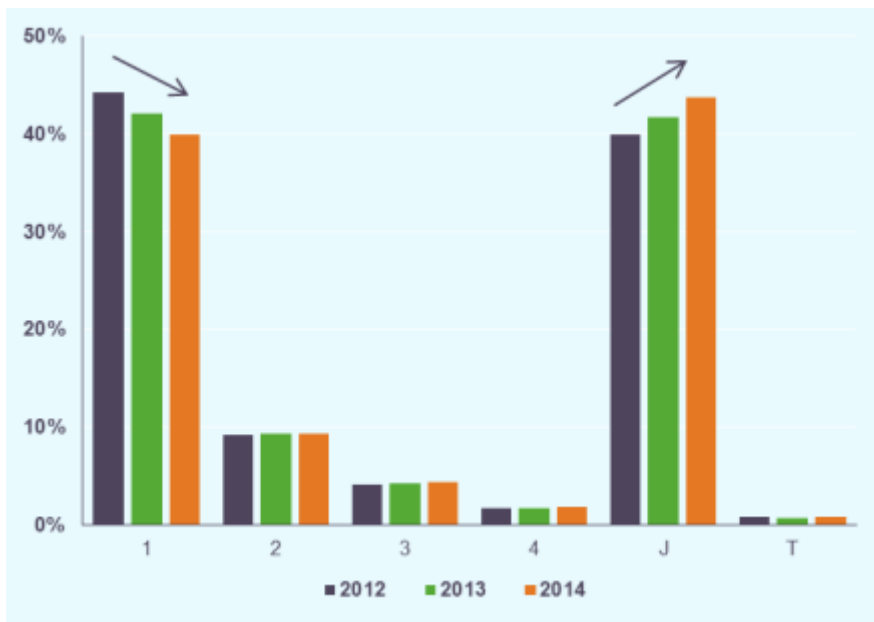
et interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans (racine 06C12).

F 6 I Top 10 des racines de chirurgie représentant le plus de séjours en 2014



Cette modification de la prise en charge avec report partiel de l'activité de l'hospitalisation complète vers la chirurgie ambulatoire avec nuitée(s) est confirmée par l'analyse du niveau de sévérité des séjours en chirurgie : la part des séjours sans sévérité (niveau 1) continue de diminuer au profit des séjours en ambulatoire (niveau J). Pour la première année, la part des séjours de niveau J (44%) dépasse celle des séjours de niveau 1 (40%) en chirurgie.

F 7 I Répartition des séjours de chirurgie par niveau de sévérité et par année



Focus sur le codage des diagnostics associés (DA) et les comorbidités associées (CMA) dans les GHM chirurgicaux en J (séjours ambulatoires de 0 jour)

Selon les professionnels, le développement important des prises en charges chirurgicales en ambulatoire s'accompagne d'une augmentation de la lourdeur des patients pris en charge. Afin d'amener des éléments objectifs permettant de quantifier cette tendance, l'agence a réalisé une analyse des bases nationales PMSI MCO sur la période 2006 à 2013 :

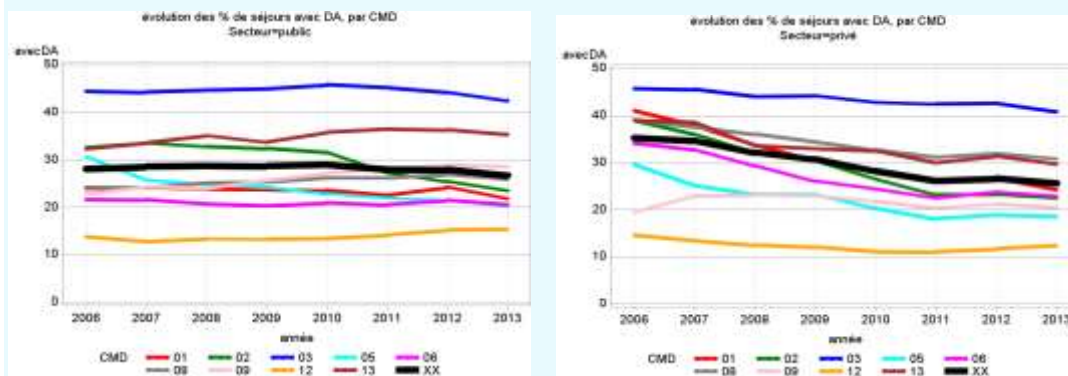
- dans un premier temps ont été identifiés les séjours de chirurgie ambulatoire (GHM avec un 'C' en 3ème position et un 'J' en 6^{ème}) avec au moins un diagnostic associé (DA) codé ;
- dans un deuxième temps l'analyse a recensé les séjours de cette population avec au moins un diagnostic faisant partie de la liste des CMA v11f, mais non exclu par le DP (selon les exclusions v11f).

Le codage des diagnostics associés

Entre 2006 et 2013 le pourcentage de séjours avec au moins un DA baisse de manière marquée dans le secteur ex-OQN (de 35 à 26%) et reste quasiment stable dans le secteur ex-DG (de 28 à 27%).

Il s'agit de tendances générales toutes CMD confondues, et l'on n'observe pas, quel que soit le secteur, d'évolutions spécifiques pour les CMD les plus fréquentes.

F 8 I Evolution du pourcentage de séjours avec au moins un diagnostic associé (DA) entre 2006 et 2013, par secteur



Les courbes noires représentent l'évolution sur l'ensemble de la chirurgie ambulatoire, les courbes en couleur représentent les CMD les plus fréquentes

Les principales catégories de DA sont majoritairement des pathologies chroniques (HTA, obésité, diabète, Cardiopathie ischémique chronique, Asthme), ou des codes en Z d'antécédents ou de présence d'implants. L'hypertension (I10) est le code le plus fréquent. On retrouve également parmi les codes les plus fréquents des codes a priori très liés au motif de l'hospitalisation (otite, lésion du genou, stérilité, plaie de la main).

T 5 I Les catégories de diagnostics associés les plus codées, par secteur

Cat	Libellé	Secteur ex-OQN		Secteur ex-DG		Ensemble	
		Nombre	Evolution 2006/2013	Nombre	Evolution 2006/2013	Nombre	Evolution 2006/2013
I10	Hypertension essentielle (primitive)	103 919	-16%	36 633	100%	140 552	-1%
E78	Anomalies du métabolisme des lipoprotéines et autres lipidémies	35 263	-21%	9 499	92%	44 762	-9%
E66	Obésité	29 161	30%	9 090	196%	38 251	50%
E11	Diabète sucré non insulino-dépendant	23 773	-4%	7 637	74%	31 410	8%
Z92	Antécédents personnels de traitement médical	21 654	-32%	9 186	97%	30 840	-16%
H65	Otite moyenne non suppurée	20 324	-32%	6 471	-6%	26 795	-27%
F17	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac	15 577	-39%	7 209	113%	22 786	-22%
Z96	Présence d'autres implants fonctionnels	13 099	24%	6 252	28%	19 351	25%
G56	Mononévrite du membre supérieur	15 638	27%	3 302	170%	18 940	40%
N97	Stérilité de la femme	6 944	-8%	10 974	64%	17 918	26%
J35	Maladies chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes	11 175	-35%	5 141	21%	16 316	-24%
S61	Plaie ouverte du poignet et de la main	12 658	158%	3 233	101%	15 891	144%
M65	Synovite et ténosynovite	10 675	25%	2 394	92%	13 069	34%
M23	Lésion interne du genou	10 344	30%	2 482	97%	12 826	39%
E03	Autres hypothyroïdies	9 285	-6%	3 479	150%	12 764	13%
Z88	Antécédents personnels d'allergie à des médicaments et des substances biologiques	9 111	-57%	3 549	65%	12 660	-46%
I25	Cardiopathie ischémique chronique	7 842	-34%	3 170	97%	11 012	-18%
Z95	Implants et de greffes cardiaques et vasculaires	7 558	-2%	3 158	179%	10 716	21%
J45	Asthme	6 467	-66%	3 219	3%	9 686	-57%

Evolution par niveau de sévérité

Le niveau de sévérité théorique de chaque séjour, est défini comme le niveau de sévérité maximal de ses diagnostics non exclus par le DP. Un niveau théorique est affecté comme si la méthode utilisée pour classer les séjours réalisés en HC était applicable aux séjours ambulatoires.

Parmi les séjours de 2013, 80% n'ont pas de DA ou ont des DA exclus par le DP et le pourcentage global de séjours « avec comorbidité » est de 2,5% dans le secteur ex-DG et de 1,6% dans le secteur ex-OQN.

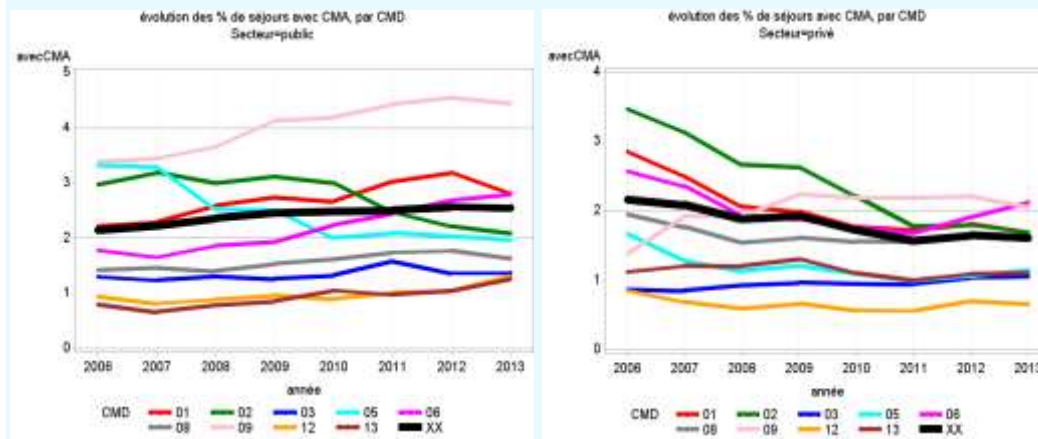
Lorsque le DA porte un niveau de comorbidité, près de 9 fois sur 10 il s'agit d'un niveau 2. Les niveaux 3 et 4 ne représentent que 11-12% des diagnostics et les niveaux 4 que 3% des codes dans le secteur ex-DG et 1% dans le ex-OQN.

T 6 I Niveau de sévérité des diagnostics associés

Code	Libellé	Niveau	% CMA TOT	% cum	% CMA ExDG	% CMA ExOQN
E6601	OBESITE A EXCES CALORIQUE, ADULTE IMC>=40KG/M ² ET <50KG/M ²	2	10,4%	10,4%	8,2%	11,7%
E109	D.I.D., SANS COMPLIC.	2	8,1%	18,5%	6,6%	9,0%
E1190	D.N.I.D. INSULINOTRAITE, SANS COMPLIC.	2	7,0%	25,5%	6,9%	7,0%
F412	TBL. ANXIEUX ET DEPRES. MIXTE	2	6,4%	31,9%	2,1%	8,9%
J96-1	[INSUF. RESP. CHRON.]	2	5,2%	37,1%	4,3%	5,8%
B956	STAPHYLO. AUREUS, CAUSE DE MAL. CLASSEES DANS D'AUTRES CHAP.	3	5,0%	42,1%	2,4%	6,6%
I509	INSUF. CARD., SAI	2	4,8%	46,9%	3,8%	5,4%
T81-1	HEMORR. ET HEMATOME COMPLIQ. UN ACTE, NCA	2	4,6%	51,5%	6,7%	3,4%
G30-1	[MAL. D'ALZHEIMER, NCA]	2	3,3%	54,8%	2,4%	3,8%
G821	PARAPLEGIE SPASTIQUE	2	3,2%	58,1%	8,7%	0,0%
Z95-1	[PRESENCE DE PROTHESE D'UNE VALV. CARD.]	2	2,9%	60,9%	2,4%	3,2%
T810	DESUNION D'UNE PLAIE OP., NCA	2	2,6%	63,5%	2,2%	2,8%
L030	PHLEGMON DES DOIGTS ET DES ORTEILS	2	2,3%	65,8%	0,8%	3,2%
G20	MAL. DE PARKINSON	2	2,1%	68,0%	2,4%	1,9%
I110	CARDIOPATHIE HYPERTENSIVE, AVEC INSUF. CARD.	2	2,0%	69,9%	2,1%	1,9%
R33	RETENTION D'URINE	2	1,9%	71,9%	4,2%	0,6%
M10	GOUTTE	2	1,9%	73,7%	1,8%	1,9%
B957	STAPHYLO. NCA, CAUSE DE MAL. CLASSEES DANS D'AUTRES CHAP.	2	1,4%	75,2%	1,0%	1,7%
I803	PHLEBITE ET THROMBOPHLEBITE DES MB. INF., SAI	2	1,3%	76,5%	0,5%	1,8%
L02-2	[ABCES CUTANE, FURONCLE ET ANTHRAX DU TRONC]	3	1,2%	77,7%	0,9%	1,4%
G819	HEMIPLEGIE, SAI	2	1,2%	78,9%	1,3%	1,2%
G822	PARAPLEGIE, SAI	2	1,2%	80,0%	2,7%	0,3%

Entre 2006 et 2013 le pourcentage de séjours avec au moins un DA avec un niveau de CMA baisse dans le secteur ex-OQN (de 2,2 à 1,6%) et augmente faiblement dans le secteur ex-DG (de 2,2 à 2,5%). Là encore, quel que soit le secteur, on n'observe quasiment pas d'évolutions spécifiques pour les CMD les plus fréquentes.

F 9 I Evolution du pourcentage de séjours avec comorbidités associés entre 2006 et 2013, par secteur



Les courbes noires représentent l'évolution sur l'ensemble de la chirurgie ambulatoire, les courbes en couleur représentent les CMD les plus fréquentes

Ainsi, le codage des DA pour les séjours classés dans les GHM en J des racines chirurgicales (racine en C) est faible et parmi les codes retenus peu sont des comorbidités associés.

Synthèse

Les travaux menés ne permettent pas de retrouver une augmentation de la lourdeur des patients pris en charge en chirurgie ambulatoire. Pour autant on ne peut exclure qu'elle existe, et les résultats sont certainement biaisés par le fait que le codage des DA n'a aucun impact du point de vue de la classification pour ces séjours. La nette diminution du codage dans le secteur ex-OQN est très probablement significative de ce fait.

3.2. Médecine : une activité moins centrée sur l'ambulatoire

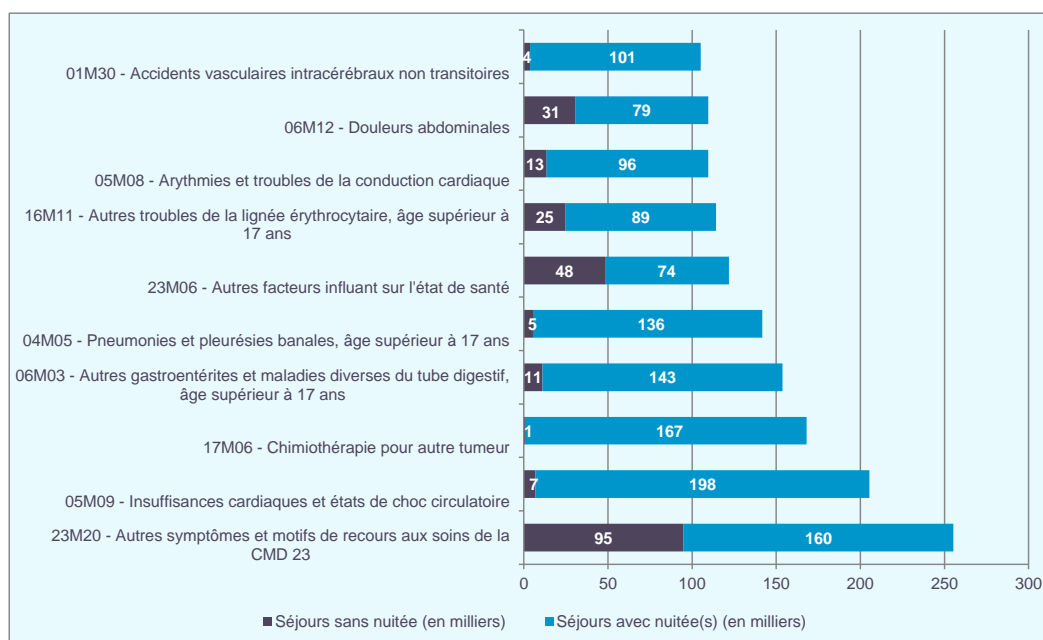
Avec plus de 7 millions de séjours, l'activité de médecine représente 41% des séjours de MCO. Les trois quarts des séjours de médecine sont pris en charge en hospitalisation complète. Entre 2013 et 2014, les séjours sans acte classant sont en augmentation de +1,0%.

Alors que l'activité de médecine se répartit sur 317 racines de GHM, 26 racines concentrent la moitié des **séjours de médecine sans nuitée**. Les séjours les plus fréquents concernent les racines « autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23 » (racine 23M20) et « explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques » (racine 10M13) qui regroupent chacune 5% des séjours de médecine sans nuitée.

Avec une augmentation des séjours de +26%, la racine relative aux douleurs chroniques rebelles (racine 01M21) est celle qui contribue le plus à la croissance des séjours de médecine sans nuitée, traduisant une meilleure identification de ces prises en charge. Les racines les plus contributrices à la croissance sont ensuite les « désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation » (racine 23M21) et « éthylysme avec dépendance » (racine 20Z04) dont les nombres de séjours augmentent respectivement de +20% et +14%.

Concernant la **médecine avec nuitée(s)**, 34 racines de GHM représentent la moitié de l'activité. Les racines les plus fréquentes concernent les « insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire » (racine 05M09), les « chimiothérapies pour autre tumeur » (racine 17M06) et les « autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23 » (racine 23M20).

F 10 | Top 10 des racines de médecine représentant le plus de séjours en 2014

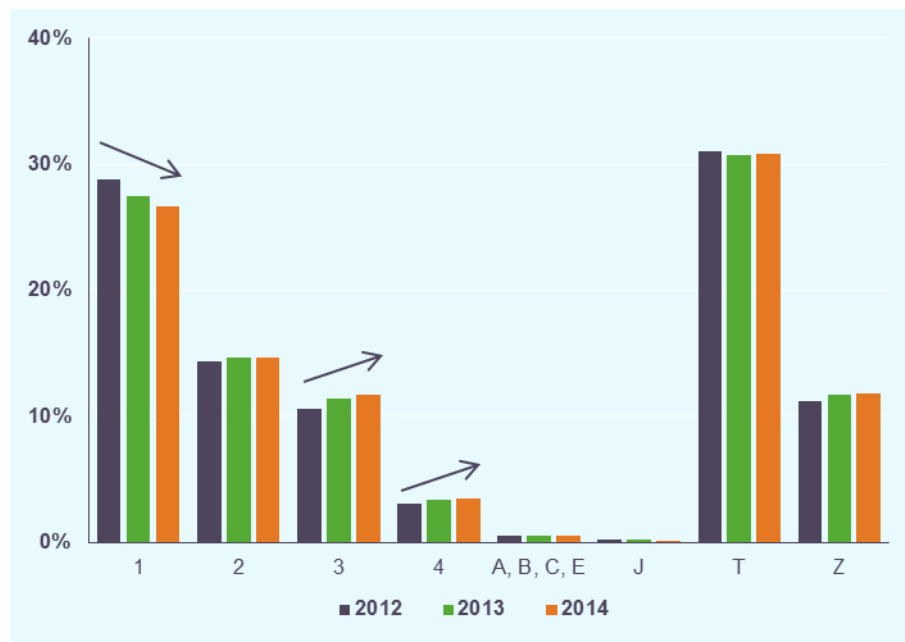


Concernant les niveaux de sévérité, près de 30% des séjours sont de courte durée (GHM en T) et sont en augmentation (+1,7%). Les séjours sans sévérité (niveau 1) poursuivent leur diminution (-1,9%) tandis que les séjours avec sévérité (niveaux 2, 3, 4) continuent leur progression (+2,9%). Cette tendance s'explique en partie par l'augmentation du codage de comorbidités en diagnostic associé qui entraîne le report de séjours vers des niveaux de sévérité plus élevés.

Les GHM qui contribuent le plus à la baisse des séjours de médecine sans sévérité concernent le « diabète, âge supérieur à 35 ans » (GHM 10M021), l'« assistance médicale à la procréation » (GHM 13M081) et les « autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans » (GHM 06M021). La diminution des séjours non sévères relatifs à ces racines n'est pas forcément compensée par une hausse de ces mêmes racines dans les niveaux plus sévères.

La croissance des séjours de médecine de niveaux 2, 3 et 4 est observée sur d'autres GHM tels que les « insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire » (racine 05M093), les « autres facteurs influant sur l'état de santé » (racine 23M062) et les « infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans » (racine 11M044).

F 11 | Répartition des séjours de médecine par niveaux de sévérité et par année



3.3. Obstétrique : 800 mille accouchements

Près de 2 millions de séjours hospitaliers sont réalisés en obstétrique. Ces séjours obstétricaux représentent 11% des séjours hospitaliers de MCO. Cette catégorie d'activités de soins rassemble à la fois la prise en charge obstétricale de la femme (CM 14) mais également les séjours des nouveau-nés et ceux des bébés (CM 15).

1,1 million de séjours obstétricaux concernent les femmes et plus de 800 mille séjours concernent les nourrissons. Entre 2013 et 2014, l'activité d'obstétrique baisse de -0,6%. Cette baisse concerne notamment les séjours des femmes, qui diminuent de -0,8% alors que les séjours des nourrissons sont relativement stables (-0,2%).

Concernant les **prises en charge des femmes**, près de trois séjours sur quatre concernent des accouchements. En 2014, 800 mille accouchements sont comptabilisés dont un sur cinq est réalisé par césarienne. 5% des césariennes et 1% des accouchements par voie basse concernent des grossesses multiples. Entre 2013 et 2014, les césariennes diminuent de -0,7% alors que le nombre d'accouchements par voie basse est stable. En 2014, le nombre de mort-nés est de 6 900 et il est en baisse par rapport à 2013.

Parmi les **séjours relatifs aux nouveau-nés**, 85% correspondent à la prise en charge des nouveau-nés de 3300g et plus et d'âge gestationnel de 40 SA et assimilés (racine 15M05).

3.4. Interventionnel : 1,4 million de séjours pour endoscopie digestive

Les techniques peu invasives ou interventionnelles, représentent 3 millions de séjours, soit 17% des séjours hospitaliers. Le nombre de séjours pour techniques interventionnelles augmente de +3,0%. Cette catégorie d'activité est la plus dynamique après la chirurgie ambulatoire.

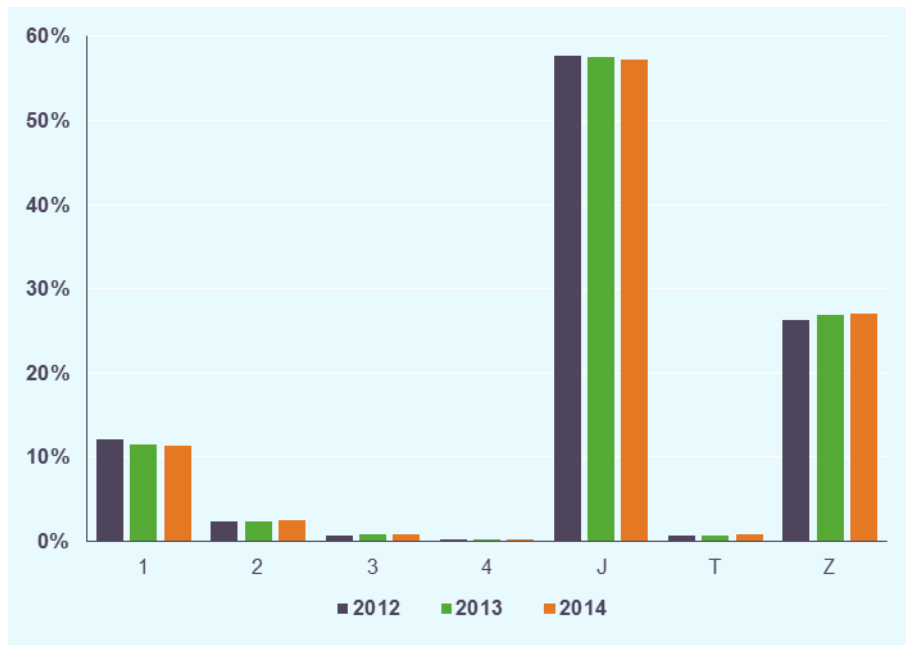
Près de la moitié de cette activité correspond à des endoscopies digestives, dont 70% sont réalisées en ambulatoire. Ces séjours contribuent fortement à la croissance des séjours en interventionnel.

Par ailleurs, un séjour sur dix est réalisé pour affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires (racine 03K02).

Outre les séjours pour endoscopie digestive, les séjours pour « endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde » (racine 05K06) et pour « explorations nocturnes et apparentées: séjours de moins de 2 jours » (racine 23K02) contribuent fortement à la croissance de l'interventionnel, avec des évolutions avoisinant les +7%.

Près de 60% des séjours de techniques peu invasives sont pris en charge en ambulatoire (niveau J). Plus du quart des séjours n'est pas concerné par un niveau de sévérité (niveau Z). La grande majorité des séjours restants sont sans sévérité (niveau 1).

F 12 I Répartition des séjours de techniques peu invasives par niveau de sévérité et par année



3.5. Les affections du tube digestif et de l'appareil musculosquelettique à l'origine d'un séjour sur quatre

L'ensemble des séjours se répartit sur 26 catégories majeures de diagnostics (CMD). Près de la moitié des séjours est concentrée sur 5 CMD. A l'inverse, les 5 CMD les plus rares concernent 1% des séjours.

F 13 | Top 10 des CMD représentant le plus de séjours 2014, hors séances



Les affections du tube digestif (CMD 06) regroupent 2,6 millions de séjours, soit 15% des séjours hospitaliers. Plus de la moitié de ces séjours concernent les endoscopies digestives.

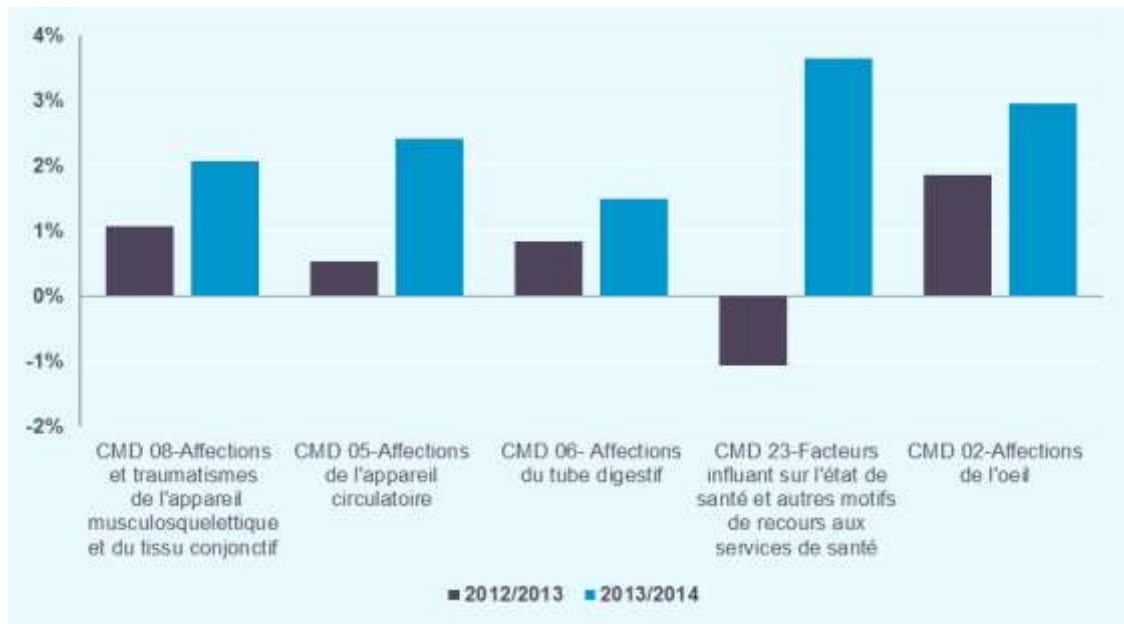
Près de 2 millions de séjours sont réalisés pour affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif (CMD 08). Les deux racines concentrant le plus de séjours au sein de cette CMD concernent les « autres interventions sur la main » (racine 08C44) et les « interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans » (racine 08C37), représentant respectivement 7% et 6% des séjours de la CMD.

Un séjour sur dix correspond à la prise en charge d'une affection de l'appareil circulatoire (CMD 05). Les « insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire » (racine 05M09) et les « actes diagnostiques par voie vasculaire » (racine 05K10) regroupent chacun plus de 10% des séjours de cette CMD.

En raison de leur volume d'activité importante, ces 3 CMD sont celles qui contribuent le plus à la croissance globale du nombre de séjours. Alors qu'elle affichait une baisse en 2013, avec une évolution de +3,7% en 2014, la CMD 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé » participe fortement à la croissance des séjours en 2014. Cette CMD concentre 5% des séjours hospitaliers. Les racines à l'origine de cette croissance sont les explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours

(racine 23K02), les autres facteurs influant sur l'état de santé (racine 23M06) et les autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23 (racine 23M20).

F 14 | Evolutions des CMD contribuant le plus à la croissance des séjours 2013/2014



La CMD 25 relative aux maladies dues à une infection par le VIH, qui concerne 9 000 séjours en 2014, affiche la plus forte baisse de volume entre 2013 et 2014 (-9,2%). La CMD 26 relative aux traumatismes multiples graves (près de 10 000 séjours en 2014) présente la plus forte hausse du nombre de séjours (+8,6%).

3.6. Le développement de l'ambulatoire se confirme sur des activités ciblées

Près de 2 séjours sur 5 sont pris en charge en ambulatoire, soit un total de 6,7 millions de séjours en 2014. Ce type de prise en charge est en forte progression (+4,0%) alors que la prise en charge en hospitalisation complète est globalement stable.

La prise en charge en ambulatoire est majoritaire dans 5 CMD :

- La CMD 02 « Affections de l'œil » où 82% des séjours sont pris en charge en ambulatoire ; il s'agit en grande majorité des séjours relatifs aux interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie (02C05). La progression de la prise en charge en ambulatoire s'accompagne d'une baisse de l'hospitalisation complète.
- 64% des séjours de la CMD 03 « Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents » sont pris en charge en ambulatoire. La moitié d'entre eux concerne les « affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires » (racine 03K02). Au sein de cette CMD également, le mode de prise en charge évolue vers l'ambulatoire.

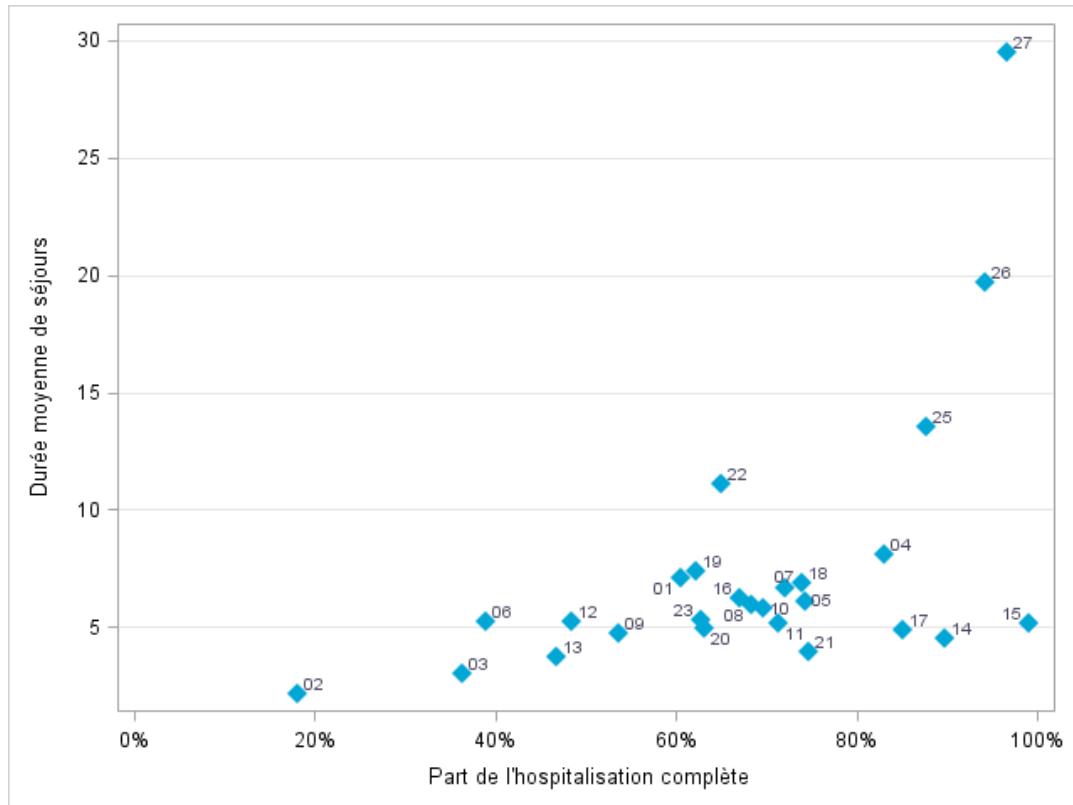
- Les séjours de la CMD 06 « Affections du tube digestif » sont pris en charge en ambulatoire à plus de 60%, essentiellement du fait des endoscopies digestives. Cette CMD concentre un quart des séjours hospitaliers pris en charge en ambulatoire. Au sein de cette CMD, il existe un transfert de prise en charge de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire pour certaines interventions telles que les « interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans » (racine 06C12), les « interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales » (racine 06C14) et les « hémorroïdectomies » (06C19).
- Plus de la moitié des séjours de la CMD 13 « Affections de l'appareil génital féminin » est prise en charge en ambulatoire. Les séjours relatifs aux « endoscopies génito-urinaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de la CMD 13 et de moins de 2 jours » (racine 13K02) et aux prélèvements d'ovocytes, en ambulatoire (racine 13C16) représentent près de la moitié des séjours pris en charge en ambulatoire dans cette CMD.
- De même, plus de la moitié des séjours de la CMD 12 « Affections de l'appareil génital masculin » sont pris en charge en ambulatoire. Ce mode de prise en charge concerne essentiellement les circoncisions (racine 12C08) et les biopsies prostatiques (racine 12K06). Le mode de prise en charge évolue de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire pour certaines interventions de cette CMD, notamment les interventions sur les testicules pour affections non malignes (racines 12C06). En revanche, les séjours relatifs à certaines racines essentiellement prises en charge en hospitalisation complète sont en hausse, telles que les séjours pour « prostatectomies transurétrales » (racine 12C04) et « prostatites aiguës et orchites » (racine 12M06). La prise en charge en hospitalisation complète augmente donc dans cette CMD.
- Enfin, les prises en charge ambulatoires pour les affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins (CMD 09), même si elles ne sont pas majoritaires (moins de la moitié des séjours) progressent fortement contribuant ainsi à 10% de l'augmentation de l'ambulatoire. Les greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites (racine 09C03) contribue à un tiers de la hausse des séjours en ambulatoire dans cette CMD. Mais pour cette racine cette hausse de l'ambulatoire n'est pas accompagnée d'une baisse de l'hospitalisation complète.

T 7 I Activité 2014 et évolutions 2013/2014 par CMD selon le type d'hospitalisation, par ordre décroissant de la part de prise en charge ambulatoire

Catégorie majeure de diagnostic		Nombre de séjours 2014	Part de l'ambulatoire en 2014	Evolution 2013/2014 de l'ambulatoire	Evolution 2013/2014 de l'hospitalisation complète	Contribution à la croissance du nombre de séjours en ambulatoire 2013/2014
02	Affections de l'œil	980.82	81.8%	+5.9%	-8.3%	17.3%
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	918.64	63.7%	+2.2%	-3.0%	4.9%
06	Affections du tube digestif	2 663.01	61.1%	+3.1%	-0.9%	18.8%
13	Affections de l'appareil génital féminin	499.07	53.2%	+2.2%	-4.4%	2.3%
12	Affections de l'appareil génital masculin	318.40	51.5%	+4.4%	+1.9%	2.7%
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	746.96	46.4%	+8.0%	-1.1%	10.0%
01	Affections du système nerveux	1 107.34	39.5%	+4.7%	+1.2%	7.6%
19	Maladies et troubles mentaux	282.34	37.8%	+4.7%	+1.5%	1.9%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	860.92	37.3%	+1.1%	+5.3%	1.3%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	217.37	36.8%	+10.0%	-0.9%	2.8%
22	Brûlures	12.00	34.9%	+9.0%	-4.7%	0.1%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques.	239.22	32.9%	+9.1%	+3.1%	2.6%
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	1 965.55	31.7%	+6.8%	+0.0%	15.4%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	471.77	30.3%	-0.9%	-3.1%	-0.5%
11	Affections du rein et des voies urinaires	705.82	28.6%	+5.7%	+2.1%	4.2%
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	450.49	27.9%	+8.8%	-0.4%	4.0%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	125.51	26.1%	-7.3%	+4.4%	-1.0%
05	Affections de l'appareil circulatoire	1 675.24	25.6%	+5.5%	+1.4%	8.7%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	191.24	25.4%	-0.8%	-1.2%	-0.1%
04	Affections de l'appareil respiratoire	860.26	16.9%	-1.0%	-0.6%	-0.5%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	297.86	14.9%	-6.4%	-0.5%	-1.2%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	8.98	12.3%	-17.8%	-7.8%	-0.1%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1 096.68	10.2%	-1.9%	-0.7%	-0.9%
26	Traumatismes multiples graves	9.96	5.9%	+3.0%	+8.9%	0.0%
27	Transplantations d'organes	10.55	3.4%	-4.6%	+3.4%	0.0%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	833.00	0.9%	-3.4%	-0.2%	-0.1%
Total France, hors séances		17 548.98	38.4%	+4.0%	-0.0%	100.0%

La durée moyenne des séjours en hospitalisation complète est de 5,6 jours. Cette durée est inférieure à la moyenne nationale dans les CMD où la part des séjours en hospitalisation complète est minoritaire. Ainsi, les séjours en hospitalisation complète sont les plus longs pour les « Transplantations d'organes » (CMD 27), « Traumatismes multiples graves » (CMD 26), « Maladies dues à une infection par le VIH » (CMD 25) et « Brûlures » (CMD 22).

F 15 I Durée moyenne de séjours en hospitalisation complète par CMD, en fonction de la part des séjours réalisés en hospitalisation complète sur la CMD en 2014



Précisions : Au niveau national, toutes CMD confondues la DMS est évaluée à 5,7 jours.

Lecture : 18% de séjours liés aux affections de l'œil (CMD 02) sont pris en charge en hospitalisation complète. Au sein de cette CMD, les séjours en hospitalisation complète ont une durée moyenne de 2 jours.

3.7. Recours accru aux séances pour le traitement des tumeurs par chimiothérapie et pour celui de l'insuffisance rénale chronique par la dialyse

En 2014, 11,3 millions de séances et forfaits ont été réalisés, essentiellement pour de la dialyse et de la chimiothérapie.

T 8 I Activité 2014 et évolutions par type de séances

Type de séance	Nombre de séances / forfaits 2014	Evolution nombre de séances / forfaits 2012/2013	Evolution nombre de séances / forfaits 2013/2014
Dialyse en centre	3 732.72	+2.3%	+2.8%
Dialyse hors centre*	2 574.84	+6.0%	+4.1%
Ensemble dialyse	6 307.56	+3.8%	+3.3%
Chimiothérapie	2 830.09	+4.3%	+5.7%
Radiothérapie	1 928.51	+0.3%	+2.3%
Autres séances	269.73	+6.6%	+5.1%

Concernant la **chimiothérapie**, 2,8 millions de séances ont été réalisées en 2014, soit une évolution de +5,7% depuis 2013. Les séances de chimiothérapie pour affection non tumorale évoluent de +17,3% en 2014. L'évolution des règles de codage relative à l'administration de fer injectable à titre thérapeutique considérée en hospitalisation à compter de mars 2014 explique pour partie cette augmentation. Plus de 370 000 patients ont suivi des séances de chimiothérapie en 2014, soit une augmentation de +10% par rapport à 2013. Le nombre moyen de séances par patient diminue légèrement passant de 7,9 en 2013 à 7,6 en 2014.

Concernant la **radiothérapie**, 1,9 million de séances ont été réalisées en 2014, dans les établissements du secteur ex-DG uniquement. En effet, l'activité de radiothérapie réalisée par les cabinets libéraux n'est pas prise en compte ici, car rattachée aux soins de ville et non aux établissements de santé. Près de 94 mille patients ont été concernés par des séances de radiothérapie en 2014, dans les établissements du secteur ex-DG. En moyenne, ces patients ont suivi 19,8 séances dans l'année. Le nombre de séances de radiothérapie évolue de +2,3% (hors séances de radiothérapie du secteur privé libéral).

L'activité de **dialyse** concerne 6,3 millions de séances/forfaits et plus de 56 mille patients en 2014. Le nombre moyen de séances et/ou forfaits de dialyse par patient est de 110 en 2014. Cette activité évolue de +3,3% en 2014. Les trois quart des séances et forfaits de dialyse sont réalisés dans les établissements du secteur ex-OQN : ce secteur couvre 59% de l'activité en centre et 96% de dialyse hors centre.

4. Où sont-ils pris en charge en MCO ?

Ce chapitre examine d'abord la répartition des séjours hospitaliers entre les établissements des deux secteurs de financement. Dans un second temps l'analyse porte de manière distincte sur l'activité de chacun des deux secteurs, à la fois en termes de volume de séjours mais également en termes de volume économique.

4.1. Répartition des parts de marché

En 2014, près de 64% des séjours hospitaliers (hors séances) sont réalisés dans les établissements du secteur ex-DG et 36% par les établissements du secteur ex-OQN. Le nombre moyen de séjours par patient est plus élevé dans les établissements du secteur ex-DG (1,53 séjours par patients en 2014) que dans les établissements du secteur ex-OQN (1,25 séjours par patients).

S'agissant des séances et forfaits, 52% sont réalisés dans les établissements du secteur ex-DG et 48% par des établissements du secteur ex-OQN.

4.1.1. Le secteur « public » couvre davantage les séjours en médecine, le secteur « privé » la chirurgie et l'interventionnel

Les établissements du secteur ex-DG ont réalisé 11,2 millions de séjours en 2014, plus souvent pris en charge en hospitalisation complète (71% des séjours) que dans les cliniques privées ex-OQN (45% des séjours).

Aux âges extrêmes, la prise en charge en établissements du secteur ex-DG est prépondérante. En effet, 78% des séjours des patients âgés de moins de 5 ans et 72% des séjours des patients de plus de 80 ans sont réalisés dans le secteur ex-DG. En outre, plus de 80% des séjours avec sévérité (niveaux 2 à 4) sont réalisés dans le secteur « public ».

Alors que 87% des séjours de médecine et les trois quarts des séjours obstétricaux sont réalisés dans les établissements du secteur ex-DG, les établissements du secteur ex-OQN prennent en charge 57% des séjours chirurgicaux et en particulier 68% des séjours de chirurgie ambulatoire. Les séjours relatifs aux techniques peu invasives, diagnostiques ou thérapeutiques, sont également majoritairement réalisés dans les établissements du secteur ex-OQN.

Globalement, la part des séjours hospitaliers des établissements ex-DG évolue de 63,5% en 2012, à 63,7% en 2013 puis à 63,8% en 2014. Cette part a augmenté pour les activités de chirurgie, obstétrique et les techniques interventionnelles.

F 16 I Part du secteur ex-DG selon les catégories d'activités de soins, 2012-2014



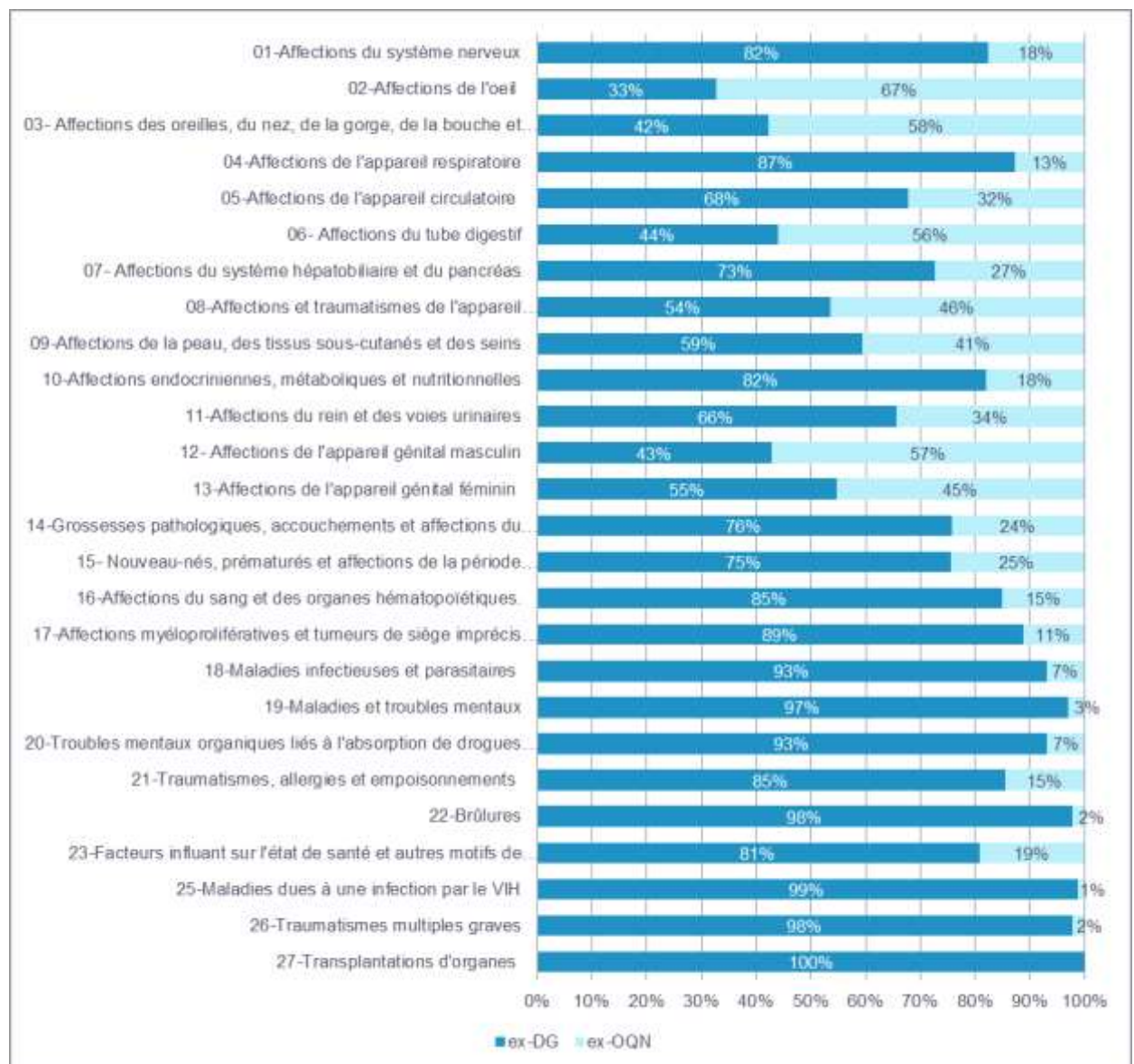
La répartition des séjours entre les deux secteurs de financement diffère selon les CMD.

La part des séjours réalisés par les établissements du secteur ex-OQN est majoritaire dans les CMD où la prise en charge en ambulatoire est élevée :

- la CMD 02 « Affections de l'œil » : 2 séjours sur 3 sont réalisés par des établissements du secteur ex-OQN en moyenne et cette proportion atteint 3 séjours sur 4 pour les interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie (racine 02C05);
- la CMD 03 « Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents » : 58% des séjours sont réalisés par des établissements du secteur ex-OQN. Cette part atteint 4 séjours sur 5 pour les affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires (racine 03K02) ;
- la CMD 12 « Affections de l'appareil génital masculin » : 57% des séjours sont réalisés dans des établissements du secteur ex-OQN. Cette part atteint 7 séjours sur 10 pour les circoncisions (racine 12C08) et 6 sur 10 pour les prostatectomies transurétrales (racine 12C04);
- la CMD 06 « Affections du tube digestif » : plus de la moitié des séjours sont pris en charge dans le secteur ex-OQN. Cette part atteint 3 séjours sur 4 pour les endoscopies digestives (racines 06K02, 06K03, 06K04 et 06K05).

Les CMD à fort taux d'hospitalisation complète sont le plus souvent prises en charge dans les établissements « publics », telles que la CMD 26 « Traumatismes multiples graves », la CMD 25 « Maladies dues à une infection par le VIH », la CMD 17 « Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus » et la CMD 04 « Affections de l'appareil respiratoire ». En outre, la part des séjours pris en charge dans le secteur ex-DG est supérieur à 90% pour les CMD 18 « Maladies infectieuses et parasitaires », 22 « Brûlures », 20 « Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci » et 19 « Maladies et troubles mentaux ». Les CMD qui couvrent des interventions et/ou des pathologies très lourdes sont essentiellement prises en charge dans les établissements « publics ».

F 17 | Répartition des séjours par CMD selon le secteur de financement en 2014



4.1.2. Le secteur « public » couvre la majorité des séances de chimiothérapie, alors que le « privé » se spécialise sur la dialyse

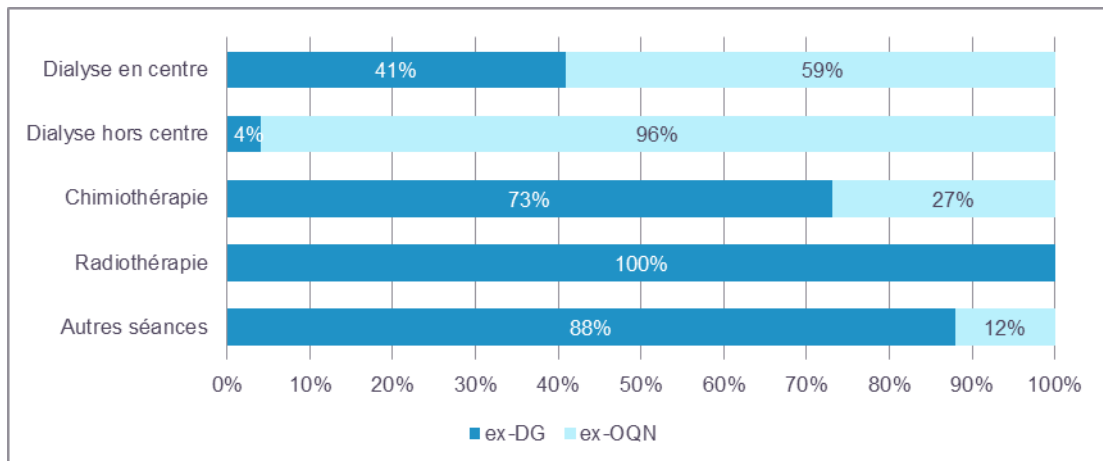
La répartition des séances selon le secteur de financement diffère selon le type d'activité.

En 2014, 2,8 millions de séances de chimiothérapie ont été réalisées pour la prise en charge de 371 mille patients. Les établissements du secteur ex-DG réalisent 73% des séances de chimiothérapie : 69% des séances de chimiothérapie pour tumeur (GHM 28Z07Z) et 90% des séances de chimiothérapie pour affection non tumorale (GHM 28Z17Z).

En revanche, les établissements du secteur ex-OQN réalisent la majorité des 6,3 millions de séances de dialyse : 59% des séances de dialyse en centre et 96% de la dialyse hors centre. Il convient de rappeler qu'appartiennent au secteur ex OQN les associations de dialyse non lucratives. En 2014, 56 mille patients ont suivis des séances de dialyse. Les établissements ex-OQN ont pris en charge le double de patients que les établissements du secteur ex-DG.

L'activité de radiothérapie dans les établissements du secteur ex-OQN étant rattachée aux soins de ville, celle-ci n'est pas intégrée aux analyses.

F 18 | Répartitions des séances/forfaits selon le secteur de financement en 2014



4.2. Panorama de chaque secteur, et analyse en volume économique

Dans ce chapitre, les deux secteurs de financement sont traités séparément. Pour chaque secteur, une analyse de l'activité, en nombre de séjours et en volume économique, est proposée. Le volume économique correspond à la valorisation, par les tarifs, des séjours hospitaliers groupés selon la version v11f de la classification des GHM.

4.2.1. Secteur ex-DG

En 2014, les établissements du secteur ex-DG ont réalisé 11,2 millions de séjours pour 7,2 millions de patients et 5,9 millions de séances et forfaits pour la prise en charge de près de 400 mille patients. L'activité hospitalière de ce secteur représente un volume économique global de près de 30 milliards d'euros. Entre 2013 et 2014, le nombre de séjours/séances/forfaits a augmenté de +2,4%, et le volume économique de +2,6%.

L'exercice 2014 a été marqué par :

- une contribution à la croissance toujours forte des séjours des patients âgés entre 65 et 69 ans et de plus de 80 ans, mais également une augmentation de la croissance des séjours des patients âgés de moins de 40 ans ;
- la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire et l'augmentation des séances ;
- une croissance du volume économique de l'hospitalisation complète expliquée à la fois par l'évolution du nombre de séjours et par l'effet structure.

T 9 I Activité globale 2014 et évolutions 2013/2014 du secteur ex-DG

Type d'hospitalisation	Nombre de séjours 2014	Volume économique 2014	Evolution volume économique 2013/2014	Evolution nombre de séjours 2013/2014	Effet structure 2013/2014
Séjours	11 181.52	27 795.37	+2.3%	+1.5%	+0.8%
Séances / forfaits	5 865.28	2 055.27	+6.2%	+4.0%	+2.1%
Total ex-DG	17 046.79	29 850.64	+2.6%	+2.4%	+0.2%

Séjours en milliers - Montants en M€

Bien que le tiers de l'activité hospitalière concerne des séances et forfaits, ceux-ci ont un poids économique faible et ne représentent que 7% du volume économique global du secteur. Dans ce secteur, près de la moitié des séjours sont en hospitalisation complète et représentent 84% du volume économique total. Le volume économique des séjours en ambulatoire ainsi que des séances et forfaits a augmenté de plus de +6% entre 2013 et 2014. Cette forte évolution s'explique principalement par l'augmentation du nombre de séjours/séances/forfaits combinée à un fort effet structure.

Les séjours des patients de plus de 65 ans représentent la moitié du volume économique

Dans le secteur ex-DG, 36% des séjours concernent des **patients âgés de 65 ans et plus**, ce qui représente près de la moitié du volume économique du secteur.

Les plus fortes évolutions sont observées pour la prise en charge des personnes âgées entre 65 et 69 ans (+8,4%) et de plus de 80 ans (+3,7%). Les séjours relatifs à ces deux classes d'âge contribuent aux deux tiers de la croissance du volume économique du secteur. Depuis 2011, les évolutions annuelles les plus importantes concernent les séjours des patients de ces deux classes d'âge ; néanmoins, la croissance de ces séjours est de moins en moins prononcée. Le croisement avec l'évolution de la pyramide des âges explique pour partie les dynamiques d'activité des classes d'âge (cf. Note de lecture du Sommaire).

Les **séjours sans acte classant** représentent plus de la moitié des séjours (hors séances) et du volume économique du secteur. Les séjours de médecine avec nuitée(s) concentrent notamment 41% des séjours et représentent près de la moitié du volume économique du secteur. Ces derniers contribuent à 42% de la croissance du volume économique. Les séjours de chirurgie ambulatoire se caractérisent par la plus forte progression du volume économique entre 2013 et 2014 (+11,8%), contribuant ainsi à plus de 41% de la croissance totale en séjours et à 19,0% de la croissance totale du volume économique. Les techniques peu invasives sont également très dynamiques, avec une progression du volume économique de 5,1%, imputable à une forte augmentation du nombre de séjours (+4,4%).

T 10 | Activité 2014 et évolutions 2013/2014 du secteur ex-DG, par catégorie d'activité de soins

Catégorie d'activité de soins	Nombre de séjours 2014	Volume économique 2014	Part en séjours 2014	Part en volume économique 2014	Evolution volume économique 2013/2014	Evolution nombre de séjours 2013 /2014	Effet structure 2013/2014
Chirurgie ambulatoire	795.26	1 123.44	7.1%	4.0%	+11.8%	+9.4%	+2.2%
Chirurgie non ambulatoire	1 580.85	8 035.78	14.1%	28.9%	+1.8%	-0.7%	+2.5%
Total chirurgie	2 376.11	9 159.23	21.3%	33.0%	+2.9%	+2.5%	+0.5%
Séjour sans acte classant sans nuitée	1 591.21	988.41	14.2%	3.6%	+1.2%	+1.0%	+0.2%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	4 622.60	13 432.28	41.3%	48.3%	+2.0%	+1.0%	+1.0%
Total séjour sans acte classant	6 213.81	14 420.68	55.6%	51.9%	+1.9%	+1.0%	+0.9%
Obstétrique mère (*)	831.00	1 743.50	7.4%	6.3%	+0.3%	-0.2%	+0.5%
Obstétrique enfant (**)	628.85	866.57	5.6%	3.1%	+0.9%	+0.4%	+0.5%
Total Obstétrique	1 459.84	2 610.06	13.1%	9.4%	+0.5%	+0.1%	+0.4%
Techniques peu invasives	1 131.75	1 605.40	10.1%	5.8%	+5.1%	+4.4%	+0.6%
Total ex-DG hors séances	11 181.52	27 795.37	100.0%	100.0%	+2.3%	+1.5%	+0.8%

Séjours en milliers - Montants en M€

(*) Cette catégorie ne porte pas uniquement sur les accouchements

(**) Cette catégorie ne porte pas uniquement sur les naissances mais couvre tous les séjours relatifs aux nourrissons < 29 jours

Trois CMD couvrent 30% des séjours et 35% du volume économique du secteur : les CMD 05 « Affections de l'appareil circulatoire », 06 « Affections du tube digestif » et 08 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif »

En termes d'évolution du volume économique entre 2013 et 2014, cinq CMD expliquent les deux tiers de la croissance économique du secteur :

- les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif (CMD 08),
- les affections de l'appareil circulatoire (CMD 05),
- les affections du tube digestif (CMD 06),
- les affections du système nerveux (CMD 01),
- les facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé (CMD 23).

La CMD 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé », fait son entrée dans les CMD les plus contributrices à la croissance. Deux racines contribuent à 95% de la croissance du volume dans cette CMD : la racine 23M06 « Autres facteurs influant sur l'état de santé » et la racine 23Z02 « Soins Palliatifs, avec ou sans acte ». Toutes CMD confondues, la racine 23M06 « Autres facteurs influant sur l'état de santé » est celle qui contribue le plus à la croissance du volume économique total des séjours (hors séances) du secteur. Le volume économique relatif aux séjours de cette racine est en très forte hausse (23,1%) en raison d'une importante augmentation du nombre de séjours (+7,1%) associée à un important effet structure (+14.9%). La racine 23Z02 « Soins Palliatifs, avec ou sans acte » représente 10% des séjours et 42% du volume économique de la CMD. Toutes CMD confondues, cette racine occupe la 4^{ème} place dans le classement des racines à volume économique élevé. Les séjours de cette racine ont augmenté de +2,7% entre 2013 et 2014, le volume économique associé est en hausse de +2,6%.

Entre 2013 et 2014, la baisse des séjours de niveau 1 au profit des **séjours de niveaux sévères** (niveaux 2, 3 ,4) et du niveau J se poursuit. Les séjours de niveaux sévères représentent 22% des séjours du secteur ex-DG mais ils représentent plus de la moitié du volume économique et contribuent fortement à la croissance du volume économique du secteur.

L'analyse par **catégorie d'établissement** montre que la moitié des séjours du secteur sont réalisés en CH. L'activité des CH représente également la moitié du volume économique du secteur. Les EBNL se caractérisent par la plus forte augmentation du nombre de séjours (+3,0%) et du volume économique (+2,7%).

Le dynamisme des séances concerne les différents types de séances

Globalement, l'activité relative aux séances et forfaits est en augmentation de +4,0% en séjours et +6,2% en volume économique pour les établissements du secteur ex-DG.

Les séances de **chimiothérapie** contribuent à près de la moitié de la croissance globale des séances et forfaits du secteur. La chimiothérapie pour affection non tumorale est en forte augmentation (+16,1%). En 2014, 284 mille patients ont suivi des séances de chimiothérapie dans les établissements du secteur ex-DG, soit 11,2% de plus que l'an dernier.

Le volume économique des séances de **radiothérapie** est en hausse de 9,7%, l'augmentation du nombre de ces séances est de +2,3% et l'effet structure s'élève à +7,2%.

Globalement, l'**activité de dialyse** est en augmentation dans le secteur ex-DG : +2,4% en volume économique et +2,1% en nombre de séjours. La diminution de l'activité de dialyse hors centre dans ce secteur est imputable à un établissement pour lequel l'activité de dialyse codée hors centre en 2013 a été basculée en dialyse en centre en 2014.

T 11 | Activité 2014 et évolutions 2013/2014 du secteur ex-DG, par type de séances

Type de séance	Nombre de séances / forfaits 2014	Volume économique 2014	Evolution volume économique 2013/2014	Evolution nombre de séances / forfaits 2013/2014	Effet structure 2013/2014
Dialyse en centre	1 526.84	551.69	+3.0%	+3.0%	+0.1%
Dialyse hors centre*	104.50	29.27	-8.3%	-8.8%	+0.6%
Chimiothérapie	2 068.07	817.48	+7.0%	+7.2%	-0.2%
Radiothérapie	1 928.51	500.83	+9.7%	+2.3%	+7.2%
Autres séances	237.37	155.99	+6.5%	+5.2%	+1.3%
Total séances / forfaits	5 865.28	2 055.27	+6.2%	+4.0%	+2.1%

Séjours en milliers - Montants en M€

* Nombre de forfaits D, souvent hebdomadaires ils correspondent à plusieurs séances

4.2.2. Secteur ex-OQN

En 2014, les établissements du secteur ex-OQN ont réalisé 6,4 millions de séjours pour 5,1 millions de patients et 5,5 millions de séances et forfaits pour la prise en charge de plus de 140 000 patients. L'activité hospitalière de ce secteur représente un volume économique global de 8,4 milliards d'euros. Entre 2013 et 2014, le nombre de séjours/séances/forfaits a augmenté de +2,4%, et le volume économique de +1,8%.

L'exercice 2014 a été marqué par :

- la croissance globale du nombre de séjours et de séances du secteur, ainsi que la croissance du volume économique associé,
- la poursuite de la dynamique de la chirurgie ambulatoire,
- la progression de l'activité de médecine et des techniques interventionnelles.

T 12 | Activité globale 2014 et évolutions 2013/2014 du secteur ex-OQN

Type d'hospitalisation	Nombre de séjours/séances 2014	Volume économique 2014	Evolution volume économique 2013/2014	Evolution nombre de séjours séances 2013/2014	Effet structure 2013/2014
Total hospitalisation	6 367.47	6 795.61	+1.4%	+1.4%	+0.1%
Séances / forfaits	5 470.60	1 623.89	+3.4%	+3.5%	-0.1%
Total ex-OQN	11 838.07	8 419.50	+1.8%	+2.4%	-0.5%

Séjours en milliers - Montants en M€

L'activité relative aux séjours hospitaliers représente 54% de l'activité du secteur mais pèse 81% du volume économique. 55% des séjours hospitaliers sont pris en charge en ambulatoire. L'activité ambulatoire poursuit sa forte augmentation : +4,2% en nombre de séjours et +6,5% en volume économique. En revanche, la prise en charge en hospitalisation complète diminue pour la deuxième année consécutive.

Les séances et forfaits représentent 46% des prises en charge du secteur ex-OQN. Ils concernent principalement l'activité de dialyse.

Les séjours de chirurgie représentent plus de 60% du volume économique

37% des séjours réalisés dans les établissements du secteur ex-OQN concernent des **patients âgés de plus de 65 ans**, ils représentent 46% de volume économique du secteur.

Les séjours des patients les plus âgés (65 à 69 ans, 70 à 74 ans et 80 ans et plus) ont augmenté plus fortement que la moyenne : ce sont ces trois classes d'âge qui contribuent principalement à la hausse du volume économique du secteur ainsi qu'à celle du nombre de séjours.

Dans le secteur ex-OQN, la moitié des séjours sont chirurgicaux et représentent 62% du volume économique. Entre 2013 et 2014, la chirurgie ambulatoire est l'activité la plus dynamique, son volume économique augmente de +9,2% et le nombre de séjours de +6,6%. Le nombre de séjours chirurgicaux en hospitalisation complète et les séjours obstétricaux diminuent.

T 13 | Activité 2014 et évolutions 2013/2014 du secteur ex-OQN, par catégorie d'activité de soins

Catégorie d'activité de soins	Nombre de séjours 2014	Volume économique 2014	Part en séjours 2014	Part en volume économique 2014	Evolution volume économique 2013/2014	Evolution nombre de séjours 2013/2014	Effet structure 2013/2014
Chirurgie ambulatoire	1 675.32	1 168.12	26.3%	17.2%	+9.2%	+6.6%	+2.5%
Chirurgie non ambulatoire	1 447.01	3 045.43	22.7%	44.8%	-1.3%	-3.6%	+2.4%
Total chirurgie	3 122.34	4 213.55	49.0%	62.0%	+1.4%	+1.6%	-0.2%
Séjour sans acte classant sans nuitée	200.38	66.37	3.1%	1.0%	+4.0%	+3.4%	+0.6%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	699.84	945.44	11.0%	13.9%	+1.8%	+0.6%	+1.2%
Total séjour sans acte classant	900.22	1 011.80	14.1%	14.9%	+1.9%	+1.2%	+0.7%
Obstétrique mère (*)	265.68	344.11	4.2%	5.1%	-2.3%	-2.8%	+0.5%
Obstétrique enfant (**)	204.15	160.12	3.2%	2.4%	-1.7%	-2.1%	+0.3%
Total Obstétrique	469.84	504.23	7.4%	7.4%	-2.1%	-2.5%	+0.4%
Techniques peu invasives	1 875.07	1 066.02	29.4%	15.7%	+3.0%	+2.2%	+0.8%
Total France	6 367.47	6 795.61	100.0%	100.0%	+1.4%	+1.4%	+0.1%

Séjours en milliers - Montants en M€

(*) Cette catégorie ne porte pas uniquement sur les accouchements

(**) Cette catégorie ne porte pas uniquement sur les naissances mais couvre tous les séjours relatifs aux nourrissons < 29 jours

Trois CMD concentrent près de la moitié des séjours ; la CMD 06 « Affections du tube digestif » regroupe 23% des séjours, la CMD 08 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » 14% et la CMD 02 « Affections de l'œil » 10%.

Entre 2013 et 2014, les évolutions les plus dynamiques concernent deux CMD :

- La CMD 20 « Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci » dont le nombre de séjours augmente de +32,4% (passant de 11 300 séjours en 2013 à 15 000 séjours en 2014) et le volume économique de +9,1%. Avec une augmentation de +52,4% la racine 20Z02 « Toxicomanies non éthyliques avec dépendance », traduisant un meilleur accès aux soins de ces patients, contribue à près de la moitié de la croissance du volume économique de la CMD (alors que cette racine représente 9% des séjours de la CMD). Les séjours pour « éthyliques avec dépendance » (racine 20Z04), qui représentent 80% des séjours de la CMD, augmentent de +3,7% et contribuent aussi fortement à la croissance du volume de la CMD 20.

- La CMD 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé » affiche une évolution du volume économique de +8,5% et une augmentation du nombre de séjours de +8,2%. Avec une évolution du volume économique de +8,5%, les « soins palliatifs, avec ou sans acte » (racine 23Z02) contribuent à plus de la moitié de la croissance de cette CMD. Cette racine représente plus de la moitié du volume économique de la CMD 23.

Une activité de séances tournée vers la dialyse

Pour le secteur ex-OQN, l'activité de séances concerne principalement la dialyse¹. Cette activité de dialyse, en centre et hors centre, continue à se développer.

Les séances de chimiothérapie sont également en augmentation. Celle-ci est très marquée pour les séances de chimiothérapie pour affection non tumorale qui augmente de +30% (40 mille séances en 2013 à 52 mille séances en 2014). Globalement, le nombre de patients pris en charge pour séances de chimiothérapie dans le secteur ex-OQN augmente de +7,5% entre 2013 et 2014.

T 14 | Activité 2014 et évolutions 2013/2014 du secteur ex-OQN, par type de séances

Type de séance	Nombre de séances / forfaits 2014	Volume économique 2014	Evolution volume économique 2013/2014	Evolution nombre de séances / forfaits 2013/2014	Effet structure 2013/2014
Dialyse en centre	2 205.88	679.29	+2.7%	+2.7%	+0.1%
Dialyse hors centre*	2 470.34	701.77	+4.7%	+4.8%	-0.0%
Chimiothérapie	762.02	230.89	+1.6%	+2.1%	-0.5%
Autres séances	32.36	11.94	+6.0%	+4.2%	+1.7%
Total séances / forfaits	5 470.60	1 623.89	+3.4%	+3.5%	-0.1%

Séjours en milliers - Montants en M€

* Nombre de forfaits D, souvent hebdomadaires ils correspondent à plusieurs séances

¹ Les associations privées non lucratives de dialyse appartiennent au secteur ex OQN.

Activité d'hospitalisation à domicile

Données

Source : PMSI HAD 2012-2014

Champ des établissements : Secteur ex-DG T2A et secteur ex-OQN

Champ de l'activité :

La mesure retenue est le nombre de journées valorisées (hors GHT 99).

Pour simplifier la lecture, elles sont désignées par le terme « nombre de journées ».

En complément, la notion de séjours terminés correspond aux séjours terminés dans l'année, qu'ils aient commencé lors d'une année antérieure ou non. Ils sont identifiés par l'indicateur qui détermine si la séquence est la dernière du séjour.

1. Panorama de l'activité

L'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) représente 4,4 millions de journées en 2014, soit +1,9% par rapport à 2013. La croissance de cette activité s'est atténuée par rapport aux années précédentes.

En 2014, 162 mille séjours ont été terminés dans l'année et leur durée moyenne est de 27,5 journées.

Près d'un quart des patients ont plus de 80 ans

106 000 patients ont été hospitalisés en 2014. L'âge moyen est de 65 ans et 23% des patients ont plus de 80 ans, réalisant ainsi 29% des journées en HAD. Les patients de moins de 20 ans ont moins recours à l'hospitalisation à domicile avec moins de 5% des journées.

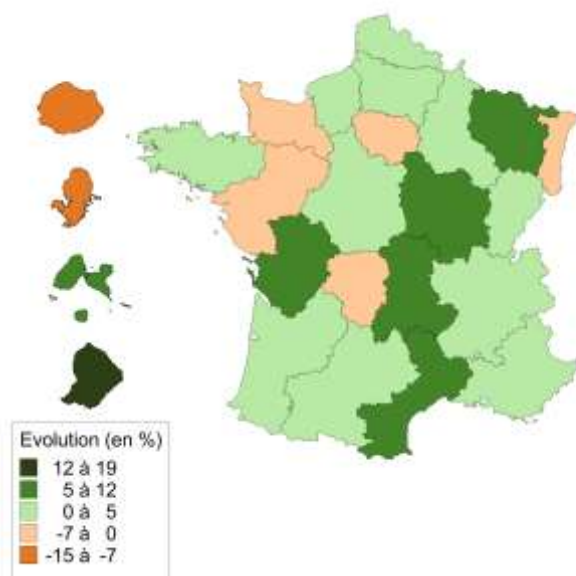
Deux motifs de prise en charge principaux concentrent la moitié de l'activité

En 2014, 48,8% des journées correspondent à des prises en charge relatives à des « pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) » (MPP 09) (25,2% des journées) et des « soins palliatifs » (MPP 04) (23,6% des journées). Les « soins de nursing lourds » (MPP 14) constituent le troisième mode de prise en charge principal le plus fréquent avec 11,2% des journées.

Une activité à parts égales entre les deux secteurs d'établissements

Cependant, entre 2013 et 2014, l'évolution de l'activité a été plus forte dans les établissements du secteur ex-DG (+2,8%) que dans les établissements du secteur ex-OQN (+0,9%)

F 19 I Evolution du nombre de journées entre 2013 et 2014

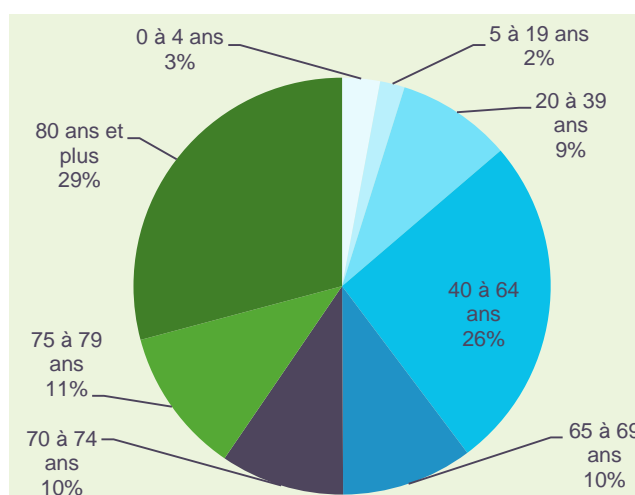


2. Quels patients en HAD ?

2.1. Trois patients sur dix ont plus de 80 ans

Plus de 60% des journées d'hospitalisation à domicile concernent des patients âgés de plus de 65 ans dont 30% des patients de plus de 80 ans. Les patients les plus jeunes sont moins sujets à l'hospitalisation à domicile : moins de 5% des journées concernent des patients de moins de 20 ans. En nombre de patients, parmi les 7 500 patients de moins de 20 ans, la plupart ont moins de 4 ans (5 500 patients).

F 20 I Répartition du nombre de journées 2014 selon l'âge des patients



La durée moyenne de séjour (DMS) pour les 80 ans et plus (40,4 jours) est nettement supérieure à la moyenne nationale (27,5 jours). Pour l'activité pédiatrique et chez les jeunes adultes de moins de 20 ans, la DMS est similaire (16 jours). A partir de la classe d'âge « 40 à 64 ans », la DMS augmente avec l'âge.

Les trois MPP les plus fréquents au global le sont également pour les patients de plus de 80 ans: les « soins palliatifs » (MPP 04), les « pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) » (MPP 09) et les « soins de nursing lourds » (MPP 14). La prise en charge des patients de plus de 80 ans a généré 372 mille journées de soins palliatifs (36% de ce mode de prise en charge), 389 mille de prises en charge pour pansements complexes et soins spécifiques (35% de ce MPP), et 243 mille journées de soins de nursing lourds (49% de ce MPP).

2.2. Différences hommes-femmes dans la prise en charge à domicile

En 2014, 51,3% des patients sont des femmes. La durée moyenne de leurs séjours est plus faible que celle des patients du sexe masculin (respectivement 25,2 et 30,4 journées). L'âge moyen est de 64,4 ans pour les femmes et 65,4 ans pour les hommes.

Trois modes de prise en charge sont spécifiques aux femmes, la « surveillance de grossesse à risque » (MPP 19), le « retour précoce à domicile après accouchement » (MPP 20) et le « post-partum pathologique » (MPP 21). Ces motifs concernent 10% des journées.

Pour les autres MPP, les journées se répartissent à parts égales entre les patients hommes et femmes, à l'exception de « l'assistance respiratoire » (MPP 01) et du « traitement intraveineux » (MPP 03) pour lesquels plus de 60% des journées concernent des hommes.

3. Quels motifs de recours en HAD ?

3.1. Les pansements complexes et soins spécifiques à l'origine d'une prise en charge sur quatre

En 2014, huit modes de prise en charge principaux (MPP) parmi vingt-deux modes possibles concentrent plus de 80% de l'activité d'HAD. Les deux premiers MPP représentent presque la moitié de l'activité : il s'agit des « soins palliatifs » (MPP 04) avec 23,6% des journées et des « pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) » (MPP 09) avec 25,2%. Les « soins de nursing lourds » (MPP 14) constituent le troisième mode de prise en charge principal le plus fréquent avec 11,2% des journées.

Les évolutions de l'activité entre 2013 et 2014 sont soutenues pour les « pansements complexes » et les « soins de nursing lourds » (respectivement +4,9% à +8,6% de journées en 2014). Les journées relatives à la « chimiothérapie anticancéreuse » (MPP 05) progressent également très fortement à +19,8%. En revanche, le nombre de journées pour soins palliatifs a diminué de -4,6%.

Les modes de prise en charge associés (MPA) les plus fréquents en 2014 sont :

- « Pas de protocole associé » (MPA 00), avec 1,7 million de journées, soit 39,5% ;
- « Soins de nursing lourds » (MPA 14), avec 362 800 journées, soit 8,2% ;
- « Pansements complexes et soins spécifiques » (MPA 09) avec 278 200 journées, soit 6,3% ;
- « Assistance respiratoire » (MPA 01) avec 278 000 journées, soit 6,3%
- « Prise en charge de la douleur » (MPA 07) avec 268 900 journées, soit 6,1%.

Le MPA « Pas de protocole associé » est plus codé dans le secteur ex-DG que dans le secteur ex-OQN (45,9% contre 32,5% en 2014). Ce MPA est de plus en plus renseigné et ce quel que soit le secteur (+8,5% de journées). Les journées en « Assistance respiratoire » (MPA 01) continuent d'augmenter fortement avec +15,2%.

En 2014, les deux combinaisons (MPP X MPA) les plus fréquentes sont des prises en charge principales sans protocole associé :

- MPP 09 « Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) » sans protocole associé MPA 00 (588 000 journées, soit 13,3% du total) ;
- MPP 04 « Soins palliatifs » sans protocole associé MPA 00 (460 000 journées, soit 10,4% du total) ;

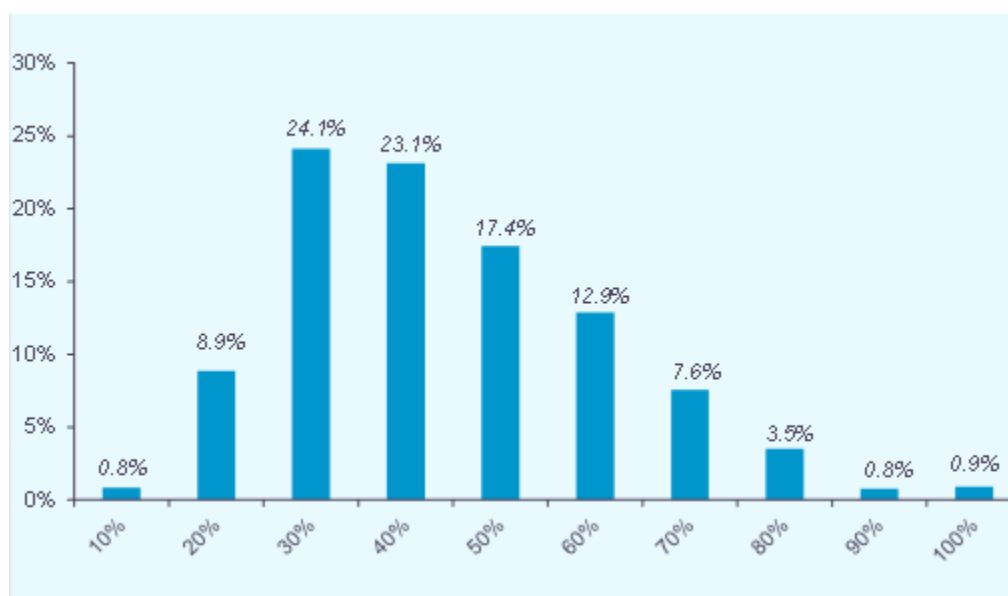
Le détail des associations est présenté dans le tome « données chiffrées ».

3.2. Des patients de plus en plus fragiles d'après l'indice de Karnofsky et pris en charge principalement par le secteur ex-OQN

L'**indice de Karnofsky (IK)** décrit, sur une échelle synthétique de 0% (décès) à 100 % (aucun signe ou symptôme de maladie), l'état de santé global du patient, l'aide dont il a besoin pour les gestes de la vie courante (besoins personnels, habillage, etc.) et les soins médicaux qu'il requiert. Les patients pris en charge en HAD ont un IK variant de 10 % (« moribond ») à une autonomie quasi-totale (90-100%).

L'HAD concerne en majorité des patients nécessitant des soins importants avec un IK compris entre 10% et 40%, soit 57% des journées en 2014, dont 83% correspondent à des journées pour des patients avec un IK compris entre 30% et 40%. 30% des journées en HAD concernent des patients avec un IK compris entre 50% et 60%.

F 21 I Répartition du nombre de journées 2014 selon IK



Les journées avec un indice de Karnofsky à 10% et à 20% progressent fortement (respectivement +8,5% et +15,6% en 2014). Pour les patients dont l'indice est à 30%, la progression est bien moins forte qu'en 2013 (+3,3% de journées en 2014 contre +13,1% en 2013). A l'inverse, les journées dont les IK sont compris entre 80% et 100% sont en forte diminution (de -9,7% à -13,2% en 2014). Ainsi, l'HAD concerne des patients dont l'état de santé est de plus en plus fragile.

Dans le secteur ex-OQN, 68,8% des journées concernent des patients avec un IK inférieur ou égal à 40% (soit 1,45 million de journées) contre 46,1% des journées dans le secteur ex-DG (soit 1,07 million de journées).

Le nombre de journées avec un IK de 20% augmente fortement dans le secteur ex-OQN avec +18,5% en 2014. En ex-DG le nombre de journées pour des patients ayant un IK à 30% continue d'augmenter en 2014 mais deux fois moins vite qu'en 2013 (+6,4% vs +13,9%). Dans les deux secteurs, le nombre de journées pour les patients très malades, nécessitant un traitement de soutien actif (IK 20%) progresse plus fortement qu'en 2013 avec +10,8% en 2014 contre +6,7% en 2013 dans le secteur ex-DG et +18,5% contre +4,4% dans le secteur ex-OQN.

L'état de santé des patients pris en charge en HAD varie en fonction de l'âge.

Par convention, lorsque la prise en charge concerne un nouveau-né à risque (MPP 22 Prise en charge du nouveau-né à risque), la cotation de l'IK est toujours 100%, ce qui explique que les journées de prise en charge des enfants de moins de 4 ans soient pour 28 % avec un IK à 90% ou 100%.

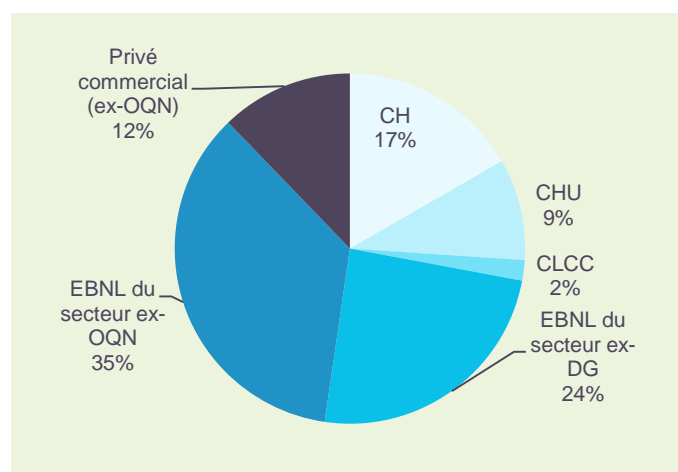
Pour la majorité des journées réalisées pour des patients de moins de 20 ans, une aide occasionnelle, suivie ou fréquente pour cause d'handicap est requise (IK entre 30% et 60%). A partir de 40 ans, cette proportion de journées est supérieure à 80%. Le facteur « âge » entraîne, en toute logique, une augmentation de la part des journées liées à des personnes dépendantes. En effet, la part des journées concernant des patients handicapés nécessitant des soins spécifiques (IK 30% à 40%) passe de 42,2% pour les patients de 40 à 64 ans à 61,2% pour les plus de 80 ans. La part des journées des patients très dépendants (IK entre 10% et 20%) atteint les 15% chez les personnes âgées de plus de 80 ans, quand elle vaut 8,1% en moyenne nationale.

4. Où sont-ils pris en charge en HAD?

4.1. 61% des journées réalisées par les établissements à but non lucratifs des deux secteurs de financement

L'activité d'HAD est répartie à parts égales entre les deux secteurs avec un peu plus de 2 millions de journées pour 150 établissements environ par secteur.

F 22 I Répartition du nombre de journées 2014 par catégories d'établissements



Au sein du secteur ex-DG, la prise en charge à domicile en 2014 est assurée en majorité par les établissements à but non lucratif (EBNL) et les centres hospitaliers généraux (CH) avec respectivement plus de 1,1 million et de 0,7 million de journées.

En 2014, les établissements privés lucratifs réalisent près de 26% des journées de HAD du secteur ex-OQN (0,5 million de journées) et 12% des journées sur l'ensemble des établissements.

Pour le secteur ex-DG, la progression d'activité continue malgré un nouveau ralentissement en 2014 (+2,8%). Seuls les établissements à but non lucratif (EBNL) ont une évolution plus importante en 2014 (+4,8%) qu'en 2013 (+4,4%).

Le secteur privé subit un ralentissement plus prononcé avec une progression de son activité de +0,9% en nombre de journées contre +5,0% en 2013.

Ce ralentissement est observé quel que soit le type d'établissements. En 2014, le nombre de journées réalisées en établissements non lucratifs (soit 1,56 million de journées) a augmenté de +0,2% contre +5,1% en 2013 et en établissements lucratifs de +3,3% contre +4,9% en 2013.

4.2. Légère augmentation des transferts vers le MCO

Un séjour en HAD est caractérisé par trois modes d'entrée :

- le domicile du patient ;
- une mutation ou un transfert suite à un séjour en MCO ;
- tout autre type de mutation ou de transfert de séjour.

Les modes de sortie possibles sont les mêmes que pour l'entrée en HAD auxquels s'ajoute le décès du patient.

Les séjours en HAD sont majoritairement issus d'une mutation ou d'un transfert suite à un séjour en MCO (66,4% des séjours terminés en 2014).

L'analyse des trajectoires (cf. annexe) montre qu'un patient hospitalisé en HAD entré par « transfert/mutation depuis le MCO » ou provenant de son « domicile » reste majoritairement chez lui à l'issue de l'hospitalisation. Ce constat se vérifie davantage pour les séjours des personnes hospitalisées à partir de leur domicile (69,8% demeurent à domicile) que pour les séjours des patients venant du MCO (52,4% restent à domicile).

Les prises en charges à domicile se terminent plus fréquemment par une hospitalisation si la trajectoire du patient a débuté par une hospitalisation en MCO (38% des cas), en SSR (59% des cas) qu'à domicile (18% des cas).

Plus précisément, pour 37,1% des séjours de patients transférés ou mutés après un séjour en MCO, le patient retourne en MCO.

Enfin, la part des séjours se terminant par un décès est légèrement supérieure pour les séjours des patients provenant de leur « domicile » (11,8%) que pour ceux transférés ou mutés du MCO et SSR (respectivement 9,5% et 10,2%).

4.3. Montée en charge des interventions dans le médico-social

Depuis 2007, les établissements d'HAD peuvent intervenir sous conditions dans les établissements médicosociaux de type EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Le recueil de cette information est en place depuis mars 2007 et depuis le 1er septembre 2012, l'intervention de l'HAD a été élargie aux établissements sociaux et médicosociaux hors EHPAD. En 2013, le mode de recueil a évolué permettant aux établissements de santé d'hospitalisation à domicile de coder plus précisément le type de structures ESMS (établissements sociaux et médicosociaux) dans lesquelles ils intervenaient : depuis mars 2013, trois catégories sont décrites : les EHPAD, les EMS hors EHPAD, et les établissements sociaux.

En 2014, 85 % des structures d'HAD sont intervenues en ESMS. Ils ont réalisé un peu plus de 232 000 journées soit environ 5,3 % de la prise en charge en HAD en France. 92 % de cette activité a été réalisée en EHPAD et 8% en ESMS hors EHPAD.

4,8 % des journées en EHPAD

Le nombre de journées réalisées pour des personnes hébergées en EHPAD continue de progresser (+11,6% en 2014). En 2014, cette activité représente 4,8% du total de journées d'HAD.

L'activité relative aux résidents en EHPAD a augmenté de 25% entre 2012 et 2014 (171 mille jours vs 214 mille jours) En 2014, environ 5 400 patients ont été pris en charge contre 3 800 en 2012. La durée moyenne des séjours (DMS) pour ces patients résidant en EHPAD est de 34,5 jours en 2014 (37,0 jours en 2012) et l'âge moyen des patients pris en charge de 84,8 ans (84,2 ans en 2012).

En nombre de journées, les trois premiers modes de prise en charge principaux (MPP) sont le MPP 09 « Pansements complexes » (148 000 journées soit 69%) ; le MPP 04 « Soins palliatifs » (38 mille journées soit 18%) et le MPP 03 « Traitement intraveineux » (10 mille journées soit 5%).

En 2014, 144 mille journées (67,4 %) avaient un IK compris entre 30 et 40.

HAD en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) hors EHPAD : une activité débutante

Avec 18 440 journées réalisées en 2014, l'activité d'HAD en ESMS ne représente que 0,4% de l'activité totale d'HAD. Et si près d'un tiers des établissements d'HAD est intervenu en ESMS en 2014, quatre régions réalisent plus de 50% de l'activité : Rhône-Alpes (22%), Nord-Pas-de-Calais (12%) Aquitaine (9%), Bretagne (9%).

70% des journées en ESMS ont été réalisés dans des Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés (F.A.M.) (35%), des Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.) (16%), des Logement Foyer et des Foyer de Vie pour Adultes Handicapés.

La durée moyenne de séjour (DMS) en ESMS est de 30,4 jours (27,5 jours pour l'activité totale d'HAD et 34,5 jours pour l'activité en EHPAD), et l'âge moyen des patients est de 56 ans (64,9 ans pour l'activité totale d'HAD et 84,8 ans pour l'activité en EHPAD).

En nombre de journées, les trois premiers modes de prise en charge principaux (MPP) représentent 70% de l'activité : MPP 04 « Soins palliatifs » (31%), MPP 9 « Pansements complexes » (22%) et MPP 06 « Nutrition entérale » (17%). Le MPP 03 « Traitement intraveineux » et le MPP 14 « Soins de nursing lourds » arrivent ensuite et représentent à eux deux environ 15% de l'activité.

En 2014, 11 mille journées (60 %) ont un IK compris entre 30 et 40 et 3 500 journées (19%) un IK entre 10 et 20.

Analyse de l'activité de soins de suite et réadaptation

Données & Méthodes

Source : PMSI SSR 2012-2013-2014

Champ des établissements : secteur DAF (hors SSA) et OQN

L'activité SSR est analysée :

- en nombre de journées et en suites de RHA portant le même numéro de séjour SSR (assimilables à un séjour) pour l'hospitalisation complète;
- en nombre de journées pour l'hospitalisation à temps partiel.

1. Panorama de l'activité

En 2014, près de 975 000 patients ont été pris en charge en soins de suite et réadaptation (SSR), générant un total de 37,1 millions de journées dont 3,4 millions en hospitalisation à temps partiel. Ces journées correspondent à 1,1 millions de séjours (hospitalisation complète ou partielle) qui durent en moyenne 35,6 jours.

Le nombre global de journées a évolué de +1,5% entre 2013 et 2014. Si le type de prise en charge qui prévaut est l'hospitalisation complète (représentant 91% des journées en 2014), l'évolution du nombre de journées en hospitalisation partielle est plus marquée (+7,2%).

Plus d'un tiers des patients est âgé de plus de 80 ans

Plus du tiers des patients pris en charge en SSR est âgé de plus de 80 ans (37,4% des patients). Les patients de moins de 18 ans ont un recours au SSR moins fréquent (3,7% des patients). La répartition des patients par classe d'âge est stable depuis 2012.

Deux tiers de l'activité concentrés sur trois catégories majeures

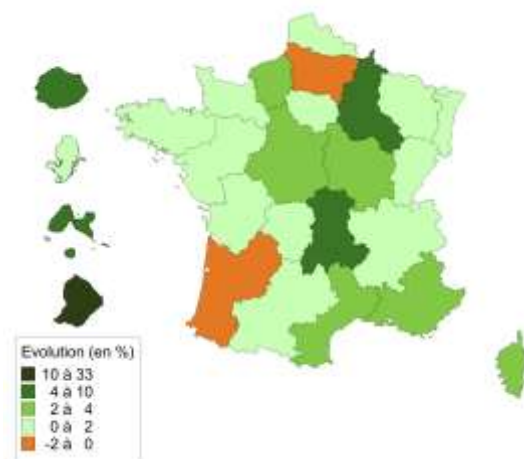
Deux journées sur trois correspondent à l'une des trois catégories majeures suivantes : la CM 08 : Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire (37,6% des journées), la CM 01 : Affections du système nerveux (21,8%) et la CM 05 : Affection de l'appareil circulatoire (8,8%). Ces trois catégories majeures contribuent le plus à l'évolution globale du nombre de journées.

Une évolution liée à la croissance de l'activité des établissements du secteur OQN

La croissance de l'activité est notamment portée par les établissements du secteur sous Objectif Quantifié National (OQN) avec une évolution de +3,4% du nombre de journées, ce secteur réalisant 36% des journées.

Par région, un recul de l'activité est observé dans seulement deux régions : Aquitaine et Picardie. En revanche, dans onze régions, l'évolution du nombre de journées est plus rapide que la moyenne nationale.

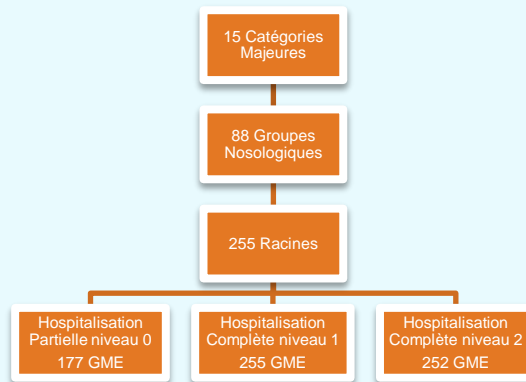
F 23 | Evolution du nombre de journées SSR entre 2013 et 2014



Méthodologie : la classification en groupes médico-économiques (GME)

En 2013 une nouvelle nomenclature d'actes de rééducation et réadaptation (CSARR) et une nouvelle classification médico-économique ont été déployées.

La classification en groupes médico-économiques (GME) a remplacé la classification en groupe de morbidité dominante (GMD). Cette nouvelle classification comporte 684 GME et se déclinait comme suit en 2014 :



Le groupage en GME se fonde sur le séjour du patient pour l'hospitalisation complète et sur la journée pour l'hospitalisation à temps partiel.

Dans la suite du rapport, l'hospitalisation partielle est définie à partir du type d'hospitalisation codé dans le RHA.

Trois scores sont utilisés (plus ces scores sont élevés plus le patient est dépendant ou mobilise une prise en charge de rééducation-réadaptation importante):

- Le **score de dépendance physique** est calculé en additionnant la cotation des 4 variables de dépendance physique du RHS : « habillage », « alimentation », « déplacement et locomotion » et « continence – hygiène de l'élimination ». Le score minimal est de quatre et le score maximal de seize.
- Le **score de dépendance cognitive** est calculé en additionnant la cotation des 2 variables de dépendance cognitive du RHS : « communication » et « comportement ». Le score minimal est de deux et le score maximal de huit.
- Le **score d'activité de rééducation-réadaptation (RR)** résulte de l'addition du nombre d'activités de rééducation-réadaptation distinctes en fonction du nombre de jour de présence, et de la pondération des actes codés. Chaque acte possède une pondération en fonction de la consommation de ressources qu'il représente.

Ces scores sont ceux obtenus par le patient à l'entrée de son séjour.

Le « niveau 2 » correspond aux séjours d'hospitalisation complète pour lesquels au moins un diagnostic ou un acte CCAM de la liste des « Complications et Comorbidités » a été codé.

2. Quels patients en SSR ?

2.1. 40% des journées réalisées pour les patients de plus de 80 ans

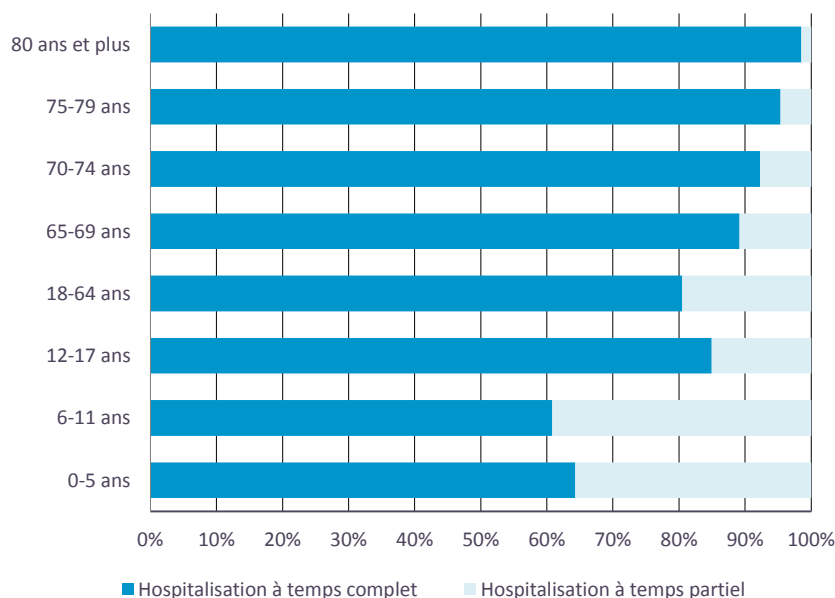
L'activité de soins de suite et de réadaptation se caractérise par une patientèle âgée : en 2014, plus de la moitié des journées concernent des patients âgés de plus de 75 ans. Les patients âgés de plus de 80 ans représentent à eux seuls 40% des journées et contribuent à plus de 80% de la croissance de l'activité de soins de suite et de réadaptation.

Entre 2013 et 2014, l'activité est en augmentation pour seulement trois classes : les adolescents de 12 à 17 ans (+0,7%) et plus particulièrement les adultes de 65 à 69 ans (+6,9%) et les personnes âgées de 80 ans ou plus (+3,2%).

Alors que le nombre moyen de journées par patient est globalement stable (37,6 journées en 2013 et 2014), il augmente légèrement pour les patients âgés de plus de 80 ans (de 39,8 journées en 2013 à 40,4 journées en 2014). Cette progression concerne uniquement les prises en charge réalisées par les établissements sous OQN (nombre de journées par patient de plus de 80 ans augmente de 1,6 points - 38,9 en 2012 à 40,5 en 2014).

La part de l'hospitalisation à temps partiel diminue avec l'âge : 1,5% pour les patients de plus de 80 ans au lieu de 25,7% chez les enfants/adolescents. Cependant, l'évolution des journées d'hospitalisation à temps partiel est la plus forte pour les patients âgés de plus de 65 ans (supérieure à +10%).

F 24 I Part de l'hospitalisation à temps partiel et complète par classe d'âge en 2014



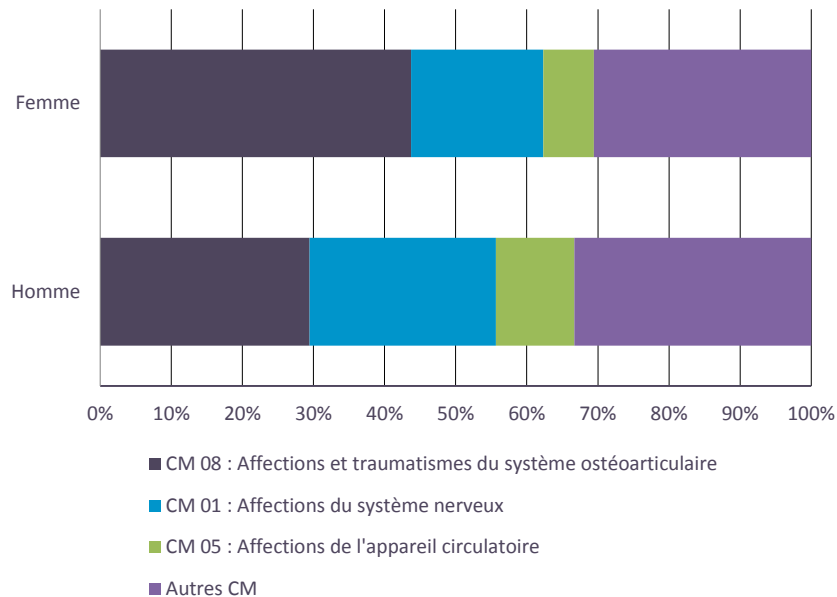
2.2. Un recours au SSR plus fréquent pour les femmes

57% des journées de SSR concernent des femmes. L'évolution du nombre de journées diffère légèrement entre les hommes et les femmes (+1,7% pour les hommes, +1,3% pour les femmes). En revanche, les femmes ont moins recours à l'hospitalisation à temps partiel (6,9% de leurs journées) que les hommes (12,2% de leurs journées).

Les trois catégories majeures les plus fréquentes ne représentent pas tout à fait la même part de l'activité pour les hommes et pour les femmes :

- les affections et traumatismes du système ostéoarticulaire (CM 08) sont des motifs de soins plus fréquents chez les femmes (30% des journées chez les hommes, 44% chez les femmes) ;
- Tandis que les affections du système nerveux (CM01) et les affections de l'appareil circulatoire (CM 05) sont plus fréquentes chez les hommes (respectivement 26% des journées chez les hommes et 19% chez les femmes pour la CM01 ; 11% des journées chez les hommes, 7% chez les femmes pour la CM05)

F 25 I Part des catégories majeures selon le sexe des patients en 2014



3. Quels motifs de recours ?

3.1. L'arthrose du genou et les affections non traumatiques de la colonne vertébrale représentent 20% des « Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire »

Les affections et traumatismes du système ostéoarticulaire (CM 08) représentent 38% de l'activité de SSR. Cette catégorie majeure est composée de 21 groupes nosologiques (GN). Les arthroses du genou avec implant articulaire (GN 0841) et les affections non traumatiques de la colonne vertébrale (GN 0856) constituent les groupes nosologiques les plus fréquents avec chacun plus de 10% des journées de la catégorie majeure. Ces activités augmentent respectivement de +3,7% et +4,2% entre 2013 et 2014, contribuant ainsi le plus à la croissance de la catégorie majeure.

Plus de trois prises en charge sur cinq pour l'arthrose du genou avec implant articulaire sont décrites par la racine 0841A, correspondant à des patients dont la dépendance physique est faible ou modérée (score de dépendance physique ≤ 8). 81% des journées de cette racine concernent le GME de niveau 1 (0841A1). Le nombre de journées de ce GME augmente de +1,4% entre 2013 et 2014.

3.2. AVC, maladies d'Alzheimer et démences apparentées représentent la moitié des prises en charge pour affections du système nerveux

Les affections du système nerveux (CM 01) représentent 22% de l'activité de SSR. Cette catégorie majeure est composée de 16 groupes nosologiques. Deux groupes nosologiques représentent la moitié des journées de cette catégorie majeure :

- les accidents vasculaires cérébraux (GN 0112), avec 33% des journées de la CM 01 ;
- les maladies d'Alzheimer et démences apparentées (GN 0127), soit 20% des journées de la CM 01.

Le nombre de journées pour accidents vasculaires cérébraux (AVC) est en hausse de +1,5%, et contribue le plus à la croissance de la catégorie majeure. 15% des journées pour AVC sont rattachées à la racine 0112A, correspondant à des patients âgés de moins de 75 ans et dont la dépendance physique est faible (score de dépendance physique ≤ 8). Le nombre de

jours de cette racine augmente de +2,5%. Les jours sont réparties équitablement entre les trois niveaux des GME de la racine 0112A. Les jours des GME de niveaux 1 et 2 sont stables entre 2013 et 2014 alors que celles relatives à l'hospitalisation à temps partiel augmentent (+6,6%). Cette augmentation de la prise en charge à temps partiel poursuit celle observée entre 2012 et 2013.

Concernant les maladies d'Alzheimer et démences apparentées, 60% des jours sont décrites par la racine 0127A, correspondant à des patients dont la dépendance physique est modérée ou élevée mais n'est pas maximale (score de dépendance physique ≤ 12). Le nombre de jours de cette racine augmente de +2,9%. Deux tiers des jours de cette racine sont réalisés par le GME de niveau 1 et diminuent légèrement (-1,1%). Les jours des séjours classés dans les autres GME (hospitalisation partielle 0127A0 et séjours sévères 0127A2) augmentent fortement (plus de 9%).

3.3. La moitié des affections de l'appareil circulatoire concernent les coronaropathies et les insuffisances cardiaques

Les affections de l'appareil circulatoire (CM 05) représentent près de 9% des jours réalisés en SSR. Cette catégorie majeure est composée de 7 groupes nosologiques. Deux groupes nosologiques représentent la moitié des jours de cette catégorie majeure :

- les insuffisances cardiaques (GN 0512), avec 30% des jours de la CM 05 ;
- les coronaropathies, à l'exclusion de celles avec pontage (GN 0509), soit 21% des jours de la CM 05.

Le nombre de jours pour coronaropathies (à l'exception de celles avec pontage) augmente de +5%. Près de 61% des jours sont réalisés dans la racine 0509A, c'est-à-dire pour des patients dont la dépendance physique est faible ou modérée (score de dépendance physique ≤ 8) et dont le score d'activité de rééducation-réadaptation est inférieur à 90. Le nombre de jours de cette racine augmente de +10,1%. Les jours sont équi-réparties entre les deux premiers GME. Le GME de niveau 0 évolue deux fois plus vite que celui du GME de niveau 1 entre 2013 et 2014.

Les insuffisances cardiaques font l'objet d'une augmentation du nombre de jours de +2,3%. 72% des jours sont réalisés dans la racine 0512A, pour des patients dont la dépendance physique est modérée ou élevée mais n'est pas maximale (score de dépendance physique ≤ 12). Le nombre de jours de cette racine est en hausse de +2,9%. La quasi-totalité des jours de cette racine correspondent au GME de niveau 1.

Pour les affections de l'appareil circulatoire (CM 05), il existe un fort potentiel de développement de l'hospitalisation partielle. En effet, l'hospitalisation partielle est en forte hausse (+12,4% en nombre de journée). Cette évolution est particulièrement portée par les deux GN suivantes :

- les coronaropathies, à l'exclusion de celles avec pontage (GN 0509) avec une hausse de 13,0% des journées d'hospitalisation à temps partiel
- autres affections cardiaques (GN 0518) avec une hausse de 26,0% des journées d'hospitalisation à temps partiel

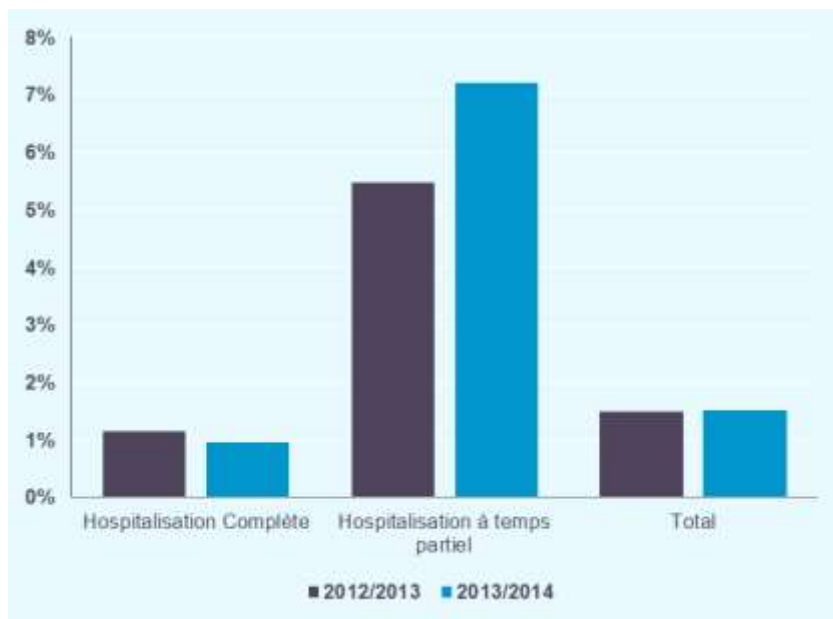
Au total, les six groupes nosocomiaux cités au sein des trois catégories majeures étudiées (CM 08 : affections et traumatismes du système ostéoarticulaire, CM01 : affections du système nerveux, CM 05 : les affections de l'appareil circulatoire) représentent 24% des journées, sur les 88 groupes nosocomiaux existants.

3.4. Hospitalisation partielle, une prise en charge minoritaire mais en forte augmentation

L'hospitalisation à temps complet représente 91% des journées de soins de suites et de réadaptation.

Les patients admis en hospitalisation à temps complet restent en moyenne 41 jours alors que ceux en hospitalisation partielle sont présents 17 jours.

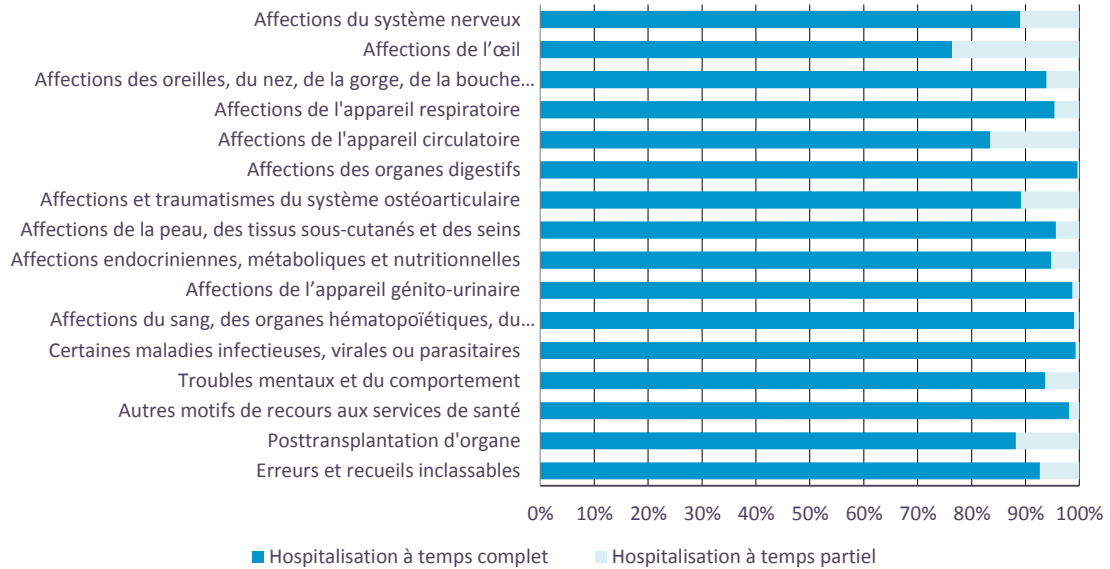
F 26 I Evolution du nombre de journées entre 2012/2013 et 2013/2014



L'hospitalisation partielle est en forte hausse depuis 2012, avec une évolution de +7,2% entre 2013 et 2014.

Les prises en charge à temps partiel sont plus fréquentes pour les Affections de l'œil (CM02) puisqu'elles représentent près d'une journée sur quatre pour cette CM. En revanche cette part des journées est inférieure à 10% pour la plupart des autres catégories majeures voire quasiment nulle pour certaines comme les Affections des organes digestifs (CM06).

F 27 I Prises en charge en hospitalisation partielle par catégorie majeure en 2014



Le développement important de l'hospitalisation partielle concerne en particulier trois catégories majeures:

- les affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles (CM 10), avec une hausse de +40,8%. Sa part de journée en hospitalisation partielle passant ainsi de 3% à 5% en 2014.
- Les affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire, et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus (CM 16), avec une hausse de +18,1%.
- les affections de l'appareil circulatoire (CM 5), avec une hausse de +12,7%. Sa part de journée en hospitalisation partielle passant ainsi de 14% à 17% en 2014.

4. Où sont-ils pris en charge en SSR ?

4.1. Environ deux tiers des journées réalisées par les établissements sous dotation annuelle de financement

Pour les soins de suite et de réadaptation, deux secteurs coexistent et se distinguent par le mode de financement :

- le secteur sous dotation annuelle de financement financé par dotation (DAF) ;
- le secteur sous objectif quantifié national (OQN) financé selon des prix de journées déterminés par discipline médico-tarifaire et mode de traitement.

Les établissements sous DAF réalisent deux tiers de l'activité SSR (en nombre de journées). Cependant, l'activité des établissements sous OQN évolue plus vite depuis 2010. Ainsi, la part de l'activité OQN (nombre de journées) est passée de 34,6% en 2012 à 35,9% en 2014.

Le nombre de journées par patient est similaire entre les deux secteurs de financement et se situe autour de 37 journées en 2014, la hausse du nombre de journées dans le secteur OQN s'étant également traduite par une légère augmentation du nombre de journées par patient (36,4 en 2012 à 37,1 en 2014).

L'activité de SSR est à peu près égale entre les trois statuts juridiques :

- établissements publics avec 39% des journées ;
- établissements privés d'intérêt collectif (EBNL) avec 28% des journées ;
- établissements privés commerciaux avec 33% des journées.

90% des journées réalisées en EBNL le sont par des établissements financés sous DAF.

La croissance de l'activité des établissements privés commerciaux est dynamique avec +3,3% en nombre de journées entre 2013 et 2014. L'activité réalisée par des EBNL est stable entre 2013 et 2014. Au sein des EBNL, les établissements sous OQN augmentent leur activité de +5% entre 2013 et 2014 alors que les établissements sous DAF réalisent moins de journées avec une baisse de -0,6% principalement liée à la diminution du nombre de journées en hospitalisation complète.

La répartition des journées entre hospitalisation à temps complet et hospitalisation à temps partiel est la même selon le statut des établissements (environ 10% des journées en hospitalisation à temps partiel). La dynamique varie selon le type d'hospitalisation : +10,9% d'augmentation des journées d'hospitalisation à temps partiel pour les cliniques privées commerciales et +4,8% pour les EBNL (dont +11,3% pour les EBNL sous OQN).

4.2. Une majorité d'établissements avec une autorisation pour adultes mais sans mention spécialisée

En 2014, la quasi-totalité des journées (96%) est réalisée dans des établissements avec une autorisation pour adultes.

40% des journées de SSR sont réalisées en SSR polyvalent (i.e. : ne sont pas rattachées à une mention spécialisée). Le nombre de journées en SSR polyvalent est toutefois en baisse entre 2013 et 2014 (-1,7%).

Les mentions spécialisées

Les décrets de 2008² structurent l'organisation de l'activité de SSR en un tronc commun (SSR polyvalent) avec possibilité de mentions. Les établissements peuvent être autorisés pour une catégorie d'âge (adultes, juvéniles, ou enfants) et pour une ou plusieurs des neuf affections listées ci-dessous :

- « affections de l'appareil locomoteur » ;
- « affections du système nerveux » ;
- « affections cardio-vasculaires » ;
- « affections respiratoires » ;
- « affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien » ;
- « affections onco-hématologiques » ;
- « affections des brûlés » ;
- « affections liées aux conduites addictives » ;
- « affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance ».

Un même établissement peut être autorisé au titre de plusieurs de ces prises en charge.

² Décrets n°2008-376 et n°2008-377 du 17 avril 2008, et circulaire DHOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018664432&fastPos=1&fastReqId=2142907999&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018664450&fastPos=1&fastReqId=835895631&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_18785.pdf

Parmi les journées avec mention spécialisée codée, les trois mentions les plus courantes sont :

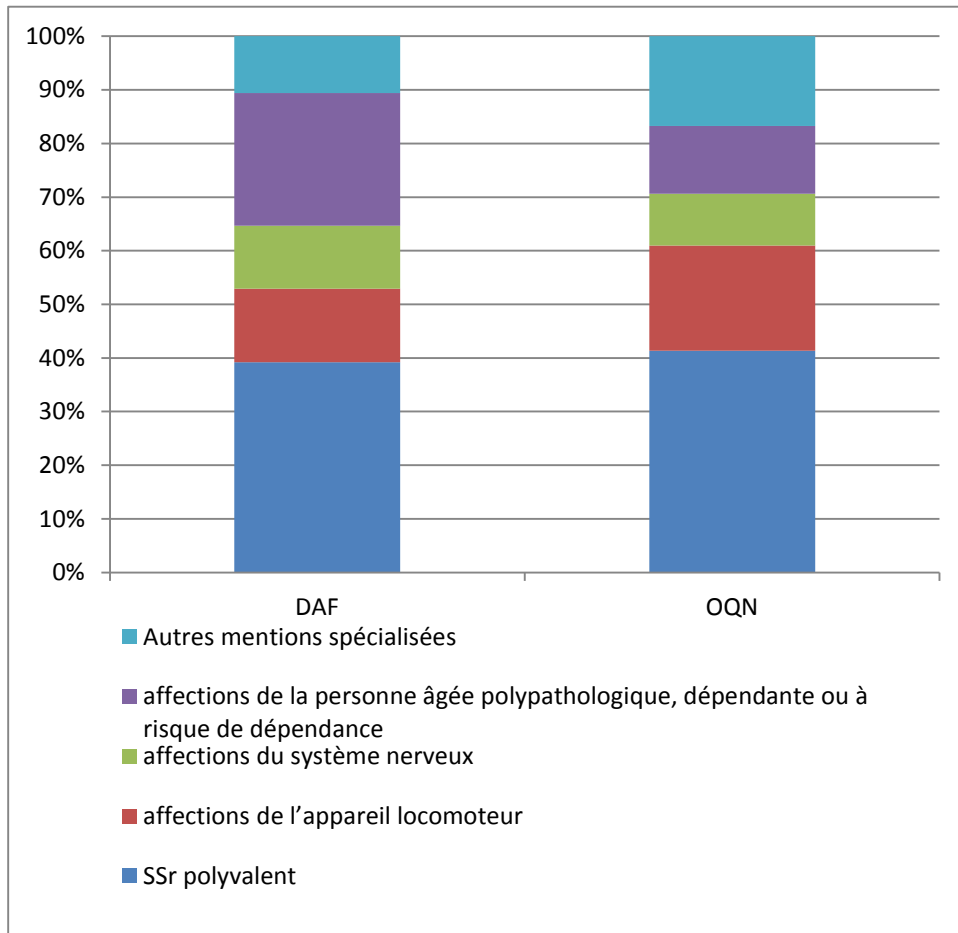
- « affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance », avec 34% des journées avec mention spécialisée codée ;
- « affections de l'appareil locomoteur » avec 26,3% des journées avec mention spécialisée codée ;
- « affections du système nerveux » avec 18,3% des journées avec mention spécialisée codée.

En 2014, la part des journées en SSR polyvalent est similaire entre les deux secteurs de financement (39% dans le secteur sous DAF vs 41% pour les établissements sous OQN). Cette répartition est identique entre les différents statuts d'établissements.

Les établissements sous DAF ont une part plus importante de journées en mention « affections de la personne âgée polyvalente, dépendante ou à risque de dépendance » (41% des journées en mention spécialisée du secteur sous DAF vs 22% pour le secteur OQN). La part de journées en mention « affections de l'appareil locomoteur » est plus importante dans le secteur sous OQN (33% des journées en mention spécialisée vs 22% pour le secteur sous DAF en 2014).

Selon le statut des établissements, la répartition des journées selon les mentions spécialisées codées ne sont pas les mêmes mais restent parmi les 3 plus courantes. Ainsi pour les cliniques privées commerciales, les journées en mention « affections de l'appareil locomoteur » sont les plus importantes (34% vs 31% pour les EBNL et 16% pour les établissements publics). Pour les EBNL, les journées en mention « affections du système nerveux », qui constituent la mention la plus fréquente, représentent 25% des journées en mention spécialisée (vs 15% pour les cliniques privées ainsi que pour les établissements publics). Dans les établissements publics, ce sont les journées en mention « affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance », qui sont le plus souvent réalisées avec 59% des journées en mention (22% pour les cliniques privées et 17% pour les EBNL).

F 28 I Part des journées suivant les mentions spécialisées et le secteur de financement en 2014



Activité de psychiatrie

Données

Source : RIM-P 2012-2014

Champ des établissements : secteur DAF (hors Service de santé des armées) et OQN

1. Panorama de l'activité

En 2014, 415 mille patients ont eu recours à des soins de psychiatrie en hospitalisation (temps complet et/ou temps partiel), ce qui a généré 25,6 millions de journées.

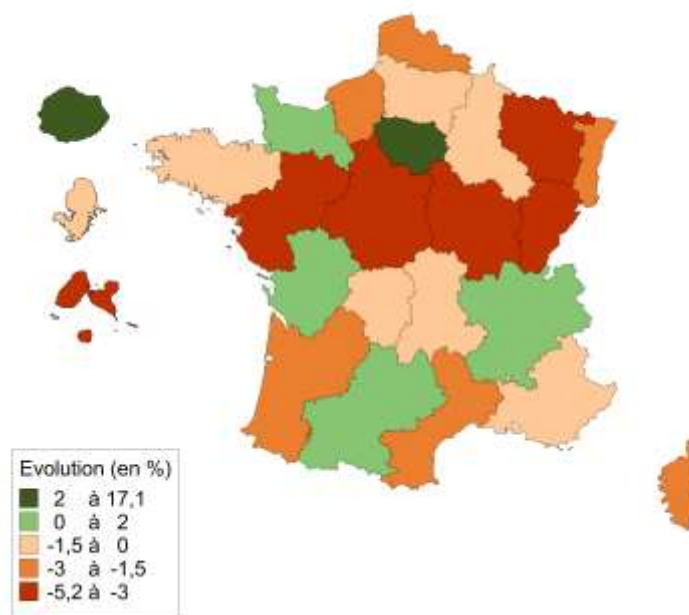
79% de ces journées correspondent à des prises en charge à temps complet (soit 20,3 millions de journées) concernant 346 mille patients. La durée moyenne d'hospitalisation pour un patient à temps complet est de 56 jours.

Le nombre total de journées en hospitalisation est stable entre 2013 et 2014. Seule l'activité réalisée à temps partiel est en légère hausse de +1,7% mais elle ne représente que 21% de l'activité.

Concernant l'activité de psychiatrie réalisée en ambulatoire, près de 2 millions de patients y ont eu recours en 2014 avec une moyenne de 11 actes par patient.

S'agissant de l'activité à temps complet, l'évolution des journées diffère d'une région à l'autre. Par exemple, à la Réunion et en Ile-de-France, l'activité en nombre de journées augmente significativement alors qu'en Guadeloupe, dans les régions du centre de la France (Pays de la Loire, Centre, Bourgogne, Franche Comté) et en Lorraine, moins de journées ont été dispensées en 2014.

F 29 I Evolution du nombre de journées à temps complet en psychiatrie entre 2013 et 2014 par région.



NB : pas d'activité transmise pour les établissements de Guyane

2. Quels patients en psychiatrie ?

2.1. A temps complet, une patientèle adulte

La quasi-totalité des journées de psychiatrie réalisées en 2014 à temps complet concernent des patients adultes (de plus de 18 ans). Seulement 5% des patients sont des enfants et adolescents. Le nombre de journées relatives aux enfants et adolescents diminue entre 2013 et 2014 (-3,7%). En revanche, le nombre de journées concernant des patients âgés de plus de 65 ans est en forte hausse (+7,7%).

T 15 | Activité 2014 à temps complet et évolutions 2013/2014 par classe d'âge

Classe d'âge	Nombre de journées 2014	Evolution nombre de journées 2012/2013	Evolution nombre de journées 2013/2014	Part en journées 2014
0-17 ans	0.79	14.0%	-3.7%	3.9%
18-64 ans	16.45	-0.5%	-1.2%	81.1%
65 ans et plus	3.05	-2.4%	+7.7%	15.0%
Total hospitalisation à temps complet	20.29	-0.3%	0.0%	100.0%

Journées en millions

La durée de prise en charge à temps complet par patient est très différente selon l'âge. Elle augmente jusqu'à 65 ans (37 jours en moyenne pour les moins de 18 ans et jusqu'à 61 jours pour les patients âgés entre 65 et 69 ans) et diminue ensuite (45 jours pour les personnes âgées de plus de 80 ans).

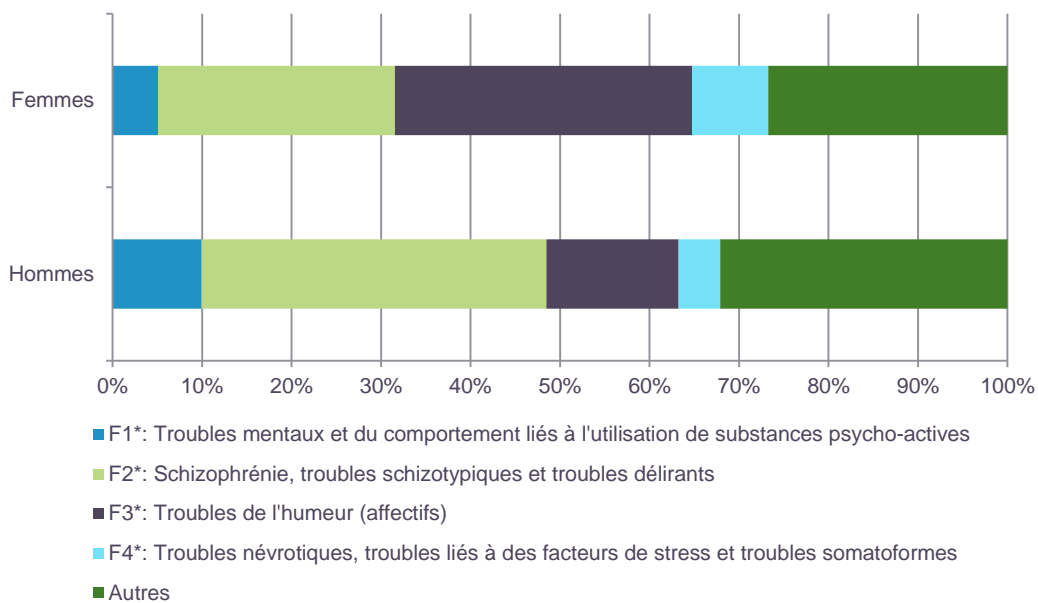
2.2. Des motifs de recours différents entre les hommes et les femmes pour les prises en charge à temps complet

En 2014, le nombre de patients se répartit à parts égales entre hommes et femmes pour les prises en charge à temps complet. En revanche, les journées réalisées l'ont été plus souvent pour des hommes (54%). Ainsi, la durée de prise en charge des hommes est en moyenne de neuf jours plus élevée que celle des femmes.

En outre, les motifs de recours diffèrent selon le sexe des patients :

- la schizophrénie (F2*) est plus fréquente pour les hommes (39% des journées) que pour les femmes (26%) et sa durée moyenne de prise en charge est de 82 jours par patient ;
- les troubles de l'humeur (affectifs) (F3*), à l'inverse, sont plus fréquents pour les femmes (33% des journées) que pour les hommes (15%) et sa durée moyenne de prise en charge est de 40 jours par patient.

F 30 I Répartition des journées à temps complet par catégorie diagnostique CIM-10 codée en diagnostic principal selon le sexe des patients

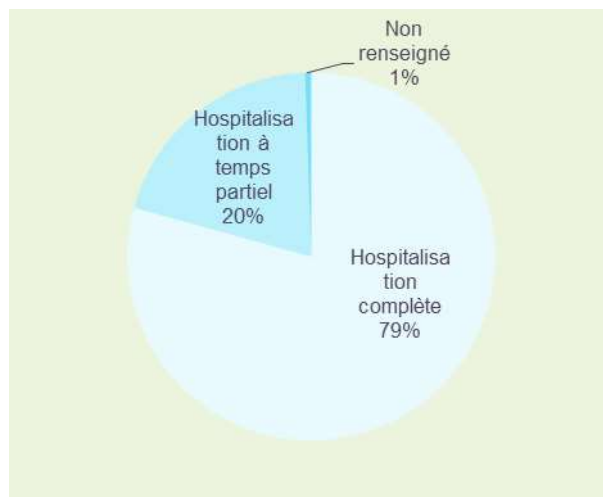


3. Quels motifs de recours en psychiatrie ?

3.1. 346 mille patients pris en charge à temps complet

79% des journées en psychiatrie (soit 20,3 millions) sont réalisées à temps complet et elles concernent 346 000 patients.

F 31 I Répartition du nombre de journées en 2014 suivant le type de prise en charge



113 mille patients ont quant à eux été pris en charge à temps partiel soit 5,1 millions de journées.

Une prise en charge à temps complet dure en moyenne 56 jours par patient en 2014 alors que celle à temps partiel s'effectue en 43 jours environ.

Le nombre de journées d'hospitalisation à temps partiel augmente légèrement en 2014 alors que l'hospitalisation complète est stable.

T 16 I Activité 2014 et évolutions 2013/2014 suivant le type de prise en charge

Type d'hospitalisation	Nombre de journées 2014	Evolution nombre de journées 2013/2014
Hospitalisation complète	20.29	-0.0%
- Dont temps plein	18.38	-1.2%
Hospitalisation à temps partiel	5.16	+1.7%
Non renseigné	0.14	-35.6%
Total	25.59	+0.0%

Journées en millions

Parmi les différentes formes d'activité à temps complet, l'hospitalisation à temps plein est largement majoritaire (91% des journées) par rapport aux autres formes (séjours thérapeutique, hospitalisation à domicile, placement familial...). Ce type de prise en charge est en très légère baisse entre 2013 et 2014.

3.2. La moitié des journées prises en charge à temps complet concerne la schizophrénie et les troubles de l'humeur

En 2014, le diagnostic principal est renseigné pour 95% des journées prises en charge à temps complet.

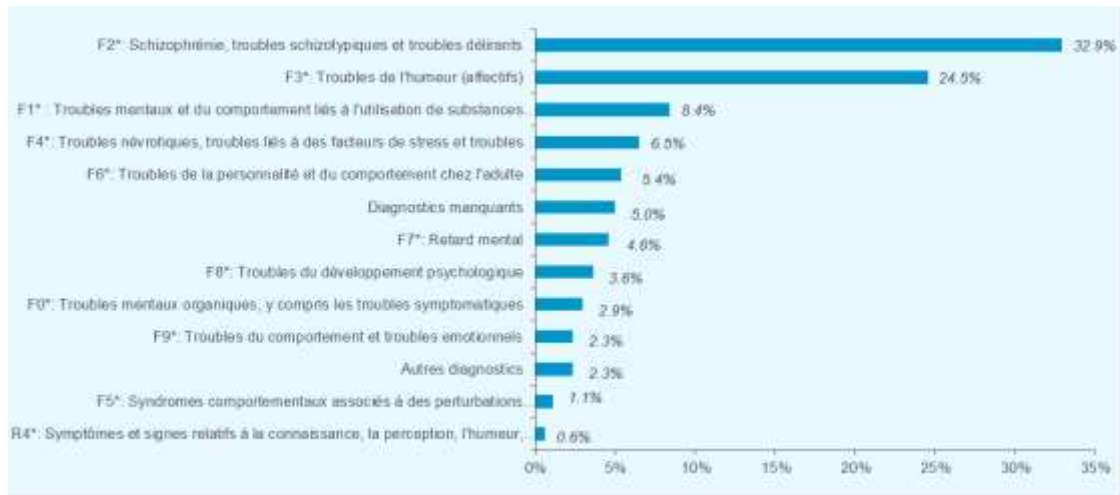
Deux regroupements de diagnostics principaux concentrent plus de la moitié des journées :

- la schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F2*) ;
- les troubles de l'humeur (affectifs) (F3*).

Le nombre de journées rattachées à ces deux regroupements est cependant en légère baisse entre 2012 et 2014.

En 2014, près de 122 mille patients ont été pris en charge pour troubles de l'humeur et près de 78 mille pour schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants. La durée moyenne de prise en charge pour les troubles de l'humeur est de 40 jours par patient, celle pour la schizophrénie est de 82 jours par patient.

F 32 I Répartition des journées à temps complet en 2014 par catégorie CIM 10 codée en diagnostic principal



Le nombre moyen de journées à temps complet par patient varie fortement selon les catégories de diagnostics principaux : de 25 jours par patient pour les troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F4*) à 127 jours par patient pour les retards mentaux (F7*).

3.3. Une journée sur six en soins sans consentement parmi les hospitalisations à temps complet ou partiel

Jusqu'à 2011 inclus, **les soins sans consentement** n'étaient autorisés que pour les patients hospitalisés à temps plein. A partir de 2012, ces mêmes soins sont possibles quelle que soit la modalité de prise en charge (hors placement familial thérapeutique), y compris en soins ambulatoire.

Près de 16% des journées d'hospitalisation en psychiatrie sont réalisées sans le consentement du patient et concernent plus de 75 mille patients. Le nombre de journées en soins sans consentement est en légère augmentation. La durée moyenne d'hospitalisation en soins sans consentement est stable : environ 52 jours par patient.

Certains patients hospitalisés à temps plein sont pris en charge en **isolement thérapeutique**. En 2014, près de 25 mille patients ont eu au moins une journée en isolement thérapeutique. La durée de prise en charge en isolement thérapeutique est stable : autour de 15 jours par patient. Ce type de soins représente 2% des journées à temps plein de psychiatrie (soit 378 mille journées).

3.4. Près de 21 millions d'actes ambulatoires

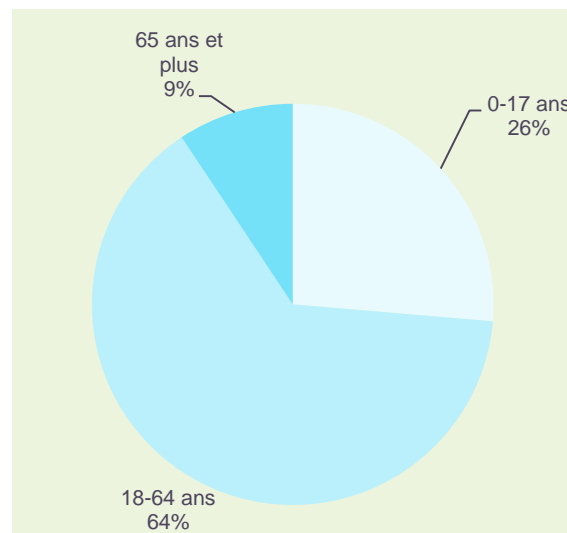
En 2014, près de 21 millions d'actes en ambulatoire³ ont été réalisés par les établissements du secteur DAF⁴ ; et près de 2 millions de patients ont bénéficié d'au moins un acte. Le nombre d'actes recueillis est en hausse de +2,9% entre 2013 et 2014.

64 % des actes de psychiatrie réalisés en ambulatoire concernent des patients âgés de 18 à 64 ans ; et 25% concernent les enfants et adolescents (moins de 18 ans), alors qu'en hospitalisation complète ils ne consomment que 4% des journées.

Entre 2013 et 2014, le nombre d'actes est en hausse pour toutes les classes d'âge. Les plus fortes évolutions sont : +9,3% d'actes chez les patients âgés entre 65 et 69 ans et +8,1% d'actes chez les patients âgés entre 12 et 17 ans.

En 2014, 53,4% des actes de psychiatrie en ambulatoire concernaient des hommes ; cependant, le nombre d'hommes ayant eu au moins un acte ambulatoire dans l'année est légèrement inférieur à celui des femmes. En effet, le nombre moyen d'actes par patient est plus élevé pour les hommes (11,5) que pour les femmes (9,9).

F 33 I Répartition du nombre d'actes par classe d'âge en 2014



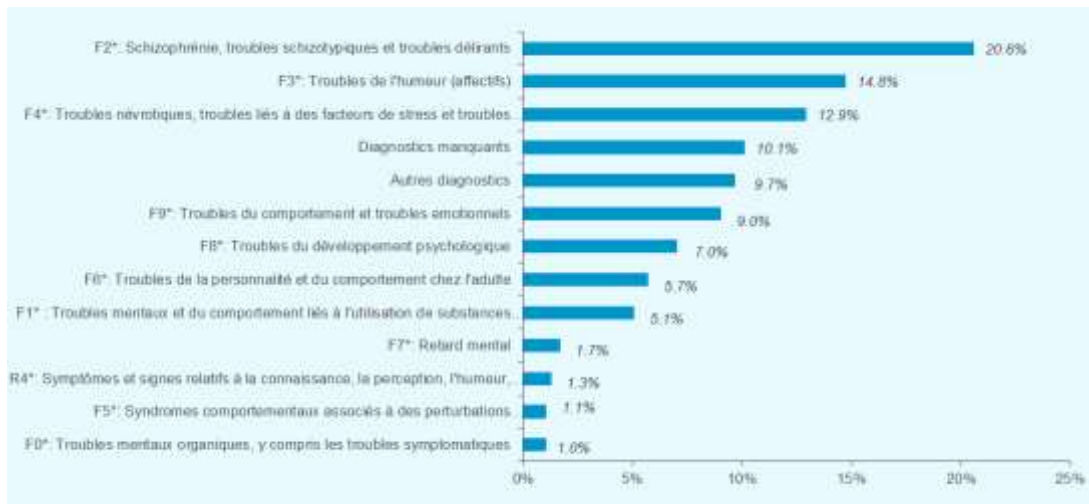
Le diagnostic principal n'est pas renseigné pour 10% des résumés d'actes ambulatoires (R3A) en 2014.

Les catégories CIM10 de diagnostics principaux les plus fréquemment codées en ambulatoire sont la schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F2*) et les troubles de l'humeur (F3*), comme pour les prises en charge à temps complet.

³ Y compris réunions

⁴ L'activité ambulatoire réalisée dans le secteur libéral relève des soins de ville et non pas des établissements de santé. Elle n'est donc pas dans le champ des données du PMSI. Aussi, seule l'activité ambulatoire réalisée dans les établissements sous DAF est disponible.

F 34 I Répartition du nombre d'actes en 2014 par catégories CIM10 de diagnostics principaux



Le nombre d'actes moyen par patient est très différent d'une catégorie diagnostique à l'autre : de 6 actes pour les symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception... (R4*) à 22 actes pour la schizophrénie... (F2*).

En 2014, 3% des actes réalisés en ambulatoire sont réalisées sans le consentement du patient et concernent environ 40 mille patients. Ce type de soins est en forte hausse. Environ 15 actes par patient sont effectués sans consentement du patient.

4. Où sont-ils pris en charge en psychiatrie ?

4.1. Les établissements sous DAF prennent en charge la majorité des journées à temps complet

Comme pour les soins de suite et réadaptation, les établissements dispensant des soins en psychiatrie se distinguent selon deux modes de financement : la dotation annuelle de financement (DAF) et l'objectif quantifié national (OQN). Ce dernier repose sur des prix de journées fixés par discipline médico-tarifaire et mode de traitement.

En 2014, les établissements sous DAF ont réalisé 80% des journées de psychiatrie. Le nombre de journées réalisées dans les établissements sous OQN évolue à la hausse (+1,5%), alors que celui des établissements sous DAF est stable (-0.3%).

Pour la prise en charge à temps complet, près de 80% des journées de psychiatrie sont effectuées dans les établissements du secteur DAF.

Entre 2013 et 2014, le nombre de journées en hospitalisation complète réalisées dans les établissements sous OQN évolue légèrement à la hausse (+0.8%), alors que celui des établissements sous DAF est stable (-0.3%).

En 2014, un patient hospitalisé reste en moyenne 3 jours de plus dans le secteur DAF (53 jours) que dans le secteur OQN (50 jours).

Pour la prise en charge à temps partiel, la majorité des journées (92%) sont effectuées dans les établissements du secteur DAF.

Entre 2013 et 2014, le nombre de journées en hospitalisation partielle augmente fortement dans le secteur sous OQN (+6,5%).

4.2. La quasi-totalité des journées sont à temps plein dans les établissements sous OQN

Parmi les différentes formes d'activité à temps complet, l'hospitalisation à temps plein est largement majoritaire par rapport aux autres formes (séjours thérapeutique, hospitalisation à

domicile, placement familial...) : 98% des journées dans le secteur OQN ; 88% dans le secteur DAF.

L'hospitalisation à temps plein a concerné 258 mille patients au sein des établissements sous DAF et 90 mille dans les établissements du secteur OQN.

Ce type de prise est en légère baisse pour les établissements sous DAF et en légère augmentation dans le secteur sous OQN.

T 17 | Activité 2014 et évolutions 2013/2014 suivant le type de prise en charge

Type d'hospitalisation	DAF		OQN	
	Nombre de journées en 2014	Evolution nombre de journées 2013/2014	Nombre de journées en 2014	Evolution nombre de journées 2013/2014
Hospitalisation complète	15.54	-0.3%	4.75	+0.8%
- dont temps plein	13.74	-1.9%	4.64	+0.9%
Hospitalisation à temps partiel	4.77	+1.3%	0.39	+6.5%
Non renseigné	0.12		0.01	
Total	20.43	-0.3%	5.15	+1.5%

Journées en millions

Annexes

Annexe 1 : Suivi des financements – analyse détaillée

Le suivi conjoncturel des financements versés par l'assurance maladie aux établissements de santé est le résultat de **traitements statistiques** visant à éclairer les acteurs sur la dynamique des dépenses, les niveaux probables de l'exécution finale, les origines et la nature des évolutions pluriannuelles. Ce suivi porte uniquement sur le **champ régulé** des dépenses.

Le bilan officiel des objectifs repose quant à lui sur des données **comptables** diffusé par la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Sources de données

Les financements par l'assurance maladie relatifs à l'activité MCO et HAD des **établissements du secteur ex-DG** soumis à la tarification à l'activité sont issus du PMSI. Les données complémentaires d'activité de soins de 2013 ont été transmises en 2014 grâce au logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité (LAMDA).

Contrairement aux établissements publics, les cliniques privées du **secteur ex-OQN** utilisent un circuit de facturation directe vers les caisses d'assurance maladie. Les données de facturation sont connues via le système national d'information inter régime d'assurance maladie (SNIIRAM). Cette source complète les données PMSI disponibles à l'ATIH pour réaliser l'analyse de l'activité de ces établissements. Ces données de facturation sont en effet utilisées pour assurer l'exhaustivité des données PMSI.

En revanche, seules les données du SNIIRAM sont pour l'instant mobilisées pour l'analyse des recettes des activités de psychiatrie et de soins de suite et de la réadaptation (SSR) des cliniques du **secteur OQN**.

Les **dotations annuelles (MIGAC, DAF, USLD)** sont désormais suivies via l'outil HAPI qui permet aux agences régionales de santé (ARS) de saisir les montants délégués aux établissements au titre des dotations annuelles et également au titre des **forfaits annuels** (urgence, greffe et prélèvement d'organes).

2014 était la première année où HAPI a été utilisé par les ARS. De plus, seules les fonctionnalités de reporting de la campagne budgétaire ont été mobilisées. Il est donc probable que les constats réalisés à partir de cette source comportent une légère incomplétude.

1. Activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

L'objectif ODMCO

Il est composé de trois enveloppes financières :

- **la part tarifs** comprend les prestations relatives aux séjours hospitaliers, les actes, les consultations et autres prestations hospitalières réalisées en externe ainsi que les journées d'hospitalisation à domicile (HAD) ;
- les **médicaments et DM (dispositifs médicaux) en sus** correspondent aux dépenses engagées par les établissements de santé au titre de spécialités facturables en sus des prestations d'hospitalisation ;
- les **forfaits annuels** délégués sur la base du volume d'activité de l'année antérieure financent pour partie l'activité des urgences hospitalières ainsi que les activités de coordination, prélèvement et greffes d'organes.

Les établissements de santé réalisant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique sont rattachés à l'un des **deux secteurs de financement** possédant chacun sa propre échelle tarifaire de valorisation de l'activité. Le secteur des établissements antérieurement sous dotation globale (ex-DG) regroupe les établissements publics de santé et des établissements privés non lucratifs. Le secteur des établissements antérieurement sous objectif quantifié national (ex-OQN) rassemble les cliniques privées ainsi que des établissements privés non lucratifs.

Pour chaque secteur, plusieurs notions sont présentées :

- **l'estimation des financements** de l'assurance maladie⁵ relatifs aux prestations de soins réalisées en 2014 ;
- l'écart à la prévision retenue lors de la construction des objectifs ;
- **l'évolution annuelle** des financements entre 2013 et 2014 ;
- l'évolution du **volume** d'activité.

La notion de **volume** est plus étendue que la simple évolution du nombre de séjours. Elle traduit également l'évolution de la structure de l'activité, c'est à dire la lourdeur de l'activité prise en charge.

⁵ Ces financements comprennent l'ensemble des versements réalisés par les différents régimes obligatoires d'assurance maladie (régime général, agricole, des indépendants, etc.)

La notion de volume : un raisonnement à champ constant

Les taux d'évolution annuelle intègrent des effets qu'il convient d'annuler pour estimer l'évolution du volume :

- la neutralisation des mouvements de crédits opérés au sein de l'ODMCO entre enveloppes (ex : des forfaits vers les tarifs), et de l'ODMCO vers d'autres objectifs (ex : vers l'enveloppe MIGAC), afin de raisonner à périmètre tarifaire constant ;
- la neutralisation de l'évolution tarifaire.

1.1. Etablissements du secteur ex-DG

Les versements relatifs à l'activité de soins produits en 2013 sont désormais achevés. Ceux relatifs à 2014 feront encore l'objet de transmissions en 2015 grâce au logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité (LAMDA).

1.1.1. Bilan définitif de l'exercice 2013

A l'issue des travaux d'estimation et d'ajustement publiés en 2014, l'écart à la prévision initiale était évaluée à +318 M€ en hypothèse basse et +353 M€ en hypothèse haute. Compte tenu des transmissions complémentaires réalisées en 2014, les versements relatifs à l'ODMCO public de l'exercice 2013 s'établissent finalement à 37 868 M€. L'écart par rapport à la prévision réalisée au moment de la construction des objectifs s'élève donc +297 M€ décomposé en :

- + 63 M€ sur la part tarifs (en incluant les crédits reversés au titre du coefficient prudentiel) ;
- + 240 M€ sur les médicaments et DMI facturables en sus ;
- - 5 M€ sur les forfaits annuels.

L'évolution annuelle des financements entre 2012 et 2013 est évaluée à +2,5%.

T 18 I Révision des réalisations 2013 – secteur ex-DG

Montants en M€	Précédente estimation	Révision des réalisations	Evolution 2012/2013	Prévision de dépenses 2013 (Objectifs)	Ecart
Activités à la part tarifs	33 694	33 638	+1,7%	33 665	- 26
Médicaments et DM payés en sus	3 068	3 067	+8,9%	2 828	+ 239
Forfaits Annuels	1 073	1 073	+1,4%	1 078	- 5
Dégel du coefficient prudentiel	89	89			+ 89
Total ODMCO	37 924	37 868	+2,5%	37 571	+ 297

Le financement de l'activité des séjours, des actes et consultations externes et de l'hospitalisation à domicile progresse finalement de +1,7% entre 2012 et 2013, ce qui correspond à une évolution du **volume d'activité** de +2,6%. Avec le décalage calendaire observé entre 2012 et 2013, l'effet jour ouvré est estimé à 0,5 point et porte l'évolution du volume d'activité à +3,1% en CJO – à réviser.

1.1.2. Estimation de l'exercice 2014

En 2014, les financements concernant l'activité MCO des établissements du secteur ex-DG sont supérieurs à la prévision retenue lors de la construction des objectifs pour un montant d'**environ +150 M€** (estimation comprise entre +144 M€ et +171 M€).

T 19 I Estimation des réalisations 2014 – secteur ex-DG

Montants en M€	Estimation des réalisations	Evolution 2013/2014	Prévision de dépenses 2014 (Objectifs)	Ecart après fongibilité complémentaire
Hypothèse basse	39 092	+3,2%	38 952	+144
Hypothèse haute	39 119	+3,3%	38 952	+171

Le niveau des financements dépend de la capacité des établissements à transmettre l'activité de soins après la clôture de l'exercice. Le tableau ci-dessus présente des estimations construites à partir de traitements statistiques. Compte tenu des historiques, l'hypothèse haute est celle qui est privilégiée et détaillée par la suite.

L'évolution annuelle des financements de l'activité MCO est évaluée à +3,3% et se décompose comme suit :

- +3,0% pour la part tarifs, soit un écart de -65 M€ par rapport à la prévision réalisée au moment de la construction des objectifs et +44 M€ en incluant le reversement des crédits réservés par le dispositif du coefficient prudentiel ;
- +6,2% pour les médicaments et DM facturables en sus, soit +122 M€ de plus que la prévision initiale ;
- +2,4% pour les forfaits annuels, soit +4 M€ d'écart à la prévision initiale.

T 20 I Détail de l'estimation des réalisations 2014 – secteur ex-DG

Montants en M€	Estimation des réalisations	Evolution 2013/2014	Prévision de dépenses 2014 (Objectifs)	Ecart après fongibilité complémentaire
Activités à la part tarifs	34 653	+3,0%	34 722	-65
Médicaments et DM payés en sus	3 257	+6,2%	3 135	+122
Forfaits Annuels	1 099	+2,4%	1 095	+4
Dégel du coefficient prudentiel	110			+110
Total ODMCO	39 119	+3,3%	38 952	+171

La progression des financements de l'ensemble des activités à la part tarifs (activité des séjours, actes et consultations externes et hospitalisation à domicile) correspond à un **volume d'activité** de +3,1% et se décompose en :

- +2,7% pour les séjours et séances hors dialyse (y compris suppléments journaliers) ;
- +3,3% pour l'activité de dialyse ;
- +5,6% pour l'activité des consultations et actes externes ;
- +3,8% pour l'hospitalisation à domicile.

1.2. Etablissements du secteur ex-OQN

Contrairement aux établissements publics, les cliniques privées du secteur ex-OQN utilisent un circuit de facturation directe vers les caisses d'assurance maladie. Les données de facturation sont connues par le système national d'information inter régime d'assurance maladie (SNIIRAM). Cette source s'ajoute aux données PMSI disponibles à l'ATIH pour analyser l'activité de ces établissements.

Ces données de facturation sont utilisées pour assurer, le cas échéant, l'exhaustivité des données PMSI.

1.2.1. Révision de l'exercice 2013

L'exploitation des dernières informations disponibles entraîne une révision légèrement à la baisse du niveau des versements assurance maladie⁶ pour l'exercice 2013. Les extrapolations statistiques conduisent à estimer le montant de l'ODMCO privé à 10,18 milliards d'euros.

Cette hypothèse correspond à un écart se situant à -265 M€ par rapport à la prévision réalisée à la construction des objectifs. Cet écart se décompose en :

- -267 M€ sur la part tarifs et -241M€ en incluant les crédits reversés au titre du coefficient prudentiel ;
- pas d'écart sur les médicaments et DM facturables en sus ;
- -24 M€ sur les forfaits annuels.

L'évolution annuelle des financements entre 2012 et 2013 est évaluée à +1,1%.

T 21 | Révision des réalisations 2013 – secteur ex-OQN

Montants en M€	Précédente estimation	Révision des réalisations	Evolution 2012/2013	Prévision de dépenses 2013 (Objectifs)	Ecart
Activités à la part tarifs	8 796	8 731	+0,5%	8 998	-267
Médicaments et DM payés en sus	1 357	1 345	+2,8%	1 345	0
Forfaits Annuels	81	81	-2,7%	105	-24
Dégel du coefficient prudentiel	26	26			+26
Total ODMCO	10 260	10 184	+1,1%	10 449	-265

Le financement des activités composant la part tarifs (activité des séjours, de la dialyse et de l'hospitalisation à domicile) progresse de +0,5% entre 2012 et 2013, soit un **volume d'activité** en augmentation de +0,8%. Avec le décalage calendaire observé entre 2012 et 2013, l'effet jour ouvré est estimé à 0,5 point et porte l'évolution du volume d'activité à +1,3% en CJO.

1.2.2. Estimation de l'exercice 2014

En 2014, le financement par l'assurance maladie de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique des cliniques privées du secteur ex-OQN est inférieur à la prévision arrêtée lors de la fixation des sous-objectifs de l'ONDAM hospitalier. Pour cet exercice, l'écart à la prévision initiale se situe **entre -74 et -91 millions d'euros environ**.

⁶ Il s'agit des versements tous régimes confondus.

T 22 I Estimation des réalisations 2014 – secteur ex-OQN

Montants en M€	Estimation des réalisations	Evolution 2013/2014	Prévision de dépenses 2014 (Objectifs)	Ecart
Hypothèse basse	10 401	+2,1%	10 492	-91
Hypothèse haute	10 418	+2,3%	10 492	-74

Selon l'hypothèse haute, l'évolution annuelle des financements de l'activité MCO des établissements du secteur ex-OQN est estimée à +2,3%, dont :

- +2,7% au titre de la part tarifs (hors dégel), soit un écart de -98 M€ par rapport à la prévision faite au moment de la construction des objectifs ;
- -1,2% pour les dépenses de médicaments et DM facturables en sus, soit 3 M€ de plus que le montant initialement prévu ;
- +9,2% pour les forfaits annuels, soit -9 M€ d'écart.

T 23 I Détail de l'estimation des réalisations 2014 – secteur ex-OQN

Montants en M€	Estimation des réalisations	Evolution 2013/2014	Prévision de dépenses 2014 (Objectifs)	Ecart
Activités à la part tarifs	8 970	+2,7%	9 068	-98
Médicaments et DM payés en sus	1 329	-1,2%	1 326	+3
Forfaits Annuels	89	+9,2%	98	-9
Dégel du coefficient prudentiel	31			+31
Total ODMCO	10 418	+2,3%	10 492	-74

Le **volume d'activité** des activités composant la part tarif progresse de +2,1% et se décompose en :

- +1,7% pour les séjours/séances (hors dialyse et y compris suppléments journaliers) ;
- +4,7% pour l'activité de dialyse ;
- +2,0% pour l'hospitalisation à domicile.

Focus sur le financement de l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD)

L'activité d'hospitalisation à domicile représente 943 millions d'euros en 2014, qui se répartissent à parts égales entre les établissements de santé des deux secteurs de financement. Entre 2013 et 2014 l'évolution est plus rapide pour les établissements de santé du secteur ex-DG.

Etablissements du secteur ex-DG

Montants en M€	Financement 2013	Financement 2014	Evolution 2013/2014
GHT	424	443	+4,3%
Liste en sus HAD	36	37	+5,0%
Total HAD	460	480	+4,4%

Etablissements du secteur ex-OQN

Montants en M€	Financement 2013	Financement 2014	Evolution 2013/2014
GHT	447	455	+1,9%
Liste en sus HAD*	9	9	-9,1%
Total HAD	456	464	+1,7%

* Dépenses de la liste en sus pour les établissements ayant une activité exclusive d'HAD.

2. Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC)

En 2014 les ARS ont délégué 5 895 M€ de crédits aux établissements de santé pour financer les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation (MIGAC).

Hors régions

Sans dépendre d'une agence régionale de santé (ARS), les dotations MIGAC du service de santé des armées (SSA) sont comptabilisées dans les bilans ci-après.

T 24 I Evolution annuelle des MIGAC

Montants en M€	Financement 2013	Financement 2014	Evolution 2013/2014
MIGAC ex-DG	6 069	5 827	-4,0%
MIGAC ex-OQN	51	68	33,3%
Total MIGAC	6 120	5 895	-3,7%

Les crédits MIGAC ont globalement **diminué de -3,7%** entre 2013 et 2014.

2.1. Evolution des crédits MIGAC

2.1.1. Financement au premier euro pour certaines MIG

Gestion de certaines MIG en mode « justification au premier euro » (JPE)

Depuis 2011, une part importante de la sous-enveloppe MIG (missions d'intérêt général) fait l'objet d'une gestion selon la règle de la « justification au premier euro » (JPE). Ce mode de gestion s'apparente à un forfait annuel révisé chaque année en fonction des règles ou du modèle de détermination du montant des missions concernées.

Les missions concernées par cette gestion sont notamment les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (**MERRI**) et les missions relatives à la prise en charge des patients en situation de **précarité** par des équipes hospitalières. En 2014, **près de trois quarts** du montant des MIG, soit 3 502 M€ sont gérés ainsi.

T 25 I Montants des financements 2014 justifiés au premier euro (JPE) de certaines missions d'intérêt général

Montants en M€	MIG JPE ex-DG	MIG JPE ex-OQN	TOTAL
Part fixe des MERRI	257,71	0,00	257,71
Part modulable des MERRI	1 396,68	0,66	1 397,33
Part recours exceptionnel des MERRI	46,71	3,54	50,25
Au titre de la recherche médicale et de l'innovation	207,66	0,01	207,67
Au titre des missions d'enseignement et de formation des personnels médicaux et paramédicaux	394,77	1,60	396,37
Au titre des missions de recherche, d'enseignement, de formation, d'expertise, de coordination et d'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies ainsi que des activités hautement spécialisées	214,90	0,00	214,90
Au titre des activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou de la dispense des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs	403,71	0,13	403,84
Au titre des missions de vigilance, de veille épidémiologique, d'évaluation des pratiques et d'expertise	20,46	0,00	20,46
Missions de collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine	24,09	2,89	26,98
Au titre de la mission de conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes	4,61	0,00	4,61
Au titre des missions de veille sanitaire, de prévention et de gestion des risques	15,90	0,11	16,00
Au titre de l'intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies	63,27	3,47	66,74
Au titre de l'aide médicale urgente	229,07	0,06	229,13
Au titre de la participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques	58,18	0,14	58,32
Au titre de la prise en charge des patients en situation de précarité	145,51	6,56	152,07
TOTAL	3 483,24	19,14	3 502,38

2.1.2. Analyse des mesures nouvelles

En dehors des crédits JPE pour les MIG concernées, environ 20 M€ ont été repris par les ARS, au titre des différentes mesures nouvelles (reconductibles et non reconductibles) hors transferts sous l'effet de mesures d'économies. Seul le financement non pérenne a été créditeur pour les établissements avec +17 M€ alloués.

T 26 I Montants des mesures nouvelles (hors JPE) par mode de délégation

Montants en M€	Total financement reconductible	Total financement non reconductible	TOTAL
MIGAC ex-DG	-37,8	17,2	-20,5
MIGAC ex-OQN	0,2	0,1	0,3
TOTAL	-37,5	17,3	-20,2

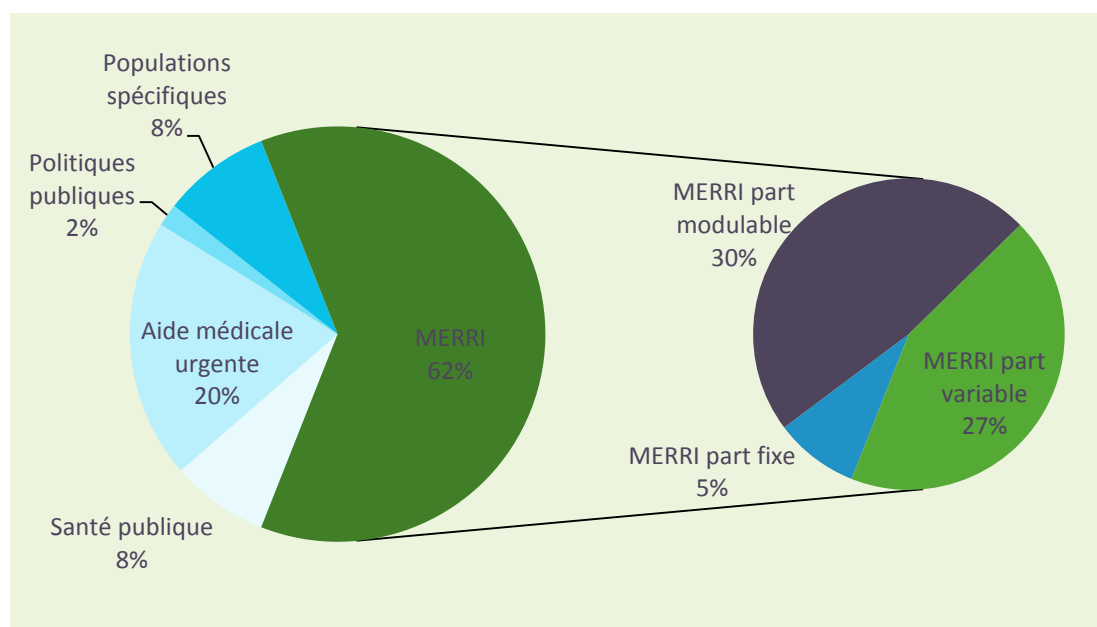
2.2. Principales missions d'intérêt général : recherche, urgences et santé publique

Les missions d'intérêt général ont été regroupées selon cinq grandes catégories⁷ :

- Les MERRI : missions d'enseignement, de recherche, de rôle de référence et d'innovation ;
- Les missions de participation aux missions de santé publique ;
- L'aide médicale urgente ;
- La participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques ;
- Les activités de soins dispensés à des populations spécifiques.

A l'issue de la campagne budgétaire 2014, la ventilation des financements par grande catégorie de missions conserve une **hiérarchisation similaire à celle observée depuis plusieurs années**. Il existe donc une très grande **stabilité dans la répartition des crédits par grande nature de mission**.

F 35 I Répartition des crédits MIG en 2014 (hors La Réunion)



Ainsi, les missions relatives à la **recherche médicale et à l'innovation (MERRI)** représentent 62% (contre 61% en 2013) des financements accordés à l'ensemble des missions d'intérêt général. Au sein des MERRI, la part fixe ne représente plus dorénavant que 5% des MIG au profit de la part modulaire qui atteint presque 1,4 milliard en 2014 (soit 30% du total des MIG). La part variable des missions de recherche (recherche médicale, innovation, enseignement, activités hautement spécialisées, expérimentations) représente 27% des financements MIG 2014.

⁷ Sous-tendues par les articles et les alinéas de l'arrêté du 2 mars 2012 modifiant l'arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale.

Vient ensuite l'**aide médicale d'urgence** qui représente 20% (21% en 2013) des missions d'intérêt général avec les financements relatifs au fonctionnement des SMUR et du SAMU.

Les missions relatives à la prise en charge des populations spécifiques (notamment la précarité) pèsent 8%. Et 8% des crédits MIGAC sont alloués aux missions de **santé publique** (vigilance, veille, prévention, équipes pluridisciplinaires, etc.).

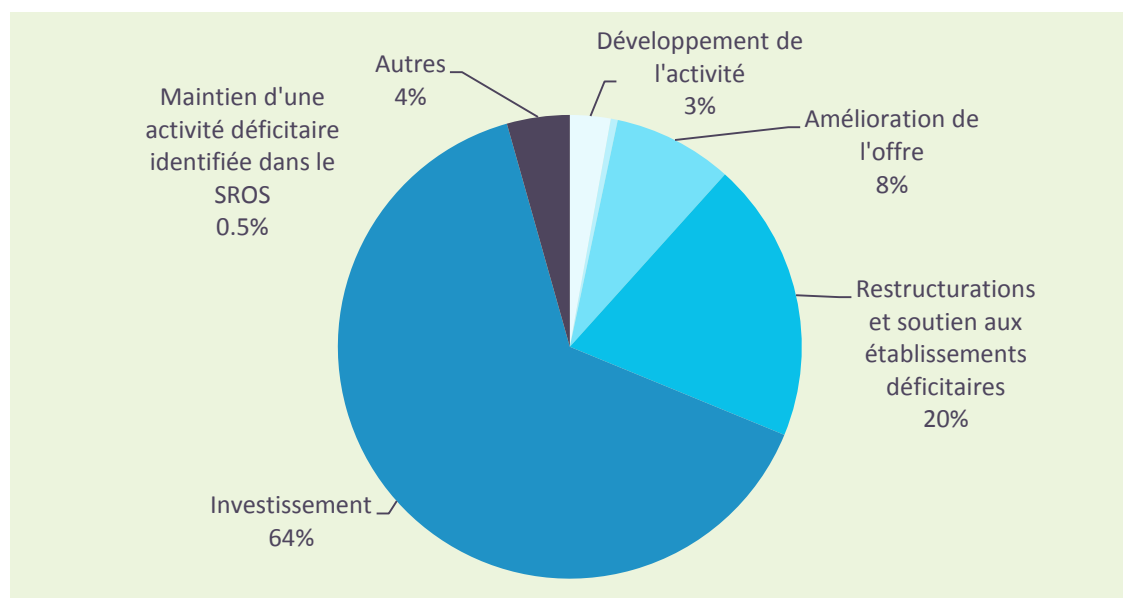
Cette ventilation des financements est assez similaire d'une région à l'autre. La Corse présente une situation un peu atypique puisque l'essentiel des crédits MIG sert à financer l'aide médicale d'urgence (part de cette catégorie : 87% en 2014, 85% en 2013). De même, en Guyane, ce sont les missions de santé publique qui sont les plus importantes.

En analysant exclusivement les financements accordés aux cliniques du secteur ex-OQN, la catégorie de missions relatives à la santé publique est prédominante (49% du total des MIG en 2014).

2.3. L'aide à la contractualisation : prédominance de l'investissement et des restructurations

Une typologie permet aux régions de classer les financements accordés au titre de l'aide à la contractualisation en six catégories, elles-mêmes subdivisées selon plusieurs libellés, 37 au total.

F 36 I Répartition des crédits AC en 2014 (hors La Réunion)



La plupart des financements concerne soit des **investissements pour 64%**, soit **des restructurations et du soutien aux établissements déficitaires pour 20%**. S'agissant des **investissements**, les crédits sont presque uniquement délégués en mesures nationales. Pour les **restructurations**, il s'agit essentiellement de crédits alloués dans le cadre du soutien aux établissements déficitaires (hors Plans de Retour à l'Equilibre) avec 82%.

L'**amélioration de l'offre de soins existante** totalise 8% des crédits AC en 2014, dont la quasi-totalité identifiés à l'aide du libellé « **Soutien à la démographie des professionnels de santé hors oncologie** ».

S'agissant des établissements MCO ex-OQN, les financements AC vont pour moitié à **l'investissement**, pour un quart à la catégorie « **restructuration et soutien financier aux établissements** » et pour un cinquième au **développement de l'activité**.

3. Activités de soins de suite et réadaptation (SSR) et de psychiatrie

Les activités de SSR et de psychiatrie sont financées selon deux modalités différentes :

- un financement alloué par les régions intégralement en dotation, via la **dotation annuelle de financement (DAF)**. Les établissements financés selon cette modalité appartiennent au secteur public ou sont des structures privées à but non lucratif ;
- un financement alloué à l'activité à l'aide des **tarifs définis par prestation et discipline médico-tarifaire**. Cette modalité de financement concerne principalement des cliniques privées du secteur commercial même si certains établissements sont privés à but non lucratif.

Les établissements financés sous dotation sont dits appartenant au secteur « sous DAF », les autres appartenant au secteur OQN.

3.1. Etablissements du secteur OQN

Seules les données du système national d'information inter régime d'assurance maladie (SNIIRAM) sont mobilisables pour l'analyse des financements des activités de SSR et de psychiatrie des cliniques du secteur OQN.

3.1.1. Révision de l'exercice 2013

Les dernières informations confirment à 1 M€ près l'estimation des versements effectués aux cliniques publiés en 2014 pour l'exercice 2013.

T 27 I Bilan des réalisations 2013 – secteur OQN

Montants en M€	Précédente estimation	Révision des réalisations	Evolution 2012/2013	Prévision de dépenses 2013 (Objectifs)	Ecart
Total soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR)	2 052	2 052	+5,0%		
Psychiatrie (PSY)	655	654	+3,1%		
Total OQN PSY/SSR	2 706	2 705	+4,5%	2 696	+9

La dynamique des financements est plus marquée pour les activités de SSR. Leur progression de +5,0% correspond à un volume d'activité en augmentation de +5,5%.

Pour la psychiatrie, l'évolution des financements de +3,2% correspond à un volume d'activité en augmentation de +3,6%.

3.1.2. Estimation de l'exercice 2014

Les estimations en date de soins des réalisations de l'exercice 2014 conduisent à un financement des cliniques légèrement supérieur à l'objectif pour un montant **compris entre +6 M€ et +9 M€**.

Selon l'hypothèse basse, le niveau des financements est évalué à 2 814 M€ soit une progression de +4,0% par rapport à l'exercice précédent.

T 28 | Détail de l'estimation des réalisations 2014 – secteur OQN

Montants en M€	Estimation des réalisations	Evolution 2013/2014	Prévision de dépenses 2014 (Objectifs)	Ecart
Total soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR)	2 137	+4,2%		
Psychiatrie (PSY)	677	+3,5%		
Total OQN PSY/SSR	2 814	+4,0%	2 808	+6

La dynamique des financements reste plus forte pour les activités de SSR. Leur progression de +4,2% correspond à un volume d'activité en augmentation de +4,6%.

Pour la psychiatrie, l'évolution des financements de +3,5% correspond à un volume d'activité en augmentation de +3,9%.

3.2. Etablissements du secteur sous DAF

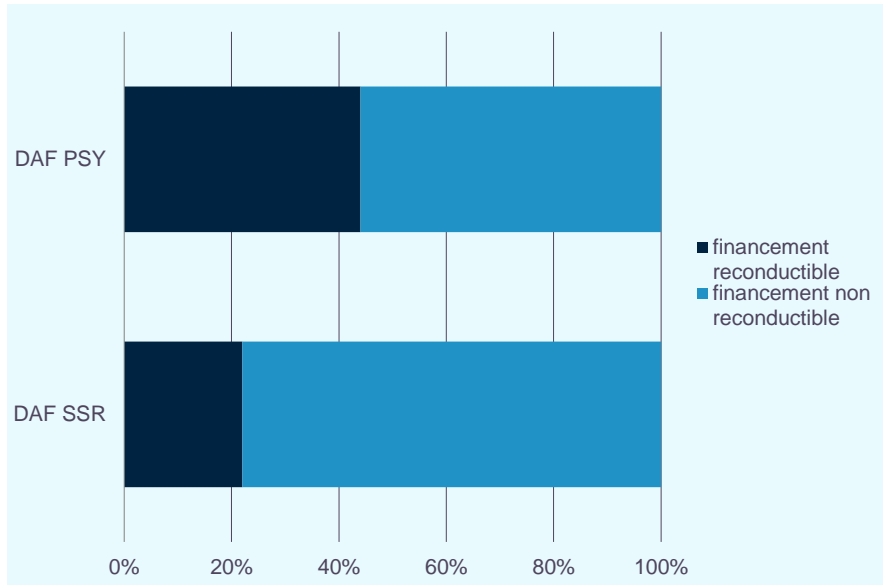
En plus des activités de SSR et de psychiatrie, la DAF finance également les activités MCO des établissements non soumis à la tarification à l'activité, essentiellement les anciens hôpitaux locaux (HL). Les crédits détaillés ici portent uniquement sur les activités de SSR et de psychiatrie incluant celles des anciens HL.

T 29 | Financement DAF des activités de SSR et PSY

Montants en M€	Financement 2013	Financement 2014	Evolution 2013/2014
Soins de suite et de réadaptation	6 005	6 171	+2,8%
Psychiatrie	8 678	8 705	+0,3%
Total DAF pour SSR et PSY	14 683	14 876	+1,3%
Poids des crédits SSR/PSY dans l'ensemble de la DAF	97,5%	97,7%	

Les crédits attribués pour financer les activités de SSR et de psychiatrie ont augmenté de +1,3% entre 2013 et 2014.

F 37 I Financement DAF des activités de SSR et PSY selon le caractère reconductible



Si pour la psychiatrie, près de la moitié des crédits relèvent d'un financement pérenne (44%), en revanche pour les activités SSR, plus de trois quarts (78%) des crédits nouveaux en 2014 présentent un caractère non pérenne.

4. Les ex hôpitaux locaux et les unités de soins longue durée (USLD)

La France compte environ 300 anciens hôpitaux locaux (HL) répartis sur ton territoire, essentiellement dans les zones rurales ou difficiles d'accès. En 2014, 265 d'entre eux sont financés par une dotation annuelle de financement (DAF) au titre de leurs activités de SSR ou de MCO. Parmi ces établissements, 176 réalisent en 2014 une activité de MCO ou HAD.

Au titre de l'exercice 2014, ces établissements ont perçu une DAF totale de 698 M€, **dont 214 M€ au titre des activités MCO (y compris HAD)**, le reste finançant les activités SSR. Seule la part MCO de la DAF est analysée ci-dessous. Outre les ex HL, la DAF finance également quelques établissements publics ou associatifs non soumis à la tarification à l'activité. Le centre hospitalier de Mayotte, rattaché à l'ARS Océan Indien, est dans ce cas.

Le financement des activités MCO des ex HL diminue régulièrement depuis 2011. La baisse est de -3,9% en 2014. Cette diminution s'explique par la restructuration en cours de ces activités au profit d'activités de SSR ou de soins de longue durée (SLD).

Les unités de soins de longue durée (USLD) reçoivent une dotation appelée dotation de soins. Les financements de ces structures diminuent de -0,8% en 2014.

T 30 I Financement DAF de l'activité MCO et USLD

Montants en M€	Financement 2013	Financement 2014	Evolution 2013/2014
DAF Médecine, Chirurgie, Obstétrique des ex HL	222,6	213,9	-3,9%
DAF Médecine, Chirurgie, Obstétrique des autres établissements (dont Mayotte)	154,6	143,9	-6,9%
Poids dans le total de la DAF	2,5%	2,3%	
Dotation de soins USLD	1 004,3	996,0	-0,8%

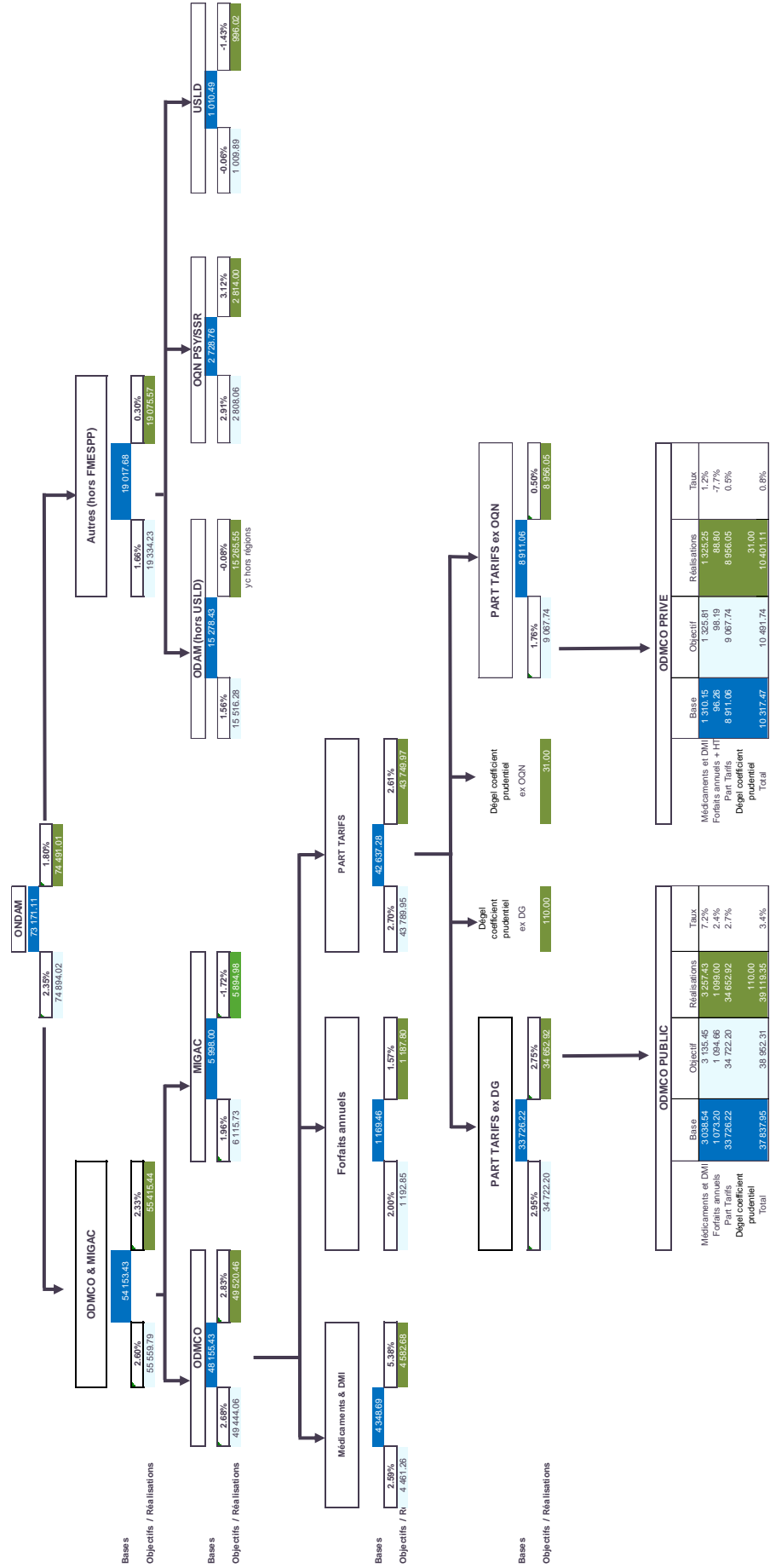
Comme en 2012 et 2013, la totalité des mesures nouvelles attribuées aux unités de soins de longue durée sont allouées de manière non pérenne.

T 31 I Financement DAF de l'activité MCO et USLD selon le caractère reconductible

Montants en M€	Total financement reconductible	Total financement non reconductible	TOTAL
DAF MCO	-6.0	-2.2	-8,2
USLD	-3.4	30.6	27.2

Annexe 2 : Tableaux relatifs au financement

Annexe 2.1 Arbre de décomposition des réalisations 2014 estimées de l'ONDAM hospitalier (hors crédits MIGAC transférés vers le fonds d'intervention régional [FIR]) (montants en millions d'euros)



**Annexe 2.2 Constats 2012-2014 des financements de l'ONDAM hospitalier (hors FIR et FMESPP)
(montants en millions d'euros)**

	2012				2013				2014		
	objectifs	constat définitif	écart	objectifs	estimation	constat définitif	écart	objectifs	estimation	écart après réévaluatif LFSS et fongibilité complémentaire	
Total hors FIR et hors FMESPP	74 008.8	73 165.7	- 114.3	75 620.6	73 104.5	72 970.6	- 185.0	74 959.0	74 491.0	- 399.4	
Etablissements de santé tarifés à l'activité*	55 356.1	54 703.3	76.1	56 605.1	54 305.1	54 172.1	31.9	55 583.8	55 415.4	- 140.3	
ODMCO	46 792.9	47 032.3	239.4	48 019.8	48 184.7	48 051.7	31.9	49 444.1	49 520.5	80.2	
ODMCO public	36 474.7	36 954.5	479.8	37 570.6	37 924.3	37 867.8	297.2	38 952.3	39 119.3	170.9	
activité - part tarifs	32 692.1	33 080.0	386.7	33 664.6	33 694.0	33 638.4	- 26.3	34 722.2	34 652.9	- 65.4	
médicaments et DMI	2 764.9	2 817.5	52.6	2 827.8	3 068.1	3 067.3	239.5	3 135.5	3 257.4	122.0	
forfaits annuels	1 017.7	1 058.2	40.5	1 078.2	1 073.2	1 073.2	- 5.0	1 094.7	1 099.0	4.3	
dégel du coefficient prudentiel					89.0	89.0	89.0		110.0	110.0	
ODMCO privé	10 318.2	10 077.8	- 240.4	10 449.2	10 260.4	10 183.9	- 265.3	10 491.7	10 401.1	- 90.6	
activité	8 816.4	8 685.9	- 130.5	8 998.5	8 796.3	8 731.1	- 267.4	9 067.7	8 956.1	- 111.7	
médicaments et DMI	1 398.6	1 308.3	- 90.3	1 345.4	1 366.7	1 345.4	0.0	1 325.8	1 325.2	- 0.6	
forfaits annuels	103.2	83.6	- 19.6	105.3	81.3	81.3	- 23.9	98.2	88.8	- 9.4	
dégel du coefficient prudentiel					26.0	26.0	26.0		31.0	31.0	
MIGAC	8 563.2	7 671.0	-163.3	8 585.4	6 120.4	6 120.4		6 139.7	5 895.0	-220.6	
Autres dépenses relatives aux établissements de santé*	18 652.7	18 462.4	- 190.3	19 015.4	18 799.4	18 798.5	- 216.9	19 375.2	19 075.6	- 259.0	
ODAM	16 104.4	15 870.7	- 233.7	16 319.4	16 093.2	16 093.2	- 226.2	16 567.2	16 261.6	- 265.3	
DAF (hors USLD)	15 072.5	14 862.5	- 210.1	15 274.6	15 088.9	15 088.9	- 185.6	15 541.3	15 265.6	- 251.4	
USLD	1 031.9	1 008.2	- 23.7	1 044.8	1 004.3	1 004.3	- 40.6	1 025.9	996.0	- 13.9	
OQN psy-ssr	2 548.3	2 597.7	43.4	2 696.1	2 706.2	2 705.3	9.3	2 808.1	2 814.0	6.3	
Total dotations (ODAM + MIGAC)	24 667.6	24 667.6	0.0	24 904.8	22 213.6	22 213.6		22 706.9	22 156.6	- 550.4	

* yc compris régime d'Alsace Moselle

Annexe 2.3 Financements 2014 par région (montants en millions d'euros)

Région	Etablissements ex-DG						Etablissements ex-OQN et OQN				
	ODMCO	MGAC	Total des financements de l'activité MCO	DAF	USLD	Total financements établissements de santé ex-DG	ODMCO	MGAC	Total des financements de l'activité MCO	OQN	Total financements établissements de santé ex-OQN et OQN
Alsace	1 382.98	149.12	1 532.11	449.52	33.13	2 014.76	230.29	1.50	231.79	13.79	245.58
Aquitaine	1 845.62	248.99	2 094.61	704.53	45.49	2 844.63	665.43	4.47	669.91	143.47	813.38
Auvergne	849.07	125.47	974.55	365.55	30.05	1 370.15	200.16	0.56	200.72	40.33	241.05
Basse-Normandie	968.71	136.51	1 105.22	367.10	20.13	1 492.46	192.65	1.26	193.90	68.99	262.90
Bourgogne	1 080.57	143.50	1 224.06	336.01	24.29	1 584.37	239.14	0.37	239.51	100.25	339.76
Bretagne	1 862.58	216.69	2 079.27	862.52	49.53	2 991.32	441.39	2.07	443.47	67.38	510.85
Centre	1 317.37	168.53	1 485.89	497.38	40.05	2 023.32	395.33	3.99	399.31	91.87	491.19
Champagne-Ardenne	780.29	115.28	895.57	279.96	19.98	1 195.52	207.89	1.07	208.95	31.46	240.42
Corse	140.25	27.35	167.60	83.77	5.26	256.62	60.36	3.42	63.78	32.17	95.95
Franche-Comté	731.49	99.58	831.07	285.81	18.36	1 135.24	118.36	0.89	119.24	27.63	146.88
Haute-Normandie	951.82	144.61	1 096.43	399.02	27.52	1 522.97	284.13	0.73	284.86	44.78	329.64
Île-de-France	7 571.29	1 504.24	9 075.53	2 898.23	184.09	12 157.85	1 720.53	7.34	1 727.87	628.02	2 355.89
Languedoc-Roussillon	1 391.17	214.60	1 605.77	530.27	44.04	2 180.09	627.53	4.19	631.73	260.64	892.37
Limousin	518.96	74.93	593.89	228.89	28.01	850.78	120.88	1.09	121.97	12.99	134.96
Lorraine	1 485.81	185.54	1 671.35	636.58	37.20	2 345.12	310.09	1.09	311.18	16.24	327.42
Midi-Pyrénées	1 467.99	258.88	1 726.87	659.62	52.65	2 439.14	611.71	5.95	617.66	177.34	795.00
Nord-Pas-de-Calais	2 608.73	341.83	2 950.57	940.17	50.86	3 941.60	670.58	3.41	673.99	135.59	809.58
Pays de la Loire	1 850.05	252.93	2 102.98	797.61	52.53	2 953.12	589.42	5.79	595.21	38.47	633.68
Picardie	1 116.66	132.23	1 248.88	487.83	38.31	1 775.03	198.16	1.39	199.55	37.06	236.61
Poitou-Charentes	1 015.93	113.02	1 128.95	394.03	30.60	1 553.59	186.81	2.08	188.89	34.45	223.34
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 003.21	434.08	3 437.29	944.41	51.88	4 433.58	1 019.27	4.73	1 023.99	452.74	1 476.74
Rhône-Alpes	3 779.28	500.90	4 280.18	1 435.75	93.06	5 808.98	935.46	6.41	941.87	220.04	1 161.91
France métropolitaine	37 719.83	5 588.79	43 308.62	14 584.58	977.05	58 870.25	10 025.57	63.79	10 089.37	2 675.73	12 765.10
Guadeloupe	212.86	56.00	268.87	114.10	8.48	391.45	108.40	0.85	109.25	53.17	162.43
Guyane	117.39	46.03	163.42	28.14	1.07	192.63	24.76	0.35	25.12	6.67	31.79
Martinique	250.79	36.36	287.15	224.80	5.73	517.67	51.88	0.31	52.18	10.71	62.90
La Réunion	487.31	67.32	554.64	260.69	3.69	819.01	190.49	2.45	192.94	67.71	260.65
DOM	1 068.36	205.72	1 274.07	627.73	18.97	1 920.77	375.53	3.96	379.50	138.27	517.76
SSA	330.77	32.72	363.49	21.95	-	385.44					
France entière	39 118.96	5 827.23	44 946.19	15 234.25	996.02	61 176.46	10 401.11	67.76	10 468.86	2 814.00	13 282.86
France entière yc hors région	39 118.96	5 827.23	44 946.19	15 265.55	996.02	61 207.76	10 401.11	67.76	10 468.86	2 814.00	13 282.86

Annexe 2.4 Synthèse régionale des dotations annuelles déléguées aux établissements sur l'ensemble des trois enveloppes : MIGAC, DAF et dotation de soins USLD, en 2014

Montants en M€	Montant de l'arrêté DR en vigueur (29/12/2014) au titre de la DAF, des MIGAC et de la dotation de soins USLD	Montant délégué par les ARS	Ecart	Niveau de consommation des crédits
Alsace	637.19	633.28	3.91	99.4%
Aquitaine	1 003.92	1 003.49	0.43	100.0%
Auvergne	521.77	521.63	0.14	100.0%
Bourgogne	496.16	504.17	-8.01	101.6%
Bretagne	1 131.65	1 130.81	0.84	99.9%
Centre	709.45	709.94	-0.49	100.1%
Champagne-Ardenne	416.29	416.29	0.00	100.0%
Corse	121.64	119.79	1.85	98.5%
Franche-Comté	404.63	404.63	0.00	100.0%
Ile-de-France	4 608.25	4 593.90	14.34	99.7%
Languedoc-Roussillon	792.17	793.11	-0.94	100.1%
Limousin	335.25	332.92	2.33	99.3%
Lorraine	850.72	860.40	-9.68	101.1%
Midi-Pyrénées	977.87	977.10	0.76	99.9%
Nord-Pas-de-Calais	1 336.41	1 336.27	0.13	100.0%
Normandie-Basse	526.79	525.01	1.79	99.7%
Normandie-Haute	573.30	571.88	1.42	99.8%
Pays de la Loire	1 120.36	1 108.86	11.50	99.0%
Picardie	660.67	659.77	0.90	99.9%
Poitou-Charentes	539.64	539.74	-0.11	100.0%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 435.18	1 435.10	0.09	100.0%
Rhône-Alpes	2 039.65	2 036.11	3.53	99.8%
<i>Métropole</i>	<i>21 238.97</i>	<i>21 214.21</i>	<i>24.76</i>	<i>99.9%</i>
Guadeloupe	197.58	179.44	18.14	90.8%
Guyane	75.34	75.60	-0.26	100.3%
Martinique	267.34	267.19	0.15	99.9%
Réunion	348.17	334.15	14.02	96.0%
<i>DOM</i>	<i>888.43</i>	<i>856.38</i>	<i>32.05</i>	<i>96.4%</i>
SSA	54.67	54.67	0.00	100.0%
Total France	22 182.06	22 125.25	56.81	99.7%

Annexe 2.5a Synthèse régionale des dotations annuelles relatives aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation déléguées aux établissements (tous secteurs) en 2014

Montants en M€	Montant de l'arrêté DR en vigueur (29/12/2014) au titre des MIGAC	Montant délégué par les ARS	Ecart	Niveau de consommation des crédits
Alsace	151.53	150.62	0.91	99.4%
Aquitaine	253.40	253.46	-0.06	100.0%
Auvergne	126.63	126.03	0.61	99.5%
Bourgogne	135.86	143.87	-8.01	105.9%
Bretagne	224.14	218.76	5.39	97.6%
Centre	172.52	172.51	0.01	100.0%
Champagne-Ardenne	116.35	116.35	0.00	100.0%
Corse	30.76	30.76	-0.01	100.0%
Franche-Comté	100.47	100.47	0.00	100.0%
Ile-de-France	1 525.94	1 511.58	14.36	99.1%
Languedoc-Roussillon	218.76	218.79	-0.03	100.0%
Limousin	76.65	76.02	0.64	99.2%
Lorraine	181.03	186.62	-5.60	103.1%
Midi-Pyrénées	265.08	264.83	0.25	99.9%
Nord-Pas-de-Calais	345.39	345.24	0.15	100.0%
Normandie-Basse	138.52	137.77	0.75	99.5%
Normandie-Haute	146.10	145.34	0.76	99.5%
Pays de la Loire	263.27	258.72	4.55	98.3%
Picardie	133.62	133.62	0.00	100.0%
Poitou-Charentes	115.26	115.11	0.15	99.9%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	438.95	438.81	0.14	100.0%
Rhône-Alpes	508.84	507.31	1.53	99.7%
Métropole	5 669.07	5 652.58	16.49	99.7%
Guadeloupe	75.71	56.85	18.86	75.1%
Guyane	46.12	46.39	-0.26	100.6%
Martinique	35.92	36.66	-0.74	102.1%
Réunion	69.78	69.78	0.00	100.0%
DOM	227.54	209.68	17.86	92.2%
SSA	32.72	32.72	0.00	100.0%
Total France	5 929.33	5 894.98	34.35	99.4%

Annexe 2.5b Synthèse régionale des dotations annuelles de financement déléguées aux établissements en 2014

Montants en M€	Montant de l'arrêté DR en vigueur (29/12/2014) au titre de la DAF	Montant délégué par les ARS	Ecart	Niveau de consommation des crédits
Alsace	452.52	449.52	3.00	99.3%
Aquitaine	704.59	704.53	0.06	100.0%
Auvergne	364.36	365.55	-1.19	100.3%
Bourgogne	336.01	336.01	0.00	100.0%
Bretagne	858.13	862.52	-4.39	100.5%
Centre	496.88	497.38	-0.50	100.1%
Champagne-Ardenne	279.96	279.96	0.00	100.0%
Corse	85.63	83.77	1.86	97.8%
Franche-Comté	285.80	285.81	-0.02	100.0%
Ile-de-France	2 898.21	2 898.23	-0.02	100.0%
Languedoc-Roussillon	529.35	530.27	-0.93	100.2%
Limousin	230.59	228.89	1.69	99.3%
Lorraine	632.49	636.58	-4.08	100.6%
Midi-Pyrénées	660.14	659.62	0.52	99.9%
Nord-Pas-de-Calais	940.16	940.17	-0.02	100.0%
Normandie-Basse	368.14	367.10	1.04	99.7%
Normandie-Haute	399.67	399.02	0.66	99.8%
Pays de la Loire	804.23	797.61	6.62	99.2%
Picardie	487.82	487.83	-0.01	100.0%
Poitou-Charentes	394.00	394.03	-0.03	100.0%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	944.12	944.41	-0.29	100.0%
Rhône-Alpes	1 437.76	1 435.75	2.01	99.9%
Métropole	14 590.55	14 584.58	5.97	100.0%
Guadeloupe	113.39	114.10	-0.72	100.6%
Guyane	28.14	28.14	0.00	100.0%
Martinique	225.69	224.80	0.89	99.6%
Réunion	274.55	260.69	13.86	95.0%
DOM	641.77	627.73	14.04	97.8%
SSA	21.95	21.95	0.00	100.0%
Total France	15 254.26	15 234.25	20.01	99.9%

Annexe 2.5c Synthèse régionale et par activité, des dotations annuelles de financement déléguées aux établissements en 2014

Montants en M€	Total DAF PSY	TOTAL DAF SSR	TOTAL DAF MCO	TOTAL DAF
Alsace	217.77	231.75	0.00	449.52
Aquitaine	466.29	230.78	7.47	704.53
Auvergne	216.50	135.08	13.97	365.55
Bourgogne	210.04	116.53	9.45	336.01
Bretagne	479.54	368.79	14.19	862.52
Centre	282.61	206.25	8.52	497.38
Champagne-Ardenne	172.51	100.82	6.63	279.96
Corse	52.64	29.21	1.91	83.77
Franche-Comté	182.42	97.57	5.83	285.81
Ile-de-France	1 650.81	1 237.66	9.76	2 898.23
Languedoc-Roussillon	275.14	217.22	37.91	530.27
Limousin	129.62	91.63	7.64	228.89
Lorraine	344.97	289.82	1.78	636.58
Midi-Pyrénées	402.12	241.64	15.86	659.62
Nord-Pas-de-Calais	545.35	391.67	3.15	940.17
Normandie-Basse	234.65	123.53	8.93	367.10
Normandie-Haute	226.58	170.36	2.08	399.02
Pays de la Loire	420.88	356.29	20.44	797.61
Picardie	286.00	199.74	2.09	487.83
Poitou-Charentes	224.96	162.42	6.65	394.03
Provence-Alpes-Côte d'Azur	608.40	325.53	10.49	944.41
Rhône-Alpes	795.18	621.13	19.44	1 435.75
<i>Métropole</i>	<i>8 424.97</i>	<i>5 945.42</i>	<i>214.19</i>	<i>14 584.58</i>
Guadeloupe	76.34	34.58	3.18	114.10
Guyane	26.30	1.84		28.14
Martinique	74.06	148.65	2.09	224.80
Réunion	89.83	32.49	138.37	260.69
<i>DOM</i>	<i>266.53</i>	<i>217.56</i>	<i>143.64</i>	<i>627.73</i>
SSA	13.73	8.21		21.95
Total France	8 705.23	6 171.19	357.83	15 234.25

Annexe 2.5d Répartition par région et par activité des dotations annuelles de financement déléguées aux établissements, en structure, en 2014

Part (en %)	Total DAF PSY	TOTAL DAF SSR	TOTAL DAF MCO	TOTAL DAF
Alsace	48%	52%	0%	100%
Aquitaine	66%	33%	1%	100%
Auvergne	59%	37%	4%	100%
Bourgogne	63%	35%	3%	100%
Bretagne	56%	43%	2%	100%
Centre	57%	41%	2%	100%
Champagne-Ardenne	62%	36%	2%	100%
Corse	63%	35%	2%	100%
Franche-Comté	64%	34%	2%	100%
Ile-de-France	57%	43%	0%	100%
Languedoc-Roussillon	52%	41%	7%	100%
Limousin	57%	40%	3%	100%
Lorraine	54%	46%	0%	100%
Midi-Pyrénées	61%	37%	2%	100%
Nord-Pas-de-Calais	58%	42%	0%	100%
Normandie-Basse	64%	34%	2%	100%
Normandie-Haute	57%	43%	1%	100%
Pays de la Loire	53%	45%	3%	100%
Picardie	59%	41%	0%	100%
Poitou-Charentes	57%	41%	2%	100%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	64%	34%	1%	100%
Rhône-Alpes	55%	43%	1%	100%
<i>Métropole</i>	58%	41%	1%	100%
Guadeloupe	67%	30%	3%	100%
Guyane	93%	7%	0%	100%
Martinique	33%	66%	1%	100%
Réunion	34%	12%	53%	100%
<i>DOM</i>	42%	35%	23%	100%
SSA	63%	37%	0%	100%
Total France	57%	41%	2%	100%

Annexe 2.5e Synthèse régionale des dotations annuelles de soins USLD déléguées aux établissements en 2014

Montants en M€	Montant de l'arrêté DR en vigueur (29/12/2014) au titre de la dotation de soins USLD	Montant délégué par les ARS	Ecart	Niveau de consommation des crédits
Alsace	33.13	33.13	0.00	100.0%
Aquitaine	45.93	45.49	0.43	99.1%
Auvergne	30.78	30.05	0.72	97.7%
Bourgogne	24.29	24.29	0.00	100.0%
Bretagne	49.37	49.53	-0.16	100.3%
Centre	40.05	40.05	0.00	100.0%
Champagne-Ardenne	19.98	19.98	0.00	100.0%
Corse	5.26	5.26	0.00	100.0%
Franche-Comté	18.37	18.36	0.02	99.9%
Ile-de-France	184.09	184.09	0.00	100.0%
Languedoc-Roussillon	44.06	44.04	0.02	100.0%
Limousin	28.01	28.01	0.00	100.0%
Lorraine	37.20	37.20	0.00	100.0%
Midi-Pyrénées	52.65	52.65	0.00	100.0%
Nord-Pas-de-Calais	50.86	50.86	0.00	100.0%
Normandie-Basse	20.13	20.13	0.00	100.0%
Normandie-Haute	27.52	27.52	0.00	100.0%
Pays de la Loire	52.87	52.53	0.34	99.4%
Picardie	39.23	38.31	0.91	97.7%
Poitou-Charentes	30.37	30.60	-0.23	100.8%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	52.12	51.88	0.24	99.5%
Rhône-Alpes	93.05	93.06	-0.01	100.0%
<i>Métropole</i>	<i>979.35</i>	<i>977.05</i>	<i>2.30</i>	<i>99.8%</i>
Guadeloupe	8.48	8.48	0.00	100.0%
Guyane	1.07	1.07	0.00	100.0%
Martinique	5.73	5.73	0.00	100.0%
Réunion	3.84	3.69	0.16	95.9%
<i>DOM</i>	<i>19.12</i>	<i>18.97</i>	<i>0.16</i>	<i>99.2%</i>
SSA				
Total France	998.47	996.02	2.45	99.8%

Annexe 2.5f Distinction des enveloppes MIG/AC de la dotation MIGAC, par région et secteur 2014 (hors La Réunion)

Montants en M€	Total des deux secteurs			Secteur ex-DG			Secteur ex-QQN			
	Total MIG	Total AC	Part AC	Total MIG	Total AC	Part AC	Total MIG	Total AC	Part AC	Total MIGAC
Alsace	125.42	26.11	17.20%	125.12	24.07	16.10%	0.3	2.04	87.10%	2.34
Aquitaine	211.43	42.03	16.60%	209.87	39.12	15.70%	1.56	2.91	65.10%	4.47
Auvergne	97.01	29.16	23.10%	96.76	28.85	23.00%	0.25	0.3	54.80%	0.55
Bourgogne	101.7	33.65	24.90%	101.55	33.42	24.80%	0.15	0.23	60.10%	0.37
Bretagne	180.36	43.03	19.30%	179.98	41.29	18.70%	0.38	1.73	81.90%	2.11
Centre	123.07	49.44	28.70%	122.62	45.91	27.20%	0.46	3.53	88.50%	3.99
Champagne-Ardenne	85.24	31.1	26.70%	84.7	30.58	26.50%	0.54	0.52	49.00%	1.07
Corse	21.26	7.01	24.80%	21.18	4.49	17.50%	0.09	2.52	96.70%	2.61
Franche-Comté	71.77	28.7	28.60%	71.71	27.87	28.00%	0.06	0.82	92.80%	0.89
Ile-de-France	1 307.40	218.39	14.30%	1 302.00	216.37	14.20%	5.41	2.02	27.20%	7.43
Languedoc-Roussillon	191.44	27.35	12.50%	189.53	25.07	11.70%	1.91	2.28	54.40%	4.19
Limousin	65.2	10.74	14.10%	64.82	10.1	13.50%	0.38	0.64	62.70%	1.02
Lorraine	139.35	41.68	23.00%	138.82	41.12	22.90%	0.53	0.56	51.10%	1.09
Midi-Pyrénées	183.5	81.55	30.80%	180.92	78.18	30.20%	2.58	3.37	56.60%	5.95
Nord-Pas-de-Calais	279.17	66.08	19.10%	277.83	63.94	18.70%	1.34	2.14	61.50%	3.48
Normandie-Basse	97.6	40.96	29.60%	97.35	40.03	29.10%	0.25	0.94	79.00%	1.18
Normandie-Haute	110.7	35.41	24.20%	110.3	34.28	23.70%	0.4	1.13	73.80%	1.53
Pays de la Loire	215.58	47.44	18.00%	213.07	44.18	17.20%	2.52	3.26	56.50%	5.78
Picardie	100.42	33.2	24.80%	100.1	32.13	24.30%	0.32	1.08	77.20%	1.39
Poitou-Charentes	92.84	22.38	19.40%	92.78	20.37	18.00%	0.06	2.02	96.90%	2.08
Provence-Alpes-Côte d'Azur	353.4	85.55	19.50%	350.84	83.38	19.20%	2.56	2.17	45.90%	4.73
Rhône-Alpes	416.29	91.84	18.10%	413.03	88.68	17.70%	3.26	3.15	49.20%	6.41
Métropole	4 570.17	1 092.79	19.30%	4 544.85	1 053.44	18.80%	25.32	39.36	60.90%	64.67
Guadeloupe	30.64	44.4	59.20%	30.02	44.17	59.50%	0.62	0.23	26.90%	0.85
Guyane	38.4	7.72	16.70%	38.4	7.7	16.70%	0	0.02	100.00%	0.02
Martinique	27.52	9.32	25.30%	27.13	9.22	25.40%	0.38	0.1	20.50%	0.48
DOM	96.56	61.44	38.90%	95.55	61.1	39.00%	1	0.35	25.80%	1.35
SSA	32.59	0.13	0.40%	32.59	0.13	0.40%				
Total France (hors La Réunion)	4 699.32	1 154.36	19.70%	4 673.00	1 114.66	19.30%	26.32	39.7	60.10%	66.02
				5 853.68	5 787.65					

Annexe 3 : Données et méthode

Les chiffres présentés pour l'activité 2014 relatent l'ensemble de l'activité transmise par les établissements.

En revanche pour le calcul des taux d'évolution 2012/2013 et 2013/2014, seules les données des établissements ayant transmis leurs données PMSI toute la période d'études (2012, 2013 et 2014) sont retenues. En effet, les transmissions d'activité par les établissements de santé peuvent être marquées par une montée en charge du recueil de l'information médicale, surtout pour les activités de SSR et psychiatrie. Si les taux d'évolution se basent sur l'ensemble de l'activité transmise à chaque période, ils peuvent refléter ce phénomène.

Aussi dans ce rapport, les établissements qui n'auraient pas transmis leurs données pour toute la période alors qu'ils étaient bien en activité, ne sont pas pris en compte.

1. MCO

Pour la période 2014, alors que 1 781 établissements ont transmis des données 2014, 15 d'entre eux n'avaient pas transmis pour toute la période 2012-2014 alors qu'ils étaient bien en activité. Par conséquent, les taux d'évolution 2013/2014 ne sont calculés que sur l'activité de 1 766 établissements, qui représentent 99,8% des journées réalisées en 2014.

<i>Activité 2014</i> 2 secteurs	Nombre d'établissements	Nombre de séjours/séances / forfaits (en milliers)
Nombre d'établissements PMSI ayant transmis en 2014	1 804	28 884,86
Nombre d'établissements financiers ayant transmis en 2014	1 781	28 884,86
Inclus dans les évolutions	1 766	28 820,54
% inclus dans les évolutions	99,7%	99,8%

L'ensemble des 618 établissements ex-DG ont bien transmis leurs données pour toutes leurs périodes d'activité sur 2012-2014. Ils sont donc bien tous pris en compte pour le calcul des taux d'évolution 2013/2014.

<i>Activité 2014</i> Secteur ex-DG	Nombre d'établissements	Nombre de séjours/séances / forfaits (en milliers)
Nombre d'établissements financiers ayant transmis en 2014	618	17 046.79
Inclus dans les évolutions	618	17 046.79
% inclus dans les évolutions	100.0%	100.0%

Pour le secteur ex-OQN, alors que 1 163 établissements ont transmis des données 2014, 15 d'entre eux n'avaient pas transmis pour toute la période 2012-2014 alors qu'ils étaient bien en activité. Par conséquent, les taux d'évolution 2013/2014 ne sont calculés que sur l'activité de 1 148 établissements, soit 99,5% des journées réalisées en 2014.

<i>Activité 2014</i> Secteur ex-OQN	Nombre d'établissements	Nombre de séjours/séances /forfaits (en milliers)
Nombre d'établissements financiers ayant transmis en 2014	1 163	11 838,07
Inclus dans l'analyse	1 148	11 773,74
% inclus dans l'analyse	98,7%	99,5%

2. HAD

Pour la période 2014, alors que 309 établissements ont transmis des données 2014, 5 d'entre eux n'avaient pas transmis pour toute la période 2012-2014 alors qu'ils étaient bien en activité. Par conséquent les taux d'évolution 2013/2014 sont calculés sur l'activité de 304 établissements, soit 99,7% des journées réalisées en 2014.

<i>Activité 2014</i>	Nombre d'établissements	Nombre de journées (en milliers)
Nombre d'établissements financiers ayant transmis en 2014	309	4 415,9
Inclus dans les évolutions	304	4 403,5
% inclus dans les évolutions	98,4%	99,7%

3. SSR

Pour la période 2014, alors que 1 604 établissements ont transmis des données 2014, 13 d'entre eux n'avaient pas transmis pour toute la période 2012-2014 alors qu'ils étaient bien en activité. Par conséquent les taux d'évolution 2013/2014 sont calculés sur l'activité de 1 591 établissements, représentant 99,8% des journées réalisées en 2014.

<i>Activité 2014</i>	Nombre d'établissements	Nombre de journées (en milliers)
Nombre d'établissements financiers ayant transmis en 2014	1 604	37 085,5
Inclus dans les évolutions	1 591	37 008,8
% inclus dans les évolutions	99,2%	99,8%

4. PSY

Pour la période 2014, alors que 558 établissements ont transmis des données 2014, 20 d'entre eux n'avaient pas transmis pour toute la période 2012-2014 alors qu'ils étaient bien en activité. Les taux d'évolution 2013/2014 sont donc calculés sur l'activité de 538 établissements, soit 98,4% des journées réalisées en 2014.

<i>Activité 2014</i>	Nombre d'établissements	Nombre de journées (en milliers)
Nombre d'établissements financiers ayant transmis en 2014	558	25 585,1
Inclus dans les évolutions	538	25 184,6
% inclus dans les évolutions	96,4%	98,4%

Glossaire

Actes et consultations externes : prestations dispensées dans les établissements de santé en dehors des séjours hospitaliers. Elles se composent de trois groupes de prestations :

- les prestations relatives aux interruptions volontaires de grossesses (IVG),
- les prestations hospitalières réalisées en ambulatoire, (accueils et traitements en urgence (ATU), les forfaits sécurité environnement hospitalier (SE), forfaits hebdomadaires de dialyse hors centre (ou alternative à la dialyse en centre), forfaits petits matériels (FFM)),
- les actes et consultations externes référencées dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la classification commune des actes médicaux (CCAM) et les forfaits techniques de radiologie (FTN).

Ambulatoire : séjours hospitaliers sans nuitée.

ARS : Agence régionale de santé.

CAS : Catégories d'activité de soins. Il s'agit d'un regroupement selon huit catégories de l'ensemble de l'activité MCO selon une combinaison de la troisième lettre du GHM (C, M, K, Z) et de la durée de séjour (avec ou sans nuitée).

Catégories d'établissements : catégorisation juridique des établissements du secteur ex-DG

CH : centre hospitalier (général)

CHR/CHU : centre hospitalier régional et/ou universitaire

CLCC : centre de lutte contre le cancer

EBNL : établissement à but non lucratif.

CATTP: Centre d'activité thérapeutique à temps partiel

CMD : Catégories majeures de diagnostics, regroupement selon 27 catégories de l'ensemble de l'activité MCO, correspondant aux deux premiers caractères du GHM.

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire.

DAF : Dotation annuelle de financement.

Effet structure : effet lié à la déformation de la structure d'activité entre deux périodes. Cela correspond à l'évolution du volume économique moyen par séjour, aussi appelé poids moyen du cas traité (PMCT) relatif.

Effet volume : effet standard quantifiant l'évolution du nombre de séjours dispensés. Il s'agit donc d'une des composantes de l'évolution du volume économique défini plus loin.

FIR : fonds d'intervention régional.

GHM : Groupe homogène de malades, identifié par un code à 6 caractères pour l'activité MCO. Très schématiquement, le séjour hospitalier est d'abord classé en CMD (catégorie majeure de diagnostic, deux premiers caractères du GHM) selon son diagnostic principal (motif pour lequel le patient a été hospitalisé). Ensuite, il est qualifié de chirurgical ou médical selon la présence (ou non) d'actes opératoires classant (3e caractère du GHM). Puis, il est classé dans une racine en fonction des informations du résumé de sortie, concernant les diagnostics, les actes, l'âge, le sexe, le mode de sortie. Enfin, il est classé dans un GHM selon les CMA (complications et morbidités associées) pour déterminer les niveaux de sévérité (1 à 4), et la durée de séjour pour distinguer notamment l'activité ambulatoire ou de très courte durée.

GHPC : Groupe homogène de prise en charge : résulte d'une combinaison de trois éléments essentiels dans la structuration des activités d'hospitalisation à domicile (HAD) : le mode de prise en charge principal (MPP), le mode de prise en charge associé (MPA) et l'indice de Karnofsky mesurant l'état de santé du patient. Cette analyse permet donc de définir un schéma standard de tarification: à chaque GHPC est associé un indice de pondération (durée de prise en charge), donnant ainsi naissance à un Groupe homogène de tarifs (GHT).

GHS : Groupe homogène de séjours, permet d'associer un tarif à un GHM pour l'activité MCO.

GHT : Groupe homogène de tarifs, permet d'associer un tarif à un GHPC pour l'activité HAD.

GMD : Groupe de morbidités dominantes pour l'activité SSR.

GME : Groupe médico-économique pour l'activité SSR.

HAD : Hospitalisation à domicile.

Indice de Karnofsky (IK) : Pour les activités prises en charge en HAD, cet indice décrit sur une échelle synthétique de 0% (décès) à 100% (aucun signe ou symptôme de maladie) l'état de santé global du patient, l'aide dont il a besoin pour les gestes de la vie courante (besoins personnels, habillage, etc.) et les soins médicaux qu'il requiert. Les patients pris en charge en HAD ont un IK variant de 10% (« moribond ») à une autonomie quasi-totale (90-100%).

IVA : l'indicateur de valorisation de l'activité est une traduction quantitative de l'activité SSR en point de consommation de ressources. Il traduit l'activité en tenant compte du volume (nombre de journées) et de sa structure (GMD et autres caractéristiques).

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique. Ensemble des activités médicales de courts séjours hospitaliers soumises à la tarification à l'activité.

Liste en sus : spécialités pharmaceutiques dispensées aux patients lors d'un séjour hospitaliers et facturées en plus du financement par le tarif des GHS.

MIGAC (MIG et AC) : dotation annuelle de financement des missions d'intérêt général (MIG) et d'aides à la contractualisation (AC) allouées par les agences régionales de santé aux établissements relevant de leurs compétences en plus des prestations tarifées à l'activité.

MPA : mode de prise en charge associé (MPA) pour l'activité en HAD. Si le patient a bénéficié d'un autre mode de prise en charge que le mode principal, ayant consommé moins de ressources que lui, ce deuxième est le mode de prise en charge associé. S'il existe plusieurs modes associés, il faut retenir celui qui, en termes de consommation de ressources, vient immédiatement après le mode principal.

MPP : mode de prise en charge principal (MPP) pour l'activité en HAD : mode de prise en charge ayant suscité la consommation la plus importante de ressources : frais de personnels, frais de location de matériel, frais de médicaments, etc.

Niveaux de sévérité : indique la lourdeur de la prise en charge pour un séjour en MCO induite par des complications, il est identifié par le 6^{ème} caractère du GHM.

ODMCO : objectif de dépenses en médecine, chirurgie, obstétrique.

ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie.

OQN : objectif quantifié national.

Part tarifs : regroupement de l'ensemble des prestations de l'activité MCO valorisées à l'aide d'échelles tarifaires nationales, soit les séjours hospitaliers (y compris les suppléments journaliers), les actes et consultations externes et autres prestations hospitalières délivrées en externe, les hospitalisations à domicile.

PMJP : le poids moyen de la journée de présence est obtenu en faisant le rapport du nombre total de points IVA sur le nombre de journées de présence SSR pour une période donnée.

Racine : regroupe sur le champ MCO un ensemble de séjours correspond à une même activité, elle est identifié par les cinq premiers caractères du GHM (cf. GHM).

R3A : résumé par acte ambulatoire anonymisé pour l'activité de psychiatrie.

RAPSS: Résumé anonyme par sous-séquence pour l'activité HAD.

RHA : Résumé hebdomadaire de sortie anonyme pour l'activité SSR.

RPSA : résumé par séquence anonyme pour l'activité de psychiatrie.

RSA : Résumé de sortie anonyme pour l'activité MCO.

Secteur :

Ex-DG : établissements de santé anciennement sous dotation globale, notamment les établissements publics de santé.

Ex-OQN : établissements de santé anciennement sous objectifs quantifiés nationaux, notamment les cliniques privées lucratives.

SSR : soins de suite et réadaptation.

Suppléments journaliers aux séjours : valorisation spécifique rattachée à des séjours MCO dans le cas de prises en charge donnant lieu à une facturation journalière supplémentaire du tarif GHS (réanimation, soins intensifs, etc.).

Type de prise en charge : en MCO il permet de distinguer les séjours pris en charge en ambulatoire (sans nuitée), les séjours en hospitalisation complète (au moins une nuitée) et les séances.

Volume économique : valorisation monétaire des séjours hospitaliers en MCO groupés selon une classification de GHM donnée. Les suppléments journaliers, le taux de remboursement et le coefficient de transition propres à chaque séjour et établissement ne sont pas pris en compte. En revanche le volume économique est pondéré par le coefficient géographique.

Analyse de l'activité hospitalière

2014

Le recueil de l'information dans les établissements de santé, cœur de métier de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), donne lieu à différentes restitutions comme cette analyse de l'activité hospitalière. Réalisée chaque année, l'objectif est d'éclairer les acteurs de santé en offrant une vision globale de l'activité des établissements de santé.

Après avoir établi le lien entre l'évolution des financements et celle de l'activité, le rapport s'intéresse à la nature de l'activité réalisée traduite en profils de patients, pathologies, modes de prise en charge, niveaux de sévérité... À partir de ces éléments, les singularités des établissements publics et privés peuvent être décelées.

Les activités hospitalières sont détaillées par champ : le court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), l'hospitalisation à domicile (HAD), les soins de suite et réadaptation (SSR) et la psychiatrie.

Chaque champ d'activité s'articule autour :

- de chiffres clés présentant le panorama de l'activité
- d'un descriptif des patients pris en charge
- d'un descriptif des motifs de recours
- d'un descriptif des lieux de prise en charge.

Cette analyse propose une photographie de l'activité 2014 des établissements et la compare à celle des années passées.

En complément, l'ensemble des données chiffrées du rapport, réparties en fiches par champ d'activité, sont accessibles en téléchargement sur le site de l'ATIH.