

dossiers solidarité et santé

n° 1 • janvier - mars 2004



**Outils et méthodes statistiques
pour les politiques de santé et de protection sociale**

sommaire

Outils et méthodes statistiques pour les politiques de santé et de protection sociale

dossiers solidarité et santé n° 1 • janvier - mars 2004

Introduction 5

DOSSIER

- Peut-on estimer les dépenses sociales liées à la perte d'autonomie ?
Julien BECHTEL et Laurent CAUSSAT 7
- Peut-on quantifier les besoins de santé ?
Chantal CASES et Dominique BAUBEAU 17
- Une typologie des établissements de soins publics et PSPH
en fonction de leur activité et de leur environnement
Didier BALSAN 23
- Quelles problématiques et quels indicateurs
pour construire l'évaluation de la tarification à l'activité ?
Frédéric BOUSQUET 45
- La trajectoire des personnes ayant eu recours
à une hospitalisation psychiatrique et se trouvant fin 1998
dans un établissement avec hébergement
François CHAPIREAU 59

introduction ■

Julien Bechtel et Laurent Caussat introduisent ces premiers dossiers de l'année 2004 sur le thème *Outils et méthodes statistiques pour les politiques de santé et de protection sociale* par un article qui soulève la question de l'évaluation du coût global des dépenses liées à la perte d'autonomie ; c'est-à-dire à l'ensemble des dépenses mises en œuvre par les administrations publiques pour compenser les pertes de revenus et de bien-être encourues par les personnes dont l'autonomie est limitée. Les auteurs analysent les difficultés techniques liées à la complexité de l'appréhension et de la mesure des différents programmes qui concourent à cet objectif. Ils évoquent également les questionnements quant au périmètre même d'un « risque de perte d'autonomie » et à sa relation avec les autres risques sociaux.

Chantal Cases et Dominique Baubeau réfléchissent quant à elles à « la quantification des besoins de santé ». Dans le domaine de la santé publique, les « besoins de santé » peuvent être définis comme l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité par la société et les pouvoirs publics. Mais d'après quelles normes est-il possible de quantifier ces besoins ? Cette quantification « ne va de soi » car elle ne repose pas uniquement sur des aspects techniques ou scientifiques. Elle nécessite effectivement de travailler sur divers jeux d'indicateurs et d'en confronter les résultats, ainsi que d'en débattre avec l'ensemble des acteurs. Énoncer les besoins de santé relève toutefois aussi de choix politiques et éthiques.

Dans le cadre d'études réalisées par la Drees sur les coûts et les performances des établissements hospitaliers, *Didier Balsan* présente pour sa part une description de l'activité des hôpitaux publics en dépassant la typologie habituelle reposant exclusivement sur des critères de catégorie juridique et de taille. Les typologies proposées par l'auteur permet quant à elles de regrouper les établissements sur la base d'indicateurs d'activités de soins notamment en termes de dispersion, orientation de l'activité vers certaines pathologies, etc.

Frédéric Bousquet analyse quant à lui les enjeux et les méthodes de l'évaluation de la tarification à l'activité, qui doivent être mise en œuvre pour suivre et apprécier les résultats de cette réforme importante du financement du budget hospitalier. La difficulté de l'exercice réside notamment dans le choix des outils et des moyens à mobiliser pour parvenir à cette « évaluation » des politiques publiques. L'auteur étudie aussi les propositions de techniques et de méthodes qui permettraient d'aborder de manière cohérente les différents aspects d'une telle évolution.

Enfin, ce numéro s'achève par un article du Docteur *François Chapireau* consacré à *la trajectoire des personnes ayant eu recours à une hospitalisation psychiatrique et se trouvant fin 1998 dans un établissement avec hébergement*, thème peu traité jusqu'à présent. Réalisée à partir de l'enquête HID (Insee 1998-1999), cette étude analyse les parcours des 34 000 personnes, en majorité de jeunes adultes, qui étaient hospitalisées en établissement spécialisé de soins psychiatriques à la fin de l'année 1998.

PEUT-ON ESTIMER LES DÉPENSES SOCIALES LIÉES À LA PERTE D'AUTONOMIE ?

Julien BECHTEL, Laurent CAUSSAT

Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale
Ministère de la Santé et de la Protection sociale
Drees

Les données aujourd'hui disponibles ne permettent que partiellement d'évaluer avec précision le coût global des dépenses liées à la perte d'autonomie. Si l'on tente d'analyser à la fois les prestations versées aux personnes handicapées et aux personnes âgées dépendantes, cette tentative « d'évaluation » se heurte à des problèmes techniques importants liés à la difficulté d'appréhender et de mesurer les différents programmes qui concourent à cet objectif. Elle soulève d'autre part des interrogations quant au périmètre même d'un « risque de perte d'autonomie » et sa relation avec les autres risques sociaux.

Plusieurs événements ayant marqué la chronique sociale des dernières années en France sont venus suggérer une évolution de la représentation du handicap dans les politiques sociales. Avec la création en 1997 de la prestation spécifique dépendance, puis celle en 2002 de l'Allocation personnalisée d'autonomie (AAH), qui attribuent aux personnes âgées une aide financière proportionnée à l'importance de leurs incapacités, et à la veille d'une réforme importante de la prise en charge du handicap qui introduit une logique de compensation des contraintes ressenties par les handicapés dans leur vie quotidienne, il semble émerger une conception unifiée de la perte d'autonomie, quel que soit l'âge auquel elle intervient dans la vie des personnes. A cet égard, la création en cours d'une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, destinée à financer tout à la fois des prestations destinées aux personnes handicapées et aux personnes âgées dépendantes, peut être jugée symptomatique de cette unification.

Ce mouvement fournit une justification à l'entreprise consistant à évaluer l'ensemble des dépenses mises en œuvre par les administrations publiques afin de compenser les pertes de revenu et de bien-être encourues par les personnes dont l'autonomie est limitée. Or, à l'expérience d'une telle tentative, que cet article retrace, il s'avère d'une part qu'elle rencontre des difficultés techniques importantes, liées à la difficulté de mesurer et de rassembler les différents programmes qui concourent à cet objectif, et d'autre part qu'elle soulève des interrogations quant au périmètre même d'un « risque de perte d'autonomie » et à sa relation avec les autres risques sociaux.

Le présent article aborde successivement ces deux aspects. Il envisage tout d'abord une possible évaluation des dépenses sociales afférentes à la compensation de la perte d'autonomie à partir des comptes de la protection sociale, prolongeant au champ des personnes âgées une mesure du budget social du handicap

déjà publiée par la Drees, et souligne les limites liées à l'utilisation de ces comptes. Il évoque ensuite des difficultés plus fondamentales, liées au fait que cette première estimation montre un déséquilibre apparent très important entre les dépenses destinées aux handicapés et aux personnes âgées. Ce déséquilibre découle du fait que la réparation du handicap et de la dépendance des personnes âgées est assurée non seulement par des dispositifs spécialement dédiés à cet objectif, mais également par des prestations générales, en nature comme la prise en charge des soins par l'assurance maladie, ou en espèces de caractère contributif comme les pensions d'invalidité ou de retraite, qui garantissent aux assurés des ressources suffisantes pour assumer une partie - naturellement difficile à évaluer mais essentielle pour les personnes âgées - des charges afférentes à leur perte d'autonomie. En sens inverse, certaines prestations en espèces comme l'allocation aux adultes handicapés n'ont pas seulement pour fonction de compenser la perte d'autonomie, mais aussi d'assurer un revenu minimum à leurs bénéficiaires, se substituant ainsi à d'autres minima sociaux plus généraux comme le revenu minimum d'insertion.

**LES DÉPENSES PUBLIQUES RELATIVES
À LA PERTE D'AUTONOMIE :
UNE APPROCHE À PARTIR DES COMPTES
DE LA PROTECTION SOCIALE**

**Une tentative d'évaluation des dépenses liées
à la perte d'autonomie, prolongeant
le compte social du handicap**

Les comptes de la protection sociale constituent un instrument adéquat et harmonisé pour évaluer les dépenses sociales afférentes aux différents risques sociaux¹. Un compte social du handicap a d'ailleurs d'ores et déjà été élaboré à l'aide des comptes de la protection sociale et fait l'objet d'une publication de référence², puis d'une actualisation récente³. En outre, une première évaluation des dépenses sociales en faveur des personnes âgées peut être tentée selon une méthodologie très voisine, permettant d'envisager la réunion de ces deux agrégats.

Le compte social du handicap

Réactualisé pour 2002, ce compte permet d'évaluer à 27,5 milliards d'euros, soit 1,81 % du PIB, les dépenses publiques consacrées à la réparation du handicap, regroupant ainsi un large ensemble de prestations (tableau 1) : d'une part des prestations relevant du risque invalidité (pensions d'invalidité, allocation aux adultes handicapés, allocation d'éducation spéciale, garantie de ressources aux travailleurs handicapés, allocations du Fonds de solidarité invalidité, dépenses d'action sociale en faveur des handicapés), et d'autre part des prestations du risque « accidents du travail » (indemnités journalières et rentes).

*Les dépenses sociales en faveur
des personnes âgées*

En ayant recours au même type de méthodologie, il est possible d'appréhender les dépenses sociales en faveur des personnes âgées en retenant, à travers une grille de lecture des prestations, celles qui leur sont explicitement destinées. Ces dépenses peuvent être évaluées à 8,9 milliards d'euros soit 0,58 % du PIB en 2002. Cet agrégat correspond à la masse des prestations des risques « vieillesse » et « survie » des comptes de la protection sociale autres que les prestations contributives de vieillesse de droit direct ou dérivé, versées par des administrations publiques, seules les prestations de vieillesse non contributives constituant le « minimum vieillesse » étant prises en compte au sein de cet agrégat. Y ajouter le total des pensions (177 milliards d'euros) changerait l'ordre de grandeur des dépenses prises en compte (186 milliards d'euros) et engagerait une discussion sur la notion même de « dépense sociale » à retenir dans cet exercice, s'agissant pour une large part de la contrepartie d'un effort contributif.

Les dépenses sociales en faveur des personnes âgées, ici esquissées hors dépenses de pensions, peuvent à cet égard se décomposer de la façon suivante (tableau 2) :

- 2,7 milliards d'euros au titre du « minimum vieillesse »,

- 1,9 milliard d'euros au titre des aides à la perte d'autonomie (essentiellement l'aide personnalisée à l'autonomie),

1 - Pour une présentation synthétique des comptes de la protection sociale :

• DUPUIS Jean-Pierre : « Les prestations sociales en 2002 », Drees, *Études et Résultats*, n° 258, septembre 2003. Les comptes de la protection sociale constituent également la première partie de l'annexe G au projet de loi de financement de la sécurité sociale ;

• BECHTEL Julien, CAUSSAT Laurent, HORUSITZKY Patrick, LOISY Christian : « Vingt ans de comptes de la protection sociale en France – une rétroprojection de 1981 à 2002 », Drees, *Études et Résultats*, n° 278, décembre 2003.

2 - CAILLOT Laurent avec la collaboration de DUPUIS Jean-Pierre : « Le compte social du handicap de 1995 à 2001 : une utilisation des comptes de la protection sociale », Drees, *Dossiers Solidarité et Santé* n°4, octobre-décembre 2002..

3 - BECHTEL Julien, LOISY Christian : « Le compte social du handicap de 1995 à 2002 », Drees, *Études et Résultats*, n° 291, Drees, février 2004.

- 1,5 milliard d'euros au titre des allocations de veuve,
- 0,1 milliard d'euros au titre de divers secours en espèces non rémanents,
- 0,3 milliard d'euros au titre de l'action sociale et des prestations en nature sans conditions de ressources,
- 2,3 milliards d'euros au titre de l'action sociale et des prestations en nature avec condition de ressources.

Peut-on agréger des montants pour appréhender les dépenses sociales liées à la perte d'autonomie ?

Dès lors que le compte social du handicap et l'effort de la collectivité en faveur des personnes âgées sont d'intersection nulle, puisque déterminés à partir des prestations afférentes à des risques disjoints du compte de la protection sociale, une intuition naturelle est de les agréger pour aboutir à des « dépenses sociales liées à la perte d'autonomie » : l'idée est alors de prolonger le compte social du handicap en le complétant par les dispositifs entrant dans le champ de l'effort de la collectivité en faveur des personnes âgées et concourant manifestement et spécifiquement à la compensation des situations de dépendance des personnes âgées. Dans cette optique, seules deux catégories de dépenses de l'effort de la collectivité en faveur des personnes âgées seraient directement susceptibles d'être ajoutées au Compte social du handicap pour former et appréhender les dépenses liées à la perte d'autonomie (tableau 3) :

- les prestations en espèces dédiées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées : allocation compensatrice pour tierce personne, prestation spécifique dépendance, allocation personnalisée d'autonomie ; ces trois prestations représentent environ 1,9 milliard d'euros en 2002 ;
- les dépenses d'action sociale de l'Etat, des collectivités locales et des organismes de protection sociale en faveur des personnes âgées, avec ou sans condition de ressources, qui correspondent pour l'essentiel à des aides ménagères à domicile ou à la prise en charge de frais d'hébergement, et paraissent de ce fait largement concourir à la compensation de la perte d'autonomie : elles représentent 1,75 milliard d'euros en 2002.

On exclut donc dans un premier temps de cette estimation, d'une part les prestations en espèces constituant le minimum vieillesse, qui ne peuvent être regardées comme des dispositifs concourant spécifiquement à la réparation de la perte d'autonomie, et d'autre part les prestations en nature qui forment un ensemble hétérogène, dont une fraction, notamment les prestations extra-légales des organismes de sécurité sociale, correspond sans doute à des aides attribuées en fonction des incapacités des personnes, sans qu'il soit possible d'en départager aisément le montant.

Ainsi, selon cette estimation, les dépenses des administrations publiques au titre de la compensation de la dépendance des personnes âgées s'élèveraient à 3,65 milliards d'euros, et, s'ajoutant au budget social du handicap évalué à 27,5 milliards d'euros, formeraient une première estimation des dépenses sociales liées à la perte d'autonomie pour un montant atteignant 31,1 milliards d'euros en 2002, soit environ 2,05 % du PIB (cf. tableau 3).

Des limites liées aux conventions comptables, et surtout à un déséquilibre manifeste des montants financiers dédiés respectivement aux personnes handicapées et aux personnes âgées dépendantes, qui soulève des interrogations

L'évaluation précédente possède l'avantage de la simplicité : sont intégrées aux dépenses liées à la perte d'autonomie les prestations qui sont exclusivement ou principalement destinées à la réparation du handicap ou de la dépendance des personnes âgées. De plus, elle est susceptible d'être produite annuellement selon la méthodologie stable et cohérente des comptes de la protection sociale. Elle paraît donc fournir les prémices d'une base comptable directement utile pour approcher l'effort des administrations publiques en faveur des personnes dont l'autonomie est limitée.

Cette estimation est cependant sujette à des limites importantes, inhérentes tout d'abord aux concepts mêmes utilisés dans les comptes de la protection sociale (encadré 1).

En second lieu, cette agrégation des dépenses liées à la perte d'autonomie englobe une notion plus restreinte : celle d'effort de la collectivité ou d'effort de solidarité nationale en faveur des personnes à l'autonomie altérée. En effet, les prestations prises en compte en matière de handicap englobent des dispositifs d'assurances sociales (pensions d'invalidité, indemnités journalières et rentes d'accidents du travail) qui sont pour l'essentiel la contrepartie d'un effort contributif des bénéficiaires. Il faudrait donc retirer ces dispositifs pour atteindre une notion d'effort de la collectivité correspondant aux seules prestations versées sans contreparties contributives, qui peut être évaluée à 17,4 milliards d'euros.

Enfin, et surtout, les montants financiers du tableau 3 présentent un déséquilibre manifeste entre les prestations versées respectivement aux personnes handicapées (27,5 milliards d'euros, réduits à 13,8 milliards d'euros en retirant les dispositifs d'assurances sociales dont bénéficient les personnes handicapées) et aux personnes âgées dépendantes (3,65 milliards d'euros). L'enquête « Handicap - Incapacités - Dépendance » permet d'évaluer à deux millions le nombre

TABLEAU 1 ●
 compte social du handicap

(en millions d'euros constants en 2002)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
ENSEMBLE DES PRESTATIONS CONSACREES AU HANDICAP	23 486	24 149	24 206	24 703	25 245	25 795	26 936	27 476
(en % du PIB)	1,80%	1,84%	1,81%	1,79%	1,77%	1,76%	1,80%	1,81%
Catégories et listes des prestations sociales								
INVALIDITE	17 840	18 553	18 637	19 155	19 611	20 040	20 939	21 308
Remplacement de revenu permanent	5 702,3	5 958,2	5 974,7	6 158,2	6 333,4	6 474,2	6 859,0	7 171,4
Rentes d'invalidité (y compris charges techniques)	4 939,3	5 167,3	5 175,1	5 344,9	5 473,9	5 604,1	5 956,4	6 219,7
Garantie de ressources aux travailleurs handicapés	763,0	790,9	799,6	813,3	859,5	870,2	902,6	951,7
Compensation de charges sans conditions de ressources	296,9	299,0	307,4	316,1	327,3	340,9	362,6	405,4
Allocation d'éducation spéciale (AES)	296,9	299,0	307,4	316,1	327,3	340,9	357,0	387,6
Allocation de présence parentale (APP)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6	17,9
Compensation de charges avec conditions de ressources	458,2	459,4	498,4	482,4	497,6	506,5	540,1	562,6
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) versée aux personnes de moins de 60 ans	458,2	459,4	498,4	482,4	497,6	506,5	540,1	562,6
Autres prestations en espèces sans conditions de ressources périodiques	2 018,1	1 941,6	1 848,8	1 776,9	1 702,2	1 600,9	1 515,9	1 445,8
Congés d'invalidité, prestations d'invalidité	1,9	3,0	2,1	2,7	1,9	2,2	0,9	1,0
Allocation aux handicapés	75,7	76,8	78,1	69,8	60,7	56,4	58,9	71,3
Pensions militaires d'invalidité	1 933,9	1 845,3	1 753,9	1 685,6	1 617,2	1 534,0	1 448,4	1 372,5
Allocations spéciales	6,7	16,5	14,8	18,7	22,4	8,3	7,6	1,0
Autres prestations en espèces avec conditions de ressources périodiques	3 723,4	3 903,2	4 016,2	4 148,9	4 350,2	4 443,2	4 588,8	4 699,3
Allocation aux adultes handicapés (AAH), y compris allocation forfaitaire ou complément d'AAH	3 468,7	3 644,5	3 760,3	3 892,5	4 084,9	4 177,5	4 322,8	4 430,5
Allocations et prestations du fonds de solidarité invalidité	254,7	258,7	255,8	256,4	265,3	265,7	266,0	268,8
Autres prestations en espèces sans conditions de ressources occasionnelles	55,1	71,0	65,4	60,8	59,5	32,8	35,4	36,8
Prestations diverses	55,1	71,0	65,4	60,8	59,5	32,8	35,4	36,8
Action sociale sans conditions de ressources	5 510,6	5 846,8	5 852,3	6 129,9	6 270,4	6 576,6	6 971,1	6 908,7
Prestations de nature médico-sociale correspondant à l'hébergement des personnes handicapées	3 892,2	4 189,5	4 200,1	4 422,0	4 411,2	4 560,9	4 782,6	4 735,4
Frais d'hébergement et aide sociale aux personnes handicapées	1 521,7	1 558,0	1 552,0	1 615,0	1 764,0	1 908,0	2 072,8	2 059,6
Centres d'aide par le travail (frais de placement)	48,6	50,7	50,4	50,5	50,6	42,5	44,9	44,0
Prestations extra-légales diverses des caisses de sécurité sociale	48,2	48,5	49,8	42,4	44,6	65,2	70,9	69,7
Action sociale avec condition de ressources	2,4	2,5	2,8	1,1	0,3	0,3	0,3	0,2
Prestations extra-légales diverses des caisses de sécurité sociale	2,4	2,5	2,8	1,1	0,3	0,3	0,3	0,2
Autres prestations en nature sans condition de ressources	4,4	1,0	1,0	0,8	0,7	0,2	0,2	0,2
Prestations diverses	4,4	1,0	1,0	0,8	0,7	0,2	0,2	0,2
Autres prestations en nature avec condition de ressources	68,3	70,2	69,6	80,3	69,2	64,1	65,1	77,2
Prestations diverses	68,3	70,2	69,6	80,3	69,2	64,1	65,1	77,2
ACCIDENTS DU TRAVAIL	5 646	5 597	5 569	5 547	5 634	5 756	5 998	6 168
Remplacement de revenu permanent	4 085,0	4 022,1	3 918,3	3 827,1	3 805,6	3 812,5	3 903,5	3 867,2
Rentes d'accidents du travail	4 085,0	4 022,1	3 918,3	3 827,1	3 790,7	3 718,3	3 734,2	3 696,2
Allocations du FCAATA	0,0	0,0	0,0	0,0	14,9	94,2	169,3	171,0
Remplacement de revenu temporaire	1 561,3	1 574,5	1 650,9	1 720,0	1 828,3	1 943,2	2 094,0	2 301,1
Indemnités journalières	1 561,3	1 574,5	1 650,9	1 720,0	1 828,3	1 943,2	2 094,0	2 301,1

Source : Drees, comptes de la protection sociale.

d'adultes âgés de 20 à 59 ans qui déclarent avoir un taux d'invalidité ou d'incapacité déterminé par une instance administrative, et à 630 000 le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus qui sont confinées au lit, ou au fauteuil, ou aidées pour la toilette et l'habillement. Quelque conventionnelles que soient les définitions du handicap et de la dépendance sous-jacentes à ces évaluations, elles suggèrent que l'écart de un à huit entre les prestations en faveur des personnes handicapées et celles versées aux personnes âgées dépendantes que fait apparaître le tableau 3 ne peut s'expliquer par un écart du même ordre dans les effectifs des deux groupes de personnes. Ce déséquilibre apparent des dépenses ne laisse pas d'interroger, car il ne révèle pas nécessairement un déséquilibre dans les efforts financiers réels de la collectivité envers les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes. Il illustre au contraire principalement des différences dans les modes d'intervention et les formes de prise en charge qui les sous-tendent dans le système français. En effet, comme cela est développé dans la deuxième partie de l'article, la réparation du handicap repose sur une multiplicité de dispositifs spécifiques, alors que, dans le cas des personnes âgées dépendantes, ce sont les prestations d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, c'est-à-dire des dispositifs généraux de protection sociale, qui assurent de fait une part essentielle des coûts de la réparation des conséquences de la perte d'autonomie.

L'AMBIGUÏTÉ DE LA NOTION DE DÉPENSES PUBLIQUES AU TITRE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Au-delà des difficultés d'évaluation des dépenses publiques consacrées à la réparation de la perte d'autonomie liées aux conventions nécessaires à l'élaboration des comptes de la protection sociale, se pose en effet la question plus fondamentale des modes d'intervention et de prise en charge, qui rend délicate l'identification d'une façon dépourvue d'ambiguïté d'un risque « perte d'autonomie » au sein des dépenses enregistrées dans les comptes de la protection sociale.

Les dépenses sociales qui couvrent la perte d'autonomie ne sont pas seulement constituées de dispositifs explicitement destinés à cette fonction, mais aussi, par exemple, d'une part des pensions de vieillesse

Outre l'enjeu des défauts de mesure, une question plus fondamentale découle du fait que les prestations directement liées à la perte d'autonomie s'ajoutent à

d'autres prestations en espèces de portée générale, correspondant à des droits détenus par des personnes indépendamment de leur situation en termes d'incapacité ou de dépendance. Ces prestations leur assurent, par les arbitrages qu'elles réalisent au sein de leurs budgets, des ressources qui par elles-mêmes concourent à atténuer les conséquences de la perte d'autonomie lorsque celle-ci intervient. On citera l'exemple essentiel des pensions de vieillesse, dont les montants sont déterminés - surtout dans un système de retraite « bismarckien » comme le système français - non pour assurer un revenu minimum aux personnes âgées, mais de façon à couvrir l'essentiel de leurs besoins, et donc notamment leurs besoins en cas de perte d'autonomie. Dans ce cas, il est alors impossible de déterminer le montant total de fonds publics alloués à la réparation de la perte d'autonomie, dans la mesure où une fraction sans doute très importante de ces fonds, déterminée par les personnes âgées elles-mêmes ou par leurs familles dans le cadre de leurs arbitrages privés, est prélevée sur le montant total des retraites versées.

La coexistence de dispositifs spécifiques à la compensation de la perte d'autonomie et de dispositifs généraux peut d'ailleurs trouver des justifications économiques, liées aux limites de l'information dont disposent les administrations en charge de la politique en faveur des personnes âgées. La perte d'autonomie est en effet une notion tout autant sociale que médicale, qui doit prendre en compte non seulement l'état de santé de la personne, mais aussi l'intensité de ses réseaux de sociabilité, familiaux, amicaux ou de voisinage. Or cette information, qui pourrait permettre de calibrer au plus juste les aides à la perte d'autonomie, n'est généralement pas immédiatement disponible, et est coûteuse à obtenir pour l'administration. Le compromis trouvé par le système français consiste alors en quelque sorte à réparer de façon forfaitaire, sans recherche d'information détaillée sur les besoins individuels, les incapacités modérées, et déterminer des aides « sur mesure » pour les incapacités graves. C'est en effet la façon dont peut se lire l'exemple ci-dessus des pensions de vieillesse : celles-ci permettent implicitement de réparer de façon forfaitaire les pertes d'autonomie faibles, et les allocations spécifiques les incapacités graves.

4 - DUTHEIL Nathalie : « Les aidants des adultes handicapés », Drees, *Études et Résultats*, n° 186, août 2002.

COLIN Christel avec la collaboration de COUTTON Vincent : « Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps - incapacités - dépendance », Drees, *Études et Résultats*, n° 94, décembre 2000.

TABLEAU 2 ●
dépenses sociales en faveur des personnes âgées en 2002

(en millions d'euros)

RISQUE	ASSO (1)	Etat (2)	Collectivités locales	TOTAL
VIEILLESSE-SURVIE	4 283	1 528	3 060	8 871
Compensation de charges avec condition de ressources périodique	0,5	0,4	1 900,0	1 901
Allocation compensatrice pour tierce personne	-	-	45,00	45,00
Prestation Spécifique Dépendance	0,53	0,38	-	0,91
Allocation personnalisée d'autonomie	-	-	1 855,00	1 855,00
Autres prestations en espèces avec condition de ressources périodiques	2 619	1	70	2 690
Allocation supplémentaire du FNS jusqu'au 31/12/93 - FSV	1 782	1	-	1 782
Majoration de l'article L 814-2 du code de la sécurité sociale	628	-	-	628
Allocations aux vieux travailleurs (AVTS, AVTNS)	210	-	-	210
Allocation de vieillesse	-	-	70	70
Allocation simple à domicile	-	0,5	-	0,5
Autres prestations en espèces avec condition de ressources occasionnelles	43,6	-	-	43,55
Prestations extra-légales diverses (secours)	43,55	-	-	43,55
Action sociale sans condition de ressources	12,2	-	-	12,20
Prestations extra-légales diverses des caisses de sécurité sociale	0,51	-	-	0,51
Frais d'hébergement des personnes âgées	11,69	-	-	11,69
Action sociale avec conditions de ressources	592,5	83,0	1 047,9	1 723,4
Aide ménagère à domicile	456,36	48,19	127,90	632,45
Aide au maintien à domicile	41,89	-	-	41,89
Aide aux vacances	19,43	-	-	19,43
Prestations extra-légales diverses des caisses de sécurité sociale	74,78	-	-	74,78
Frais d'hébergement des personnes âgées	-	34,80	920,00	954,80
Autres prestations en nature sans conditions de ressources	313,8	6,8	-	320,54
Aide à l'habitat	123,59	6,77	-	130,36
Prestations extra-légales diverses	-	-	-	-
Prestations extra-légales diverses des régimes spéciaux	190,18	-	-	190,18
Autres prestations en nature avec conditions de ressources	83,2	478,6	42,0	603,8
Exonération de la redevance de télévision	-	478,57	-	478,57
Aide à l'habitat	42,58	0,03	-	42,61
Prestations extra-légales diverses	40,60	-	42,00	82,60
SURVIE	618	958	-	1 576
Autres prestations en espèces sans conditions de ressources occasionnelles	526	958	-	1 484
Pensions de veuves, d'orphelins, d'ascendants au titre des retraites et de l'invalidité	526,22	957,87	-	1 484,09
Allocations aux compagnes	-	0,30	-	0,30
Autres prestations en espèces avec conditions de ressources occasionnelles	92	-	-	92
Allocations de veufs ou de veuves	81,00	-	-	81,00
Secours viagers	5,00	-	-	5,00
Allocation veuvage	6,00	-	-	6,00

Source : Drees, comptes de la protection sociale.

(1) ASSO : administrations de sécurité sociale (tous régimes de base et complémentaires d'assurance vieillesse et FSV).

(2) Etat : comprend les interventions de l'état et de certains établissements publics. Et ce qui concerne l'Etat, il s'agit principalement des versements au titre des missions de solidarité nationale (exonération de la redevance télévision...) et au titre des retraités de la fonction publique (aide ménagère).

(3) Risque vieillesse - survie : à l'exception des pensions, retraites et avantages complémentaires, pensions anticipées, indemnités de départ, pensions de réversion, d'accidents du travail et d'invalidité, prestations décès et frais funéraires.

Comment mieux approcher les prestations en espèces à prendre en compte pour les dépenses sociales relatives à la perte d'autonomie ?

Cette nouvelle façon d'analyser les dépenses publiques au titre de la perte d'autonomie, en considérant non plus les seuls dispositifs identifiés comme répondant spécifiquement à la compensation des incapacités, mais l'ensemble des prestations sociales susceptibles de couvrir les besoins des personnes ayant perdu toute ou partie de leur autonomie, suggère que l'évaluation précédente pourrait être fortement révisée. En particulier, il est probable que cette approche alternative conduirait à un rééquilibrage au sein des dépenses précédemment prises en compte au titre de la perte d'autonomie entre les montants financiers en faveur des personnes handicapées (27,5 milliards d'euros), et ceux en faveur des personnes âgées dépendantes (3,65 milliards d'euros), à la faveur notamment de l'affectation d'une fraction des dépenses de pensions de retraite à la compensation de la dépendance des personnes âgées.

Cette observation n'a cependant de portée qu'heuristique, puisqu'en pratique il n'existe aucun moyen d'évaluer au sein des comptes de la protection sociale la part des revenus sociaux - autres que les prestations spécifiques au handicap et à la dépendance - que les ménages allouent à la prise en charge des coûts liés aux incapacités. On peut cependant identifier quelques cas particuliers.

Seraient en premier lieu susceptibles d'être ajoutés aux dépenses comptabilisées au titre de la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées :

- le minimum-vieillesse (2,7 milliards d'euros en 2002), qui peut être regardé lato sensu comme favorisant l'autonomie des personnes âgées dépourvues de droits à la retraite ;
- certaines autres pensions de vieillesse, comme celles attribuées en substitution d'une pension d'invalidité antérieure. Le montant de ces prestations ne peut être isolé dans les comptes de la protection sociale, mais il est évalué à 4,2 milliards d'euros dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de mai 2003.

A l'inverse, d'autres dispositifs sont susceptibles d'être retirés des dépenses comptabilisées au titre de la réparation du handicap. En effet, certaines prestations en espèces réservées aux personnes handicapées se substituent dans une certaine mesure à des minima sociaux généraux comme le revenu minimum d'insertion. Ainsi, le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées s'est-il engagé dans cette perspective consistant à dissocier, au sein du montant de l'allocation aux adultes handicapés, une part s'inscrivant dans une logique de redistribution assurant un revenu minimum, et une autre part qui aurait pour finalité de compenser le handicap, de façon variable selon le taux de handicap et en prenant en compte les surcoûts induits par les incapacités. Des estimations réalisées au sein de la Drees aboutissent à évaluer, à titre d'ordre de grandeur, à environ les

■ CADRÉ 1 ●

LES CONCEPTS UTILISÉS DANS LES COMPTES DE LA PROTECTION SOCIALE NE PRENNENT PAS EN COMPTES CERTAINS DISPOSITIFS PARTICIPANT À LA COUVERTURE DES RISQUES SOCIAUX

Trois limitations doivent en particulier être mentionnées :

- tout d'abord, le calcul des dépenses sociales effectuées au titre de la perte d'autonomie porte sur les seules prestations sociales. Il ignore donc les prestations de services sociaux, information disponible dans les comptes de la protection sociale et qui correspond aux dispositifs non individualisables mais concourant, à l'instar de la dotation globale hospitalière, à la fourniture de services sociaux. Surtout, elles ne tiennent pas compte des avantages qui prennent la forme de réductions d'impôt sur le revenu : principalement l'abattement en faveur des personnes âgées et invalides de condition modeste, la demi-part supplémentaire pour le titulaires de la carte du combattant et pour les invalides, la réduction d'impôt au titre des frais d'hébergement. Or, ces avantages sont appréciables, puisqu'ils atteignent en 2002, selon le document sur les voies et moyens annexé au projet de loi de finances pour 2003, environ un milliard d'euros ;
- en second lieu, les comptes de la protection sociale ne prennent qu'imparfaitement en compte les dispositifs d'allègement ou d'exonération de cotisations sociales. Si ceux-ci font l'objet d'une compensation par l'Etat aux organismes de sécurité sociale, les montants correspondants peuvent être identifiés en transferts reçus par les administrations de sécurité sociale. Lorsqu'ils ne font l'objet d'aucune compensation, on considère que le droit commun applicable est celui des cotisations après exonération ou allègement, et il n'y a donc pas lieu d'identifier un transfert spécifique. Dans le cas des personnes âgées dépendantes, il existe un dispositif d'exonération de cotisations sociales en cas d'emploi par une personne âgée d'un salarié à domicile (article L. 241-10 du code de la sécurité sociale). Cette exonération, qui n'est pas compensée aux organismes de protection sociale et dont aucune trace ne peut de ce fait être trouvée dans les comptes de la protection sociale, peut être évaluée à 460 millions d'euros (évaluation de l'ACOSS pour 2003) ;
- enfin, on observera que certains transferts qui bénéficient à des établissements œuvrant dans le domaine de l'insertion des personnes handicapées, comme les subventions aux centres d'aide par le travail (CAT) d'un montant d'un milliard d'euros environ (selon une estimation de la Cour des Comptes pour l'année 2001), sont absents de ce décompte. En effet, ils n'entrent pas dans le champ de la protection sociale parce qu'ils ne sont pas directement versés aux ménages ni ne correspondent à la prise en charge de services sociaux.

trois quarts la fraction de l'allocation correspondant à la fonction de minimum social général⁵.

**Une question spécifique :
celle des dépenses d'assurance maladie**

Enfin, une composante importante des soins aux personnes handicapées ou dépendantes est en réalité constituée de soins de santé. Aussi la prise en charge des soins garantie de façon générale par l'assurance maladie constitue-t-elle un élément majeur qui devrait être pris en compte pour appréhender de façon plus exacte les dépenses publiques effectivement allouées à la prise en charge de la perte d'autonomie.

Les soins infirmiers en constituent un exemple particulièrement édifiant. D'une part, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), dont les coûts sont évalués à 3,8 milliards d'euros par les comptes nationaux de la santé⁶, participent directement au maintien des per-

sonnes handicapées ou âgées dans des conditions de vie normales. D'autre part, une étude de la Caisse nationale d'assurance maladie⁷ a montré que les deux tiers de l'activité des infirmières libérales sont constitués d'actes infirmiers de soins, c'est-à-dire de soins et de toilettes tout particulièrement dédiés aux personnes à autonomie limitée. Ces deux informations ponctuelles, qui mériteraient d'être complétées et globalisées, constituent un faisceau d'indices de l'importance potentielle de la contribution de facto de l'assurance maladie à la compensation de la perte d'autonomie.

L'analyse qui précède montre que les dépenses publiques liées à la réparation de la perte d'autonomie peuvent s'entendre avec des périmètres plus ou moins larges en fonction du degré de précision dans l'identification des dispositifs de protection sociale qui, indépendamment des risques qu'ils sont censés couvrir, concourent en fait à la compensation des incapacités.

TABLEAU 3 ●

une tentative d'agrégation des dépenses sociales
liées à la perte d'autonomie en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
ENSEMBLE DES PRESTATIONS LIÉES A LA PERTE D'AUTONOMIE	26 390	27 091	27 062	27 321	27 793	28 263	29 380	31 128
en % du PIB	2,02%	2,06%	2,03%	1,98%	1,95%	1,93%	1,97%	2,05%
SANTÉ	23 486	24 149	24 206	24 703	25 245	25 795	26 936	27 476
Catégories et listes des prestations sociales								
INVALIDITÉ	17 840	18 553	18 637	19 155	19 611	20 040	20 939	21 308
Remplacement de revenu permanent	5 702,3	5 958,2	5 974,7	6 158,2	6 333,4	6 474,2	6 859,0	7 171,4
Rentes d'invalidité (y compris charges techniques)	4 939,3	5 167,3	5 175,1	5 344,9	5 473,9	5 604,1	5 956,4	6 219,7
Garantie de ressources aux travailleurs handicapés	763,0	790,9	799,6	813,3	859,5	870,2	902,6	951,7
Compensation de charges sans conditions de ressources	296,9	299,0	307,4	316,1	327,3	340,9	362,6	405,4
Allocation d'éducation spéciale (AS)	296,9	299,0	307,4	316,1	327,3	340,9	357,0	387,6
Allocation de présence parentale (APP)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6	17,9
Compensation de charges avec conditions de ressources	458,2	459,4	498,4	482,4	497,6	506,5	540,1	562,6
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) versée aux personnes de moins de 60 ans	458,2	459,4	498,4	482,4	497,6	506,5	540,1	562,6
Autres prestations en espèces sans conditions de ressources périodiques	2 018,1	1 941,6	1 848,8	1 776,9	1 702,2	1 600,9	1 515,9	1 445,8
Congés d'invalidité, prestations d'invalidité	1,9	3,0	2,1	2,7	1,9	2,2	0,9	1,0
Allocation aux handicapés	75,7	76,8	78,1	69,8	60,7	56,4	58,9	71,3
Pensions militaires d'invalidité	1 933,9	1 845,3	1 753,9	1 685,6	1 617,2	1 534,0	1 448,4	1 372,5
Allocations spéciales	6,7	16,5	14,8	18,7	22,4	8,3	7,6	1,0

5 - Cette estimation repose sur des hypothèses qui devraient être affinées : elle consiste à aligner le fonctionnement de l'allocation aux adultes handicapés sur celui du revenu minimum d'insertion pour ce qui concerne les montants et les plafonds. Par contre, elle ne prend pas en compte les écarts de base ressources entre les deux allocations.

6 - FÉNINA Annie, GEFFROY Yves : « Comptes nationaux de la santé 2002 », Drees, *Document de travail*, série « Statistiques », n° 55, juillet 2003.

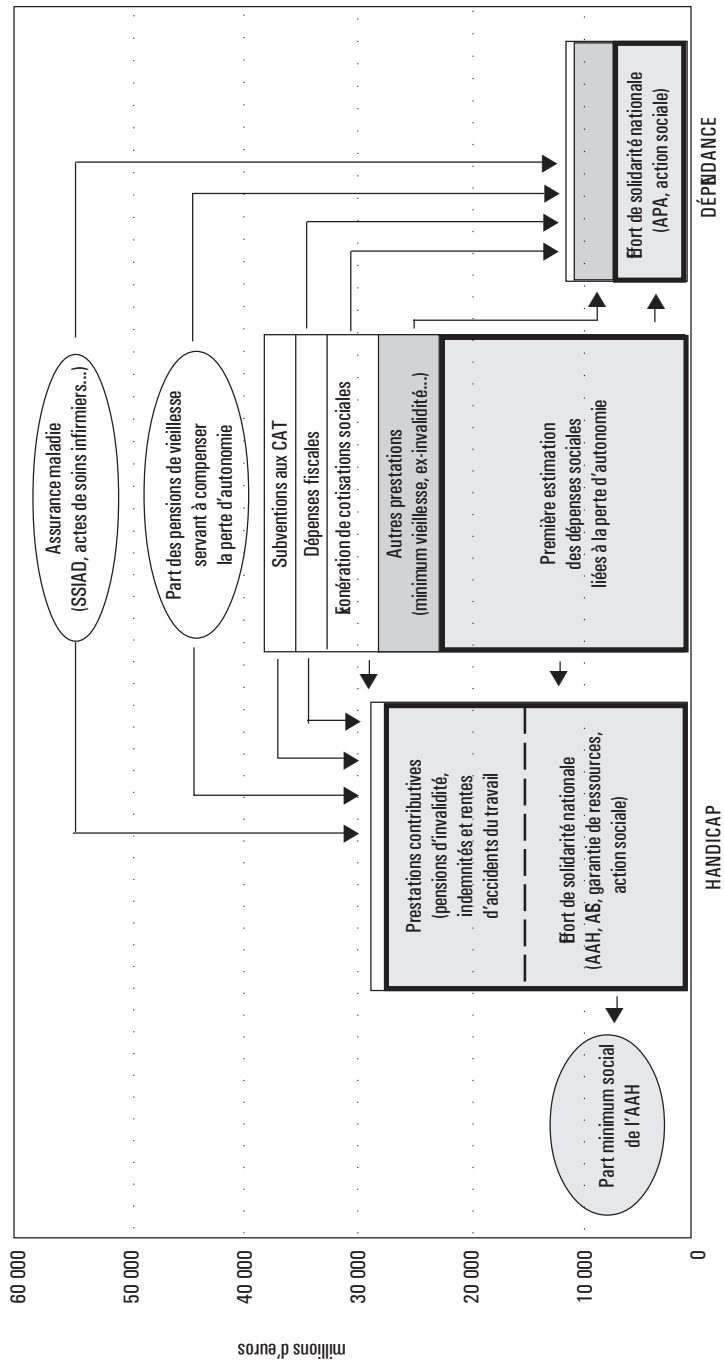
7 - « L'activité des infirmières libérales », *Dossier Études et Statistiques*, n° 52, Cnamts, novembre 2001.

Face à la possibilité d'une variété d'évaluations, une première estimation a été proposée à titre de socle de référence dans la première partie de la présente note à partir des comptes de la protection sociale. Elle montre que des mesures alternatives prenant en compte les dispositifs intégrés aux pensions de vieillesse et aux autres risques sociaux qui concourent à la compensation de la perte d'autonomie devraient également être envisagées. Bien que les données aujourd'hui disponibles ne permettent pas de

proposer une évaluation financière précise de ces dispositifs, le graphique joint en annexe permet d'en visualiser la diversité.

Des travaux complémentaires mériteraient à cet égard d'être entrepris pour améliorer la connaissance de leur impact. En particulier, le repérage des dépenses contribuant aux soins de long terme aux personnes âgées dans le cadre de l'assurance maladie constitue sans doute un enjeu majeur des analyses à conduire.

Autres prestations en espèces avec conditions de ressources périodiques	3 723,4	3 903,2	4 016,2	4 148,9	4 350,2	4 443,2	4 588,8	4 699,3
Allocation aux adultes handicapés (AAH), y compris allocation forfaitaire ou complément d'AAH	3 468,7	3 644,5	3 760,3	3 892,5	4 084,9	4 177,5	4 322,8	4 430,5
Allocations et prestations du fonds de solidarité invalidité	254,7	258,7	255,8	256,4	265,3	265,7	266,0	268,8
Autres prestations en espèces sans conditions de ressources occasionnelles	55,1	71,0	65,4	60,8	59,5	32,8	35,4	36,8
Prestations diverses	55,1	71,0	65,4	60,8	59,5	32,8	35,4	36,8
Action sociale sans conditions de ressources	5 510,6	5 846,8	5 852,3	6 129,9	6 270,4	6 576,6	6 971,1	6 908,7
Prestations de nature médico-sociale correspondant à l'hébergement des personnes handicapées	3 892,2	4 189,5	4 200,1	4 422,0	4 411,2	4 560,9	4 782,6	4 735,4
Frais d'hébergement et aide sociale aux personnes handicapées	1 521,7	1 558,0	1 552,0	1 615,0	1 764,0	1 908,0	2 072,8	2 059,6
Centres d'aide par le travail (frais de placement)	48,6	50,7	50,4	50,5	50,6	42,5	44,9	44,0
Prestations extra-légales diverses des caisses de sécurité sociale	48,2	48,5	49,8	42,4	44,6	65,2	70,9	69,7
Action sociale avec condition de ressources	2,4	2,5	2,8	1,1	0,3	0,3	0,3	0,2
Prestations extra-légales diverses des caisses de sécurité sociale	2,4	2,5	2,8	1,1	0,3	0,3	0,3	0,2
Autres prestations en nature sans condition de ressources	4,4	1,0	1,0	0,8	0,7	0,2	0,2	0,2
Prestations diverses	4,4	1,0	1,0	0,8	0,7	0,2	0,2	0,2
Autres prestations en nature avec condition de ressources	68,3	70,2	69,6	80,3	69,2	64,1	65,1	77,2
Prestations diverses	68,3	70,2	69,6	80,3	69,2	64,1	65,1	77,2
ACCIDENTS DU TRAVAIL	5 646	5 597	5 569	5 547	5 634	5 756	5 998	6 168
Remplacement de revenu permanent	4 085,0	4 022,1	3 918,3	3 827,1	3 805,6	3 812,5	3 903,5	3 867,2
Rentes d'accidents du travail	4 085,0	4 022,1	3 918,3	3 827,1	3 790,7	3 718,3	3 734,2	3 696,2
Allocations du FCAATA	0,0	0,0	0,0	0,0	14,9	94,2	169,3	171,0
Remplacement de revenu temporaire	1 561,3	1 574,5	1 650,9	1 720,0	1 828,3	1 943,2	2 094,0	2 301,1
Indemnités journalières	1 561,3	1 574,5	1 650,9	1 720,0	1 828,3	1 943,2	2 094,0	2 301,1
VIEILLESSE - SURVIE	2 904	2 942	2 857	2 618	2 548	2 468	2 444	3 652
VIEILLESSE	2 904	2 942	2 857	2 618	2 548	2 468	2 444	3 652
Compensation de charges avec conditions de ressources périodique	926,9	960,3	915,7	812,5	800,9	789,8	730,4	1 900,9
Allocation compensatrice pour tierce personne	926,6	959,5	914,4	614,8	375,0	236,4	52,0	45,0
Prestation spécifique dépendance	0,3	0,8	1,3	197,7	425,9	553,4	678,4	0,9
Allocation personnalisée d'autonomie (à partir de 2002)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1 855,0
Action sociale sans condition de ressources	12,8	13,2	13,0	11,5	11,2	13,1	12,3	12,2
Prestations extra-légales diverses des caisses de sécurité sociale	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5
Frais d'hébergement des personnes âgées	12,3	12,7	12,5	11,0	10,8	12,5	11,8	11,7
Action sociale avec condition de ressources	1 964,0	1 968,2	1 928,0	1 794,2	1 735,8	1 664,6	1 701,0	1 739,1
Aide ménagère à domicile	728,8	706,9	685,9	655,1	610,9	615,6	623,7	648,2
Aide au maintien à domicile	52,1	57,1	54,2	45,8	44,3	46,5	43,6	41,9
Aide aux vacances	25,6	31,0	21,8	20,8	16,9	18,2	18,9	19,4
Prestations extra-légales diverses des caisses de sécurité sociale	66,1	57,5	54,6	51,8	50,4	50,4	73,3	74,8
Frais d'hébergement des personnes âgées	1 091,4	1 115,7	1 111,6	1 020,7	1 013,3	933,8	941,4	954,8



PEUT-ON QUANTIFIER LES BESOINS DE SANTÉ ?

Chantal CASES et Dominique BAUBEAU

Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale
Ministère de la Santé et de la Protection sociale
Drees

*En santé publique,
les « besoins de santé »
peuvent être définis comme l'écart
entre un état de santé constaté
et un état de santé souhaité
par la collectivité
ou les pouvoirs publics.
La question la plus difficile,
soulevée pour la quantification
des besoins de santé,
réside dans la référence
à choisir comme norme
d'état de santé souhaité.
Ce dernier, variable dans le temps
et dans l'espace, diffère selon
les situations démographiques
et économiques des collectivités
qui doivent le définir.
La quantification des besoins de santé
« ne va pas de soi »
et n'est pas uniquement
de nature technique et scientifique.
Elle nécessite de travailler
sur divers jeux d'indicateurs
et d'en confronter les résultats,
ainsi que d'en débattre
avec l'ensemble des acteurs.
Finalement, énoncer les besoins de santé
relève aussi de choix politiques,
éthiques et philosophiques.*

Les « besoins de santé de la population » constituent, de plus en plus, une référence des politiques d'organisation des soins et des textes réglementaires en matière de santé. Ainsi la loi hospitalière de 1991 prévoit que « la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé » et précise même que la planification sanitaire s'organise « sur la base d'une mesure des besoins de la population ».

Les ordonnances de 1996 instaurent des conférences nationales et régionales de santé qui doivent « analyser [...] l'évolution des besoins de santé [...] de la population ». La loi de mars 2002 sur le droit des malades réaffirme cette nécessité, dans des termes presque équivalents, en confiant l'analyse de l'évolution des besoins de santé à la conférence nationale de santé ainsi qu'aux conseils régionaux de santé.

De même, les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) de la première et deuxième génération, mais surtout ceux de la troisième génération actuellement en cours de préparation, mettent en exergue cette référence à des besoins de santé identifiés. Ainsi, l'ordonnance du 4 septembre 2003, qui réforme la planification sanitaire, précise dans son article 5 que « le schéma d'organisation sanitaire est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante ».

Enfin, la future loi quinquennale de santé publique s'appuiera sur de grands objectifs de santé. Pour l'élaborer, des consultations ont été engagées à différents niveaux afin de s'accorder « sur un état des lieux sur les principaux problèmes de santé, les facteurs de risques, les déterminants et les actions engagées ou à engager ». Les textes officiels sont loin d'être les seuls à se référer à des besoins de santé. Professionnels, usagers, mettent également ces besoins au premier plan de leurs demandes et de leurs argumentations. Mais quels besoins ? De santé, voire de bien-être ? De soins ? Et comment les appréhender ?

QU'EST-CE QUE LES BESOINS DE SANTÉ ?

En santé publique, les « besoins » de santé peuvent être définis comme l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité par la collectivité ou ses représentants. Quantifier les besoins de santé suppose donc, en toute rigueur, de mesurer l'état de santé, ce qui pose le problème de nos instruments de mesure en santé publique, et de définir et quantifier un état de santé souhaité, ce qui implique l'établissement de références. Ces deux mesures, ainsi que les concepts sur lesquels elles reposent, posent chacune des problèmes spécifiques. On peut aussi estimer directement les besoins à partir de l'expression des usagers ou des professionnels ou de la mesure des consommations, mais ces approches présentent d'autres écueils.

Quelle norme pour l'état de santé souhaité ?

La question la plus difficile pour la quantification des besoins de santé est certainement la référence à choisir comme norme d'état de santé souhaité. Cet état de santé souhaité est, bien entendu, largement variable dans le temps et l'espace. Il diffère selon les situations démographiques et économiques des collectivités qui doivent le définir, ainsi que selon leurs références culturelles ou religieuses. Par exemple, selon les cultures, l'obésité peut être vue comme un signe positif ou comme un problème de santé. L'approche des besoins dépend aussi du point de vue adopté, ce qui pose le problème de la participation de la population à la définition des priorités et du niveau de perception du problème. A quoi servirait de demander à des experts de bâtir une analyse scientifique sans faille, mais impossible à mettre en œuvre dans la politique de santé, faute d'appropriation par les acteurs ? A cet égard, la Suède a établi notamment des priorités de santé claires et consensuelles en associant à la réflexion les usagers et les acteurs du système¹.

L'état de santé souhaité peut être défini de manière absolue ou relative. Dans le premier cas, on peut par exemple songer à s'appuyer sur des dires d'experts. Dans le second cas, on peut, par exemple, travailler par comparaison avec des zones géographiques comparables.

Une norme théorique à dire d'experts ?

Une première possibilité est de définir une norme théorique, en faisant intervenir des experts (du domaine de la santé, des institutions, ou bien de la politique, ...). Ce type de norme, par construction idéal-

liste, risque de fixer un objectif très ambitieux, et par nature dépendant du type d'expert choisi, même si l'on peut envisager d'utiliser des méthodes spécifiques (de type Delphi ou autres) destinées à élaborer un consensus. Un exemple récent en a été donné sur la faible diffusion des prothèses auditives², où une analyse sociologique révèle un « conflit de valeurs » entre les préconisations des professionnels de santé qui cherchent systématiquement à lutter contre la surdité et les souhaits d'une part significative des patients qui préfèrent gérer cette déficience qui leur offre aussi

ENCADRÉ 1 ●

LES BESOINS PLUTÔT QUALIFIÉS QUE QUANTIFIÉS DANS LES SROS JUSQU'À PRÉSENT

Dans la pratique, la mise en œuvre de la planification sanitaire, en particulier à travers les SROS, s'est davantage appuyée sur un repérage et une qualification des besoins que sur leur quantification. Ainsi, l'analyse des premiers SROS a montré que « les données sur l'état de santé ont peu ou pas servi à adapter l'offre de soins »¹, même si elles étaient régulièrement présentées pour illustrer l'analyse des besoins.

La situation n'est pas réellement différente pour les programmes régionaux de santé. Certains d'entre eux s'appuient sur des indicateurs chiffrés, généralement de mortalité, comparant la situation d'une région à la moyenne nationale, pour justifier le choix de telle ou telle priorité de santé. Généralement, des objectifs quantifiés sont précisés pour les thèmes retenus comme prioritaires dans les programmes. Mais on ne trouve pas ou peu de véritable mesure quantitative des besoins de santé. Cette absence est également générale dans les SROS qui citent toutefois la satisfaction des besoins de santé comme l'objectif essentiel. Le bilan effectué en 1999² par la direction des hôpitaux indique ainsi que : « les SROS de 2ème génération ont une approche plus qualitative que quantitative ».

On est donc généralement bien loin d'une mesure systématique des besoins de santé qui orienterait totalement une stratégie d'action. Le rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires³ a travaillé dans le même esprit : des analyses quantitatives sur le vieillissement de la population, l'évolution des causes de mortalité et de la morbidité pour quelques grandes pathologies permettent de définir, non pas des besoins de santé, mais de « nouveaux besoins, nouvelles demandes » présentées en tendance et de manière largement qualitative. Même sans quantification précise, les indications données par le rapport sont néanmoins fort utiles pour imaginer l'allure de l'évolution des besoins de soins en 2020. Les travaux en cours de lancement pour la préparation des SROS de troisième génération envisagent, comme le prévoit le texte, des évaluations des besoins mais il est encore trop tôt pour en connaître la forme.

1 - B. Basset et A. Lopez, « la planification sanitaire, méthodes et enjeux », éditions ENSP, 1997.

2 - Direction des hôpitaux, « La révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire », novembre 1999.

3 - « Quel système de santé à l'horizon 2020 ? » Ministère de l'emploi et de la solidarité, DATAR, CREDES, la documentation française, 2000.

1 - DURAND-ZALEVSKI I., HAZARD S., JOLLY D., VEDEL I. : « Le choix des soins garantis par l'assurance maladie obligatoire : problématique » *Les dossiers de l'Institut d'études des politiques de santé*, 1999.

2 - BRETON-LEFEVRE M., NAIDITCH M., « compensation des déficiences et usages sociaux : le cas de l'audio prothèse », ADSP, juin 2002.

le choix de «ne pas entendre», voire revendiquent une culture qui leur est propre...

Une norme définie par comparaison à des territoires comparables ?

Dans l'analyse territoriale des états de santé, on utilise souvent la méthode comparative³. La moyenne observée dans la région ou la moyenne pour la France joue souvent ce rôle normatif ; plus rarement on se compare à la zone ayant les résultats les plus favorables. Ainsi, on compare des taux de mortalité (en général standardisés par sexe et âge de la population) pour telle ou telle cause à celui des zones voisines, ou à celui de l'ensemble du pays. Si ces éléments permettent de réfléchir en termes d'inégalités territoriales, et à en rechercher les causes possibles à travers l'éventail des déterminants de santé possibles, on voit bien qu'il ne s'agit pas réellement d'une approche satisfaisante pour servir de référence. En quoi, par exemple, la mortalité provoquée par l'alcool en moyenne en France, ou même dans la région où elle est la plus faible, serait-elle un optimum, lorsque l'on connaît la position de la France en Europe sur cet indicateur ? Et en quoi la donnée européenne serait-elle elle-même un optimum ? Il faut noter que la référence européenne en matière d'indicateurs de santé est naturellement amenée à se développer au moment où divers projets d'élaboration d'indicateurs et d'outils statistiques se mettent en place sous l'égide de la Commission européenne⁴ et Eurostat.

Si la méthode comparative n'est pas totalement satisfaisante, elle peut cependant apporter des éléments de réflexion. Tout comme la comparaison des cartes de mortalité et de celles de quelques déterminants de santé peut permettre de formuler des hypothèses explicatives et inspirer des politiques, la comparaison géographique d'indicateurs d'état de santé et de l'offre de soins peut permettre de détecter des dysfonctionnements à corriger, des inégalités entre territoires, et de susciter de nouvelles questions. Ainsi le Canada surveille-t-il les disparités des taux d'hospitalisation pour pneumonie et grippe, ces deux affections pouvant être prévenues par la vaccination, et la Grande-Bretagne celles du taux de grossesse chez les adolescentes de 13-15 ans, à prévenir par l'éducation et l'accès à la contraception.

Ces questions touchant à l'analyse de l'équité entre régions ont fait, en France, l'objet de multiples approfondissements théoriques et pratiques, en particulier à la suite des ordonnances de 1996, qui instaurent un processus de concertation portant à la fois un processus de concertation sur les priorités en matière de politique de santé et sur la répartition des ressources. Le Haut Comité de la Santé Publique a ainsi proposé différents scénarios de préconisations sur une allocation régionale des ressources permettant de réduire les inégalités de santé⁵.

Ces scénarios diffèrent en particulier, selon la méthode d'appréciation des besoins : soit ceux-ci sont estimés uniquement à partir de la consommation de soins par tranche d'âge, soit à partir de la structure d'âge pondérée par un indice relatif de mortalité. Les auteurs insistent en conclusion sur le rôle joué par les considérations philosophiques et éthiques (conceptions de la santé et de l'équité) dans le choix des solutions à effectuer. À l'occasion de la préparation de la conférence régionale de santé de 1998 en Provence, Alpes, Côte d'azur, l'INSERM et l'observatoire régional de la santé ont publié une réflexion sur les concepts sous-jacents de l'équité⁶. Leur rapport propose, au-delà de la mesure des écarts d'état de santé observés pour différentes catégories de population à âge comparable, d'analyser en complément les écarts observés dans l'accès aux soins (qui relève essentiellement des caractéristiques de l'offre), ceux portant sur l'utilisation du système de soins (qui fait intervenir les comportements de demande) ainsi que leurs effets, c'est à dire les différences de volume de soins consommés et de dépenses. Ainsi l'analyse des inégalités géographiques apparaît assez complexe.

Il apparaît qu'il n'est pas si simple d'analyser les inégalités géographiques.

Quelles mesures pour l'état de santé constaté ?

En France, nos instruments de mesure de l'état de santé sont essentiellement de nature épidémiologique (mortalité, morbidité, données issues de l'offre de soins comme celles du PMSI), et privilégient un modèle très biomédical de représentation de la santé fondé sur la mesure des maladies.

3 - D'après la terminologie de Bradshaw, « The concept of social need », 1972.

4 - HCSP, « Information en santé : développements européens », ADSP n°42, 2003.

5 - « Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé », rapport du HCSP coordonné par SAILLY Jean-Claude, 1998, éditions ENSP.

6 - PERRIN Vincent, OBADIA Yolande et MOATTI Jean-Paul : « Systèmes et états de santé : l'équité introuvable ? », *Économie publique*, 1998/2.

Les indicateurs de mortalité, on l'a vu, sont les principales données utilisées pour illustrer les besoins de santé au niveau régional. Cependant, ces indicateurs n'ont de sens que pour les pathologies graves. Il suffit de comparer le classement des causes de mortalité et celui résultant des estimations en années de vie perdues, ou des principales causes de morbidité, pour illustrer cette évidence. Le rang de classement des maladies infectieuses ou des problèmes de santé mentale diffère bien entendu notablement selon l'indicateur utilisé. Il reste que l'analyse territoriale fine des indicateurs de mortalité ne manque pas d'intérêt en termes comparatifs, comme l'ont montré les travaux réalisés dans le tome 1 de l'Atlas de la santé en France⁷.

Des indicateurs de morbidité sont a priori préférables. Cependant, ils sont souvent partiels. Il n'existe pas réellement de recueil des prévalences des principales pathologies en population générale, sauf pour certaines sous-populations (jeunes enfants à travers les certificats de santé, enfants scolarisés à travers la mise en place d'un système d'enquête de santé scolaire). Les données concernant la morbidité sont souvent émietées et spécialisées par pathologie (registres, enquêtes spécifiques...) Certaines enquêtes (enquête décennale santé, enquête soins et protection sociale du CREDES) donnent cependant des éléments pluriannuels basés sur la santé perçue ou des pathologies recodées à partir des déclarations et des consommations de soins des individus. Il s'agit évidemment dans ce cas d'une vision particulière des problèmes de santé, tels qu'ils sont exprimés par les individus enquêtés. Ces enquêtes ont cependant l'avantage de comporter des descriptions socio-économiques très complètes des populations, permettant de mettre en relation problèmes de santé et facteurs de risque.

Enfin, les systèmes d'information sur la morbidité sont pour partie basés sur la seule morbidité prise en charge par le système de soins. L'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques en est le meilleur exemple. Les pathologies sont alors vues à travers le prisme de la prise en charge. Lorsque l'on constate, par exemple, une forte croissance des recours aux opérations de chirurgie fonctionnelle⁸, que doit-on en conclure ? Quelle est la part, dans cette augmentation, de la croissance des prévalences des problèmes traités ? Quelle est la part due à une moins bonne acceptabilité des dysfonctionnement d'organes ou d'appareils aux grands âges ? Quelle est la part due à la meilleure capacité, technique ou physique, du système de soins à

traiter ces problèmes ?

Quoiqu'il en soit, les indicateurs de mortalité et de morbidité abordent la santé au travers de l'absence de maladies alors que dans le modèle de l'OMS, la mesure de la santé définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » comporte une analyse des variables socio-économiques, des indicateurs de mode de vie et notamment des comportements préjudiciables à la santé (consommation d'alcool, de drogues, déséquilibres nutritionnels...). Aussi de nombreux pays ayant une vision positive de la santé utilisent pour la mesurer des indicateurs de qualité de vie, de santé « perçue » et de bien-être. Le Québec et les USA en tiennent compte pour moduler l'allocation des ressources des régions ou des états, destinée aux programmes santé mentale, lutte contre l'alcool et la toxicomanie. Ils montrent que l'utilisation des services de soins au cours d'une maladie chronique dépend essentiellement de deux variables : la sévérité de la maladie et le bien-être psychosocial. Il serait donc au moins souhaitable de mieux appréhender ce facteur pour apprécier l'évolution des besoins⁹.

Finalement, on constate que la quantification des besoins de santé ne se heurte pas seulement à la difficulté de fixer une référence de santé souhaitée, mais aussi à la difficulté de quantifier l'état de santé des populations dans toutes ses dimensions, avec tous les facteurs explicatifs souhaitables dans un modèle élargi des déterminants de santé.

Peut-on évaluer les besoins de santé ?

On peut alors songer à évaluer directement des besoins. Le recours aux experts est, là encore, une solution possible, avec les mêmes limites que dans le cas de la définition d'une norme d'état de santé souhaité. On peut chercher à faire directement exprimer ces besoins par la population. Enfin, on peut utiliser des approximations plus indirectes, par exemple en se basant sur les consommations de soins observés.

Une norme basée sur les besoins ressentis ?

Il est possible de réfléchir sur les besoins de santé à partir d'une approche des besoins ressentis par la population. Il ne s'agit plus de définir un état de santé normatif, mais plutôt d'interroger directement certaines catégories de population sur leurs problèmes. Cependant, cette méthode soulève également des difficultés.

7 - SALEM G., RICAN S., JOUGLA E., « Atlas de la santé en France, tome 1 », Paris, ed. John Libbey, 1999.

8 - OBERLIN P., MOUQUET M.C., « Les interventions de chirurgie fonctionnelle : une activité programmée importante mais hétérogène », Drees, *Études et résultats*, n°194, octobre 2002.

9 - KOVESS V. et alii : « Planification et évaluation des besoins en santé mentale », Flammarion, constitue, à cet égard, un bon exemple d'évaluation des besoins à visée de planification utilisant ce type de méthodes.

Tout d'abord, cette méthode aboutit, en pratique, à occulter systématiquement les besoins de prévention dont la demande résulte d'une approche collective de la santé publique, en général peu souvent exprimée par les individus interrogés (notamment concernant les problèmes d'addictions ou de comportements à risques). Elle manque de précision car on sait que la perception des problèmes de santé varie, à une même date, selon l'âge, mais aussi selon le milieu social.

Les troubles de la vue (réfraction), par exemple, sont nettement moins déclarés par les agriculteurs que pour la moyenne de la population, et nettement plus par les cadres supérieurs¹⁰. La perception des problèmes de santé varie également dans le temps, comme on peut le voir en comparant des résultats successifs des enquêtes santé en population générale. Il arrive également qu'il n'existe aucune réponse, sanitaire ou autre, à un besoin exprimé, comme c'est le cas, par exemple, pour certaines maladies génétiques d'apparition tardive. Notons enfin qu'un problème de santé exprimé ne se traduit pas nécessairement par un besoin de soins, ou en tout cas par un recours effectif aux soins de la part de ceux qui l'expriment, ce qui pose problème lorsqu'on veut utiliser cette approche des besoins pour planifier l'offre... Deux importantes études aux USA sur la santé mentale¹¹, par exemple, ont mis en évidence l'absence de recours au système de soins pour 80 % des sujets chez qui avait été porté un diagnostic de trouble mental. Même s'il s'agit d'un domaine particulier, ceci illustre bien la différence entre la morbidité réelle, la morbidité ressentie et la demande de prise en charge.

A cet égard, il est utile de rappeler qu'il est légitime de distinguer besoins de santé et besoins de soins. La réponse aux besoins de santé est, en effet, loin d'être seulement sanitaire, mais aussi de l'ordre de l'aménagement de l'environnement physique ou social, de l'éducation ou de la prévention, mesures qui sortent à l'évidence du champ de la planification sanitaire.

Une norme basée sur l'observation des consommations de soins ?

Enfin, les besoins de santé sont parfois assimilés à la demande effective de soins, c'est-à-dire à une consommation de soins révélée et solvabilisée. On procède alors, de fait, à une double assimilation : celle des besoins de santé aux besoins de soins et celle des

besoins de soins aux recours effectifs de soins. Cette méthode paraît contestable quant à son principe, car elle peut conduire, à l'extrême, à n'estimer des besoins que là où il y a ensuite une offre, ou bien à oublier les besoins des populations qui ne recourraient pas aux soins pour des raisons de précarité financière ou sociale. Dans la pratique, c'est pourtant la méthode la plus fréquemment utilisée. L'indice de besoins en lits d'hospitalisation, longtemps utilisé dans la carte sanitaire, en constitue un exemple extrême puisqu'il définissait l'offre très directement à partir de la consommation de soins hospitaliers (les lits occupés), avec un garde-fou évitant de trop l'augmenter.

Par ailleurs, on sait que les dépenses de santé individuelles, qui dépendent naturellement de l'âge et l'état de santé, varient aussi, toutes choses égales par ailleurs, avec la catégorie sociale, le diplôme et le revenu, la taille de la famille. De ce fait, le problème de la norme sociale et de l'équité se trouve, là encore, posé.

Cependant, il faut noter que la mesure des besoins par la consommation est parfois tout à fait adapté, dans les cas où le recours au système de soins est quasi-systématique, et permet éventuellement un retour sur l'adaptation du système de soins. Jointe à l'analyse comparative des états de santé, elle permet à tout le moins de repérer les inégalités de développement du système de soins entre régions et d'engager des actions correctrices le cas échéant. On constate ainsi en France de fortes disparités territoriales lorsque l'on analyse le pourcentage d'enfants de petit poids (moins de 2 500 g nés dans des maternités disposant du niveau d'équipements pour prendre en charge¹² les grossesses à risque.

LES BESOINS DE SANTÉ, UNE NOTION QUI EXPRIME DES PRIORITÉS COLLECTIVES

Toutes ces questions illustrent bien le caractère politique, éthique et philosophique de la définition de besoins de santé, qui reviennent à exprimer des priorités collectives. Le débat lancé autour de la définition du panier de biens et services est de même nature, même si, à l'évidence, on quitte là le registre des « besoins de santé » : distinguer ce qui relève du besoin à satisfaire, que la collectivité doit prendre en charge, et ce qui relève du besoin ressenti par l'individu mais relevant de la sphère privée.

10 - NIEL X. et alii, « les ophtalmologues : densités géographiques et tendances d'évolution à l'horizon 2020 », Drees, *Études et résultats* n° 83, septembre 2000.

11 - LOVELL A. M. : « Estimation des besoins et évaluation des interventions en santé mentale. Nouvelles approches », *revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1993, 41.

12 - BUISSON Guillemette, « État des lieux des maternités », Drees, *Études et résultats* à paraître.

Comme l'ont souligné les membres du Haut Comité de Santé Publique¹³, un « panier » de soins remboursés s'est de fait construit sans que soit réellement perceptibles ou explicites les choix stratégiques effectués à cette occasion. Concrètement, il s'est structuré plutôt à partir de l'offre des soins disponibles que sur des critères d'efficacité ou d'utilité. Selon les rédacteurs du rapport, l'enjeu de cette redéfinition du panier de biens et des services est d'en faire « l'instrument fondateur d'une politique de réduction des inégalités de santé », dans la mesure où ils élargissent la conception de la prise en charge de la maladie (et du rôle de l'assurance maladie) à celle de ses déterminants. Plusieurs pays européens ont entrepris de telles démarches d'expressions des préférences collectives (la Suède déjà citée, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, notamment). Leurs expériences ainsi que celle déjà ancienne de l'Oregon¹⁴ montrent qu'il s'agit d'un processus difficile, qui nécessite d'être adossé à des principes éthiques partagés et qui comporte de nombreux allers retours entre les acteurs du système et la population.

La quantification des besoins de santé ne va donc pas de soi, et n'est pas principalement de nature technique. L'exercice est complexe à tous points de vue, mais nécessaire pour mener à bien une politique de santé, analyser et faire des préconisations sur la répartition territoriale de l'offre de soins. Pour ce faire, il n'existe pas de méthode unique. Il est souhaitable de travailler sur divers jeux d'indicateurs (déterminants environnementaux et comportementaux de la santé, mortalité, morbidité et recours aux soins) et d'en confronter les résultats. La discussion sur les constats avec les experts, mais aussi avec l'ensemble des acteurs du système de santé et les usagers est certainement nécessaire pour établir et faire partager un diagnostic. Finalement, comme le soulignent J. Salomez et O. Lacoste¹⁵ « Il n'existe pas de besoin de santé absolu, universel, qui pourrait s'imposer au décideur, ne lui laissant que le choix de moyens, tâche néanmoins redoutable. Enoncer un besoin de santé est un véritable choix politique, éthique, philosophique qui doit s'adapter au lieu et au moment ».

13 - HCSP : « Le panier de biens et services de santé- Première approche », janvier 2000.

14 - MIDY F. : « L'expérience de l'Oregon », Credes, *Document de travail*, novembre 2000.

15 - SALOMEZ J.L. et LACOSTE O. : « Du besoin de santé au besoin de soins - La prise en compte des besoins en planification sanitaire », *Hérodote*, 1999 : 101-20.

UNE TYPOLOGIE DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS PUBLICS ET PSPH EN FONCTION DE LEUR ACTIVITÉ ET DE LEUR ENVIRONNEMENT

Didier BALSAN

Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale
Ministère de la Santé et de la Protection sociale
Drees

Cet article, qui s'inscrit dans le cadre d'études conduites par la Drees sur les coûts et performances des établissements hospitaliers, a pour objectif, au travers d'une description de l'activité des hôpitaux publics, de tenter de dépasser la typologie habituelle des établissements de soins reposant exclusivement sur des critères de catégorie juridique et de taille. En effet, ces derniers apparaissent insuffisants pour analyser l'activité des établissements dans la mesure où ils ne recoupent que partiellement certains des indicateurs d'activité qui leur sont propres. Les deux typologies obtenues ont permis de regrouper les établissements de façon plus homogènes au regard de leur activité et de leur environnement. Des profils d'hôpitaux distincts apparaissent selon la part des activités de pointe, la spécialisation en chirurgie, ainsi que par l'importance des activités de maternité ou de proximité.

Ce document a pour objectif de présenter une typologie des établissements de soins publics et PSPH au travers de leur activité et de leur environnement.

Il s'inscrit dans le cadre d'études construites par la DREES sur les coûts et performance des établissements hospitaliers qui a notamment donné lieu à une publication, en 2001, sur les déterminants de la valeur du point ISA. Il vise à éclairer les réflexions menées par le groupe de travail « Typologie des établissements » de la Mission « tarification à l'activité » qui s'interroge sur la pertinence de regroupement des établissements sur d'autres critères que la catégorie juridique¹.

Au-delà de l'analyse de l'environnement et de l'activité hospitalière, l'un des objectifs de cette typologie est de tester la capacité des catégories juridiques d'établissement à décrire de façon suffisamment homogène l'activité des hôpitaux. En effet, ces catégories statutaires ne sont pas toujours considérées comme discriminantes du point de vue de l'activité des établissements. Ainsi, par exemple, certains Centres hospitaliers (CH), de grande taille, pourraient être proches de certains Centres hospitaliers régionaux et/ou universitaires (CHRU). À l'opposé, certains petits CHRU, où les activités de recherche et d'enseignement sont peu présentes, pourraient présenter des caractères proches de ceux de la plupart des CH. Cet objectif implique que la catégorie statutaire et la valeur du point ne soient pas utilisés comme descripteur des établissements, mais qu'au contraire leur distribution au sein des groupes soit examinée a posteriori.

Le choix des indicateurs utilisés pour construire les groupes issus de la typologie est essentiel. Dans cette optique, un large recueil a d'abord été constitué. En effet, l'activité d'un établissement recouvre un ensemble large de dimension. La détermination d'un petit nombre de variables a été ensuite effectuée en limitant les redondances et cherchant à conserver le plus possible d'aspects différents.

¹ - Néanmoins, certains indicateurs ne sont connus que par entités juridiques.

Ce document présente tout d'abord les indicateurs retenus et une première caractérisation des hôpitaux en fonction de ces variables, croisées avec leur taille et leur catégorie statutaire. Une analyse en composantes principales sert à établir une typologie en 4 et 6 groupes. Enfin, les médianes de la valeur du point selon les groupes, dans les deux typologies, ainsi que des éléments sur la variance intra et inter-groupe, sont fournis dans la section 6.

LES INDICATEURS

La typologie s'appuie principalement sur les données du PMSI et de la SAE de l'année 2001. Les différents établissements de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP), de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM) et des Hôpitaux civils de Lyon (HCL) sont considérés de façon spécifique sans être regroupés par entité juridique¹.

Pour décrire les établissements, quatre thèmes sont retenus :

- l'activité des établissements,
- l'environnement,
- la situation administrative,
- l'efficacité économique.

L'exercice de typologie conduit ici est centré sur l'activité des établissements. Chacun des thèmes précédents ne joue donc pas le même rôle dans l'analyse. La typologie est construite à partir des indicateurs des thèmes relatifs à l'activité et à l'environnement. L'environnement est en effet susceptible de modifier les conditions dans lesquelles les hôpitaux produisent les soins. La situation administrative et les indicateurs relatifs à l'efficacité n'interviennent pas dans la définition des groupes, mais les liens qui peuvent exister entre ces derniers et la catégorie statutaire ou la valeur du point, par exemple, sont examinés a posteriori, ou au niveau des variables dites « illustratives ».

Afin de simplifier la présentation des résultats, la méthode a consisté à ne retenir qu'un nombre limité d'indicateurs pour déterminer les groupes. Le choix a été effectué à l'intérieur des thèmes relatifs à l'activité et à l'environnement. Il s'est fondé sur les corrélations entre indicateurs et sur des analyses en composantes principales préalables qui permettent de déterminer les variables contribuant le plus fortement aux différentes dimensions caractérisant l'activité des hôpitaux. En effet, un certain nombre d'indicateurs sont fortement liés et la lisibilité des résultats augmente si l'on traite peu de variables.

Les variables retenues sont dites actives dans la mesure où elles entrent directement dans la définition des groupes. Les variables qui n'entrent pas directement dans la définition des groupes sont dites

illustratives. Ces dernières peuvent être de deux types : soit les variables des thèmes relatifs à l'activité et à l'environnement qui n'ont pas été retenues pour faire partie des variables actives, soit des variables relatives à la situation administrative et à l'efficacité économique.

Quatre thèmes

L'activité des établissements

Il est possible de décrire l'activité des établissements au travers de sept sous-thèmes :

- leur taille,
- la plus ou moins grande dispersion de l'activité de soins,
- l'orientation de l'activité vers certaines pathologies ou groupe de pathologies,
- la lourdeur des soins dispensés,
- la part de l'enseignement et de la recherche,
- l'importance de l'urgence et des consultations externes.

L'environnement

L'environnement est d'abord envisagé sous l'angle des caractéristiques socio-économiques des populations des zones d'emploi d'où proviennent les patients venant se faire soigner dans un hôpital donné. Les zones d'emploi sont définies par l'INSEE et constituent une partition du territoire français en 348 zones relativement homogènes du point de vue des déplacements domicile - travail. Les thèmes abordés sont nombreux : emploi, minima sociaux, recensement, état de santé... Un indicateur moyen, par établissement, est ainsi construit en pondérant un indicateur socio-économique mesuré au niveau des zones d'emploi par le nombre de patients de cette zone obtenant des soins dans cet établissement. Par exemple, le taux de chômage appliqué à un établissement est la moyenne pondérée des taux de chômage des zones d'emploi de provenance des patients.

L'environnement des établissements est ensuite envisagé sous l'angle de la « concurrence » et de l'attractivité, c'est-à-dire en tenant compte du fait que les hôpitaux exercent leurs activités sur un bassin commun de population. Le terme de concurrence ne préjuge cependant d'éventuelle relation de complémentarité qui peuvent se mettre en place entre établissements. Une zone de chalandise est construite pour chaque établissement à partir de l'agrégation de zones d'emploi : une zone d'emploi est considérée comme entrant dans la zone de chalandise d'un établissement si celui-ci accueille plus d'un certain pourcentage des séjours des personnes résidant dans cette zone². La

population de la zone de chalandise est obtenue par l'addition des populations des zones d'emploi constituant la zone de chalandise. Elle constitue donc le bassin potentiel de recrutement de l'établissement³. Il est ensuite possible de calculer la part de marché d'un établissement sur sa zone de chalandise. Elle s'obtient comme la proportion de séjours traités par l'établissement dans sa zone de chalandise par rapport au nombre total de séjours générés par les personnes résidant dans cette zone.

La situation administrative

La situation administrative est résumée par la catégorie administrative de l'établissement, à savoir la distinction entre CHRU, centre hospitalier, CLCC et autres PSPH sous dotation globale. La capacité d'accueil est également incluse dans ce thème.

L'efficacité économique

L'efficacité économique d'un établissement est ici retracée par des variables faisant intervenir les points ISA réalisés. Il s'agit en premier lieu de la valeur du point qui rapporte le budget observé d'un hôpital à la dépense théorique obtenue à partir de l'échelle de coûts, sans l'abattement de 13 %. En raison de la forte liaison entre les coûts et la durée de séjour la durée moyenne de séjours ne donne pas lieu à une approche spécifique.

Les variables actives

Sont présentées ci-après par thèmes et sous thèmes, les indicateurs retenus pour construire les groupes (variables actives) [tableau 1]. Le choix a été effectué à partir d'analyse en composantes principales et des corrélations, afin de réduire le nombre d'indicateur retenu pour chaque sous-thème pour éviter les redondances. En effet, de fortes corrélations existent entre variables. Il s'agit parfois de liaison entre des variables qui sont des variantes d'un même indicateur. Un exemple pour ce type de corrélation est donné par les variables qui mesurent le nombre de GHM pour atteindre un certain pourcentage du nombre total de

point ISA. Un autre type de liaison est celle qui associe deux types d'indicateurs a priori plus éloignés et qu'une analyse en composante principale peut faire émerger.

L'activité des établissements

• *La taille*

Issu du PMSI, le nombre de séjours est retenu comme un indicateur de la taille des établissements. Il intervient également en dénominateur d'autres indicateurs pour que ceux-ci puissent être comparés indépendamment de la taille des établissements. Ainsi par exemple, le nombre de coefficient de biologie qui augmente naturellement avec la taille des établissements est divisé par le nombre de séjours.

• *La dispersion de l'activité*

La dispersion de l'activité est approchée par le nombre de GHM nécessaires à l'établissement pour atteindre 80 % de son activité⁴, lorsque celle-ci est mesurée sur la base des points ISA réalisés. Ainsi, les établissements dont l'activité est très spécifique, comme le centre de lutte contre le cancer, arrivent à 80 % du nombre total de points ISA produits avec seulement leurs quarante principaux GHM. À l'opposé, pour les grands CHRU, qui soignent de nombreuses affections, l'indicateur atteint jusqu'à 180.

• *L'orientation de l'activité vers certaines pathologies ou groupes de pathologies*

Certaines activités, comme la chirurgie (s'opposant à la médecine) et la maternité, sont très structurantes pour l'établissement. Sont donc introduites en variables actives la part des GHM médicaux et la part des GHM de maternité. Une dernière variable active retenue pour ce sous-thème est la proportion de séjours pour lesquels le patient est âgé de plus de 65 ans. Elle permet de repérer une activité qui se rapproche de celle de moyen ou long séjour.

• *La lourdeur des soins*

La proportion de séjours de plus de 4 000 points⁵ est introduite pour caractériser les activités médicales lourdes associées à un niveau élevé de « technicité » des établissements. À contrario, la part de GHM de moins

2 - Différents critères d'inclusion ont été testés, sans apporter de différences notables. Un pourcentage de 5 % est finalement retenu.

3 - Pour les zones d'emploi des grandes villes, où l'offre de soins est importante, le critère d'inclusion (5 % des patients) est relâché : il suffit qu'un résident d'une zone d'emploi viennent se faire soigner dans l'établissement, pour que cette zone soit incluse dans sa zone de chalandise. Cependant, pour calculer la taille de la zone de chalandise, pour ces zones d'emploi très peuplées, ce n'est pas la totalité de la population de la zone d'emploi qui est considérée, mais 300 000 personnes. Ce chiffre correspond en effet à la population de grandes villes de province. Différents critères d'inclusion ont été testés, sans entraîner de grands changements.

4 - D'autres variables du même type ont été construites à partir de pourcentages différents (50, 70, 80 et 90 %). Elles n'apportent pas d'informations plus fines.

5 - On y trouve par exemple, les Groupes homogènes de malades (GHM) relatifs aux transplantations d'organes, aux traumatismes multiples graves avec co-morbidité associées ou encore au traitement des grands brûlés. L'utilisation d'une variable construite à partir des GHM de plus de 5 000 points n'affecte pas les résultats.

de 500 points⁶ caractérise l'activité ayant un faible contenu technique.

• *La part de l'enseignement et de la recherche*

Le nombre d'ETP d'internes pour 10 000 séjours est introduit pour repérer les établissements pratiquant une activité d'enseignement et de recherche⁷. Le nombre d'internes ne qualifie pas en tant que tel une activité de recherche, comme pourrait le faire le nombre de publications dans des revues scientifiques par exemple. Cependant, dans la mesure où les activités de recherche et d'enseignement sont liées, il permet d'approcher cet aspect. En l'absence d'indication décrivant précisément l'activité de recherche d'un établissement, le nombre d'internes est considéré comme une proxy

acceptable. Plus il est élevé, plus l'activité de recherche et d'enseignement de l'hôpital est considérée comme étant importante.

Les établissements pratiquant de la recherche étant également susceptibles d'effectuer un plus grand nombre d'exams biologiques⁸. Le nombre de coefficients d'actes de biologie rapportés aux nombres de séjours est donc également utilisé comme marqueur de l'activité de recherche.

• *L'urgence et les consultations externes*

Les activités d'urgence et de consultation externe caractérisent le type de recours médical qui s'exerce auprès de l'établissement. Ainsi, une forte activité d'urgence signale le rôle de premier recours qu'exerce l'hô-

TABLEAU 1 ●

liste des variables actives

ACTIVITÉ	
TAILLE	
NBSSEJOUR	Nombre de séjours
DISPERSION DE L'ACTIVITÉ	
ISA80	Nombre de GHM pour 80 % du nombre de points ISA
ORIENTATION DE L'ACTIVITÉ	
MMB	Proportion de séjours classés dans un GHM de chirurgie
MATB	Proportion de séjours classés dans un GHM de maternité
MAGBAUT	Proportion de séjours pour patients âgés de plus de 65 ans
LOURDEUR DES SOINS	
MISA4	Proportion de GHM de plus 4000 points ISA
ISA05	Proportion de GHM de moins de 500 points ISA
RELATIONS AVEC LA MÉDECINE DE VILLE	
CRT_S	Nombre de consultations externes rapportées au nombre de séjours
PAS_URGS	Nombre de passages aux urgences rapportés au nombre de séjours
ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE	
NS_INTB	Nombre d'ETP d'internes rapporté au nombre de séjours
TOTS_B	Nombre de coefficients B rapporté au nombre de séjours
ENVIRONNEMENT	
RECOURS AUX URGENCES DANS LA ZONE	
PAS_POP	Taux – passages aux urgences rapportés par la population incluse dans la zone de chalandise
ATTRACTIVITÉ	
POP_CH5B	Population incluse dans la zone de chalandise
PARTM5B	Part de marché sur la zone de chalandise (proportion des séjours couverts)
INDICATEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES	
PA_S60P	Proportion de ménages composée d'une personne seule de plus de 60 ans par rapport au nombre d'habitants
PA_TX_UU	Part de la population urbaine dans la population totale (sur les zones d'emploi couvertes)

Source : SAE 2001, PMSI 2001, INSEE, DHOS ; traitement DREES.

6 - L'utilisation de la part des GHM de moins de 800 points fournit des résultats similaires.

7 - Pour l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille, l'information relative aux internes n'est pas disponible par établissement, mais seulement au niveau de l'entité juridique. De plus, pour les hôpitaux civils de Lyon, pour lesquels le nombre d'internes a été fourni par établissement, on ne dispose pas du détail nécessaire pour calculer un ratio sur les seuls internes de spécialités, ce qui pourrait contribuer à mieux séparer les hôpitaux.

8 - Chaque acte de biologie correspond à un nombre de coefficients B, fonction de la lourdeur médicale de l'acte. Pour la médecine de ville, on parle de la lettre clé B, dont le prix est fixé conventionnellement. Cela permet de fixer un seul prix, les prix de l'ensemble des actes de biologie en découlant. Le même principe est retenu par exemple pour la radiologie (lettre clé Z) ou les actes chirurgicaux (lettre clé K).

pital, rôle qui peut tenir à des nombreux facteurs. Les consultations externes constituent une part importante de l'activité des établissements, qui est mal prise en compte au travers des points ISA. Les variables introduites pour caractériser ces deux aspects sont le nombre de consultations externes et le nombre de passages aux urgences (deux indicateurs obtenus à partir de la SAE) divisés par le nombre de séjours afin de casser l'effet de taille.

L'environnement

• *La fonction de recours*

La fonction de recours de l'établissement mesuré par le taux de passages aux urgences. Au-delà de ce que représente l'activité d'urgence pour l'établissement, la part des consultations d'urgence rapporté à la population dans la zone de chalandise permet de caractériser, sur cet aspect, l'établissement vis-à-vis de son environnement. Ainsi, un établissement de petite taille pourrait être « spécialisé » dans les urgences mais au final ne réaliser qu'une part faible du total des recours aux urgences sur sa zone de chalandise.

• *Activité*

Pour caractériser plus globalement la concurrence qui s'exerce vis-à-vis de l'établissement, deux variables actives sont considérées : le nombre d'habitants de la zone de chalandise et la part de marché de l'établissement sur celle-ci (en nombre de séjours).

• *Indicateurs socio-économiques.*

Afin de définir l'environnement des établissements au travers des zones d'emploi de résidence des patients, deux variables sont introduites :

- la première, la proportion de ménages composés d'une seule personne de plus de 60 ans dans l'environnement de l'établissement, permet de repérer les établissements se situant dans des zones où, potentiellement pour l'établissement, se pose un problème d'isolement des personnes âgées pouvant conduire en particulier à un allongement de la durée moyenne de séjour ;
- la seconde, le taux d'urbanisation moyen dans l'environnement de l'établissement, prend en compte le caractère plus ou moins urbain de la localisation plus ou moins urbaine qui peut exercer une influence sur l'activité des établissements notamment au travers des relations de concurrence ou de complémentarité qui s'organisent avec les autres établissements.

Les variables illustratives

Les variables illustratives, qui servent à décrire les groupes d'établissements a posteriori, peuvent être de quatre types :

- indicateurs relatifs à l'activité et à l'environnement, non retenus suite aux analyses en composantes principales et aux études de corrélations (tableau 2) ;
- indicateurs relatifs à la situation administrative et à l'efficacité économique des établissements (tableau 3).

ANALYSE DESCRIPTIVE DES INDICATEURS RETENUS EN FONCTION DE LA TAILLE ET DE LA SITUATION ADMINISTRATIVE DES HÔPITAUX

Dans cette section, les valeurs des indicateurs retenus comme variables actives sont analysées en fonction de la taille et du statut administratif des hôpitaux. Cette première étape de l'analyse, dont il faut rappeler que l'objectif est d'appréhender des catégories d'établissement qui ne correspondent pas forcément aux seuls critères de taille et de statut juridique, vise d'abord à fournir des premiers éléments descriptifs. Elle vise aussi à évaluer si la dispersion des variables d'activité retenues, au sein des catégories habituelles de taille et de statut, pose effectivement question quant à leur capacité à décrire de façon satisfaisante l'activité et le positionnement des établissements de santé.

La catégorie statutaire, même croisée avec la taille des établissements, apparaît à cet égard comme important mais en partie insuffisant pour décrire l'activité des hôpitaux. L'analyse menée dans cette section montre en effet une hétérogénéité et des chevauchements entre ces catégories, entre par exemple la dispersion de l'activité et la lourdeur des soins.

La catégorie statutaire des établissements

Le champ est celui des établissements sous dotation globale soit, en 2001, 419 établissements. Sont seulement exclus les établissements de moins de 100 lits ayant un nombre de lits de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) non majoritaire. De plus, tous les CLCC sont inclus, quels que soit leur taille et leur ratio entre le nombre lits MCO et le nombre de lits total.

Quatre catégories juridiques d'établissements sont incluses dans l'analyse :

- deux catégories d'établissements publics, les CHRU (60 établissements) et CH (287 établissements) ;
- deux catégories d'établissements privés sous dotation globale, les Centres de lutte contre le cancer (CLCC, 20 établissements) et les autres PSPH (52 établissements).

Afin de caractériser les groupes d'établissements de la typologie, on distingue plusieurs catégories de taille construite à partir des quantiles des distributions du nombre de lits en MCO (tableau 4).

TABLEAU 2 ●

liste des variables illustratives*

ACTIVITÉ	
TAILLE	
SOMME	Nombre de points ISA réalisé
DISPERSION DE L'ACTIVITÉ	
NBGHM	Nombre de GHM
ORIENTATION de L'ACTIVITÉ	
MVIH	Proportion de séjours dans un GHM classé VIH (CMD 25)
PBIA7	Proportion de séjours pour lesquels le patient est âgé de moins de 7 ans
MNBAT	Proportion de séjours dans un GHM classé en néonatalogie (GHM 861, 863-872, 895)
MTRAUMA	Proportion de séjours dans un GHM classé en traumatologie (CMD 26)
MAGE	Age moyen des patients
MAGBAS	Proportion de séjours pour lesquels le patient est âgé de moins de 1 an
PROPHOM	Proportion de séjours pour lesquels le patient est un homme
LOURDEURS DES SOINS	
PMCT	Nombre de poids ISA rapporté au nombre de séjours (lourdeur moyenne du cas traité)
MNBACTE	Nombre moyen d'actes par séjours
MNBDIAG	Nombre moyen de diagnostics associés par séjour
MDIA	Proportion de séjours avec au moins un diagnostic associé
MEDOM	Proportion de séjours dont le mode d'entrée est le domicile
MS_DOM	Proportion de séjours dont le mode de sortie est le domicile
MDES	Proportion de séjours dont le mode de sortie est le décès
RELATIONS AVEC LA MÉDECINE DE VILLE	
MCMD24	Proportion de séjours classés en CMD 24
ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE	
NS_INTB	Nombre d'EP d'internes rapporté au nombre de séjours
TOTS_B	Nombre de coefficients B rapporté au nombre de séjours
PERSONNEL	
RATIOPB	Nombre d'EP non médicaux rapporté au nombre de séjours
EP_ISA	Nombre d'EP non médicaux rapporté au nombre de points ISA
INTB_MD	Nombre d'EP internes rapporté au nombre d'EP médicaux
NS_LIKE	Nombre d'EP autres praticiens en formation rapporté au nombre de séjours
NS_ASSIS	Nombre d'assistantes sociales rapporté au nombre de séjours
PLATEAU TECHNIQUE	
TOTS_K	Nombre de coefficients K rapporté au nombre de séjours
TOTS_Z	Nombre de coefficients Z rapporté au nombre de séjours
TOTS_SC	Nombre de forfaits techniques de scanner rapporté au nombre de séjours
TOTS_IR	Nombre de forfaits techniques d'IRM rapporté au nombre de séjours
ENVIRONNEMENT**	
INDICATEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES	
PA_TXBIT	Taux de chômage au sens du BIT (quatrième trimestre 1996) [sur les zones d'emploi couvertes**]
PA_RMICO	Part des personnes couvertes par le RMI parmi la population (31/12/96) [sur les zones d'emploi couvertes]
PA_AAHC0	Part des personnes couvertes par l'AAH parmi la population de moins de 65 ans (31/12/96) [sur les zones d'emploi couvertes]
PA_BPF0	Espérance de vie à la naissance des femmes (1995) [sur les zones d'emploi couvertes]
PA_BPH0	Espérance de vie à la naissance des hommes (1995) [sur les zones d'emploi couvertes]
PA_TXMOR	Taux de mortalité (sur les zones d'emploi couvertes) [sur les zones d'emploi couvertes]
PA_CADRE	Part des emplois de cadre dans l'emploi total (1995) [sur les zones d'emploi couvertes]
PA_INDUS	Part de l'emploi industriel (1995) [sur les zones d'emploi couvertes]
PA_TBTI	Part de l'emploi tertiaire (1996) [sur les zones d'emploi couvertes]
PA_RNMO	Revenu net moyen (1994) [sur les zones d'emploi couvertes]
PA_RNE	Revenu net imposable (1994) [sur les zones d'emploi couvertes]
PA_BAS_R	Prop. des personnes vivant sous le seuil de pauvreté dans la population des moins de 65 ans (31/12/96) [sur les zones d'emploi couvertes]
PA_IMPOS	Proportion des ménages imposés (1994) [sur les zones d'emploi couvertes]

* : variables non retenues en raison de leur corrélation avec les variables actives.

** L'objectif est de décrire l'environnement socio-économique d'un établissement. Les lieux de résidence des patients servent à définir à la fois l'étendu de cet environnement et le poids des différentes zones qui le composent. Le découpage géographique retenu est celui des zones d'emploi de l'INSEE pour un établissement, l'indicateur d'environnement est la moyenne de l'indicateur de chaque zone d'emploi pondérée par les proportions de patients en provenance de chacune de ces zones. Si les données de flux de patients sont issues de la 2001 du PMSI, les données par zone d'emploi sont désormais assez anciennes. On indique l'année qui correspond à ces données entre parenthèses.

Sources : SAE 2001, PMSI 2001, INSEE, DHOS ; traitement DREES.

Caractérisation des établissements par taille et catégorie statutaire

Le tableau 5 présente les médianes et les écarts interquartiles des variables utilisées pour construire les groupes, par catégorie juridique et de taille. Chacune de ces variables est succinctement commentée par thème et sous-thème.

L'activité des établissements

• La taille

Globalement, le classement, par ordre croissant, des catégories juridiques d'établissements en fonction du nombre de séjours est le suivant : CLCC, PSPH, CH et CHRU. Cependant, les dispersions intra groupe sont importantes. Ainsi, si 25 % des CLCC a un nombre de séjours supérieur à 12 200 environ et 25 % a un nombre inférieur à 5 500.

Toutefois, les petits PSPH ont un nombre médian de séjours proche de celui des plus petits CH, et les grands PSPH proches de celui des CH de taille 2. De même, du point de vue du nombre de séjour, les CH de taille 3 sont proches des CHRU de taille 1.

• La dispersion de l'activité

De même que pour le nombre de séjours, la dispersion de l'activité, mesurée par le nombre de GHM nécessaire pour atteindre 80 % de l'activité, classe les catégories juridiques dans l'ordre croissant suivant : CLCC, PSPH, CH et CHRU. Cela montre que globalement, la dispersion augmente avec la taille. Mais les recouvrements entre catégories d'établissements selon la taille sont plus marqués : la médiane pour les plus petits CHRU est plus faible (71 GHM) que celles des plus petits CH (112). De plus, on note une dispersion intra-groupe plus faible pour les CH, quelle que soit leur catégorie de taille, et pour les grands CHRU.

• L'orientation de l'activité vers certaines pathologies ou groupes de pathologies

La proportion de séjours en GHM de maternité est plus forte pour les petits CHRU, ce qui précède avec le

constat du paragraphe précédent sur la forte spécialisation de l'activité de cette catégorie d'établissement. La dispersion au sein de ce groupe est cependant forte. Viennent ensuite les CH. Puis les grands PSPH et les moyens et grands CHRU. Les petits PSPH ont la valeur médiane la plus faible et les CLCC, par nature, ne pratiquent pas d'accouchements.

Les valeurs médianes concernant la proportion de GHM de médecine paraissent assez proches entre les différentes catégories d'établissements. Les PSPH, en particulier les plus petits, ont cependant des proportions plus faibles mais avec les dispersions intra-groupe les plus fortes.

Pour la proportion de patients âgés de plus de 65 ans, les établissements semblent se séparer en deux, ceux pour lesquels cette proportion est proche ou inférieure à 30 % : les CHRU (en particulier les plus petits qui traitent de la maternité), les CLCC et les CH de taille 4. Les CH (en particulier les plus petits) et les PSPH (surtout les plus grands) ont au contraire les proportions de patients âgés les plus élevées. Les petits PSPH et les petits CHRU sont les groupes où la dispersion est la plus élevée.

• L'orientation de l'activité vers certaines pathologies ou groupes de pathologies

La proportion de GHM de plus de 4 000 points permet de repérer les établissements qui pratiquent, plus que d'autres, des traitements techniques. Ainsi, si les CH et les CHRU, à l'exception des plus petits, ont des proportions de GHM de moins de 500 points similaires, les grands CHRU ont, dans des proportions plus élevées, des GHM de plus de 4 000 points. À l'opposé, les CH ont les proportions de GHM élevées, et des dispersions d'ailleurs, les plus faibles. Les autres ca-

TABLEAU 3 ●
liste des variables illustratives relatives
au statut de l'établissement
et à son efficacité économique

SITUATION ADMINISTRATIVE	
CATB	Catégorie statutaire
NBLIT	Nombre de lits
EFFICACITÉ ÉCONOMIQUE	
VP	valeur du point ISA
MSJR	Durée moyenne de séjour

Source : SAE 2001, PMSI 2001, INSEE, DHOS ; traitement DREES.

TABLEAU 4 ●
effectif par catégorie statutaire et nombre de lits

Catégorie	Nombre de lits	Effectif
CH (taille 1)	]1-, 158]	73
CH (taille 2)	]158,241]	71
CH (taille 3)	]241,364]	72
CH (taille 4)	]364,-[	71
CHRU (taille 1)	]1-,468]	15
CHRU (taille 2)	]468,1175]	30
CHRU (taille 3)	]1175,-[	14
CLCC		20
PSPH (taille 1)	]1-,174]	26
PSPH (taille 2)	]174,-[	25
Total		417

Champ : établissements publics et PSPH de plus de 100 lits MCO, où de moins de 100 lits MCO mais qui représentent plus de la moitié du nombre de lits total, et des CLCC quelle que soient leur taille.
Source : SAE 2001.

tégories (petits CHRU, PSPH et CLCC) sont dans une position intermédiaire.

Au travers de la proportion de GHM de moins de 500 points, on trouve des établissements consacrant une part importante de leur activité à des traitements ne nécessitant pas d'investissements techniques forts. Ce sont les petits PSPH qui correspondent le plus à ce cas de figure. Les petits CHRU, par ailleurs spécialisés dans la maternité, viennent ensuite. Les grands PSPH en ont encore une proportion assez élevée. Pour ces premières catégories les dispersions sont fortes. On trouve ensuite les CH et les moyens et grands CHRU, les CLCC ayant le taux de

• La part de l'enseignement et de la recherche

Le nombre d'Equivalent temps plein (ETP) d'inter-nes pour 10 000 séjours est introduit pour repérer les établissements qui pratiquent une activité d'enseignement et de recherche. De fait, cet indicateur est nettement plus élevé pour les CHRU avec un taux plus fort encore pour les établissements moyens ou grands (28 contre 26 pour les plus petits). Viennent ensuite les CLCC (15) et les plus grands CH (10). Les autres catégories ont des taux pour 10 000 séjours inférieurs à 7. C'est pour les petits et moyens CHRU que les dispersions intra-groupe sont les plus fortes.

Les CHRU constituent la catégorie d'établissements pour lesquels le nombre de coefficients de biologie

TABLEAU 5 ●

médiane et écart interquartile des variables actives, par catégorie juridique et nombre de lits MCO

	Nombre de séjour		Nombre de GHM pour atteindre 80 % de l'activité		% GHM de maternité		% GHM de moins de 500 points		% de GHM de plus de 4000 points		% de GHM de médecine		% de patients de plus de 65 ans		EP d'internes pour 10 000 séjours	
	Médiane	Ecart inter-quartile	Médiane	Ecart inter-quartile	Médiane	Ecart inter-quartile	Médiane	Ecart inter-quartile	Médiane	Ecart inter-quartile	Médiane	Ecart inter-quartile	Médiane	Ecart inter-quartile	Médiane	Ecart inter-quartile
CLCC	8277	6706	39	10,5	0	0	0,3	0,3	2,4	2,2	80,4	9,1	30,2	6,2	15,63	9,529
Petit PSPH	6808	3794	73,5	43	0	14,7	4,1	9,7	2,3	2,4	62,1	25,2	35,1	21,9	1,786	10,2
Grand PSPH	12305	7282	110	66	3,2	7	5,7	5,6	2,6	3,5	70,3	22,1	36,2	10,7	4,879	7,866
CH (taille 1)	6499	1993	112	18	6,4	3,3	8,9	4	1,2	0,6	81,1	7,3	38,6	11	2,689	8,033
CH (taille 2)	10672	3122	127	17	7,1	2,8	10	3	1,3	0,5	81,1	6	33,4	9,5	6,007	5,17
CH (taille 3)	17967	4633	143	17,5	6,1	1,8	9,4	3	1,6	0,5	81,9	5	34,3	8,9	7,384	5,189
CH (taille 4)	29106	12035	154	16	5,8	2,2	8,3	2,6	1,9	0,8	81,4	5,4	31,2	8,5	9,733	4,153
Petit CHRU	18335	9898	71	60	9,2	10,7	6,7	7	3,4	2,5	80,6	15,9	13,1	26,7	25,85	17,42
Moyen CHRU	46816	29068	152,5	50	3,3	4,6	4,2	3,3	4,3	2,8	78,8	6,1	30,3	6,7	28,1	14,51
Grand CHRU	88747	35651	184	14	3,4	1,3	4,6	2,2	4,9	1,3	77,1	3,6	26,7	2,8	28,03	4,787

	Nombre de consultations externes par séjours		Passages aux urgences par séjours		Coefficients de biologie par séjours		Population dans la zone de chalandise (en milliers)		Part de marché sur la zone de chalandise		Passages aux urgences par la population de la ZC		% de ménages d'une personne de plus de 60 ans		Taux d'urbanisation (%)	
	Médiane	Ecart inter-quartile	Médiane	Ecart inter-quartile	Médiane	Ecart inter-quartile	Médiane	Ecart inter-quartile	Médiane	Ecart inter-quartile	Médiane	Ecart inter-quartile	Médiane	Ecart inter-quartile	Médiane	Ecart inter-quartile
CLCC	3,523	1,325	0	0	910,3	674,8	530	87,4	0,1	0,1	0	0	5,1	0,7	69,4	25,93
Petit PSPH	3,02	2,587	0	1,935	428,6	744	530	181,3	0,2	0,2	0	0,029	5	2,1	85,99	16,82
Grand PSPH	2,731	2,007	0	1,49	548	746,8	411,6	260,9	0,4	0,3	0	0,059	4,8	1,1	82,3	12,95
CH (taille 1)	2,381	1,254	1,973	0,664	565,5	783,8	80,76	107	0,2	0,075	0,179	0,158	5,8	1,2	52,62	24,07
CH (taille 2)	2,396	1,257	1,744	0,72	727,5	279,4	104,6	160,9	0,3	0,087	0,198	0,115	5,4	1,3	60,84	29,38
CH (taille 3)	2,355	0,903	1,447	0,818	797,8	213	119,1	95,42	0,4	0,1	0,226	0,135	5,3	1,3	61,37	25,27
CH (taille 4)	2,548	0,987	1,258	0,45	856,4	268,6	205,6	182,4	0,7	0,3	0,183	0,091	5,1	1,4	66,61	27,91
Petit CHRU	3,891	2,298	1,67	2,406	1656	996,5	530	100	0,5	0,4	0,06	0,095	5,1	1	94,31	6,111
Moyen CHRU	3,222	1,168	0,969	0,535	1567	697,6	430	238,5	1,2	0,7	0,115	0,148	5,4	1,2	83,5	26,08
Grand CHRU	2,935	1,199	0,808	0,354	1314	535,2	431,9	87,51	2,1	1,4	0,191	0,089	5	0,5	72,87	13,39

par séjour est le plus élevé avec, à l'intérieur de cette catégorie juridique un lien inverse vis-à-vis de la taille. Viennent ensuite les CLCC. Les CH ont une position intermédiaire mais, au contraire des CHRU, un lien positif s'observe avec la taille. Les PSPH ont les taux les plus faibles, celui des grands PSPH étant proche, cependant, de celui des plus petits CH. La dispersion est particulièrement forte pour les petits CHRU.

• *La part de l'activité consacrée aux urgences*

À l'intérieur d'une même catégorie juridique, les passages aux urgences rapporté au nombre de séjours diminuent avec la taille des établissements. Le taux le plus fort est celui des petits CHRU (1,7), le taux chutant fortement pour les moyens (1,0) et grands CHRU (0,8). Les petits CH ont un taux de 2,0, celui-ci diminuant jusqu'à 0,5 pour les plus grands CH. Enfin, les PSPH et les CLCC ont des médianes égales à zéro. Les dispersions sont particulièrement fortes pour les petits CHRU et les petits PSPH.

Les petits CHRU et les CLCC sont les catégories d'établissements pour lesquels le nombre de consultations externes rapporté au nombre de séjours est le plus élevé. Viennent ensuite les PSPH et les moyens et grands CHRU. Enfin, les CH sont ceux pour lequel le taux est le plus faible. Les dispersions intra-groupes sont fortes pour les CLCC, les PSPH et les petits CHRU.

L'environnement

• *La fonction de recours*

La fonction de recours de l'établissement est mesuré par le taux de passages aux urgences. Les CH connaissent le nombre de passages aux urgences rapporté à la taille de la zone de chalandise le plus fort, en raison d'un nombre de passages (rapporté aux nombres de séjours) lui-même assez fort et d'une taille faible de la zone de chalandise. Les CHRU, qui avaient les taux de passages aux urgences rapportés aux nombres de séjours les plus élevés, ont des taux relativement plus faibles lorsque le nombre des passages est ramené à la taille également plus élevée de la zone de chalandise. Les dispersions sont fortes pour les plus petits CH et les moyens CHRU.

• *Attractivité*

La taille de la population dans la zone de chalandise oppose d'une part les CHRU, les CLCC et les PSPH, pour lesquels le critère a une valeur élevée, et, d'autre part, les CH. Pour les CH, la population de la zone augmente avec la taille de l'établissement et la dispersion intra-groupe apparaît nettement plus faible que pour les autres catégories. La dispersion intra-groupe se montre particulièrement forte pour les grands PSPH et les moyens CHRU.

Les CHRU, moyens et grands, disposent de parts de marché relativement élevées sur leur zone de cha-

landise. Les parts de marché moyennes correspondent à celles des petits CHRU, des grands CH et des grands PSPH. Les autres catégories d'établissement ont des parts faibles. La dispersion intra-groupe est forte pour les grands CHRU.

En raison de la plus ou moins grande spécialisation des établissements, il n'existe pas nécessairement d'opposition entre taille de la zone de chalandise et la part de marché dont dispose les établissements sur celle-ci. Par exemple, les CLCC ont une zone de chalandise très peuplée mais une part de marché faible. Au contraire, les grands CHRU ont une part de marché forte sur une zone de chalandise importante. Les plus petits CH ont au contraire une part de marché faible sur une zone de taille réduite.

• *Indicateurs socio-économiques*

La proportion de ménages composés d'une personne de plus de 60 ans dans l'environnement de l'établissement varie assez peu avec la taille et la catégorie juridique des établissements. Elle s'étage de 4,8 % pour les grands PSPH à 5,8 % pour les plus petits CH. Seule cette dernière catégorie semble se détacher. Les dispersions intra-groupes sont assez faibles pour l'ensemble des groupes.

Le taux d'urbanisation est le plus fort pour les CHRU, en particulier les petits et moyens. En effet, le taux d'urbanisation des zones où sont présents les grands CHRU (73 %) est inférieur à celui des zones où les PSPH sont situés (86 % pour les petits et 82 % pour les grands). Les CH sont les établissements pour lesquels le taux d'urbanisation est le plus faible, atteignant même 53 % pour les plus petits. Les CLCC ont un taux intermédiaire de 69 %. Les dispersions intra-groupes sont dans l'ensemble assez faibles.

L'analyse de la valeur médiane et des écarts interquartiles des indicateurs retenus comme variable active, menée dans cette section, fait ressortir que les dispersions au sein des groupes issus du croisement entre la catégorie juridique et la taille sont généralement fortes. Ces critères paraissent donc insuffisants pour obtenir des groupes d'établissement homogènes relativement à leur activité. La section suivante présente donc deux typologies bâties sur les variables actives présentées dans cette section.

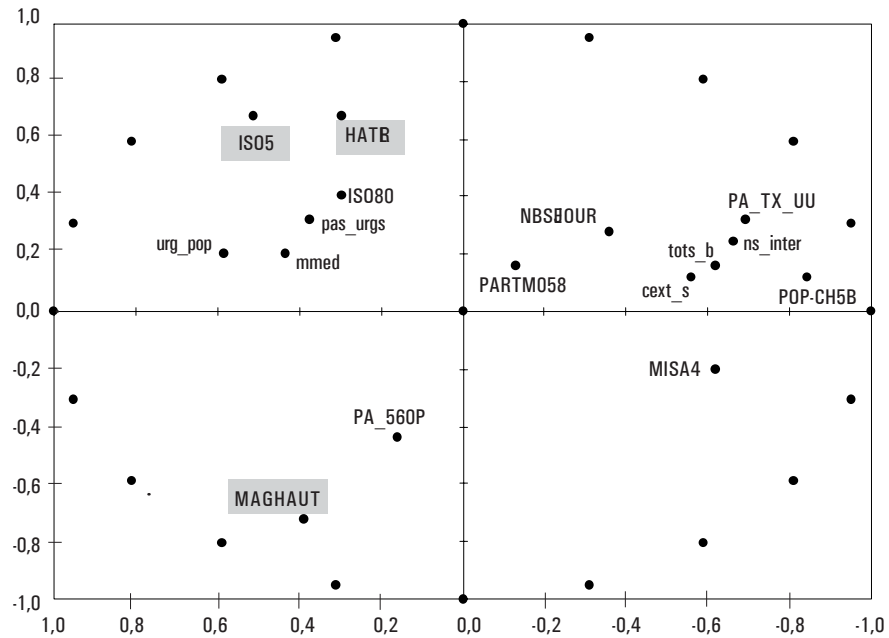
LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE EN COMPOSANTES PRINCIPALES

La méthode

La méthode retenue ici consiste en deux étapes. Dans la première, on effectue une Analyse en composantes principales (ACP). Les principaux axes sont ensuite utilisés pour définir la distance entre les établissements

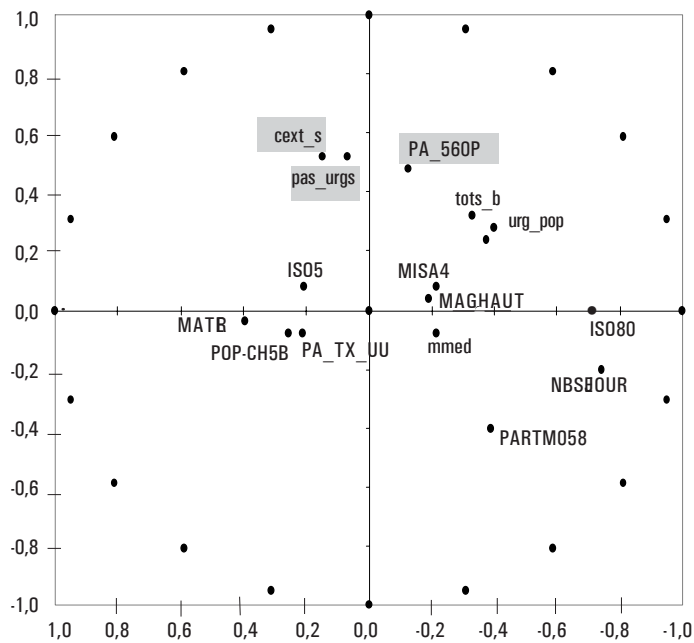
GRAPHIQUE 1 ●

les deux premiers axes de l'analyse en composantes principales



GRAPHIQUE 2 ●

les axes 3 et 4 de l'analyse en composantes principales



dans une Classification ascendante hiérarchique (CAH). Cette seconde technique statistique fournit une classification des établissements en un nombre réduit de classes.

L'analyse porte sur 418 établissements publics et PSPH de France métropolitaine, pour l'année 2001.

Les axes issus de l'analyse en composantes principales

Sur le premier axe de l'analyse, se trouvent les établissements « techniques », caractérisés par une part forte de GHM de plus de 4 000 points, un taux élevé d'ETP d'internes, une proportion élevée de coefficient de biologie. Ces hôpitaux exercent sur une zone de chalandise fortement peuplée, avec un recrutement de patients en provenance de zones plus urbanisées que la moyenne. Ils s'opposent, sur cet axe, à des établissements ayant des caractéristiques inverses.

En simplifiant à l'extrême, le premier axe met en parallèle technicité et recrutement en zone urbaine.

Le second axe oppose des établissements réalisant une part importante de leur activité en maternité, avec une proportion forte de séjours peu valorisés en termes de points ISA, à des établissements qui traitent des patients en moyenne plus âgés.

Le second axe associe âge des patients et spécialisation de l'activité dans la maternité.

Le troisième axe oppose de grands établissements dont l'activité est dispersée, et pour lesquels le nombre de passage aux urgences rapporté à la population de la zone de chalandise est fort, à des établissements ayant des caractéristiques opposées.

Ce troisième axe apparaît principalement comme celui de la taille.

Le quatrième axe permet d'opposer les établissements pour lesquels le recours aux urgences et aux consultations externes est fort, et dont l'environnement se caractérise par une proportion relative élevée de personnes seules et âgées, à ceux pour lesquels ces recours et les personnes âgées et seules sont en plus faibles proportions.

UNE PREMIÈRE TYPOLOGIE EN QUATRE GROUPES

La première typologie présentée, en quatre groupes, est obtenue à partir des quatre premiers axes de l'ACP décrit au-dessus⁹. Rappelons que les plus petits établissements (en terme de lits MCO) sont éliminés de l'analyse.

Le premier groupe est constitué de grands établissements pratiquant une large palette de soins, incluant une activité de pointe, et assumant une fonction de recherche et d'enseignement. Dans le second groupe sont rassemblés des hôpitaux, de taille plus modeste, dont l'activité est concentrée, en particulier sur les GHM chirurgicaux. Les établissements dont l'activité est orientée vers la maternité constituent le troisième groupe. Enfin, le quatrième groupe comprend des centres hospitaliers en grand nombre qui ont la particularité de fournir des services de proximité dans des villes de moyenne importance.

Après une présentation rapide de ces groupes en fonction de la catégorie et de la taille des établissements concernés, une description plus détaillée en est ensuite donnée.

Présentation rapide des quatre groupes en fonction de la catégorie et de la taille des établissements

Les CHRU sont principalement présents dans trois groupes (tableau 6) :

- le groupe 1 (46 établissements) est composé de la totalité des plus grands CHRU, d'une grande partie des moyens CHRU et de 4 CH ;

- le groupe 2 (59 établissements) comprend 2 moyens CHRU et 6 des plus petits CHRU ; on trouve également dans ce groupe 29 PSPH, 20 CLCC et 2 CH de taille 1 ;

- le groupe 3 (115 établissements) comprend 7 des petits CHRU, 1 moyen CHRU, et des établissements PSPH et CH de tailles diverses.

Les établissements des Assurances publiques de Paris et de Marseille, ainsi que ceux des Hôpitaux civils de Lyon, sont présents dans les groupes 1 à 3.

Les CH sont principalement distribués au sein de deux groupes :

- avec une partie des plus petits des CHRU dans le groupe 3 ;

- dans le groupe 4, où ils se retrouvent largement majoritaires (192 CH sur 197 établissements).

Les PSPH se retrouvent principalement dans trois groupes sur quatre :

- une majorité d'entre eux (57 %) se placent dans le groupe 2 avec quelques petits et moyens CHRU ;

- une quinzaine est associée à certains CH dans le groupe 3 ;

- le restant (5) se trouve le groupe 4.

⁹ - Les quatre premiers axes de l'ACP expliquent 62 % de l'inertie totale ; on constate une rupture suffisamment marquée justifiant que ne soit considéré que les quatre premiers axes.

Description des quatre groupes en fonction des indicateurs retenus pour la typologie

Les établissements du groupe 1 (principalement de grands et moyens CHRU¹⁰) sont des établissements de grande taille, détenteurs d'une part de marché relativement forte sur une zone de chalandise étendue (tableau 7). Le recrutement de leurs patients est plutôt plus urbain que celui de la moyenne des établissements. La situation économique de leur zone de chalandise apparaît relativement favorisée, lorsque celle-ci est principalement mesurée au travers des revenus de la population.

Ces établissements se caractérisent par une activité plus technique que la moyenne des hôpitaux : la part des GHM de plus de 4 000 points, voire 5 000, est plus élevée. Les autres indicateurs permettant d'approximer leur activité d'enseignement et recherche (nombre de coefficients de biologie, nombre d'ETP d'internes) paraissent également élevés dans ce groupe.

L'activité des établissements qui le composent est dispersée, à la fois du point de vue des points ISA réalisés et du nombre de GHM couverts. Ceci est caractéristique des établissements de grande taille. L'activité est d'ailleurs autant médicale que chirurgicale.

En résumant à grands traits, les établissements du groupe 1 sont de grands établissements, techniques et diversifiés, disposant de nombreux d'internes et réalisant un plus grand nombre de coefficients de biologie ; leur part de marché est forte sur une zone de chalandise très peuplée et urbaine.

Comme les établissements du groupe précédent, **les hôpitaux du groupe 2** exercent une activité technique (part des GHM de plus de 4 000 points, poids moyen du cas traité). En revanche, les marqueurs d'activité de l'enseignement et de la recherche se situent dans la moyenne.

De plus, ces établissements (moyens et petits CHRU, mais aussi et surtout CLCC et autres PSPH) sont en moyenne de plus petites tailles. Ils pratiquent une activité spécialisée dans les GHM de chirurgie, sauf les CLCC, que confirme un nombre de coefficients de chirurgie plus fort que la moyenne. La part des consultations externes paraît dans ce groupe plus élevée que la moyenne. La part de marché de ces établissements, sur une zone de chalandise peuplée et plutôt urbaine, ne se distingue pas de la moyenne. Les indicateurs construits à partir des codes de résidence des patients décrivent un environnement économiquement plus favorable que la moyenne, que ce soit du point des revenus (revenu moyen, net, part des ménages imposables) que de l'état de santé (taux de mortalité).

En résumé, les hôpitaux du groupe 2 sont des entités de petite taille, dont l'activité est technique et spécialisée en chirurgie, réalisant un nombre relativement important de consultations externes, sur une zone de chalandise très peuplée, située en ville.

Les établissements du groupe 3 sont de taille moyenne avec une part de marché également moyenne sur une zone de chalandise peuplée, plutôt urbaine et économiquement favorisée.

Leur activité paraît à la fois peu dispersée et peu technique (part des GHM de moins de 500 points forte et, au contraire, part des GHM de plus de 4 000 points faible). La part de la maternité y est forte, ainsi que celle de la néonatalogie et la pédiatrie, avec une part élevée des patients de moins d'un an.

Relativement aux nombres de séjours, les passages aux urgences sont nombreux.

Les établissements du groupe 3 se caractérisent surtout par une part plus importante de leur activité orientée vers la maternité.

Dans le groupe 4 se trouvent des établissements (des CH pour l'essentiel) réalisant un nombre de séjours plus faible que la moyenne (avec une part de marché relativement faible), sur une zone de chalandise peu peuplée, relativement moins urbaine et économiquement moins favorisée à la fois du point de vue des revenus et de l'importance des minima sociaux. Ces établissements sont plus souvent situés dans un département sans CHRU.

TABLEAU 6 ●

répartition des établissements par catégorie et taille au sein des 4 groupes

	Groupes				Total
	1	2	3	4	
CLCC		20			20
Petit PSPH		15	9	2	26
Grand PSPH		14	8	3	25
CH (taille 1)		2	15	56	73
CH (taille 2)			25	46	71
CH (taille 3)			20	52	72
CH (taille 4)	3		30	38	71
Petit CHRU	2	6	7		15
Moyen CHRU	27	2	1		30
Grand CHRU	14				14
Total	46	59	115	197	417

Source : SAE 2001, PMSI 2001, INSEE ; traitement DREES.

10 - On y trouve également trois des plus grands CH (deux de 1 000 lits et un de 770 lits) ainsi que deux établissements de l'AP-HP.

Leur activité est peu technique mais les passages aux urgences et la part des personnes seules de plus de 60 ans dans leur zone de chalandise sont forts. La proportion de patients de plus de 65 ans y est également plus forte.

L'activité du plateau technique montre une part importante de la radiologie mais relativement peu d'actes de biologie.

Les établissements du groupe 4 peuvent être considérés comme des établissements de proximité, situés des villes de moyenne importance.

UNE SECONDE TYPOLOGIE EN SIX GROUPES

La seconde typologie, en 6 groupes, est obtenue à partir des quatre premiers axes de l'analyse en compo-

sante présentée à la section 2.1, c'est-à-dire selon la même méthodologie que celle utilisée pour la typologie en 4 groupes.

Présentation rapide des six groupes en fonction de la catégorie et de la taille des établissements

En terme de distribution des établissements, le passage de 4 à 6 groupes se traduit par une ventilation des CHRU au sein des autres groupes (tableau 8). Ainsi, les CHRU sont désormais présents dans 5 des 6 groupes, quoique de façon plus significative dans 3 d'entre eux. La catégorie des CHRU de moyenne importance, en effectif la plus nombreuse (par construction), se scinde notamment en deux groupes de taille

TABLEAU 7 ●

position relativement à la moyenne de l'ensemble des indicateurs, pour les 4 groupes issus de la typologie

GROUPE1		
Plus élevé que la moyenne	Moins élevé que la moyenne	Dans la moyenne**
<p>Nombre de séjours* Total des points ISA réalisés</p> <p>Nombre de GHM pour 80 % de l'activité Nombre de GHM couverts</p> <p>Part de la traumatologie Part du traitement du VIH Proportion de patients masculins</p> <p>Part des GHM de plus de 4000 points Part des GHM de plus de 5000 points</p> <p>Part des consultations externes Part de la CMD 24</p> <p>Nombre d'ETP d'interne par séjours Nombre d'EP d'interne par EP médicaux</p> <p>Nombre d'EP d'assistante sociale par séjours Ratio de personnel non médical</p> <p>Nombre de coefficients B par séjours Nombre de coefficients K par séjours</p> <p>Taille de la zone de chalandise Part de marché sur la zone de chalandise</p> <p>Taux d'urbanisation (environnement ZE) Taux cadre (environnement ZE) Part des ménages imposables (environnement ZE) Revenu net (environnement ZE) Revenu moyen (environnement ZE) Part du secteur tertiaire (environnement ZE)</p> <p>Poids moyen du cas traité</p>	<p>Part de la maternité</p> <p>Part des GHM de moins de 500 points Part des séjours avec au moins 1 diag. Associé Proportion de patients de plus de 65 ans</p> <p>Passage aux urgences par séjour</p> <p>Dans un département sans CHU Part du secteur industriel (environnement ZE) Taux de mortalité (environnement ZE)</p>	<p>Part de la médecine</p> <p>Passages aux urgences sur la population de la ZC</p> <p>Part des personnes seules de + de 60 ans</p>

GROUPE2		
Plus élevé que la moyenne	Moins élevé que la moyenne	Dans la moyenne**
<p>Age moyen des patients</p> <p>Part des GHM de plus de 4000 points Part des GHM de plus de 5000 points Prop. de séjours avec au moins un diag. associé Nombre moyen d'acte par séjours Nombre moyen de diagnostic associé</p> <p>Part des consultations externes Part de la CMD 24</p> <p>Nombre d'EP d'assistante sociale par séjours</p> <p>Taille de la zone de chalandise</p> <p>Taux d'urbanisation (environnement ZE) Part des allocataires de l'API (environnement ZE) Taux cadre (environnement ZE) Part des ménages imposables (environnement ZE) Revenu net (environnement ZE) Revenu moyen (environnement ZE) Part du secteur tertiaire (environnement ZE)</p> <p>Poids moyen du cas traité</p>	<p>Nombre de séjours Total des points ISA réalisés</p> <p>Nombre de GHM pour 80 % de l'activité Nombre de GHM couverts</p> <p>Part de la maternité Part de la médecine Proportion de patients de moins d'un an</p> <p>Part des GHM de moins de 500 points Part de la traumatologie Part de la néonatalogie Part de la pédiatrie Part du mode d'entrée domicile</p> <p>Passages aux urgences par séjours</p> <p>Passages aux urgences sur la population de la ZC</p> <p>Dans un département sans CHU Taux de mortalité (environnement ZE) Part d'allocataire de l'AAH (environnement ZE) Part du secteur industriel (environnement ZE)</p>	<p>Proportion de patients de plus de 65 ans</p> <p>Nombre d'ETP d'interne par séjours</p> <p>Nombre de coefficients B par séjours</p> <p>Part de marché sur la zone de chalandise Part des personnes seules de + de 60 ans</p>
GROUPE3		
Plus élevé que la moyenne	Moins élevé que la moyenne	Dans la moyenne**
<p>Part de la maternité Part de la néonatalogie Part de la pédiatrie Proportion de patients de moins d'un an</p> <p>Part des GHM de moins de 500 points Part du mode d'entrée domicile Part du mode de sortie domicile</p> <p>Passages aux urgences par séjours Part des consultations externes</p> <p>Taille de la zone de chalandise</p> <p>Taux d'urbanisation (environnement ZE) Taux cadre (environnement ZE) Part des ménages imposables (environnement ZE) Revenu net (environnement ZE) Revenu moyen (environnement ZE) Part du secteur tertiaire (environnement ZE)</p>	<p>Part de la traumatologie Proportion de patients de plus de 65 ans</p> <p>Part des GHM de plus de 4000 points Part des GHM de plus de 5000 points Part du mode de sortie par décès Proportion de patients masculins Age moyen des patients Nombre de diagnostics associés par séjours</p> <p>Passage aux urgences sur la population de la ZC</p> <p>Dans un département sans CHU Part des personnes seules de + de 60 ans Part des allocataires de l'AAH (environnement ZE) Taux de mortalité (environnement ZE) Espérance de vie des femmes à la naissance (env. ZE)</p> <p>Poids moyen du cas traité Durée moyenne de séjours</p>	<p>Nombre de séjours</p> <p>Nombre de GHM pour 80 % de l'activité</p> <p>Part de la médecine</p> <p>Part des consultations externes</p> <p>Nombre d'ETP d'interne par séjours</p> <p>Nombre de coefficients B par séjours</p> <p>Part de marché sur la zone de chalandise</p>

GROUPE4		
Plus élevé que la moyenne	Moins élevé que la moyenne	Dans la moyenne**
<p>Nombre de GHM pour 80 % de l'activité Nombre de GHM couverts</p> <p>Part de la médecine Proportion de patients de plus de 65 ans Age moyen</p> <p>Part des GHM de moins de 500 points Part du mode de sortie par décès</p> <p>Passages aux urgences par séjours Nombre de coefficient de radiologie</p> <p>Pas. aux urgences sur la population de la ZC Dans un département sans CHU</p> <p>Part des person. seules de + de 60 ans Taux de mortalité (environnement ZE) Part d'allocataire de l'AAH (environnement ZE) Part du secteur industriel (environnement ZE)</p>	<p>Nombre de séjours Total des points ISA réalisé</p> <p>Part de la néonatalogie Part du traitement du VIH</p> <p>Part des GHM de plus de 4000 points Part des GHM de plus de 5000 points Part du mode de sortie domicile</p> <p>Part des consultations externes Part de la CMD 24</p> <p>Nombre d'ETP d'interne par séjours Nombre d'EP d'assistance sociale par séjours</p> <p>Nombre de coefficients B par séjours</p> <p>Taille de la zone de chalandise Part de marché sur la zone de chalandise</p> <p>Taux d'urbanisation (environnement ZE) Part des allocataires de l'API (environnement ZE) Part des allocataires du RMI (environnement ZE) Part du secteur tertiaire (environnement ZE) Taux cadre (environnement ZE) Part des ménages imposables (environnement ZE) Revenu net (environnement ZE) Revenu moyen (environnement ZE)</p>	<p>Part de la maternité</p>
<p>* : Les variables actives dans l'ACP sont en gras. ** : les variables supplémentaires non significativement différentes de la moyenne ne sont pas indiquées, seules le sont les variables actives.</p>		

significative (16 et 10 établissements). Les établissements des Assistances publiques de Paris et de Marseille, ainsi que ceux des Hôpitaux civils de Lyon, sont présents dans trois groupes (2.1, 2.2 et 3.2).

Les CH hospitaliers sont eux distribués principalement dans 3 groupes, plutôt que deux dans la typologie précédente. En revanche, le passage à 6 groupes, ne permet pas de séparer les CLCC. Les autres PSPH sont présents dans 5 groupes, une petite majorité d'entre eux étant, comme précédemment, rassemblée dans un groupe.

Description des six groupes en fonction des indicateurs retenus pour la typologie

Relativement à la typologie précédente en quatre groupes, les positions des indicateurs par rapport à la moyenne restent sensiblement identiques pour deux d'entre eux (tableau 8). Il s'agit du premier groupe, celui des grands CHRU et du groupe 4, celui des CH dits de proximité. Cependant, alors que dans la première typologie,

le recrutement des établissements du groupe 1 était plutôt urbain, dans la seconde, cet indicateur est dans la moyenne.

Un des deux groupes supplémentaires, le groupe 2.1, possède certaines caractéristiques intermédiaires entre le groupe 1 et le groupe 2 (petits établissements spécialisés) de la typologie précédente. En effet, les établissements du groupe 2.1 sont de taille supérieure à la moyenne, mais inférieure à ceux du groupe 1. La dispersion de leur activité paraît moyenne et la part de la chirurgie y est élevée. De même que pour les établissements du groupe 1, les indicateurs d'une activité de recherche et d'enseignement ainsi que ceux relatifs à la technicité ont des valeurs fortes. Leurs moyennes sont cependant plus élevées, ce qui permet de caractériser les hôpitaux du groupe 2.1 comme des établissements « de pointes ». Ces établissements ont un recrutement urbain, dans un environnement économiquement favorisé. Le groupe 2.2 a des caractéristiques similaires au groupe 2 de la typologie précédente : taille plus faible, activité concentrée, part

des GHM de plus de 4 000 points forte mais avec des indicateurs de recherche et d'enseignement plus faibles que la moyenne.

Dans cette seconde typologie, l'ancien groupe 3, celui des établissements spécialisés dans la maternité, se scinde entre autre en deux groupes. Le groupe 3.2 exerce ainsi avec une activité comportant une part importante de maternité, avec un recrutement plus souvent en zone urbaine que le groupe 3.1. La taille des établissements y est aussi plus faible. La part des GHM de plus de 4 000 points est moins élevée que la moyenne pour le groupe 3.2 alors qu'elle est dans la moyenne dans le groupe 3.1. De même, l'activité y est plus concentrée. Le groupe 3.2 paraît ainsi comme celui d'établissements plus petits où la spécialisation dans l'activité de maternité est encore plus forte que ceux du groupe 3.1 qui ont déjà pourtant une activité de maternité plus importante que la moyenne des établissements.

En résumant en grands traits, cette seconde typologie fait apparaître les six groupes suivants :

- 1 - Grands établissements à l'activité technique et diversifiée.
- 2.1 - Établissements de pointe avec un effort élevé de recherche et d'enseignement.
- 2.2 - Établissements spécialisés sans un effort élevé de recherche et d'enseignement.
- 3.1 - Établissements réalisant une relativement importante activité de maternité.
- 3.2 - Établissements fortement spécialisés en maternité.
- 4 - Hôpitaux de proximité.

VALEUR DU POINT ISA SELON LES GROUPES

L'objectif de la typologie était de caractériser les établissements en fonction de leur activité. Dans la section précédente, les groupes obtenus ne paraissent pas dépendre de façon systématique de la situation administrative. Dans cette section, est étudié le lien entre les groupes obtenus et le principal indicateur de l'efficacité économique, la valeur du point ISA.

Médiane de la valeur du point ISA selon les groupes

Médiane selon la typologie en 4 groupes

Du point de vue de la valeur médiane du point ISA, la typologie en 4 groupes oppose d'un côté le groupe 4 constitué des CH dit de proximité, avec la valeur médiane la plus faible (11,9), au groupe 1 (grands CHRU principalement) qui a la valeur la plus élevée (14,7) [tableau 10]. Dans les groupes 2 et 3, les établissements de plus petite taille, spécialisés en chirurgie, peu techniques et les établissements orientés vers la maternité, ont des valeurs médianes de leur point ISA de niveau intermédiaire (respectivement 13,7 et 12,5). Les dispersions, lorsqu'on en juge par l'écartement entre le troisième et le premier quartile, sont cependant assez fortes pour que l'on ne puisse pas considérer que la valeur du point du groupe 2 est différente de celle de groupe 1, par exemple. Apparaît seulement clairement l'opposition entre les groupes 1 et 4.

Médiane selon la typologie en 6 groupes

Vis-à-vis de la valeur du point ISA, la typologie en 6 groupes accentue l'opposition entre un groupe, le groupe 2.1 des établissements de pointe, avec une valeur médiane de 14,09 et les autres groupes (tableau 11). En effet, dans la typologie en 4 groupes, le recouvrement des valeurs du point entre groupes était plus important que celui constaté entre les groupes 1 et 2.1.

D'une façon générale, les groupes, qu'ils soient issus d'une typologie en 4 ou 6 catégories d'établissements, présentent une forte hétérogénéité relativement à la valeur du point. Avant de préciser la part de la variance intra-groupe par rapport à la variance inter-groupe, on présente les médianes de la valeur du point centrée par rapport à la moyenne régionale.

Médiane de la valeur du point ISA centrée par rapport à la moyenne régionale, selon les groupes

L'étude publiée en 2001 sur les déterminants de la valeur du point ISA montra l'importance de la valeur

TABLEAU 8 ●

effectif par catégorie statutaire et nombre de lits

	Groupes						Total
	1	2.1	2.2	3.1	3.2	4	
CLCC	1		20				20
Petit PSPH		2	14		9	1	26
Grand PSPH		5	12	3	3	2	25
CH (taille 1)	1		2	3	11	56	73
CH (taille 2)				6	22	43	71
CH (taille 3)				17	10	45	72
CH (taille 4)	1			45	6	19	71
Petit CHRU		6	2		7		15
Moyen CHRU	10	16	2	2			30
Grand CHRU	12	2					14
Total	24	31	52	76	68	166	417

Source : SAE 2001, PMSI 2001, INSEE ; traitement DREES.

TABLEAU 9 ●

Position relativement à la moyenne de l'ensemble des indicateurs, pour les 6 groupes issus de la typologie

GROUPE1		
Plus élevé que la moyenne	Moins élevé que la moyenne	Dans la moyenne**
<p>Nombre de séjours* Total des points ISA réalisés</p> <p>Nombre de GHM pour 80 % de l'activité Nombre de GHM couverts</p> <p>Part de la CMD 24 Part de la traumatologie Proportion de patients masculins</p> <p>Part des GHM de plus de 4000 points Part des GHM de plus de 5000 points</p> <p>Nombre d'ETP d'interne par séjours Nombre d'EP d'interne par EP médicaux Nombre de coefficients B par séjours</p> <p>Part de marché sur la zone de chalandise</p>	<p>Part des GHM de moins de 500 points Part des séjours avec au moins 1 diag. Associé</p> <p>Passage aux urgences par séjour Dans un département sans CHU</p>	<p>Part de la médecine Part de la maternité Proportion de patients de plus de 65 ans</p> <p>Part des consultations externes</p> <p>Pas. aux urgences sur la population de la ZC</p> <p>Taille de la zone de chalandise</p> <p>Taux d'urbanisation (environnement ZE) Part des person. Seules de + de 60 ans</p>
GROUPE2.1		
Plus élevé que la moyenne	Moins élevé que la moyenne	Dans la moyenne**
<p>Nombre de séjours Total des points ISA réalisés</p> <p>Part de la traumatologie Part du traitement du VIH</p> <p>Part des GHM de plus de 4000 points Part des GHM de plus de 5000 points</p> <p>Part des consultations externes Part de la CMD 24</p> <p>Nombre d'ETP d'interne par séjours Nombre de coefficients B par séjours</p> <p>Nombre d'EP d'assistante sociale par séjours Ratio de personnel non médical</p> <p>Nombre de coefficients K par séjours</p> <p>Taille de la zone de chalandise</p> <p>Taux d'urbanisation (environnement ZE) Part des allocataires de l'API (environnement ZE) Part des allocataires du RMI (environnement ZE) Taux cadre (environnement ZE) Part des ménages imposables (environnement ZE) Revenu net (environnement ZE) Revenu moyen (environnement ZE) Part du secteur tertiaire (environnement ZE) Esp. de vie des femmes à la naissance (env. ZE)</p> <p>Poids moyen du cas traité</p>	<p>Part de la médecine Proportion de patients de plus de 65 ans</p> <p>Part des GHM de moins de 500 points EP d'internes rapportés aux EP médicaux</p> <p>Passages aux urgences sur la population de la ZC Dans un département sans CHU Taux de mortalité (environnement ZE) Part d'allocataire de l'AAH (environnement ZE) Part du secteur industriel (environnement ZE)</p>	<p>Nombre de GHM pour 80 % de l'activité</p> <p>Part de la maternité</p> <p>Passages aux urgences par séjours</p> <p>Part de marché sur la zone de chalandise</p> <p>Part des personnes seules de + de 60 ans</p>

GROUPE2.2		
Plus élevé que la moyenne	Moins élevé que la moyenne	Dans la moyenne**
<p>Proportion de patients de plus de 65 ans Age moyen des patients</p> <p>Part des GHM de plus de 4000 points Part des GHM de plus de 5000 points Prop. de séjours avec au moins un diag. associé Nombre moyen d'acte par séjours Nombre moyen de diagnostic associé Part du mode de sortie domicile</p> <p>Part des consultations externes Part de la CMD 24</p> <p>Nombre d'EP d'assistante sociale par séjours</p> <p>Taille de la zone de chalandise</p> <p>Taux d'urbanisation (environnement ZE) Part des allocataires de l'API (environnement ZE) Taux cadre (environnement ZE) Part des ménages imposables (environnement ZE) Revenu net (environnement ZE) Revenu moyen (environnement ZE) Part du secteur tertiaire (environnement ZE)</p> <p>Poids moyen du cas traité</p>	<p>Nombre de séjours Total des points ISA réalisés</p> <p>Nombre de GHM pour 80 % de l'activité Nombre de GHM couverts</p> <p>Part de la médecine Part de la traumatologie Part de la néonatalogie Part de la pédiatrie</p> <p>Part des GHM de moins de 500 points Part du mode d'entrée domicile Proportion de patients de moins d'un an</p> <p>Passages aux urgences par séjours</p> <p>Passages aux urgences sur la population de la ZC</p> <p>Dans un département sans CHU Taux de mortalité (environnement ZE)</p>	<p>Part de la maternité</p> <p>Nombre d'ETP d'interne par séjours Nombre de coefficients B par séjours</p> <p>Part de marché sur la zone de chalandise</p> <p>Part des personnes seules de + de 60 ans</p>
GROUPE3.1		
Plus élevé que la moyenne	Moins élevé que la moyenne	Dans la moyenne**
<p>Nombre de GHM pour 80 % de l'activité Nombre de GHM couverts</p> <p>Part des GHM de moins de 500 points Part de la pédiatrie</p> <p>Part du mode d'entrée domicile Part du mode de sortie domicile Proportion de patients de moins d'un an</p>	<p>Proportion de patients de plus de 65 ans Age moyen des patients</p> <p>Part du mode de sortie par décès</p> <p>Part des consultations externes</p> <p>Ratio de personnel non médical</p> <p>Part des person. seules de + de 60 ans Part des allocataires de l'AAH (environnement ZE) Taux de mortalité (environnement ZE) Espérance de vie des femmes à la naissance (environnement ZE) Espérance de vie des hommes à la naissance (environnement ZE) Part du secteur tertiaire (environnement ZE)</p>	<p>Nombre de séjours</p> <p>Part de la maternité Part de la médecine</p> <p>Part des GHM de plus de 4000 points Part des GHM de plus de 5000 points</p> <p>Passages aux urgences par séjours</p> <p>Nombre d'ETP d'interne par séjours Nombre de coefficients B par séjours</p> <p>Passages aux urgences sur la population de la ZC</p> <p>Part de marché sur la zone de chalandise Taille de la zone de chalandise</p> <p>Taux d'urbanisation (environnement ZE) Part des allocataires de l'API (environnement ZE) Part des allocataires du RMI (environnement ZE) Part du secteur industriel (environnement ZE)</p> <p>Poids moyen du cas traité</p>

GROUPE3.2		
Plus élevé que la moyenne	Moins élevé que la moyenne	Dans la moyenne**
<p>Part de la maternité Part de la néonatalogie Part de la pédiatrie Proportion de patients de moins d'un an</p> <p>Part des GHM de moins de 500 points Part du mode d'entrée domicile Part du mode de sortie domicile</p> <p>Passages aux urgences par séjours Part des consultations externes</p> <p>Taille de la zone de chalandise</p> <p>Taux d'urbanisation (environnement ZE) Taux cadre (environnement ZE) Part des ménages imposables (environnement ZE) Revenu net (environnement ZE) Revenu moyen (environnement ZE) Part du secteur tertiaire (environnement ZE)</p>	<p>Nombre de séjours Part de la traumatologie Age moyen des patients Proportion de patients masculins</p> <p>Part des GHM de plus de 4000 points Part du mode de sortie par décès</p> <p>Proportion de patients de plus de 65 ans</p> <p>Passages aux urgences sur la population de la ZC</p> <p>Dans un département sans CHU Part des personnes seules de + de 60 ans Part des allocataires de l'AAH (environnement ZE) Taux de mortalité (environnement ZE) Part du secteur industriel (environnement ZE)</p> <p>Poids moyen du cas traité</p>	<p>Nombre de GHM pour 80 % de l'activité</p> <p>Part de la médecine</p> <p>Nombre d'ETP d'interne par séjours Nombre de coefficients B par séjours</p> <p>Part de marché sur la zone de chalandise</p>
GROUPE4		
Plus élevé que la moyenne	Moins élevé que la moyenne	Dans la moyenne**
<p>Nombre de GHM pour 80 % de l'activité Nombre de GHM couverts</p> <p>Part de la médecine Proportion de patients de plus de 65 ans Age moyen</p> <p>Part des GHM de moins de 500 points Part du mode de sortie par décès</p> <p>Passages aux urgences par séjours Nombre de coefficient de radiologie</p> <p>Passages aux urgences sur la population de la ZC</p> <p>Dans un département sans CHU Part des personnes seules de + de 60 ans Taux de mortalité (environnement ZE) Part d'allocataire de l'AAH (environnement ZE) Part du secteur industriel (environnement ZE)</p> <p>Durée moyenne de séjours</p>	<p>Nombre de séjours Total des points ISA réalisé</p> <p>Part de la CMD 24 Part de la néonatalogie Part du traitement du VIH</p> <p>Part des GHM de plus de 4000 points Part des GHM de plus de 5000 points Part du mode de sortie domicile</p> <p>Part des consultations externes</p> <p>Nombre d'ETP d'interne par séjours EP d'interne rapporté aux EP médicaux Nombre de coefficients B par séjours</p> <p>Nombre d'EP d'assistance sociale par séjours</p> <p>Taille de la zone de chalandise Part de marché sur la zone de chalandise</p> <p>Taux d'urbanisation (environnement ZE) Part des allocataires de l'API (environnement ZE) Part des allocataires du RMI (environnement ZE) Part du secteur tertiaire (environnement ZE) Taux cadre (environnement ZE) Part des ménages imposables (environnement ZE) Revenu net (environnement ZE) Revenu moyen (environnement ZE)</p>	<p>Part de la maternité</p>

* Les variables actives dans l'ACP sont en gras.
 ** Les variables supplémentaires non significativement différentes de la moyenne ne sont pas indiquées, seules le sont les variables actives.

régionale du point. Afin de vérifier l'impact de ce facteur sur la position de la valeur du point vis-à-vis de cette moyenne selon les groupes, les valeurs médianes centrées par rapport à la moyenne régionale sont présentées.

Médiane selon la typologie en 4 groupes

Pour le groupe 1 de la typologie en 4 catégories, une grande majorité des établissements a une valeur du point supérieure à la moyenne régionale. En effet, 75 % des établissements de ce groupe a une valeur centrée par rapport à cette moyenne supérieure à 0,62 (tableau 11). À l'opposé, la plupart des établissements des groupes 3 et 4 ont des valeurs du point inférieures à la valeur régionale. Les établissements du groupe,

celui des établissements spécialisés dans la chirurgie, ne se trouvent ni systématiquement au-dessus ni systématiquement au-dessous de la moyenne.

Médiane selon la typologie en 6 groupes

Avec la typologie en 6 groupes, deux de ces groupes ont des valeurs du point qui se situent dans la plupart des cas au-dessus de la moyenne régionale (tableau 13) : les groupes 1 (dits des grands établissements) et 2.1 (dits des établissements de pointe). Trois groupes ont des valeurs inférieures à cette moyenne : les groupes 3.1 (établissements réalisant une importante activité de maternité), 3.2 (établissement spécialisé en maternité) et 4 (hôpitaux de proximité).

Variance intra et inter-groupes

La variance totale d'une variable peut s'exprimer comme l'addition d'une variance intra-groupe et d'une variance inter-groupes. La variance intra-groupe correspond à la somme, sur l'ensemble des groupes, de la dispersion d'une variable relativement à la moyenne du groupe. La variance inter-groupe au contraire mesure la dispersion de la moyenne de chaque groupe relativement à la moyenne globale de la variable. On obtient un lien fort entre une variable et des groupes lorsque la part de la variance intra-groupe est faible.

TABLEAU 10 ●

valeur du point ISA avant abattement, selon les groupes
(typologie en 4 groupes)

	1	2	3	4	ensemble
Troisième quartile	16,13	14,73	13,7	12,57	13,64
Valeur médiane	14,72	13,72	12,46	11,91	12,39
Premier quartile	13,68	12,53	11,55	11,39	11,53

Source : SAE 2001, PMSI 2001, INSEE ; traitement DREES.

TABLEAU 11 ●

valeur du point ISA avant abattement, selon les groupes
(typologie en 6 groupes)

	1	2.1	2.2	3.1	3.2	4	ensemble
Troisième quartile	14,72*	17,85	14,68	12,60	13,91	12,60	13,64
Valeur médiane	14,09	15,71	13,53	11,87	12,93	12,02	12,39
Premier quartile	13,62**	14,68	12,40	14,40	11,64	11,39	11,53

* : 75 % des établissements du groupe 1 a une valeur du point inférieure à 14,72.
** : 25 % des établissements du groupe 4 a une valeur du point inférieure à 13,62.
Source : SAE 2001, PMSI 2001, INSEE ; traitement DREES.

TABLEAU 13 ●

valeur du point ISA
centrée par rapport à la moyenne régionale,
avant abattement, selon les groupes
(typologie en 6 groupes)

	1	2.1	2.2	3.1	3.2	4
Troisième quartile	1,93	2,17	1,08	-0,39	-0,43	0,00
Valeur médiane	1,23	1,57	-0,44	-0,87	-1,21	-0,77
Premier quartile	0,69	0,09	-1,54	-1,50	-1,89	-1,54

Source : SAE 2001, PMSI 2001, INSEE ; traitement DREES.

TABLEAU 12 ●

valeur du point ISA
centrée par rapport à la moyenne régionale,
avant abattement, selon les groupes
(typologie en 4 groupes)

	1	2	3	4
Troisième quartile	2,10	1,08	-0,19	-0,30
Valeur médiane	1,41	-0,14	-1,03	-0,85
Premier quartile	0,62	-1,36	-1,75	-1,54

Source : SAE 2001, PMSI 2001, INSEE ; traitement DREES.

TABLEAU 14 ●

part de la variance intra-groupe
relativement à la variance totale

	Typologie en 4 groupes	Typologie en 6 groupes
Valeur du point	72 %	67 %
Valeur du point centré par rapport à la moyenne régionale	78 %	80 %

Source : SAE 2001, PMSI 2001, INSEE ; traitement DREES.

La part de la variance intra-groupe paraît forte, que celle-ci soit calculée par rapport à la valeur du point ISA ou vis-à-vis de cette même variable centrée par rapport à la moyenne régionale (tableau 14). Le nombre de groupes de la typologie n'influe pas sur ce constat. Cette forte variance intra-groupe est le signe que les variations des coûts ne se superposent pas à l'activité. Cela peut tenir à une description insuffisante de l'activité, si des dimensions importantes de celle-ci ne sont pas retracées par les indicateurs retenus. Cela tient certainement aussi au fait que les coûts s'expliquent par d'autres facteurs que ceux liés à l'activité, la gestion des ressources pouvant par exemple en être la cause. Dans l'écart qui subsiste, certains facteurs peuvent en effet dépendre de l'action des établissements. La tarification prospective à l'activité vise à agir sur ces facteurs afin de réduire les coûts induits.

L'objectif principal de cette étude consistait, au travers d'une description de l'activité des hôpitaux, de tenter de dépasser la typologie habituelle des établissements de soins reposant exclusivement sur les critères de catégorie juridique et de taille. Ces critères, même s'ils gardent une dimension fortement explicative, paraissent en effet insuffisants pour analyser l'activité des établissements dans la mesure où ils ne recoupent que partiellement certains des indicateurs d'activité.

Les deux typologies obtenues ont effectivement permis de regrouper les établissements sur la base d'indicateurs d'activité en dépassant, partiellement, ces critères de taille et de statut juridique. Les activités de pointe, la spécialisation en chirurgie, les activités de maternité et de proximité, distinguent nettement des profils d'hôpitaux. Les CHRU sont ainsi présents dans plusieurs groupes, associés à des établissements d'autres catégories. Par exemple, les CHRU dont l'activité est particulièrement lourde peuvent être distingués de ceux qui ont une taille plus élevée mais une activité moins technique. Il paraît donc possible de proposer une catégorisation des établissements qui ne recoupe pas strictement la taille et la catégorie juridique.

Néanmoins, des limites sont liées aux méthodes d'analyse de données employées. La principale est relative à la robustesse des classifications, et plus précisément aux effets de frontière entre les groupes : les établissements qui ne se trouvent pas au centre d'un groupe peuvent, selon les variantes réalisées, changer de groupe, même si la définition des groupes est globalement stable. Par ailleurs, le passage de quatre à six groupes correspond au déplacement de certains établissements, marquant le fait que les deux typologies obtenues ne sont pas emboîtées. Ainsi, les classifications présentées ne paraissent pas en tout point

définitives et leurs évolutions dans le temps méritent d'être étudiées.

Enfin, l'une des questions centrales était celle de la liaison entre une typologie de ce type et un critère d'efficacité comme la valeur du point ISA. Or, un tel lien ne semble que partiellement exister. En effet, si pour certains groupes la valeur du point paraît bien significativement plus élevée que pour d'autres, la variance intra-groupe est telle que les recouvrements sont nombreux. Cela semble indiquer que les variations de coûts sont loin de se superposer aux modes d'activité des établissements et qu'une part, seulement, des écarts persistants peut être imputée aux différences de gestion auxquelles la tarification à l'activité a d'ailleurs l'objectif de remédier.

Les résultats principaux de cette étude sont donc que la catégorie juridique et la taille sont des critères qui gardent un pouvoir explicatif important de l'activité des établissements mais qui méritent aussi d'être en partie dépassés : les groupes panachent, dans une certaine mesure, différentes catégories statutaires d'établissements. Reste que la valeur du point ISA est assez fortement dispersée aux seins de groupes issus de la typologie. Découle de ces constats le fait que l'application directe de ces typologies à la tarification des établissements n'apparaît guère directement envisageable.

Une poursuite de ce travail apparaît utile et est envisagée. Outre l'évaluation de la stabilité dans le temps de la typologie, une prise en compte plus large de certaines activités (la réanimation, par exemple) et notamment de celles qui ne sont pas, ou mal, retracées par le PMSI, ou de critères d'environnement comme l'isolement géographique, est à l'étude. Elle devrait permettre de confirmer ou d'infirmer la « stabilité » des groupes mis en évidence, et d'aller plus loin sur leur correspondance avec les coûts des établissements. ■

QUELLES PROBLÉMATIQUES ET QUELS INDICATEURS POUR CONSTRUIRE L'ÉVALUATION DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ ?

Frédéric BOUSQUET

Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale
Ministère de la Santé et de la Protection sociale
Drees

La mise en oeuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé est un exemple de la nécessité d'évaluer les objectifs atteints ou à atteindre dans le cadre d'une réforme des politiques publiques. La difficulté de l'exercice réside notamment dans le choix des outils et des moyens à mobiliser pour parvenir à cet objectif « d'évaluation ». Dans le cas de la tarification à l'activité, les objectifs assignés à la réforme ont été définis de la façon suivante : une plus grande médicalisation du financement, une responsabilisation plus importante des acteurs, une équité de traitement entre les secteurs publics et privés et enfin le développement d'outils de pilotage économique visant à une rationalisation de la gestion. Après avoir présenté les objectifs qui doivent sous-tendre l'évaluation, l'auteur analyse les propositions de techniques et de méthodes qui permettraient d'en aborder de manière cohérente les différents aspects au fur et à mesure de la montée en charge de la réforme.

L'évaluation des politiques publiques tend à rechercher si les moyens mobilisés dans la mise en oeuvre d'une politique donnée permettent de produire les effets attendus et d'atteindre les objectifs qui lui ont été préalablement fixés. Simple à la fois dans son principe et son énoncé, cette définition de l'évaluation des politiques, officiellement établie par le décret du 22 janvier 1990, se heurte cependant dans sa mise en pratique à un certain nombre de difficultés.

L'existence d'objectifs précisément identifiés et définis de manière à rendre possible une mesure opérationnelle apparaît dans ce cadre comme un préalable. Pourtant, les objectifs d'une politiques peuvent être clairement définis sans pour autant qu'une observation empirique des effets de la politique évaluée apparaisse immédiatement évidente.

La tarification à l'activité se révèle à cet égard un exemple intéressant. Les objectifs assignés à la réforme ont été définis de la manière suivante : une plus grande médicalisation du financement, une responsabilisation des acteurs, une équité de traitement entre les secteurs publics et privés, le développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion). Le travail d'évaluation ne peut ici, à l'évidence, se poser directement en terme de mesure de l'atteinte des objectifs, mais doit d'abord débiter par la définition d'une grille de lecture permettant de traduire les objectifs en une liste structurée de thèmes et de problématiques ouvrant la perspective d'une observation de type statistique, économique, sociologique etc. ...

Une autre difficulté de l'évaluation des politiques publiques est liée à la disponibilité à la fois de l'information et des instruments de mesure. Cet article tente à cet égard, de mettre en regard les objectifs de l'évaluation et avec un corpus d'outils, de techniques et de méthodes nécessaire pour analyser de manière cohérente les différents aspects que celui-ci doit aborder.

Le développement des systèmes d'information visant à collecter les données constitue une condition

et un préalable nécessaires à toute entreprise d'évaluation, mais, les données brutes produites sont rarement directement « intelligibles » et exploitables pour l'évaluation. Elles demandent un travail d'analyse, de mise en forme, de recoupement avec d'autres types d'informations et de mise en perspective avec les objectifs de la politique avant de pouvoir être porteuse de sens sur l'objet évalué.

Au-delà de la mise en perspective de la mesure des résultats de la politique avec les objectifs qui lui ont été assignés, un autre enjeu de l'évaluation est de parvenir à distinguer les effets propres de la politique mise en œuvre et d'autres effets qui lui seraient exogènes. En d'autres termes, le travail d'évaluation doit tenter d'établir un lien de causalité entre la politique mise en œuvre et l'observation des évolutions ou des transformations des différents aspects étudiés. Or, alors même que la conviction est de plus en plus partagée quant à l'utilité de travail d'évaluation, cette démonstration scientifique de la preuve est rarement possible. Cela est d'ailleurs d'autant plus difficile que les politiques s'inscrivent en général dans la durée. Certaines dispositions non directement liées à la politique évaluée peuvent alors interférer durant la période de mise en œuvre ou de développement de la réforme. L'évaluation doit alors prendre en compte les limites inhérentes à la mise en œuvre et au caractère évolutif de ces politiques.

OBJECTIFS ET ENJEUX DE L'ÉVALUATION DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

L'évaluation de la réforme du financement des établissements de santé s'inscrit dans le cadre de l'évaluation des politiques publiques. Ne constituant qu'un des éléments de la réforme hospitalière en cours, elle se heurte à la plupart des difficultés décrites ci-dessus : l'absence d'objectifs précis et problématisés dans les textes réglementaires, un système d'information et des indicateurs insuffisamment développés, notamment en matière de mesure de la qualité, une mise en œuvre inscrite sur plusieurs années.

Malgré ces difficultés, et sans doute les limites auxquelles il faut s'attendre dans le cadre d'un tel travail, son évaluation n'en paraît pas pas moins utile.

Largement inspirée du système de paiement prospectif (PPS) partiellement mis en place aux États-Unis (système Medicare), la tarification à l'activité, dans sa

version française, est susceptible de générer des effets qui ont été mis en évidence par la théorie économique ou constatés à travers l'expérience américaine.

Le paiement prospectif est en effet une règle de rémunération consistant à fixer le prix d'un bien ou d'un service indépendamment de son coût de production¹. Cette règle conduit ainsi à reporter le risque financier sur le producteur qui, si ses coûts sont supérieurs aux tarifs en vigueur, doit supporter le différentiel. Le paiement prospectif est ainsi, en théorie, fortement incitateur à des efforts de productivité de la part des établissements de santé.

En contrepartie, et sous certaines hypothèses de capacité des producteurs de soins à observer par avance la lourdeur des patients, il génère également des incitations qui peuvent avoir des effets « non désirés », principalement de trois ordres : le risque moral (fournir des soins « surcôtés » à des patients « légers »), la limitation de l'intensité des soins en particulier pour les patients les plus lourds, la sélection pure et simple des patients consistant à écarter ceux qui ne sont pas associés à un niveau de rémunération suffisant. Ceci se traduirait à la fois par une limitation de l'efficacité économique attendue du système et un risque pesant sur la qualité et l'accès aux soins.

Dans la pratique, l'observation des expériences étrangères, principalement américaine, montre que le PPS est toujours et assez largement contrebalancé par des mécanismes de financements complémentaires basés sur le remboursement de certains coûts de fonctionnement. Ces mécanismes visent à tenir compte de coûts structurels que les établissements doivent supporter sans qu'ils aient les moyens de les maîtriser, ainsi que de différences de nature d'activités qui génèrent des coûts supplémentaires pour des établissements particuliers et clairement repérés. S'ils limitent l'ampleur de l'incitation à la productivité, ces éléments complémentaires introduisent en revanche plus d'équité dans le système global de financement et limitent en principe le risque d'apparition d'effets pervers.

Cependant, la nécessité d'introduire ces financements complémentaires se fait souvent au prix d'une complexification du système et de la création d'incitations de natures diverses dont les interactions rendent incertaines les prévisions d'impact de la réforme. C'est sans doute, ici, un des principaux enseignements de l'expérience américaine : les effets attendus de la

1 - En pratique, cela signifie que l'on ne tient pas compte des coûts propres d'un établissement pour fixer les prix (i.e. les tarifs) qui lui sont applicables. La mise en œuvre se décale en général un peu de la théorie dans la mesure les prix sont en général fixés sur la base de la moyenne des coûts passés. Néanmoins de nombreuses variantes peuvent exister : moyenne sur un échantillon, sur l'exhaustivité des établissements, moyenne écartée, médiane etc. . Une solution plus extrême qui se voudrait très incitatrice à la maîtrise des coûts pourrait en théorie également se baser sur le coût minimum.

réforme de Medicare, positifs ou négatifs, ne se sont pas toujours réalisés, ou pour le moins, pas de manière aussi nette qu'il l'avait été espéré (ou craint)².

L'enjeu d'une évaluation de la réforme est donc également de repérer les interactions effectives de ces comportements et leur impact, afin d'être à même d'y adapter le système de tarification. Elle s'inscrit dans une logique « d'apprentissage » qui vise prioritairement à éclairer les différents acteurs impliqués dans cette réforme et à leur fournir des éléments de mesure, de connaissance et d'aide à la décision sur les conséquences pratiques de leurs actions.

LE CHAMP DE L'ÉVALUATION

Les attendus du financement des hôpitaux par un mécanisme de paiement prospectif sont multiples, pouvant à cet égard introduire une certaine confusion dans l'esprit des différents acteurs (institutionnels et professionnels de santé), tant les objectifs peuvent paraître imbriqués les uns dans les autres, voire parfois contradictoires.

L'analyse des fondements théoriques des mécanismes de concurrence par comparaison, ainsi que les enseignements des expériences étrangères, en particulier celle de Medicare aux Etats-Unis, permettent de distinguer les objectifs ou les attendus de la réforme. Au regard de la littérature sur le sujet, le champ de l'évaluation devrait couvrir trois grands thèmes : les effets de la réforme sur l'évolution de l'activité et de l'offre de soins, son efficacité économique, les risques pesant sur la qualité et de l'accès aux soins.

L'impact de la réforme sur l'activité et l'offre de soins

La mise en œuvre du paiement prospectif est susceptible d'avoir des effets importants sur l'activité et l'offre de soins, ainsi que sur l'évolution des formes de prise en charge. La nature des incitations créées peut cependant avoir des effets contrastés, voire opposés, sur l'évolution du volume d'activité selon les stratégies développées par les établissements.

Le système de tarification à l'activité crée en effet une incitation à la minimisation des coûts qui peut se traduire par une diminution de la durée de séjour, mais pourrait inciter également à la maximisation des revenus par le développement de l'activité.

Effets sur l'activité et les modalités de prise en charge

À cet égard, diverses stratégies sont susceptibles d'être mises en œuvre par les établissements :

- augmenter le nombre de séjours rémunérés à l'activité en segmentant les séjours ;
- mais aussi limiter les coûts en réduisant la durée de séjour :
 - en faisant sortir les patients plus tôt vers le domicile ;
 - en organisant plus rapidement la sortie vers une structure d'aval (SSR, RF, HAD).
- ou encore, en développant des prises en charges réputées moins coûteuses, notamment en substituant les prises en charge en hospitalisation complète par des prises en charge en hospitalisation à temps partiel ou en chirurgie ambulatoire.

Dans ces deux derniers cas, les effets sur l'évolution de l'activité sont difficiles à prédire. Ils peuvent être soit neutres, soit permettre à l'établissement d'accroître sa capacité d'hospitalisation par une augmentation du *turn-over*, ou encore se traduire par une diminution de l'activité hospitalière liée à l'externalisation d'un certain nombre de prises en charge vers la médecine ambulatoire.

Aux États-Unis, une diminution importante du nombre d'hospitalisations³ a été constatée les trois premières années suivant la mise en œuvre du paiement prospectif traduisant en partie une baisse effective de l'activité, mais aussi un effet de déport des hospitalisations financées dans le cadre du paiement prospectif, vers des activités non soumises à cette contrainte (notamment à l'époque, l'hospitalisation à temps partiel, la chirurgie ambulatoire ou l'hospitalisation à domicile).

Du point de vue de l'évaluation, l'évolution de l'activité devra être suivie parallèlement à celle de l'offre. En particulier, les transformations des modes de prise en charge, ainsi que les transferts entre le court-séjour et les autres activités de l'hôpital.

Les effets sur l'évolution de la spécialisation ou de la diversification de l'activité

En théorie, la tarification à l'activité devrait inciter les établissements à rechercher une plus grande spécialisation de leur activité notamment dans une optique d'amélioration du processus de production des

2 - Ainsi, les dépenses hospitalières n'ont pu être ralenties durablement malgré un net fléchissement les deux premières années. A l'inverse, le constat d'une dégradation systémique de la qualité ou de l'accès aux soins ne semble pas non plus pouvoir être établi, même si des dérives plus ponctuelles ont pu survenir.

3 - Il n'existe cependant pas de consensus sur l'explication de la baisse du nombre d'hospitalisations aux Etats-Unis. Celle-ci a en effet surpris nombre d'experts qui prévoient plutôt une augmentation du nombre de séjours liée aux pratiques de segmentations (Hodgkin, McGuire, Journal of Health Economics – 1994).

soins, dans une logique de standardisation et d'économies d'échelle. Néanmoins, l'expérience américaine n'a pas confirmé ces attendus théoriques, puisque au contraire, la stratégie suivie par les hôpitaux pour maximiser leur profit n'a pas été de se réorganiser pour minimiser leurs coûts, mais plutôt de chercher à maximiser leurs revenus en développant leurs parts de marché. Ainsi, peu d'établissements ont délaissé des activités, même celles réputées peu rentables, et peu ont également cherché à se spécialiser.

Afin d'illustrer cette question, l'évolution des spécialisations entre secteurs public et privé d'une part, entre zones géographiques d'autre part, doit en outre être étudiée.

Les modalités d'adaptation de l'organisation interne

Des études qualitatives de type monographique peuvent apporter des informations complémentaires précieuses sur les modalités d'adaptation de l'organisation des établissements face à des incitations de nature nouvelle. Cet aspect de l'évaluation est particulièrement intéressant en matière d'apprentissage et de partage des expériences.

Sur ce sujet, trois points paraissent plus particulièrement importants à étudier :

- La stratégie en terme de redéploiement de ressources : quelles sont les marges de manœuvre ou les leviers de gestion généralement identifiés par les établissements ? Existera-t-il des tentatives de redéploiement des ressources entre les différentes activités, les différents services, selon quels critères ?

- La politique en matière de ressources humaines : les personnels constituant plus des deux tiers des coûts de fonctionnement d'un établissement, la gestion des ressources humaines apparaît donc comme un levier essentiel pour les hôpitaux soumis à de nouvelles contraintes de financement. Quelle sera la réaction du secteur en matière d'emploi, quelles seront les évolutions en matière de recrutement de personnels qualifiés, titulaires, contractuels ? Verra-t-on apparaître des stratégies diversifiées en fonction des caractéristiques des établissements etc. ?

Il faut également s'interroger sur les conséquences de la tarification à l'activité sur les politiques de recrutement médical.

- La politique de l'établissement en matière de système d'information :

La médicalisation du système d'information incite très largement les hôpitaux à faire communiquer les systèmes d'information administratifs, médicaux et de gestion entre eux. Le développement des outils

de pilotage médico-économiques apparaît d'ailleurs explicitement comme un objectif de la réforme.

L'efficacité économique de la réforme

En économie la notion d'efficacité peut être déclinée en trois niveaux d'analyse : la mesure de l'efficacité allocative, celle de l'efficacité productive et enfin de l'équité. En d'autres termes, on cherche ici à répondre aux questions suivantes :

- le nouveau système de financement permet-il aux établissements de santé de continuer à assurer leurs missions dans de bonnes conditions ?

- en contrepartie, et par rapport au système précédent, introduit-il une incitation plus efficace à l'amélioration de la productivité ?

- permet-il enfin de mieux répartir les ressources entre les différents hôpitaux ?

Impact en terme d'efficacité allocative

L'objectif de médicalisation du financement des établissements de santé correspond à la volonté de rechercher une meilleure adéquation entre le niveau de financement d'une part et le volume et la nature de l'activité des établissements d'autre part. Ce faisant, le système de tarification à l'activité introduit, notamment par rapport au budget global, un décalage entre les coûts de fonctionnement et les tarifs rémunérant l'activité. En toute logique, ceci crée pour les établissements la possibilité de générer un bénéfice et de manière symétrique, renforce également le risque de perte ou de déficit.

Dès lors, l'évaluation doit chercher à vérifier que, tout en fixant un niveau de tarifs suffisamment bas pour être incitatifs à la maîtrise des coûts de production, le système continue bien à fournir, pour l'ensemble du secteur hospitalier, un financement compatible avec le maintien d'une prise en charge des patients dans des conditions d'accès de qualité et de sécurité « raisonnables ».

L'impact de la nouvelle tarification sur la situation économique et financière des établissements

L'observation et le suivi régulier de la situation économique et financière du secteur des établissements de santé et son évolution fournissent des indications pertinentes pour juger globalement du bon niveau des tarifs alloués aux établissements : un nombre important et croissant d'établissements connaissant des difficultés peut être, dans certaines conditions, le signe d'un différentiel trop grand entre coûts et tarifs. D'autre part, ces informations permettront également d'identifier certains groupes d'établissements qui bénéficie-

raient ou pâtiraient plus que d'autres du nouveau système de financement.

Les modalités de fixation des tarifs

Dans le cadre du paiement prospectif, la situation économique et financière d'un établissements dépend directement du niveau des tarifs auxquels lui sont payés les soins qu'il fournit. Or, le mécanisme de fixation des tarifs (ou des prix) est un point central du système théorique de concurrence par comparaison sur lequel est basé la tarification à l'activité. Il repose sur un processus en deux étapes :

- les établissements identifient et annoncent leurs propres coûts ;
- le calcul du prix découle de la comparaison des coûts, mais il n'est ni fixé de manière arbitraire (ou négocié), ni ajusté sur les coûts constatés.

Ceci signifie que les règles de fixation des prix doivent nécessairement être transparentes pour tous les établissements et que les coûts comme les prix puissent être observables par tous. Ces conditions fondent l'efficacité des mécanismes de concurrence par comparaison incitatifs aux gains d'efficacité. Dès lors, du point de vue de l'évaluation, ce thème conduit à étudier deux aspects : d'une part, l'adéquation et l'adaptation des systèmes d'information pour rendre compte des coûts et d'autre part, la pertinence des indicateurs qui permettent de suivre l'évolution des coûts. Ce point essentiel sera développé dans la deuxième partie de cet article.

L'impact du « DRG-creep »

L'observation des expériences étrangères a permis de mettre en évidence un phénomène quasi systématique de la déformation dans le temps de la structure du case-mix dont une partie pourrait être due aux effets de changements des pratiques de codage. Cette « optimisation » du codage des séjours a pour conséquence de faire croître le prix moyen du séjour⁴ dans le temps, sous l'effet d'une augmentation « artificielle » de la lourdeur du cas moyen traité. Il faut clairement différencier le DRG-creep d'une pratique frauduleuse du codage, qui pourrait être contrecarrée par un renforcement des contrôles. Le DRG-creep est une pratique « légitime » qui apparaît inévitable et dont il faudra tenir compte.

4 - En 1989, six ans après la mise en œuvre du PPS, la PropAC estimait que la croissance du prix moyen du séjour était due pour deux tiers à l'évolution de la structure du case-mix et pour un tiers seulement au taux d'évolution « programmé » des prix des séjours ! Bien que les pratiques de codage ne soient pas entièrement responsables de la déformation du case-mix (le vieillissement de la population ou l'externalisation de certains soins vers l'ambulatoire ou le domicile ont provoqué une augmentation de la lourdeur du cas moyen traité en hospitalisation), le DRG-creep est tenu pour responsable d'une part importante de cette augmentation.

Impact sur l'amélioration de la productivité des établissements

L'amélioration de l'efficacité et de la productivité constitue sans doute un des objectifs majeurs des systèmes de paiement prospectif. Leur mesure et leur suivi sont donc au cœur du travail d'évaluation de la réforme, mais posent néanmoins de très importants problèmes méthodologiques et techniques relatifs à la fois à la mesure du produit hospitalier (output) et à celle des facteurs de productions (inputs).

La recherche d'indicateurs simples à produire et à collecter doit être privilégiée dans l'optique d'un suivi régulier de l'évolution des coûts de production, afin d'estimer les efforts de maîtrise entrepris par les établissements. Il est également important d'identifier plus précisément les groupes de charges que les établissements vont chercher maîtriser en priorité et ainsi de comprendre comment le processus de production (la manière dont les établissements mobilisent leurs ressources) se transforme sous l'effet de la tarification à l'activité.

Impact sur l'équité et la lisibilité du système

Parce qu'elle se fait sur la base du coût moyen du séjour (prix moyen pour les cliniques privées), la tarification à l'activité est potentiellement un facteur important de redistribution des ressources entre les établissements. Le montant des financements alloués avec la T2A devrait désormais mieux tenir compte du volume et de la nature de l'activité de chaque établissement.

Néanmoins, le financement en fonction du volume peut générer des difficultés pour certains établissements dont le rôle dans le maintien de la proximité des soins est structurellement associé à un faible volume d'activité. Par exemple, aux Etats-Unis, l'expérience a montré au fil du temps que le PPS désavantageait structurellement les hôpitaux ruraux en raison de la faiblesse de leur activité.

En outre, la tarification à l'activité est un système complexe composé de différents mécanismes de financements s'appliquant à différents types d'activités et venant compléter le paiement de base au GHM. La justification économique de l'existence de ces financements complémentaires est essentiellement de deux ordres.

Soit, ils permettent de financer des activités exercées par les hôpitaux qui ne sont pas décrites par la classification en GHMs. C'est le cas par exemple des missions de service public telles que la prise en charge des urgences ou l'exercice d'une activité d'enseignement et de recherche. Ces financements spécifiques introduisent alors une équité de revenus entre les établissements qui assurent ces activités et ceux qui ne le font pas.

Soit, ils permettent de compenser une certaine « incapacité » de la classification à prendre en compte certaines causes d'hétérogénéité des coûts qui sont médicalement justifiées et non imputables aux seules performances des établissements. Ce problème se pose lorsqu'au sein d'un GHM donné on trouve des séjours relevant de soins, de formes de prise en charge ou de consommations intermédiaires très divers. C'est notamment le cas des séjours avec un passage en réanimation qui se retrouvent classés dans des GHM avec des séjours sans réanimation, alors qu'il existe de très fortes différences de coûts de prise en charge. C'est aussi le cas de séjours, au sein d'un même GHM, nécessitant une pose de prothèse ou bien la consommation de médicaments dont les coûts sont très hétérogènes (par exemple GHM dans lesquels on trouve des patients avec des chimiothérapies coûteuses).

C'est enfin le cas de séjours qui, au sein d'un même GHM, sont « très anormalement » longs ou coûteux, sans que l'on puisse toutefois en observer les raisons *ex ante*. Ces séjours sont nommés « outliers » et bénéficient d'une règle de financement introduisant un paiement à la journée au-delà d'une certaine durée de séjour.

Dans ces deux derniers cas, ces règles visent à introduire une nouvelle forme de partage du risque, plus équitable, entre assureurs / financeurs d'une part et offreurs de soins d'autre part.

L'application de ces financements complémentaires soulève toutefois certains problèmes. Notamment, parce qu'ils s'appliquent à des activités ou des formes de prise en charge aux délimitations imprécises ou dont les coûts sont assez largement méconnus, ces financements vont affecter différents établissements de manière incertaine.

En particulier, une problématique importante est de savoir si le système génère ou non des effets de subventions croisées. En effet, l'expérience américaine a montré que les hôpitaux universitaires cumulent différentes caractéristiques qui leur permettent de bénéficier, outre la totalité des financements liés aux coûts indirects de l'enseignement, de la majeure partie de ceux dédiés à la prise en charge des personnes précaires et des outliers. Or, il existe sans doute des corrélations fortes entre ces différentes formes d'activités et de prise en charge, qui ont d'ailleurs motivé une dimi-

nution régulière du financement des « coûts indirects de l'enseignement » dans le dispositif américain.

Il est donc important de suivre comment ces différents types de financement vont se distribuer entre les établissements et la part qu'ils vont prendre dans le revenu global de chaque structure.

En outre, ils peuvent créer des incitations à faire évoluer les prises en charges vers les activités couvertes par des modes de financement moins contraignants, ou donner lieu à des « redistributions » au sein de chaque établissement de santé. Néanmoins, ceci ne sera possible que si le système, malgré sa complexité, réussit à maintenir un bon niveau de lisibilité par les directions d'établissements, en leur offrant ainsi une meilleure capacité à se positionner par rapport aux règles d'allocation des ressources (compréhension du système, visibilité apportée en matière de gestion, de définition de stratégie d'investissement et de développement).

Quel risque pour la qualité et l'accès aux soins ?

Les risques portant sur la qualité et de l'accès aux soins liés à un système de financement prospectif sont souvent soulignés par les experts. Aux États-Unis, leur évaluation a constitué une préoccupation majeure de la ProPAC et de nombreux travaux ont été entrepris sur ce sujet par des chercheurs en économie de la santé ou en santé publique, mobilisant des moyens importants. L'une des plus importantes et des plus rigoureuses a été menée par la Rand à la fin des années quatre-vingts et publiée en 1990 dans le JAMA⁵. Celle-ci a permis de constater une plus grande instabilité de l'état de santé des patients à la sortie de l'hôpital après passage au paiement prospectif, sans pour autant qu'il y ait des conséquences en terme de mortalité. De nombreuses autres études ont été menées, mais leurs résultats s'avèrent parfois contradictoires. Il semble néanmoins, selon la ProPAC qu'il ne soit pas intervenu de phénomènes de dégradation générale de la qualité et de l'accès aux soins, même si certaines études ont néanmoins mis en évidence des problèmes plus spécifiques à certaines pathologies ou certains groupes de patients.

Une revue de la littérature serait à cet égard instructive, même si les résultats américains ne sont pas directement transposables au contexte français.

5 - KAHN K.L. et al. : « The effects of the DRG-Based Prospective Payment System on Quality of Care for Hospitalized Medicare Patients », *Journal of the American Medical Association*, october 17, 1990, Vol 264, N° 15.

L'impact sur la qualité des soins

Le paiement prospectif incitant à la réduction des coûts et à la maximisation des revenus, notamment par la réduction de la durée moyenne de séjour, les risques relatifs à la qualité des soins doivent être analysés en regard des incitations la diminution de la quantité et / ou de l'intensité des soins doivent être considérés. En outre, la contrainte financière pesant sur les établissements dont les coûts seront supérieurs aux tarifs en vigueur peut également avoir un impact sur les conditions générales de travail, d'hygiène ou de sécurité, avec des répercussions sur la qualité de prise en charge des patients.

L'observation et la mesure de la qualité des soins et de la prise en charge représentent donc un aspect essentiel de l'évaluation de la réforme, mais ils rencontrent cependant des difficultés de nature méthodologique importantes. Celles-ci sont principalement de trois ordres. En premier lieu, il n'existe pas une dimension unique de la qualité du système hospitalier. Il ne peut donc exister un indicateur synthétique de la qualité (sous forme de score par exemple) simple à analyser et permettant de comparer les établissements entre eux ou les situations avant et après le passage à la tarification à l'activité. C'est donc vers la production d'une pluralité d'indicateurs qu'il faut s'orienter, chacun offrant une vision partielle de la qualité. En outre, les indicateurs qualité, et en particulier les indicateurs de résultats, prêtent à des interprétations parfois ambiguës lorsqu'ils ne sont pas replacés dans un contexte précis. Les différents indicateurs produits doivent de fait constituer un ensemble cohérent de manière à décrire un modèle très structuré de la qualité. Enfin, les systèmes d'information ne collectent actuellement que rarement ce type d'indicateurs.

L'impact sur l'accès aux soins

Dans le cadre d'un financement des établissements de santé par un système prospectif, la théorie économique a identifié plusieurs risques de nature différente. En premier lieu, les risques liés aux difficultés financières pour certains établissements soulèvent la question de la continuité des soins à un niveau local. Même si dans le contexte français, le risque de faillite ne paraît réellement crédible que pour les établissements de santé privés, le problème peut se poser clairement en matière de prise en charge des naissances ou de certains pans de la chirurgie.

Des problèmes d'accès peuvent encore être liés aux stratégies de développement des établissements. La littérature identifie de ce point vue trois types de risques :

- la « sur-fourniture » de soins aux patients atteints de pathologies peu sévères (creaming) ;
- la « sous-fourniture » de soins à ceux atteints de pathologies sévères (skimming) ;
- la sélection explicite des patients et l'exclusion des cas les plus lourds (dumping).

Si le premier se traduit essentiellement par un risque financier pour l'assurance maladie, les deux autres posent un problème d'accès à des soins de qualité qui doivent pouvoir être identifiés.

En outre, les effets incitatifs probables de transferts d'activité de l'hospitalisation complète vers le moyen séjour, l'hospitalisation à temps partiel ou d'autres formes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation soulignent la problématique des inégalités déjà existantes de la répartition des capacités de prise en charge sur le territoire. Il se posera en effet un problème d'équité des règles de facturation qui bénéficieront à ceux qui parviennent à réduire leur durée moyenne de séjour, s'il existe des problèmes de prise en charge en aval ou d'alternatives à l'hospitalisation dans certaines zones géographiques.

Enfin, le nouveau mode de financement suggère des interrogations en matière de diffusion des innovations techniques ou de prise en charge. La tarification à l'activité repose sur l'existence d'une nomenclature permettant de codifier des actes. Si la nomenclature n'est pas assez rapidement actualisée, il peut apparaître un problème d'accès financier aux nouvelles techniques plus coûteuses. Ce point important doit également être intégré dans le champ de l'évaluation.

DE LA DÉFINITION DES PROBLÉMATIQUES À LA MISE EN ŒUVRE DE L'ÉVALUATION

Faire le bilan de l'existant

Les systèmes d'information hospitaliers

Tout processus d'évaluation passe à un moment donné par un rapprochement d'une mesure des résultats (ou une estimation) avec les moyens mis en œuvre. Dans le cadre de la T2A, il s'agira notamment de comparer l'évolution de l'activité hospitalière avec celle des structures de soins et des ressources mobilisées pour les faire fonctionner.

Actuellement, il existe principalement deux systèmes d'information concernant l'activité et l'équipement des établissements de santé, utilisés de manière complémentaire selon le domaine d'activité et de l'organisation des soins. Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la Direction des hôpitaux (et géré dorénavant par l'Agence technique de l'information hospitalière) constitue le système d'information sur lequel se base le mécanisme

de tarification à l'activité. Il décrit le « produit hospitalier » en groupes homogènes de séjours. La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) mise en place par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), profondément renouée sur l'exercice 2000, recense l'ensemble des équipements et des personnels par établissement, elle fournit également quelques indicateurs agrégés d'activité.

En soins de suite et de réadaptation (SSR), ainsi qu'en soins de longue durée, les données d'activité actuellement disponibles sur l'ensemble des établissements proviennent de la SAE. Ces données seront bientôt complétées par le PMSI-SSR dont la phase de montée en charge se termine.

En psychiatrie, une autre source administrative collectée par la DREES, les rapports de secteur, complète les données de la SAE. En outre, le « PMSI psychiatrie » est en cours d'expérimentation.

Il existe bien évidemment d'autres sources d'informations sur les établissements de santé, mais celles-ci n'ont pas réellement le statut de système d'information, soit en raison de l'incomplétude du champ qu'elles couvrent, de leur caractère non représentatif ou encore de la non organisation d'une collecte systématique en routine (ou du moins périodique). A cet égard, on peut par exemple citer la synthèse annuelle des données sociales hospitalières des établissements publics de santé qui ne concernait, pour l'exercice 1999, 103 hôpitaux.

Par contre, deux lacunes importantes sont clairement identifiées dans les systèmes d'informations : la première concerne les informations de nature économique, la seconde tient à l'absence de recueil d'éléments ayant trait à la qualité des soins.

Sur le premier point, il faut cependant distinguer les informations ayant trait aux données budgétaires et financières des établissements de celles visant à la connaissance des coûts de production.

En ce qui concerne les données budgétaires et financières, il existe déjà des recueils d'informations à différents niveaux : bases budgétaires des établissements financés par dotation globale, retraitements comptables, projet de tableau de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé, comptes des cliniques privées. Néanmoins, pour les établissements actuellement sous dotation globale, on ne peut disposer d'une ventilation des budgets par type d'activités.

La connaissance des coûts de production reste quant à elle largement insuffisante. D'une part, l'échantillon des établissements publics et PSPH participant à l'étude nationale de coûts est encore trop limité, et d'autre part, il n'existe pas encore d'étude de coûts validée au sein des cliniques privées.

Enfin, il n'existe pas aujourd'hui de système de recueil d'indicateurs de qualité de manière standardisée et systématique. Ce point sera abordé plus en détail dans la suite de cet article.

Les travaux actuellement mis en œuvre

Actuellement, les utilisations du PMSI et de la SAE sont multiples, et les deux systèmes d'information ont vocation à servir d'outils de gestion et d'aide à la décision aussi bien au sein même des établissements de santé, qu'à un niveau externe, qu'il s'agisse d'organismes d'études publics ou privés, des organisations représentatives des établissements ou encore de leurs

ENCADRÉ 1 ●

LA RECHERCHE DE COHÉRENCE ENTRE LES DIFFÉRENTS SYSTÈMES D'INFORMATION : L'EXEMPLE DE LA SAE ET DU PMSI

L'objectif retenu pour la rénovation de la SAE a été de permettre une meilleure appréciation des activités et des moyens à partir desquels les établissements dispensent leurs soins. Le parti a été pris de la complémentarité avec le PMSI pour réduire la charge de réponse des établissements enquêtés, et d'une interrogation par établissements géographiques pour harmoniser le niveau de description des établissements publics et privés et localiser les activités et les équipements. En outre, la rénovation de la SAE a globalement amené à un rapprochement des concepts de séjours dans le PMSI et la SAE.

Cependant, certains écarts persistent, en particulier du fait que la SAE mesure les séjours commencés dans l'année, alors que le PMSI concerne les séjours terminés dans l'année. Le champ de la SAE et du PMSI divergent également en ce qui concerne également les structures gérant des équipements lourds liés à des activités de soins (dialyse et radiothérapie) sans hospitalisation. C'est ainsi que dans la SAE, les centres de radiothérapie privée et les associations de dialyse qui gèrent des unités d'auto-dialyse sont interrogés sur leur activité et les moyens techniques qu'elles mettent en œuvre pour les traitements et cures ambulatoires qu'elles prennent en charge. Par contre, ces établissements n'apparaissent pas dans la base PMSI car ils ne sont pas d'obligation réglementaire de production de données médicalisées.

De surcroît, le PMSI ne mesure que 96 % de l'activité MCO car certains établissements ne décrivent pas de manière exhaustive leur activité MCO dans le PMSI et, d'autre part, son champ ne couvre pas totalement l'activité MCO des établissements à tarifs d'autorité, ni celle des Hôpitaux locaux et des Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie.

organismes de tutelles. C'est plus particulièrement cette utilisation externe des bases de données hospitalières qui nous intéresse dans le cadre de l'évaluation.

Il existe bien évidemment une grande diversité de travaux d'études et d'analyse qui mobilisent le PMSI et la SAE, mais peu le font conjointement et à grande échelle. On s'attachera donc ici plus particulièrement à citer et à décrire succinctement deux types de mobilisation des deux bases qui pourraient trouver une utilité assez directe pour l'évaluation de la T2A. En outre, ces travaux statistiques ont en commun le fait d'être réitérés tous les ans.

Depuis 1998, la Drees procède au rapprochement statistique des deux bases de données PMSI et SAE, établissement par établissement. Un premier intérêt de ce travail complexe est de permettre un contrôle de la qualité des données (notamment de l'exhaustivité) en comparant le nombre de journées d'hospitalisation déclaré dans les deux bases, qui devrait en principe être identique à champ constant. Une conséquence directe de ce travail est ainsi de pouvoir procéder à un redressement statistique, par établissement et par groupe d'établissements, des évolutions qui apparaissent aberrantes et donc de rendre plus fiables les mesures de l'évolution de l'activité hospitalière au cours du temps.

Le troisième intérêt est enfin de pouvoir analyser la structure et la répartition de l'offre hospitalière, ainsi que son évolution, fournissant ainsi un panorama complet du paysage hospitalier français, à l'exception des éléments budgétaires et financiers.

L'enjeu pour l'évaluation de la T2A réside dans la capacité des systèmes d'information à suivre et analyser les évolutions de l'offre de soins et de l'activité qui s'y attache.

Au regard des problématiques développées dans la première partie de cet article, le suivi de la démographie des établissements apparaît comme un point clé en raison des risques de pertes financières que la T2A introduit dans le système hospitalier. Que va-t-il advenir des établissements qui ne parviendront pas à réduire leurs coûts de production au niveau des tarifs en vigueur ? Même si le risque de « faillite » apparaît peu crédible, tout au moins dans le secteur public, on peut néanmoins s'interroger sur le rôle que pourrait jouer la T2A en tant qu'incitation plus ou moins forte à restructurer les établissements. Au jour d'aujourd'hui, le système d'information hospitalier ne permet pas un tel suivi car le répertoire FINISS des établissements sanitaires et sociaux ne suit pas dans le temps le devenir des établissements. C'est pourtant une évolution souhaitable de cette base de données.

De manière corollaire, l'étude plus spécifique des caractéristiques des établissements qui ferment, ou cessent certaines activités, se révèle intéressante pour

analyser et expliquer la nature des incitations que pourraient générer la T2A. En particulier, l'apparition éventuelle de phénomènes de concentration ou de spécialisation de l'activité de la part d'établissements à la recherche d'économies d'échelle, de gamme ou d'organisation constitue également un des points essentiels de l'évaluation de la T2A. En effet, une trop grande spécialisation ne paraît pas souhaitable pour deux raisons : d'une part, elle peut créer des problèmes d'accès aux soins et d'autre part, en générant de fait des situations locales de quasi-monopoles, elle remet en cause les mécanismes de concurrence par comparaison et incite au contraire à un retour à la négociation des tarifs entre la tutelle et les producteurs de soins.

Le suivi de l'évolution des modes de prise en charge constitue un troisième point clé en matière de système d'information. Il est important de rechercher s'il va se développer des logiques de transfert plus précoce vers d'autres disciplines, notamment celles n'entrant pas dans le champ de la T2A (dont le moyen séjour). L'accélération éventuelle de la substitution des prises en charge en hospitalisation complète par des formes alternatives à l'hospitalisation (chirurgie ambulatoire, hospitalisation à temps partiel, HAD, séances, consultations...) constitue l'autre aspect des modifications des modes de prise en charge attendues après passage à la T2A. Cela suppose aussi un travail de réflexion conjoint et cohérent sur les systèmes d'information concernant la médecine ambulatoire qui offrent encore peu de possibilités pour suivre la nature des pathologies et des actes médicaux réalisés dans ce secteur.

Enfin, il sera également intéressant de suivre la diffusion de certaines technologies ou innovations à travers quelques indicateurs simples d'évolution de l'offre ou de l'activité (nombre d'établissements concernés, nombre de patients traités ou de séjours et d'actes réalisés).

Autre système d'information hospitalier, l'analyse de gestion hospitalière nationale (AGHN), réalisée par l'ATIH, présente quant à elle l'intérêt de regrouper des données issues du PMSI, de la SAE et de la comptabilité publique relatives aux dotations globales de financement et aux retraitements comptables.

Elle a été créée au début des années 80 pour fournir des informations synthétiques sur l'activité et les moyens des établissements hospitaliers et permettre des comparaisons inter hospitalières. L'AGHN reste cependant limitée pour plusieurs raisons. Elle ne concerne que les établissements actuellement financés par dotation globale, et de manière non exhaustive. En outre, elle reste peu utilisée pour procéder à des analyses économiques en raison du détail insuffisant des données provenant des retraitements comptables.

Comme cela a déjà été souligné, il existe d'autres travaux exploitant à la fois le PMSI, la SAE et d'autres sources de données telles que les données budgétaires des établissements sous dotation globale ou les résultats économiques et financiers des cliniques privées. A titre d'exemple, on peut citer la base de données hospitalière de France (BDHF) pilotée par la Fédération hospitalière de France (BDHF) pilotée par la Fédération hospitalière de France, ou encore l'étude la société CTC conseils réalisées chaque année sur environ 150 cliniques privées à la demande de la Fédération de l'hospitalisation privée.

Ces travaux fournissent bien évidemment des résultats intéressants, mais au regard des besoins pour l'évaluation de la réforme du financement des établissements de santé, trois types de problèmes persistent :

- les indicateurs utilisés par les uns et les autres sont non standardisés dans leur définition, leurs modes de production et de collecte ;
- aucun système ne présente un caractère de complétude suffisant au regard de la multiplicité et de la transversalité de problématiques concernées par les éventuels impacts de la mise en œuvre de la tarification à l'activité ;

- il apparaît nécessaire d'améliorer les possibilités et la simplicité de croisement des différentes bases de données en améliorant leur communicabilité et leur cohérence conceptuelle.

Le développement des études et indicateurs pertinents

La consolidation des bases méthodologiques

Longtemps, le suivi du système hospitalier s'est fait à l'aune de quatre indicateurs baptisés aujourd'hui les « quatre vieux » qui sont : le nombre de séjours, le nombre de journées, la durée moyenne de séjour et le taux d'occupation ; ceux-ci ne fournissant qu'une estimation très approximative de l'efficacité ou de la qualité de la production de l'établissement. La productivité de plateaux techniques était également approchée de manière plus précise par la mesure du nombre de lettres clefs de la Nomenclature générale des actes professionnels produite selon les différents lieux concernés (bloc opératoire, radiologie, laboratoires de biologie...).

L'introduction du PMSI a permis d'enrichir sensiblement la panoplie des indicateurs (case-mix, PMCT, point ISA, transferts, mortalité hospitalière, ré-hospitalisations avec le chaînage des séjours...). Or, l'expérience a montré que pris indépendamment et placés hors d'un cadre de référence et d'analyse très précis, nombre de ces indicateurs posaient des problèmes d'interprétation ou de fiabilité.

Un autre problème méthodologique déterminant est lié à la construction de l'échelle de coûts. C'est cette échelle de coûts relatifs qui permet d'attribuer à chaque groupe homogène de malade un nombre de points ISA et donc de calculer les tarifs applicables à chacun des groupes homogènes de séjours (GHS). Or aujourd'hui, celle-ci pose un problème de viabilité méthodologique de deux points de vue.

Le premier tient au faible nombre d'établissements inclus dans l'échantillon qui sert à calculer les coûts. Actuellement, moins d'une soixantaine d'hôpitaux (tous publics ou privés PSPH financés par dotation globale) participent à l'étude nationale de coûts et parmi eux, certains ne participent qu'au titre de quelques services. Statistiquement ceci limite très fortement l'observation de l'hétérogénéité des coûts et oblige réciproquement à appliquer aux résultats bruts des techniques de redressements statistiques de l'échantillon considérées par certains spécialistes comme limitant fortement la transparence et la logique du mécanisme de fixation des prix, propre au paiement prospectif. Par contraste, on notera qu'en Australie, la base de données des coûts des hôpitaux est constituée par près de 67% des séjours annuels.

ENCADRÉ 2 ●

L'AGHN : UNE BASE DE DONNÉES EN ÉVOLUTION

Au fil des années cette base de données a évolué pour aujourd'hui une série de tableaux de bords synthétiques en regroupant des informations issues de trois sources différentes :

- *des données d'activité issues du PMSI : description succincte du case-mix de l'établissement et de production de points ISA, quelques indicateurs sur le poids moyen du cas traité (PMCT), l'âge moyen des patients, le pourcentage d'actes classés réalisés ou la répartition des points ISA produits selon la nature de l'activité...*

- *des ratios budgétaires construits à partir des données comptables des établissements : il est notamment présenté la décomposition comptable de la valeur du point par grands groupes de dépenses, tels que présentés dans le retraitements comptables fournis par les établissements ;*

- *des croisements d'informations issues de la SAE et du PMSI et des données comptables permettant de construire quelques indicateurs simples : budget MCO rapporté au nombre de lits et places, de journées ou de points ISA, nombre de personnels médical / non médical en exprimé en équivalent temps plein rapporté au nombre de journée ou au nombre de points ISA produits.*

Le second point tient à l'absence, dans la méthode de comptabilité analytique, de mesure de la charge en soins non médicaux non directement affectable au séjour. En particulier, en l'absence d'outil de mesure de la charge en soins infirmiers, celle-ci est affectée au séjour par le truchement de la durée moyenne de séjour du GHM concerné. Là encore, la conséquence en est la forte limitation de la mesure de l'hétérogénéité des coûts.

De nouveaux types de données

Les limites énoncées précédemment ne doivent cependant pas être considérées comme des obstacles à la mise en œuvre de la l'évaluation de la T2A. Au contraire, cette dernière constitue une opportunité pour développer les systèmes d'information. L'évaluation prend à cet égard une importance stratégique en matière d'investissement dans ce domaine. L'efficacité de la T2A ne paraît pas pouvoir être dissociée d'une amélioration de la connaissance du système hospitalier, aussi bien sur le champ économique (connaissance des coûts et des résultats économiques et financiers) que sur celui de la qualité et de l'accès aux soins.

Il faut cependant garder à l'esprit que la production de l'information a un coût, parfois élevé (production, stockage, traitement et analyse).

Des indicateurs sur la qualité et l'accès aux soins

Comme cela a déjà été souligné, il n'existe pas à proprement parler de système d'information visant à recueillir spécifiquement des indicateurs de qualité des soins.

Depuis sa refonte à partir de l'exercice 2000, la SAE collecte quelques indicateurs qui peuvent s'apparenter à des indicateurs de moyen ou de processus en matière de qualité des soins. Ainsi, le bordereau « PN : suivi des politiques nationales » interroge chaque entité juridique sur sa procédure de recueil de la satisfaction des patients, le niveau d'informatisation du dossier médical, les ressources en personnel et le temps de formation consacrés à la lutte contre les infections nosocomiales, les moyens ou procédures mises en œuvre pour développer la lutte contre la douleur, la sécurité liée aux produits de santé ou aux activités de soins, ou encore pour accueillir les personnes en situation de précarité. Le taux de rensei-

ENCADRÉ 3 ●

DEUX EXEMPLES SUR LES DIFFICULTÉS DE CONSTRUCTION ET DE CALCUL DES INDICATEURS : LE TAUX DE MORTALITÉ DIFFÉRÉ ET LE TAUX DE RÉHOSPITALISATION

Souvent mis en avant pour établir des comparaisons entre hôpitaux, les taux de mortalité hospitalière apparaissent en effet comme un outil simple mais peu valide de la mesure de la qualité des soins.

Pouvoir établir qu'il existe ou non un problème de qualité des soins dans un établissement au regard de son taux de mortalité suppose de pouvoir répondre au moins à trois questions :

- *De quelle mortalité parle-t-on : s'agit-il de la mortalité constatée durant le séjour hospitalier ou bien celle constatée à une distance fixe de l'admission (30, 60 ou 90 jours...)?*
- *S'agit-il d'un taux de mortalité calculé globalement sur l'hôpital ou bien la combinaison de plusieurs taux spécifiques à des sous-populations différentes ?*
- *S'agit-il de la mortalité brute ou bien celle ajustée sur le sévérité (ou la gravité) et comment définit-on et sélectionne-t-on les méthodes d'ajustement à employer ?*

Répondre à ces questions soulèvent de nombreuses difficultés. Par exemple, le calcul du taux de mortalité à distance implique de croiser plusieurs sources de données qui a priori ne sont pas compatibles (PMSI et registre des décès de l'INSEE). Le taux de mortalité à distance fait actuellement l'objet d'une étude de faisabilité par la DREES dans le cadre d'une convention avec l'hôpital Paul Brousse. La phase d'analyse méthodologique est aujourd'hui terminée et une expérimentation sur trois hôpitaux de Bretagne devrait débuter à l'automne 2003. Les conclusions de cette expérimentation devraient être disponibles fin 2004.

Le taux de ré-hospitalisation apparaît comme un indicateur important dans le cadre de l'évaluation de la T2A car il a souvent été avancé que celle-ci constituait une incitation à la segmentation des séjours de manière à ce que l'établissement perçoivent plusieurs forfaits là où il ne recevait qu'un seul paiement précédemment. Le récent chainage des séjours dans le PMSI a parfois laissé penser qu'il serait désormais possible et simple de suivre précisément l'évolution de cet indicateur. Or ici encore, il n'en est rien, pour plusieurs raisons. En premier lieu, à l'échelle d'un établissement, le taux de ré-hospitalisation n'est comparable que pour certaines pathologies ou actes identiques. Il arrive en effet que, dans le cadre de certains soins, la ré-hospitalisation soit programmée et tout à fait légitime. Par ailleurs, les données issues de la base nationale du PMSI actuel posent un problème de calcul de ce taux. La littérature scientifique montre en effet qu'à l'instar du taux de mortalité, le taux de ré-hospitalisation doit être calculé à distance fixe de l'admission (le plus souvent à 7, 30 ou 60 jours). Or, on ne dispose pas aujourd'hui des dates d'entrées et de sorties relatives aux séjours dans le PMSI, seul le mois d'hospitalisation y figurant afin de garantir l'anonymat des données. La possibilité de calculer cet indicateur pourtant central demanderait donc de réaménager le système d'information et sa réglementation.

gnement de ces indicateurs reste cependant encore trop moyen et la variabilité des valeurs déclarées difficile à interpréter.

Ces premiers constats ne doivent toutefois pas inciter à renoncer au recueil d'indicateurs de qualité produits par les établissements. La qualité des soins et de la prise en charge des patients constitue une préoccupation majeure de l'évaluation de la tarification à l'activité et un suivi régulier de son évolution apparaît indispensable. Il reste à savoir comment celui-ci peut être mis en œuvre.

Deux options complémentaires semblent pertinentes et doivent être explorées : la première consiste à définir, construire et collecter des indicateurs ad hoc au niveau des établissements ; la seconde vise à mobiliser les données des systèmes d'information existants pour construire « ex-post » des indicateurs rendant compte de la qualité.

La collecte d'indicateurs ad hoc produits par les établissements se heurte néanmoins à des difficultés d'ordre culturel, technique et méthodologique. En premier lieu, elle demande de s'entendre sur une définition de la qualité que doivent s'approprier l'ensemble des acteurs du système hospitalier : personnels soignants, administratifs et organismes de tutelle. La définition de la qualité doit donc englober plusieurs dimensions dans l'ensemble desquelles chacun pourra se retrouver. Parmi les indicateurs souvent évoqués dans la littérature, on peut citer le taux d'absentéisme pour raison médicale par type d'emploi, les délais d'admission en établissement de soins de suite et de rééducation, le taux de lits de court séjour concernés par une enquête de prévalence ou d'incidence d'une infection nosocomiale, ou encore parmi les indicateurs de résultats, le taux d'escarres, le taux d'hospitalisations non prévues après une chirurgie ambulatoire ou bien le taux de réclamations ayant entraîné une ouverture de dossier...

La deuxième difficulté est liée à la faiblesse des systèmes d'information internes aux établissements. La production des indicateurs demande un large développement de l'informatisation de l'activité, des consommations, de la gestion des ressources humaines... Enfin, ces indicateurs peuvent être utilisés différemment. Ils peuvent d'une part servir d'indicateurs sentinelles, c'est-à-dire servir de marqueurs d'une dégradation générale de la qualité. Dans ce cas, l'enjeu dans le cadre de l'évaluation de la T2A est de disposer d'indicateurs simples et aisés à produire de manière à en disposer rapidement. Si d'autre part, l'enjeu consiste aussi à comparer les établissements du point de vue de leurs résultats en matière de qualité, il s'agit dès lors de construire un véritable système d'information qui permette de maîtriser tout le processus de construction et de recueil des indicateurs.

Les expériences montrent en effet que ceux-ci sont très sensibles aux modalités de recueil de l'information et de calcul utilisées pour les construire. En outre, les comparaisons impliquent aussi la définition de normes et de références sur lesquelles elle seront fondées. Or, on manque au jour d'aujourd'hui d'un corpus de techniques et de méthodologies permettant cette mise en œuvre.

De surcroît, l'attribution d'un lien de causalité entre les mesures de la qualité réalisée et la mise en œuvre de la T2A sera très délicate dans la mesure où l'on ne dispose pas de données concernant la période actuelle. La mise en œuvre de la construction d'un tel système d'information devrait constituer une priorité du travail d'évaluation.

Parallèlement, des indicateurs sur la qualité des soins peuvent également être construits à partir de la SAE et du PMSI. Il est par exemple intéressant, sinon nécessaire, de suivre annuellement des groupes de populations spécifiques qui pourraient présenter un risque particulièrement sensible de dégradation de leur état de santé si la qualité des soins venait à se détériorer. De fait, quelques d'indicateurs généraux ne sont pas, à proprement parler, des indicateurs de qualité, mais constituent plutôt des indicateurs sentinelles : le nombre d'hospitalisations, le taux d'hospitalisation par rapport à la population concernée, la durée moyenne de séjour et la mortalité à 30 jours (encadré 3).

Ces populations spécifiques sélectionnées sur des critères d'âge, de pathologie ou de situation sociale pourraient être :

- en fonction de l'âge : les plus de 80 ans (4 tranches d'âges par groupe de 5 ans) et les enfants de moins de 3 ans (les moins de 1 an et les 2 - 3 ans) ;
- en fonction de critères sociaux : patients bénéficiant de la CMU ou de l'Aide médicale Etat (AME) ;
- en fonction de certaines de certaines pathologies: Insuffisance cardiaque, Infarctus aigu du myocarde, Maladies vasculaires liées à un diabète, AVC, Pneumonie, Fracture du col du fémur, Tentatives de suicides (PMSI).

Des données sur la situation économique et financière des établissements

Afin d'évaluer l'adéquation du niveau de financement aux coûts supportés par les établissements, il serait utile de mettre en place un suivi régulier de la situation économique et financière des établissements de santé. Ceci requiert de travailler sur trois points spécifiques :

- définir des indicateurs de résultats économiques et financiers ...
- concevoir une méthodologie permettant de comparer la situation des établissements des trois sec-

teurs (publics, privés non lucratifs et privés lucratifs) ;

- assurer la collecte et la centralisation des données pour permettre un suivi annuel.

Des analyses sur la productivité hospitalière

La notion de productivité des établissements de santé reste encore très difficile à appréhender. La productivité est définie comme le rapport entre une mesure de l'activité et les ressources engagées. L'indice synthétique d'activité (le point ISA) constitue à cet égard une approche de l'efficacité productive des établissements. Elle est néanmoins très critiquée car justement trop synthétique pour prendre en compte l'ensemble des éléments qui permettraient de comparer, toutes choses égales par ailleurs, les performances des établissements dans ce domaine.

De fait la mesure de la productivité à l'hôpital soulève plusieurs types de questions. En premier lieu, il s'agit de savoir comment mesurer l'activité. La classification des GHM offre une description du produit hospitalier mais pose le problème de décrire près de 600 produits rien que pour le court séjour. La notion de productivité peut également renvoyer à des mesures intermédiaires de l'activité : nombre moyen d'heures infirmières passé auprès d'un patient pendant son séjour, durée moyenne d'ouverture du bloc opératoire ou d'utilisation d'un équipement d'imagerie etc...

Ainsi, une autre question est donc de savoir si l'on peut produire des mesures plus agrégées de la productivité, voire de définir un indicateur de productivité globale. Enfin, la question de la définition des outils de mesure reste également posée. Faut-il nécessairement mettre en place une comptabilité analytique, quel niveau de détail ou de finesse faut-il envisager pour la construction des clés de répartition etc... ?

Ici encore, l'évaluation doit débiter par un travail de nature méthodologique.

Quel effort pour construire et adapter les systèmes d'information ?

A l'instar de la qualité des soins, la mesure de la productivité soulève une interrogation sur le coût de construction ou d'adaptation des systèmes d'information au sein des hôpitaux. Il est notamment avancé par des gestionnaires que la mise en place d'une comptabilité analytique précise, calculant un coût par séjour, s'avère très lourde et coûteuse alors qu'elle n'apparaît pas toujours nécessaire au pilotage des établissements. On retrouve ici une problématique commune aux grands systèmes d'information qui pose de fait indirectement la question de leur fiabilité : comment faire en sorte que l'information produite soit utile à la

fois aux organismes de tutelle commanditaires et aux établissements producteurs ?

Plusieurs types de réponses peuvent être envisagés. Il s'agit d'abord de recourir à l'échantillonnage dès que cela s'avère possible, au lieu de demander à la totalité des établissements de fournir des données; cela suppose toutefois que l'on soit capable de construire un échantillon représentatif dont on mesure les biais de construction et pour lequel on dispose d'une information fiable pour redresser les données collectées. Il faut aussi savoir parfois se contenter d'une information synthétique lorsque l'expérience montre que l'information détaillée est difficilement exploitable, soit par manque de fiabilité, soit par manque de temps pour la traiter.

Enfin, l'établissement aura intérêt à produire une information fiable si celle-ci est utilisée à des fins de gestion, de régulation, ou de financement. L'objectif de benchmarking est souvent évoqué comme un moteur pour le développement des systèmes d'informations par les établissements. A cet égard, l'organisation d'un retour d'information vers les établissements, mise en forme et structurée, est indispensable pour leur permettre de se situer par rapport à des moyennes nationales, régionales ou à différents groupes d'établissements, en fonction de la taille ou de la nature de l'activité etc..

Cependant, et au-delà de la simple comparaison de chaque établissement avec une référence ou une norme, l'utilisation des informations par les organismes de tutelle dans le domaine du contrôle, de la régulation, de l'organisation de l'offre ou du financement incite dès lors les établissements à mobiliser également cette information comme outil de gestion interne.

C'est en tous cas ce qui est attendu pour le PMSI dans le cadre de la T2A.

VERS UNE MESURE GÉNÉRALISÉE DE LA PERFORMANCE HOSPITALIÈRE ?

L'évaluation cherche à formuler un jugement sur le niveau d'atteinte d'objectifs a priori initialement fixés. Dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, les objectifs peuvent apparaître multiples, voire implicites. Par exemple, le choix du niveau des tarifs n'est pas anodin : un tarif inférieur à la moyenne nationale des coûts traduira la volonté de rechercher une forte augmentation de la productivité. Un tarif proche de la moyenne ou de la médiane, pourra quant à lui souligner la priorité donnée à la redistribution des ressources entre les établissements. De même, les choix de construction de l'échelle de coûts relatifs ne sont pas dénués de formes d'incitation économique pour privilégier telle ou telle forme de prise en charge.

On ne pourra donc mener l'évaluation de la réforme du financement des établissements de santé sans une analyse et une clarification préalable des objectifs poursuivis de façon à les traiter un à un.

Par ailleurs, la démarche d'évaluation, telle qu'elle est décrite ici, apparaît à l'évidence extrêmement ambitieuse. Le coût de production de l'information est élevé, ce qui incite fortement à éviter les redondances et à bien cerner l'information utile, ainsi qu'à rechercher une réelle complémentarité entre les différents systèmes d'information. Celle-ci passe notamment par la mise en œuvre de procédures de codifications communes qui leur permette de communiquer entre eux.

En outre, les indicateurs que l'on souhaite construire doivent être classés en différentes catégories, reflétant les moyens à mobiliser pour les renseigner et la fréquence de leur production. Les indicateurs constructibles à partir des systèmes d'information généraux doivent ainsi être privilégiés. Quatre catégories ici sont proposées :

- ces indicateurs peuvent être renseignés directement à partir des systèmes d'information hospitaliers existants (FINESS, PMSI, SAE, bilans sociaux) ;
- ces indicateurs peuvent être construits en croisant les systèmes d'information hospitaliers et d'autres types de données statistiques (DADS, ..., recensement de la population etc... - pour calculer par exemple : taux de recours pour certaines catégories spécifiques de population, mortalité à 30 jours...);
- des indicateurs doivent être recueillis en routine et nécessitent une modification des systèmes d'information actuels ;
- des indicateurs spécifiques, plus précis ou plus qualitatifs qui ne nécessitent pas un recueil en routine, mais des enquêtes ou études plus ponctuelles.

Il est donc important de prendre conscience du caractère stratégique de l'investissement qui doit être réalisé dans le système d'information hospitalier. La fiabilité des outils de mesure de l'activité, la garantie de l'honnêteté et de la qualité des données transmises aux uns et aux autres, la lisibilité du système par l'ensemble des acteurs passent nécessairement par un système d'information performant. En outre, celui-ci ne peut se limiter aux seules mesures de l'activité et des coûts, mais il doit permettre de suivre l'évolution de la structure de l'offre hospitalière, des modes de prise en charge et de la qualité et de l'accessibilité aux soins.

Dès lors, il devient intéressant de se demander si la mise en œuvre de la tarification à l'activité, et de manière corollaire, celle de son évaluation, n'est pas en train d'ouvrir un champ plus vaste d'investigation et de développement d'outils pour l'évaluation du système hospitalier dans son ensemble. La multiplicité et la transversalité des problématiques abordées dans le cadre de la tarification à l'activité dépassent la seule question de l'efficacité économique de l'hôpital mesurée à travers ses coûts de fonctionnement. Elles interrogent également l'hôpital sur les caractéristiques de la production et de l'organisation des soins, de même qu'elles interrogent le système tout entier sur l'organisation de l'offre hospitalière et son évolution.

À l'évidence, en tirant le fil de la tarification à l'activité, le travail d'évaluation pourrait vite se perdre dans la problématique générale de la mesure de la performance des hôpitaux, voire celle du système hospitalier. C'est sans doute un risque dont il faut tenir compte, mais cela représente peut-être aussi une opportunité dont il faut profiter. ■

LA TRAJECTOIRE DES PERSONNES AYANT EU RECOURS À UNE HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE ET SE TROUVANT FIN 1998 DANS UN ÉTABLISSEMENT AVEC HÉBERGEMENT

François CHAPIREAU

Psychiatre des hôpitaux

Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale

Ministère de la Santé et de la Protection sociale

Drees

L'enquête HID réalisée par l'Insee fin 1998 et fin 2000, permet d'examiner la trajectoire des personnes hébergées en établissements de soins psychiatriques. Ainsi, et dans un premier temps, cet article étudie la situation des personnes qui, à la fin de l'année 1998, étaient hospitalisées en établissement spécialisé de soins psychiatriques (ancienneté de présence, lieu, âge..). Dans un second temps, l'étude traite des personnes qui, à la même époque, vivaient en établissement spécialisé pour adultes handicapés, personnes âgées ou en services de soins de longue durée, alors qu'auparavant elles étaient hospitalisées en établissements de soins psychiatriques. L'étude des flux entre catégories d'établissement entre 1998 et 2000 indique que les établissements pour personnes handicapées ont continués à adresser en hospitalisation psychiatrique un nombre de patients relativement important, comparé à celui des établissements pour personnes âgées.

L'enquête Handicaps incapacités dépendance (HID) de l'INSEE, réalisée dans les établissements médico-sociaux, sociaux, et de santé avec hébergement fin 1998 et en 2000, apporte des informations sur la trajectoire des personnes y ayant séjourné (encadré 1). Trois étapes de cet itinéraire sont connues : le lieu où vivait la personne avant son entrée en établissement (et la date de cette entrée), le type d'établissement où la personne a été rencontrée fin 1998, et son devenir après deux ans. Ainsi, étudions-nous en premier lieu la situation des personnes qui, fin 1998, étaient hospitalisées en établissement spécialisé de soins psychiatriques assurant le service public en observant leur ancienneté de présence, le lieu où elles vivaient précédemment, et leur âge lors de l'admission. En second lieu, nous considérerons les personnes qui, fin 1998, vivaient en établissement pour adultes handicapés, d'hébergement pour personnes âgées, ou en service de soins de longue durée, alors qu'auparavant elles étaient hospitalisées en établissement de soins psychiatriques : ceci permettra d'envisager les passages d'une catégorie d'établissements à une autre et d'éclairer l'évolution des pratiques de prise en charge. Enfin, la situation de ces personnes deux ans plus tard sera décrite en termes de sorties et retour au domicile, de présence dans le même établissement ou dans un autre et de décès.

**FIN 1998, 34 000 PERSONNES,
EN MAJORITÉ DE JEUNES ADULTES,
ÉTAIENT HOSPITALISÉES EN ÉTABLISSEMENT
SPÉCIALISÉ DE SOINS PSYCHIATRIQUES
ASSURANT LE SERVICE PUBLIC**

À la fin de l'année 1998, environ 34 000 personnes étaient hospitalisées pour raison psychiatrique en Centre hospitalier spécialisé (CHS) ou en hôpital

* Remerciements à Nicolas Brouard (Ined) et à Sandrine Dufour-Kippelen (Université de Paris-Dauphine) pour leur aide technique.

participant au service public (HPP)¹. Six sur dix étaient des hommes. Il s'agissait aussi en majorité de jeunes adultes. Le quart des patients était âgé de moins de 32 ans, la moitié de moins de 43 ans, et les trois quarts de moins de 54 ans. Les personnes soignées en clinique ou en foyer de post cure avaient quant à elles des caractéristiques très différentes (encadré 2).

Au moment de leur admission en établissement spécialisé en soins psychiatriques, presque un patient sur deux (44 %) vivait dans un domicile indépendant. Un sur six (16 %) habitait chez ses parents et plus d'un sur quatre (28 %) résidait auparavant dans un autre établissement², à savoir 7 % en établissement pour enfants handicapés, 8 % en établissement pour adultes handicapés, 4 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées, et 9 % dans un autre établissement de soins psychiatriques.

Parmi les patients présents fin 1998, un quart avait moins de 26 ans lors de leur admission, la moitié était âgée de moins de 38 ans, et les trois quarts de moins de 50 ans. L'âge des patients au moment de l'admission

à l'hôpital est très différent selon le lieu où ils vivaient auparavant. Il est ainsi plus faible chez ceux qui, avant leur hospitalisation, vivaient chez leurs parents, que chez ceux qui vivaient à leur domicile : les médianes ont un écart de dix-huit ans. L'écart médian est moins important mais reste notable : neuf ans comparé à ceux qui vivaient précédemment dans un autre établissement. (graphiques 1 et 2).

Les personnes ayant une forte ancienneté de présence fin 1998 sont nombreuses à avoir été hospitalisées jeunes

L'ancienneté de la présence³, quant à elle, n'est pas limitée par une année civile mais porte sur des séjours tronqués, puisque la sortie de l'établissement n'a pas encore eu lieu. On peut classer en quatre groupes d'effectifs analogues les patients soignés en CHS et en HPP fin 1998 selon leur ancienneté de présence. Le premier est constitué des personnes présentes depuis

ENCADRÉ 1 ●

L'ENQUÊTE HANDICAPS-INCAPACITÉS-DÉPENDANCE (HID)

D'octobre 1998 à la fin de l'année 2001, l'Insee a réalisé une enquête sur les conséquences des problèmes de santé dans la vie quotidienne des personnes. Fin 1998, près de 15 000 membres de collectivités (établissements pour personnes âgées, établissements pour enfants et adolescents handicapés, pour adultes handicapés, institutions psychiatriques) ont été interrogés sur ce sujet. À l'occasion du recensement de mars 1999, près de 360 000 personnes vivant en domicile ordinaire ont, pour leur part, rempli un court questionnaire, à la suite duquel environ 20 000 d'entre elles ont reçu la visite d'un enquêteur fin 1999. Un second entretien avec les mêmes personnes a eu lieu deux ans plus tard.

Cette opération a bénéficié du soutien financier du ministère de l'Emploi et de la solidarité, des caisses nationales de Sécurité sociale (Cnamts, Cnav, Cnaf, Canam), des caisses de retraites complémentaires (Agirc et Arrco), des mutuelles et assurances (FFSA, Gema, MGEN), de l'Association chargée depuis la loi de 1987 de gérer le fonds d'insertion des travailleurs handicapés (Agefiph) et de l'Association des paralysés de France (APF).

La conception de ce projet a associé l'Insee et les principaux organismes de recherche spécialisés : l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), le Centre technique national d'études et de recherches sur le handicap et l'inadaptation (CTNERHI), l'Institut national d'études démographiques (Ined), le Centre de recherches, d'études et de documentation en économie de la santé (Credes), le réseau fédératif de recherches sur le vieillissement et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de l'Emploi et de la solidarité (Drees).

L'enquête HID répond à trois objectifs : mesurer le nombre des personnes handicapées ou dépendantes ; évaluer les flux d'entrée et de sortie en incapacité et appréhender les aides existantes, ainsi que les besoins des personnes.

À cette fin, l'enquête est réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population. Elle ne s'adresse pas uniquement aux personnes concernées par un handicap. En effet, l'échantillon comprend une partie-témoin de personnes n'ayant spontanément déclaré aucune difficulté liée à la santé dans le questionnaire associé au recensement. Bien entendu, les personnes présentant un handicap sont fortement sur-représentées dans l'échantillon, mais de façon à ce que l'échantillon total soit représentatif de la population française. L'enquête couvre l'ensemble de la population, de tous âges et de tous lieux d'habitat (domiciles privés ou institutions), afin de fournir des résultats indépendants de la politique d'institutionnalisation ou des âges de retrait ou d'entrée dans la vie active.

1 - Les personnes présentes en soins un jour donné sont à différencier de celles qui peuvent accéder aux soins dans l'année. Une étude réalisée un jour donné tend à sur-représenter les personnes dont l'ancienneté de présence est longue et qui ont de ce fait une plus grande probabilité de se trouver là lors du passage de l'enquêteur. Ainsi, en 2000, les malades hospitalisés depuis plus d'un an ont représenté 4 % des 294 483 patients formant la file active hospitalière des secteurs de psychiatrie générale (source : M. Coldefy Les secteurs de psychiatrie générale en 2000, Document de travail, Drees).

2 - Les autres 17 % se répartissent entre groupes dont aucun n'a d'effectif important : « dans le domicile de mes enfants », « dans le domicile de proches », « dans une famille d'accueil », « autre », et « sans information ».

3 - L'ancienneté de la présence au moment de l'enquête se différencie de la durée de séjour, cette dernière portant sur des séjours révolus ou, à défaut, sur les journées d'hospitalisation pendant une année civile.

moins de cinq semaines ; le second, de celles présentes de cinq à moins de trente semaines ; le troisième de trente semaines à moins de quatre ans ; et le quatrième de celles présentes depuis plus de quatre ans.

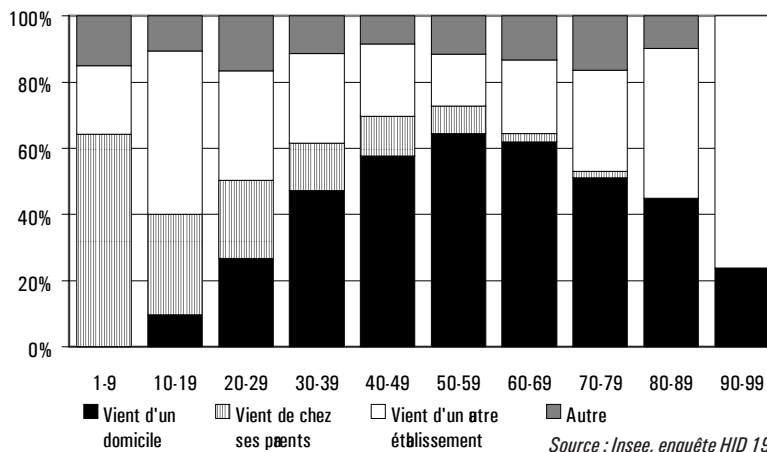
Dans le groupe des anciennetés de très longues durées, au-delà de quatre ans, presque six personnes sur dix ont été hospitalisées avant 30 ans (graphique 2). Les personnes présentes fin 1998 et entrées avant 20 ans sont pour leur part plus d'une sur deux à avoir une ancienneté de présence supérieure à quatre ans (graphique 3). Cette proportion est encore de quatre sur dix pour une admission entre 20 et 29 ans, puis baisse considérablement lorsque l'âge à l'ad-

mission augmente. D'autre part, les anciennetés de plus de quatre ans sont globalement plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes (27 % contre 21 %).

L'ancienneté de présence des personnes admises en CHS ou en HPP avant 20 ans est sans commune mesure avec celle des autres groupes. Plus de la moitié de ces personnes est présente depuis plus de douze ans fin 1998, et une sur quatre depuis plus de trente ans (graphique 4). Cela suggère non seulement un cumul notable de difficultés, faisant obstacle à la sortie de l'hôpital, mais aussi une évolution des pratiques : l'hospitalisation des jeunes en psychiatrie s'est transformée. Le nombre de lits est passé de 9 500 en

GRAPHIQUE 1 ●

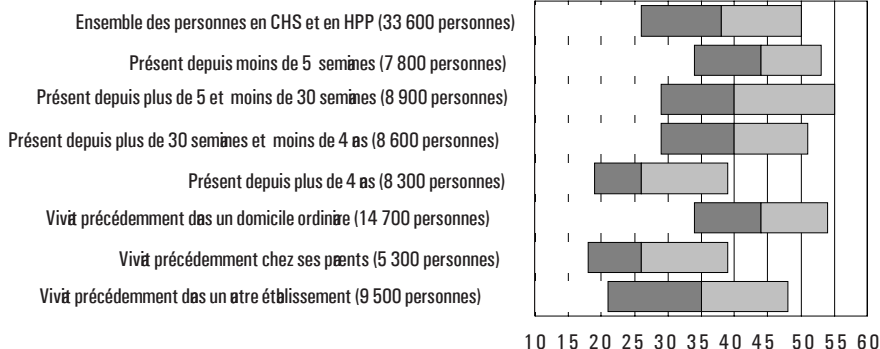
proportion de personnes en CHS et en HPP, selon l'âge à l'admission et selon le lieu où elles vivaient précédemment



Source : Insee, enquête HID 1998. Calculs Drees

GRAPHIQUE 2 ●

âge à moment de l'hospitalisation : médiane et quartiles centraux



Lecture : Les boîtes représentent 50 % de l'effectif. Chaque est séparée en deux parties d'effectif égal (ou quartiles), dont l'intersection est la médiane (sépare l'ensemble en deux sous-groupes d'effectifs égaux).

Source : Insee, enquête HID 1998. Calculs Drees.

l'intersection est la médiane (sépare l'ensemble en deux sous-groupes d'effectifs égaux).

1975 à 1 600 en 2000. Parallèlement, la qualité des soins s'est considérablement améliorée⁴, et les établissements pour enfants handicapés se sont développés, en internat et en externat. Les critères d'admission ont changé, et les jeunes patients restent désormais beaucoup moins longtemps à l'hôpital. Parmi ceux admis lorsque les lits étaient plus nombreux et les soins moins développés, beaucoup ont vieilli sur place ; et on peut parler à cet égard d'un effet de génération.

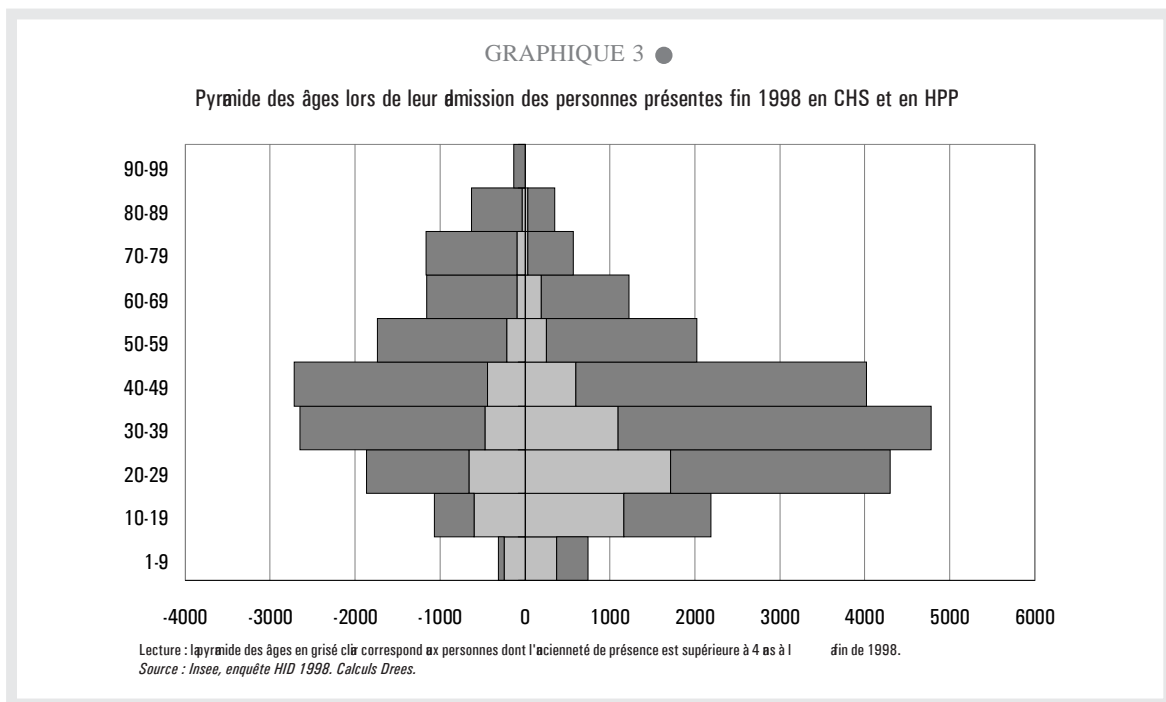
Si l'on compare (graphique 4) la répartition des durées de présence fin 1998, des personnes admises avant 20 ans avec celles admises dans la tranche d'âge voisine, de 20 à 29 ans, on constate un écart très important. Dans ce deuxième groupe, les anciennetés relativement récentes de présence à l'hôpital sont plus fréquentes. Cet écart s'explique du fait que les pathologies psychiatriques de l'adulte jeune, pour handicapantes qu'elles soient, ont des conséquences moins lourdes sur les capacités d'autonomie que les troubles les plus graves de l'enfant et de l'adolescent.

L'ancienneté de présence au moment de l'enquête est fortement liée au lieu où vivait la personne avant son admission

Les personnes qui vivaient dans un domicile indépendant avant leur admission ont des anciennetés de

présence courtes : la moitié est hospitalisée depuis deux mois au plus, et un quart dépasse une ancienneté de dix mois. En cela, ces personnes diffèrent nettement de celles vivant précédemment chez leurs parents, dont la moitié est présente depuis plus de trois ans et le quart depuis plus de onze ans. Ces dernières ont été admises à des âges plus jeunes, comme nous l'avons dit ci-dessus. Cet écart massif des anciennetés de présence par comparaison avec les personnes venant d'un domicile indépendant suggère des difficultés importantes ayant fait obstacle non seulement à la prise d'autonomie par rapport à la famille, mais aussi à la sortie de l'hôpital. Les personnes vivant précédemment dans un établissement pour handicapés, enfants ou adultes, sont pour la plupart présentes depuis longtemps : plus de la moitié des personnes venant de ces deux catégories d'établissements présente une ancienneté supérieure ou très supérieure à un an. Le contraste est considérable avec les personnes vivant auparavant en établissement pour personnes âgées, dont la répartition des durées de présence est proche de celle des personnes précédemment en domicile ordinaire. Dans ces cas, l'hôpital est un lieu de soins de durée habituelle.

Fin 1998, on compte en CHS ou en HPP 3 500 personnes hospitalisées depuis plus d'un an, et qui vivaient précédemment en établissement pour enfants ou adultes handicapés, soit une personne sur dix. Parmi les 4 300 patients hospitalisés avant 20 ans, qua-



4 - En 1965, R. Misès disait des services d'hospitalisation pour enfants : « La presque totalité est réduite à un rôle d'assistance et est privée de tout moyen thérapeutique. L'architecture n'est pas celle d'un centre de traitement pour enfants, le personnel n'est pas spécialisé en pédo-psychiatrie, les enfants sont souvent mêlés sans distinction de catégorie, d'âge, de niveau », Livre blanc de la psychiatrie française, Toulouse, Privat, T.1, p.128.

tre sur dix (40 %) vivaient précédemment dans un établissement pour enfants ou adultes handicapés, soit plus du double de la proportion d'ensemble (16 %).

D'une manière générale, ces données conduisent à souligner à nouveau le fait que moins d'une personne présente fin 1998 sur deux (44 %) vivait dans les conditions d'autonomie nécessitées par un domicile indépendant, et qui sont celles de l'immense majorité des adultes, non seulement en population générale, mais aussi chez les personnes hospitalisées dans les autres disciplines. Comme on peut s'y attendre, cette situation particulière s'exprime également dans les anciennetés de présence.

**DE NOMBREUSES PERSONNES HÉBERGÉES
FIN 1998 EN ÉTABLISSEMENTS
ÉTAIENT AUPARAVANT
EN SOINS PSYCHIATRIQUES SPÉCIALISÉS**

Il s'agit d'observer les personnes hébergées dans un établissement ou un service pour adultes handicapés et pour personnes âgées, dès lors qu'elles étaient auparavant en soins dans une institution psychiatrique⁵. Outre des renseignements sur la date d'admission, et l'âge à l'admission, les données font apparaître de notables évolutions dans les pratiques de passage d'une catégorie d'établissements à une autre.

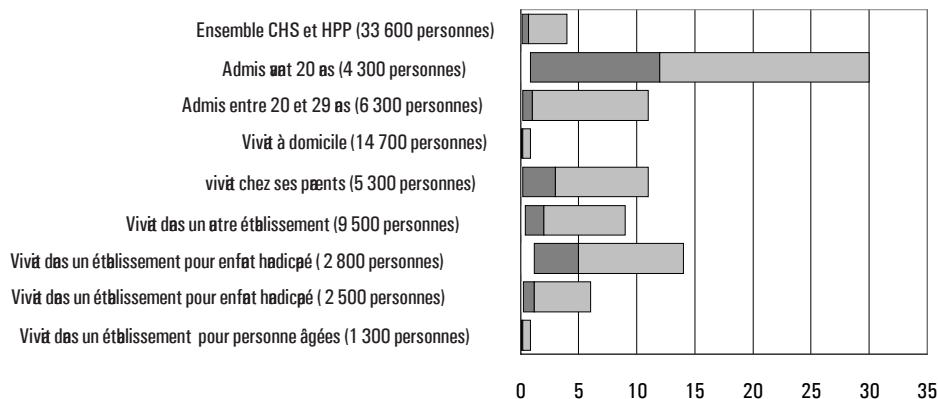
ENCADRÉ 2 ●

**LES PERSONNES EN CLINIQUES
ET EN FOYERS DE POST CURE**

Les cliniques (12 000 lits) ont été regroupées avec les foyers de post cure (1 200 places), ces derniers ne pouvant constituer un groupe distinct en raison de leur faible capacité. Les personnes présentes dans cet ensemble d'établissements sont au nombre de 12 400 fin 1998. Leurs caractéristiques sont très différentes des personnes soignées en CHS ou en HPP. La proportion d'hommes est de 47 %. Au moment de l'enquête, un quart des personnes a moins de 33 ans, la moitié moins de 43 ans, et les trois quarts moins de 55 ans. Les âges à l'entrée, répartis de la même manière par quartiles sont de 31, 43, et 55 ans. Avant leur admission, 60 % vivaient dans un domicile personnel, 14 % chez leurs parents, et 16 % dans un autre établissement (respectivement : 1 % dans un établissement pour enfants handicapés, 3 % dans un établissement pour adultes handicapés, 2 % dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées, et 10 % dans un autre établissement de soins psychiatriques). L'ancienneté de présence au moment de l'enquête était inférieure à 20 jours pour un quart des personnes, à 42 jours pour la moitié, et à 168 jours (environ six mois) pour les trois quarts. En 2000, deux tiers des personnes hospitalisées en 1998 vivent désormais à leur domicile personnel (65 %), 16 % sont dans le même établissement, et 2 % sont décédées.

GRAPHIQUE 4 ●

ancienneté de présence dans l'établissement au moment de l'enquête : médiane et quartiles centraux



Lecture : Les barres représentent 50 % de l'effectif. Chaque est séparée en deux parties d'effectif égal (ou quartiles), dont la jonction est la médiane (séparé l'ensemble en deux sous groupes d'effectifs égaux).

Source : Insee, enquête HID 1998 et 2000. Calculs Drees.

5 - En raison des modalités du recueil de l'information, il s'agit cette fois de l'ensemble des établissements de soins psychiatriques avec hébergement, et pas seulement des CHS et HPP. Le fait d'inclure désormais les cliniques ne modifie pas sensiblement les tendances observées : la grande majorité des patients de cette catégorie d'établissements vient d'un domicile personnel et y retourne à la sortie.

Dans les établissements avec hébergement pour adultes handicapés, les admissions après l'âge de 40 ans sont plus fréquentes depuis 1990

On compte, fin 1998, 6 000 personnes en établissements avec hébergement pour adultes handicapés, et qui se trouvaient auparavant en établissements de soins psychiatriques (sur un effectif total de 86 000, soit 7 %). Elles se répartissent comme suit : 2 600 en foyer de vie ou en foyer occupationnel (sur 23 400), 1 300 tant en foyer d'hébergement ou en centre de rééducation (sur 42 000) qu'en maison d'accueil spécialisée (sur 11 000), et 600 en foyer à double tarification (sur 5 800). Les admissions ont eu lieu le plus souvent après l'entrée dans l'âge adulte : les trois quarts des personnes ont été admises après 28 ans. Les anciennetés de présence sont longues : la moitié des personnes est présente depuis huit ans ou davantage.

Les personnes admises jusqu'en 1989 en établissement avec hébergement pour personnes handicapées adultes (toujours présentes fin 1998), et qui vivaient précédemment en établissement de soins psychiatriques étaient en moyenne plus jeunes que celles admises en 1990 ou après. Mais surtout, celles âgées de 40 à 49 ans à leur admission, ont pour les deux tiers d'entre elles (64 %) été admises après 1990 (graphique 5). Ces résultats suggèrent une évolution des pratiques : les admissions aux âges plus avancés semblent plus fréquentes ces dernières années. D'ailleurs, cette évolution n'est pas propre aux personnes venant d'établissements psychiatriques, mais touche l'ensemble des admissions en établissements pour adultes handicapés.

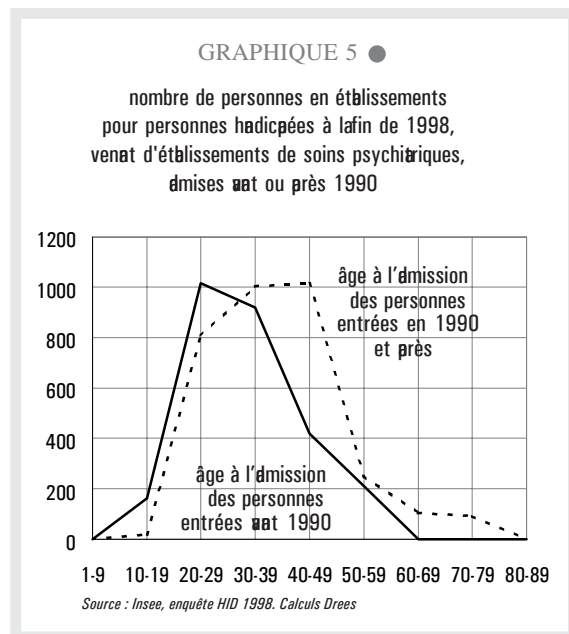
Les admissions avant 50 ans en établissement d'hébergement pour personnes âgées et venant de l'hospitalisation psychiatrique ont cessé après 1990

Les personnes présentes fin 1998 en établissement d'hébergement pour personnes âgées, et qui se trouvaient auparavant en établissement de soins psychiatriques, sont 16 000 (sur un effectif total de 410 000, soit 4 %). Parmi elles, 7 600 (47 %), soit presque la moitié, vivent en section de cure médicale.

La moitié des personnes venant d'établissements de soins psychiatriques et présentes en établissements d'hébergement pour personnes âgées fin 1998 était âgée de moins de 72 ans, bien que la moitié des personnes y résidant soit âgée de plus de 85 ans. Les âges à l'admission y sont encore plus décalés, respectivement 60 et 82 ans (graphique 6).

Parmi les 7 500 personnes entrées en établissement pour personnes âgées (EHPA) avant 60 ans, venant d'établissement de soins psychiatriques, et toujours présentes fin 1998, la moitié est entrée avant 1982, et les trois quarts avant 1991. Il semble qu'une évolution des pratiques ait eu lieu, l'âge au moment de l'admission étant devenu plus tardif. En particulier, les admissions avant 50 ans de personnes venant d'établissements psychiatriques paraissent avoir presque complètement cessé après 1990. À âge égal au moment de l'admission, la probabilité de sortir ou de décéder est d'autant plus grande que l'admission est ancienne : ce fait renforce l'hypothèse. Ainsi, la durée de séjour des patients en établissement pour personnes âgées et venant des soins psychiatriques diminue, même si l'allongement de la durée de leur vie fait qu'ils y sont hébergés jusqu'à un âge plus avancé. L'évolution de l'ensemble des admissions en EHPA suit la même tendance⁶.

Les personnes présentes fin 1998 dans un service de soins de longue durée des hôpitaux, et qui se trouvaient précédemment en établissement de soins psychiatriques sont quant à elles 3 800 sur un effectif total de 70 000, soit 5,5 %. À leur admission, elles étaient plus jeunes que la moyenne des personnes hébergées dans ces services : la moitié d'entre elles avaient 77 ans, contre 85 ans.



6 - Parmi les 410 000 personnes présentes fin 1998 dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées, 1 700 sont entrées dans le même établissement avant 20 ans, 1 800 entre 20 et 29 ans, 2 200 entre 30 et 39 ans, 7 200 entre 40 et 49 ans, et 18 000 entre 50 et 59 ans.

Dès l'âge de 40 ans la majorité des admissions venant d'établissements psychiatriques a eu lieu en établissement pour personnes âgées

Au total, on compte 26 000 personnes venant d'un établissement de soins psychiatrique et présentes fin 1998 en établissement avec hébergement pour enfants ou adultes handicapés, en établissement d'hébergement pour personnes âgées ou en unité de soins de longue durée des hôpitaux. La grande majorité se trouve en établissement pour personnes âgées. Jusqu'à 50 ans (fin 1998), la plupart vivait en établissement pour handicapés adultes. Entre 50 et 59 ans, la moitié des personnes résidait dans ce même type d'établissement, et l'autre moitié en établissement pour personnes âgées. Ce qui est le cas, à un âge plus avancé, de la quasi totalité d'entre elles.

Toutefois, si l'on considère non plus l'âge au moment de l'enquête, mais l'âge au moment de l'admission, des entrées en établissement pour personnes âgées ont eu lieu dès 20 à 29 ans. De plus, parmi les personnes admises entre 40 et 49 ans, la majorité se trouve fin 1998 dans cette même catégorie d'établissement (qu'elles n'ont donc pas quitté depuis leur admission), et non en établissement pour adultes handicapés (graphique 7). L'hypothèse selon laquelle la majorité des admissions après 40 ans venant d'un établissement psychiatrique a eu lieu en établissement pour personnes âgées est renforcée par le fait que, pour cette tranche d'âge, les entrées ont eu lieu plus récemment en établissement pour adultes handicapés. S'il y a eu des sorties et des décès, ils ont donc été plus nombreux en établissement pour personnes âgées.

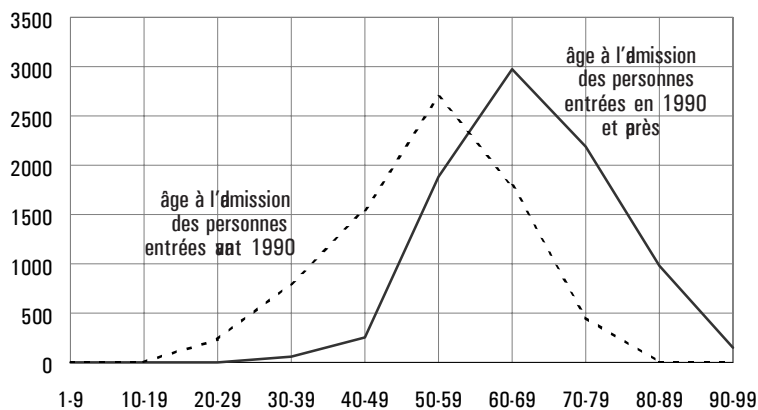
Le nombre de personnes sorties d'établissement psychiatrique avant 60 ans pour se rendre dans un autre établissement est en baisse

Parmi les 26 000 personnes venant d'établissement psychiatrique, et hébergées fin 1998 dans une autre catégorie d'établissement, la moitié a quitté les soins psychiatriques en 1992 ou plus récemment. Si l'on compare les âges à l'admission dans les deux groupes de personnes entrées jusqu'en 1989 et en 1990 ou ensuite, il apparaît que les admissions avant 60 ans sont moins nombreuses après cette date (graphique 8) ; leur effectif total passe de 8 300 personnes à 6 200. Bien entendu, il y a eu davantage de sorties et de décès parmi les personnes entrées jusqu'en 1989 que parmi celles entrées en 1990 ou ensuite. Ceci suggère que la différence a été plus grande que ce qui en est constaté fin 1998. Si on considère deux groupes égaux, l'un entré jusqu'en 1991 et l'autre en 1992 ou après, ces deux effectifs deviennent respectivement de 9 500 et de 4 700, soit un écart plus important.

L'enquête HID montre que la « désinstitutionnalisation » a notamment consisté à transférer plusieurs milliers de personnes des lieux de soins psychiatriques vers d'autres établissements, au premier rang desquels les établissements pour personnes âgées. Ce transfert s'est ensuite considérablement réduit : la baisse du nombre de personnes sorties d'établissement psychiatrique avant 60 ans pour se rendre dans un autre établissement avec hébergement est effectivement notable depuis 1990. Plus précisément, la diminution des admissions avant 60 ans en établis-

GRAPHIQUE 6 ●

nombre de personnes venant d'établissements de soins psychiatriques et présentes fin 1998 en établissements d'hébergement pour personnes âgées selon leur âge à l'admission



Source : Insee, enquête HID 1998. Calculs Drees

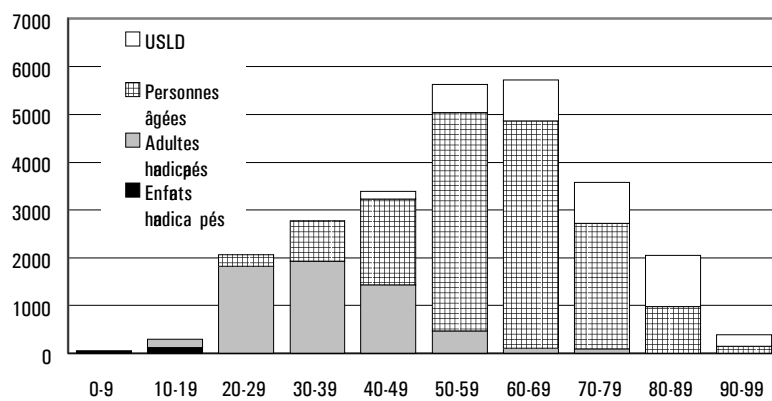
sement pour personnes âgées des patients précédemment soignés en établissements psychiatriques est loin d'avoir été compensée par l'augmentation des admissions des patients du même âge en établissement avec hébergement pour adultes handicapés. Dans la mesure où les patients sortent moins souvent des établissements de soins psychiatriques pour se rendre dans un autre établissement avec hébergement, il est logique de penser que les familles (lorsqu'elles existent) et les dispositifs d'aide et de soins à domicile ont vu augmenter dans la même proportion leur activité après la sortie de l'hôpital.

Des passages des établissements de soins psychiatriques vers les établissements pour personne âgées, mais des échanges entre les établissements de soins psychiatriques et ceux pour handicapés

Les passages entre grandes catégories d'établissement n'ont pas les mêmes caractéristiques selon qu'ils impliquent les établissements avec hébergement pour personnes handicapées (enfants et adultes) ou les établissements pour personnes âgées (schéma 1).

GRAPHIQUE 7 ●

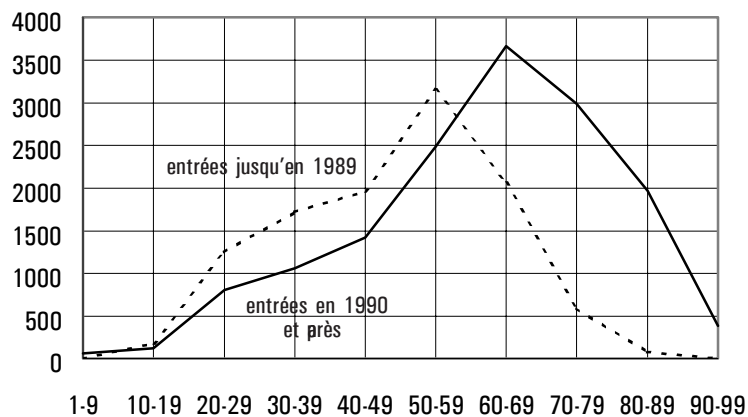
Nombre de personnes présentes à la fin de 1998 en établissement avec hébergement et venant d'établissement de soins psychiatrique, par âge à leur admission



Source : Insee, enquête HID 1998. Calculs Drees

GRAPHIQUE 8 ●

nombre de personnes présentes à la fin de 1998 en établissements avec hébergement et venant d'établissement de soins psychiatriques, selon leur date d'entrée et leur âge à l'admission.



Source : Insee, enquête HID 1998. Calculs Drees

Les personnes présentes en CHS et en HPP fin 1998 et venant des établissements pour personnes âgées sont quinze fois moins nombreuses (1 300) que celles admises dans cette dernière catégorie en provenance de l'ensemble des établissements de soins psychiatriques (19 800). Par ailleurs, la moitié des personnes en CHS et en HPP fin 1998 et venant des établissements pour personnes âgées sont hospitalisées depuis moins de soixante-dix jours, et pour les trois quarts d'entre elles depuis moins de dix mois. Ces données sont proches de la moyenne globale dans ces établissements : l'hôpital est utilisé comme lieu de soins de durée courte ou moyenne.

En revanche, les personnes présentes en CHS et en HPP fin 1998 et venant des établissements avec hébergement pour personnes handicapées (5 300) sont presque aussi nombreuses que celles qui ont été admises dans cette dernière catégorie en provenance de l'ensemble des établissements de soins psychiatriques (6 200). De plus, les personnes présentes en CHS et en HPP fin 1998 et venant des établissements pour personnes handicapées sont pour la moitié d'entre elles hospitalisées depuis plus de trois ans, dont un quart depuis plus de treize ans. La moitié des admissions en CHS et en HPP de personnes venant d'établissements pour enfants ou adultes handicapés a eu lieu avant 25 ans, une personne sur trois ayant été admise entre 15 et 24 ans. Ces données témoignent d'une redistribution d'une certaine ampleur entre les établissements de soins psychiatriques et ceux pour personnes handicapées : l'hôpital est utilisé comme hébergement spécialisé. Parmi les explications possible, citons : l'apparition de difficultés psychiatriques avant 25 ans, mais aussi la différence d'équipement à l'intention des enfants et des adultes handicapés⁷.

LE DEVENIR FIN 2000 DES PERSONNES QUI ONT ÉTÉ EN SOINS PSYCHIATRIQUES SPÉCIALISÉS

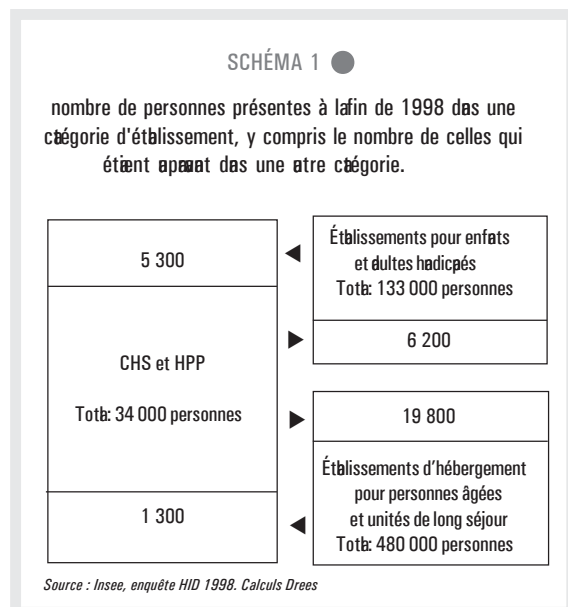
*La sortie en domicile ordinaire ne concerne
qu'une minorité de personnes*

La situation des personnes hospitalisées en psychiatrie s'est modifiée entre la fin 1998 et la fin 2000. Si quatre sur dix (43 %) sont toujours présentes dans le même établissement⁸, environ une sur dix (11 %) vit

dans un autre établissement, tandis que 7 % sont décédées. Un patient sur trois vit en outre en domicile indépendant (34 %), ce mode de vie étant globalement moins fréquent après deux ans qu'il ne l'était avant l'hospitalisation (44 %). Près de sept sur dix de ces personnes vivant à domicile étaient présentes à l'hôpital depuis moins de cinq semaines à la fin 1998 (tableau 1 et graphique 9). Néanmoins, le fait d'avoir vécu en domicile ordinaire avant l'hospitalisation ne conduit qu'une fois sur deux à retourner vivre dans un logement indépendant deux ans plus tard, ce qui témoigne de grandes difficultés de réinsertion. Dans plus d'un cas sur trois (36 %), les personnes hospitalisées, qui vivaient auparavant chez elles, résident toujours deux ans plus tard dans un établissement, le même ou un autre. 12 % de celles qui vivaient dans un autre établissement avant leur hospitalisation ont pu, au contraire, sortir de l'hôpital pour habiter un domicile indépendant. Ce résultat suggère que l'hôpital exerce une fonction de réinsertion.

Les personnes admises avant 20 ans et celles qui vivaient précédemment en établissement restent plus fréquemment hospitalisées en psychiatrie

43 % des personnes hospitalisées en soins psychiatriques fin 1998 le sont toujours dans le même établissement deux ans plus tard comme nous l'évoquions précédemment. Cette proportion atteint environ les



7 - En 1998, il y avait 48 325 places en internat médico-social pour enfants, soit 33,6 places pour 10 000 jeunes de moins de 20 ans, et 87 720 places en internat médico-social pour adultes, soit 22,7 places pour 10 000 adultes de 20 à 59 ans. En 1992, l'écart était plus important : les taux d'équipement étaient respectivement de 36,2 et de 21,4 pour 10 000 habitants des âges concernés.

8 - Dans un petit nombre de cas, les patients ont pu sortir et être de nouveau admis entre 1998 et 2000.

deux tiers chez les personnes admises à l'hôpital avant l'âge de 20 ans, et chez celles qui vivaient précédemment dans d'autres établissements avec hébergement (en particulier les établissements pour enfants handicapés). Ce sont en revanche les personnes hospitalisées en soins psychiatriques depuis moins de cinq semaines à la fin 1998 et celles qui vivaient avant leur hospitalisation dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées qui y restent le moins souvent deux ans après : environ un cas sur dix (graphique 10).

Réciproquement, parmi les patients présents dans le même CHS ou HPP deux ans après l'enquête, un sur cinq (19 %) vivait chez ses parents avant son hospitalisation, et un sur quatre (26 %) dans un établissement pour personnes handicapées. Presque un sur trois (30 %) habitait toutefois un domicile indépendant. 18 % d'entre eux ont été admis à l'hôpital avant 20 ans, 22 % entre 20 et 29 ans, et 24 % entre 30 et 39 ans.

Le groupe des patients hospitalisés au long cours se renouvelle lentement

Les informations concernant le devenir des personnes hospitalisées depuis une longue période ou, au contraire, entrées depuis peu à l'hôpital à la fin 1998,

concourent à confirmer l'hypothèse selon laquelle, d'après Daniel Ruffin et Françoise Casadebaig⁹ : « Les patients au long cours ne forment pas un groupe hérité d'une tradition asilaire passée : l'enquête montre au contraire que cette population se renouvelle en permanence ».

Parmi les personnes hospitalisées depuis moins de cinq semaines fin 1998, une sur dix est en effet toujours présente deux ans plus tard. Même si ceci peut dans certains cas correspondre à une sortie suivie d'une nouvelle hospitalisation, une proportion non négligeable d'entre elles n'a sans doute pas quitté l'établissement pendant la période. Réciproquement, la sortie vers un domicile ordinaire a été possible pour 7 % de celles qui fin 1998 étaient déjà hospitalisées depuis plus de quatre ans.

Il est possible à partir de ces éléments de calculer le temps moyen à l'issue duquel un groupe de personnes aura quitté l'hôpital dans les « conditions du moment ». Les personnes ayant en 1998 une ancienneté d'hospitalisation comprise entre un et deux ans seront ainsi sorties en moyenne sept ans et demi plus tard. Par ailleurs, celles dont l'ancienneté de présence est comprise entre quatre et cinq ans, auront en moyenne une durée d'hospitalisation de neuf ans et demi. Les durées moyennes ainsi calculées sont donc longues, mais pas illimitées¹⁰.

TABLEAU 1 ●

devenir en 2000 des personnes présentes à la fin de 1998 en CHS ou en HPP

	Vit en domicile ordinaire	Présentes dans l'établissement	Sorties dans un autre établissement	Décédées	Ratio standardisé de mortalité*	Effectif total de la ligne (en personnes)
Ensemble des personnes en CHS et en HPP	34 %	43 %	10 %	7 %	4	33 600
Présentes depuis moins de 5 semaines	71 %	10 %	7 %	5 %	2	7 800
Présentes depuis plus de 5 et moins de 30 semaines	44 %	27 %	12 %	5 %	3	8 900
Présentes depuis plus de 30 semaines et moins de 4 ans	16 %	60 %	12 %	10 %	5	8 600
Présentes depuis plus de 4 ans	7 %	76 %	8 %	7 %	4	8 300
Admises avant 20 ans	15 %	61 %	15 %	2 %	5	4 300
Admises entre 20 et 29 ans	29 %	53 %	8 %	3 %	7	6 300
Vivaient précédemment dans un domicile ordinaire	53 %	30 %	6 %	5 %	3	14 700
Vivaient précédemment chez ses parents	30 %	51 %	9 %	3 %	5	5 300
Vivaient précédemment dans un autre établissement	12 %	60 %	12 %	12 %	5	9 500
- dans un établissement pour enfants handicapés	8 %	74 %	14 %	2 %	6	2 800
- dans un établissement pour adultes handicapés	15 %	53 %	11 %	12 %	10	2 500

Le ratio standardisé de mortalité indique le rapport entre le nombre de décès constatés et le nombre qui aurait été attendu à la fraction en 1999.

Source : Insee, enquête HID 1998 et 2000. Calculs Drees.

ge et sexe égaux les taux de mortalité ont été ceux de la population générale

9 - CASADEBAIG F., CHAPIREAU F., RUFFIN D., PHILIPPE A. : « Description des populations des institutions psychiatriques dans l'enquête HID. Rapport final », Convention d'étude Inserm-Drees, 2002, 111 p.

10 - Cet indicateur ne mesure pas la durée moyenne en hospitalisation d'une personne qui entre en établissement, mais une durée théorique, conditionnelle à l'ancienneté déjà observée en établissement. Les mêmes indicateurs calculés à l'avenir permettront de mesurer l'évolution des pratiques.

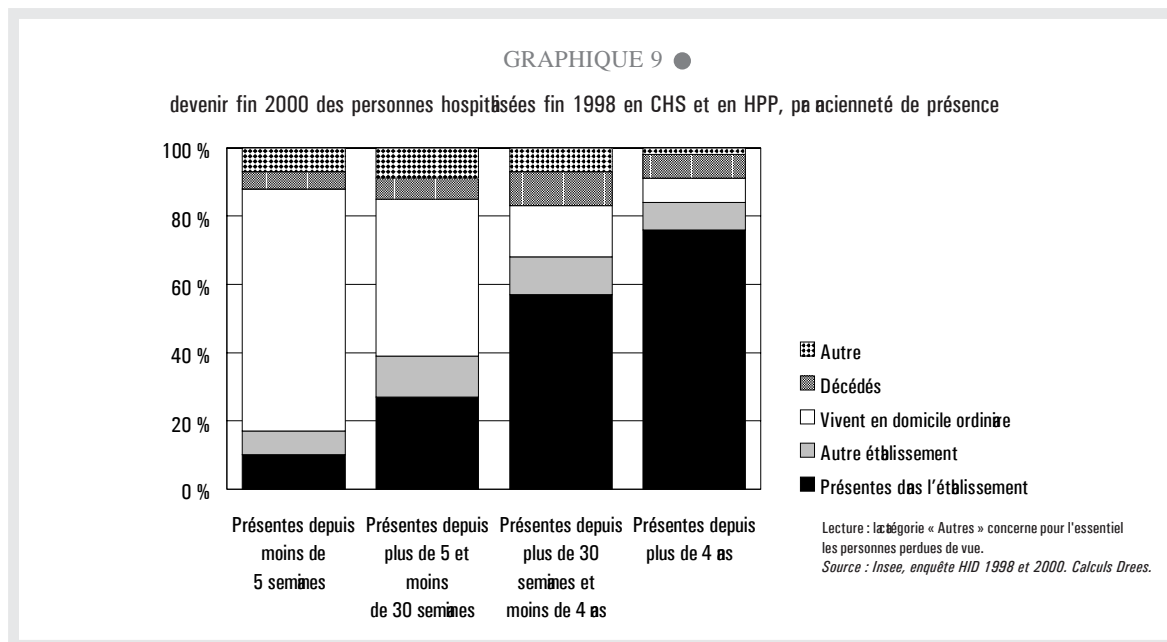
Le délai de sortie de l'hôpital psychiatrique pour aller en établissement pour personnes handicapées est plus long que celui pour intégrer un établissement pour personnes âgées

L'effectif des personnes qui se trouvent deux ans plus tard dans un autre établissement n'ayant pu se réinsérer à domicile s'élève à environ 4 000, soit environ 10 % des patients hospitalisés pour soins psychiatriques en 1998.

Ces personnes présentes en 2000 dans un autre établissement se répartissent de manière à peu près égale par tranche d'âge. La proportion d'hommes et de femmes est la même que dans l'ensemble des CHS et HPP (60 % d'hommes). Les admissions en établissements pour personnes âgées ont eu lieu après un séjour en psychiatrie nettement plus court que celles en établissements pour handicapés. La moitié des personnes hébergées en 2000 dans un établissement pour personnes âgées ou en Unité de soins de longue durée (USLD) était en effet présente fin 1998 depuis moins de 144 jours, alors que la moitié de celles qui, en 2000, étaient accueillies dans un établissement pour handicapés enfants ou adultes étaient présentes depuis moins de 407 jours.

La surmortalité importante constatée au cours des deux ans affecte surtout les personnes de moins de 40 ans et celles venant d'un établissement pour adultes handicapés

La mortalité à deux ans des personnes présentes fin 1998 en CHS et en HPP¹¹ est de 7 %, contre 2 % en population générale à sexe et âge identiques en population générale (tableau 1). À sexe et âge égaux, le nombre de décès constatés est donc quatre fois plus élevé que le taux attendu (ratio standardisé de surmortalité égal à 4), soit une surmortalité globalement très importante¹². Cette surmortalité touche fortement les personnes qui étaient âgées de moins de 40 ans à la fin 1998. Elles présentent un ratio standardisé de mortalité très élevé, environ de 11, contre 3 après 40 ans. La surmortalité des patients venant d'un autre établissement est elle aussi très élevée, en particulier pour ceux qui venaient d'un établissement pour adultes handicapés (le SMR est alors de 10). Inversement, les personnes qui vivaient avant leur admission dans un domicile personnel sont, à sexe et âge identiques, un peu moins souvent décédées que l'ensemble des personnes hospitalisées en psychiatrie.



11 - Il s'agit des décès survenus entre fin 1998 et fin 2000, quel que soit leur lieu de survenue, et dont les établissements avaient connaissance, ou que les enquêteurs ont appris en s'enquérant du devenir des personnes. Compte tenu des modalités de recueil des informations, le nombre de décès est sous-estimé.

12 - La donnée française analogue la plus récente avant celle-ci date de 1982 : le ratio standardisé de mortalité (SMR) des malades en soins dans les hôpitaux psychiatriques français était alors de 3,1. Le calcul a porté alors sur la file active annuelle (et non sur les personnes présentes à un moment donné) et n'a concerné que les décès survenus dans l'établissement lui-même. Une surmortalité de l'ordre de 10 était constatée en 1982 chez les personnes de moins de 35 ans, mais on notait alors un écart selon le sexe, au détriment des femmes, qui n'apparaît pas ici, au contraire. (Casadegaig F., Quémada N. : « Mortality in Psychiatric Inpatients », Acta Psychiatrica Scandinavica, 1989, 79, 25, pp. 257-264).

Pour illustrer l'importance de cette surmortalité, il est possible d'estimer l'espérance de vie d'un groupe de personnes âgées de 20 ans, auxquelles on affecterait les taux de mortalité des personnes hospitalisées en CHS et en HPP constatés aux différents âges : dans ce groupe fictif, l'espérance de vie serait inférieure en moyenne d'une vingtaine d'années à celle de la population française dans son ensemble. Ce qui confirme la gravité des maladies mentales.

L'ancienneté d'hospitalisation est un facteur majeur du devenir des patients

L'influence respective de ces différents facteurs sur le devenir des personnes hospitalisées en CHS ou en HPP en 1998 peut être mise en évidence par une analyse, « toutes choses égales par ailleurs ». Les personnes venant d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées, et celles venant d'un établissement avec hébergement pour personnes handicapées présentent ainsi des caractéristiques différentes des autres personnes hospitalisées en soins psychiatriques. Dans un modèle incluant l'ancienneté de présence en 1998, et le lieu de vie avant l'hospitalisation, l'âge n'a en lui-même pas d'influence significative sur le devenir en 2000 des personnes hospitalisées en 1998. L'ancienneté de présence à l'hôpital en 1998 est en effet le facteur le plus déter-

minant de ce devenir. Cette durée est toutefois elle-même liée à un ensemble de facteurs, au premier rang desquels la gravité de la maladie.

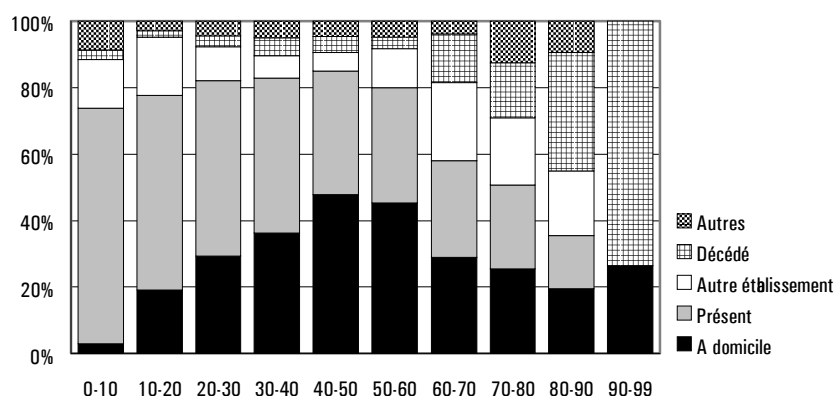
Des flux de passages significatifs entre hospitalisations psychiatriques et établissements pour personnes handicapées

Les passages constatés en 2000 en provenance et à destination des établissements de soins psychiatriques¹³ peuvent être synthétisés sur la base d'ordres de grandeur. Ces estimations semblent indiquer la persistance de mouvements significatifs des établissements avec hébergement pour personnes handicapées vers les établissements de soins psychiatriques, lesquels avaient déjà été constatés fin 1998 (schéma 2).

Même si une analyse fine des trajectoires n'est pas possible, des tendances marquantes apparaissent. Parmi les personnes se trouvant dans un établissement pour personnes âgées en 2000 après une hospitalisation psychiatrique en 1998, près de quatre sur dix vivaient auparavant à domicile mais une sur quatre se trouvait dans un établissement pour adultes handicapés¹⁴. Réciproquement, parmi les personnes hospitalisées en psychiatrie en 2000 alors qu'en 1998 elles étaient en établissement pour personnes handicapées (enfants ou adultes), une sur quatre était déjà passée

GRAPHIQUE 10 ●

proportion de personnes en CHS ou en HPP à la fin de 1998 selon leur âge à leur admission et selon leur situation en 2000



Lecture : la catégorie « Autres » concerne pour l'essentiel les personnes perdues de vue.
Source : Insee, enquête HID 1998 et 2000. Calculs Drees.

13 - Il s'agit bien des passages constatés en 2000. Ainsi, une personne qui aurait quitté un établissement après 1998 mais y serait revenue avant le second passage de l'enquêteur en 2000 ne serait pas comptée dans ce calcul. Cette précision vaut principalement pour les hospitalisations en psychiatrie en provenance d'un autre établissement.

14 - Le groupe de personnes présentes en 2000 en CHS ou en HPP venant d'un établissement pour personnes âgées est trop peu nombreux pour permettre une analyse.

auparavant dans un établissement psychiatrique, tandis qu'une sur trois venait d'un autre établissement pour personnes handicapées, et une sur cinq de chez ses parents. Parmi les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 qui sont sorties en 2000 vers un établissement pour personnes handicapées (enfants ou adultes), une sur trois se trouvait déjà avant la première date dans un établissement pour personnes handicapées (le plus souvent pour enfants ou adolescents).

**QUELLES TRAJECTOIRES
POUR LES PERSONNES AYANT EU RECOURS
À UNE HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE
EN ÉTABLISSEMENT SPÉCIALISÉ
ASSURANT LE SERVICE PUBLIC ?**

Toute interprétation des données de l'enquête HID nécessite le rappel préalable du fait qu'il s'agit d'une étude réalisée à un moment donné, et qui de ce fait tend à sur-représenter les hospitalisations de longue durée ; elle se différencie donc d'une étude qui porterait sur la file active annuelle. Toutefois, cette enquête permet de mettre en lumière des faits que les études effectuées précédemment n'avaient pas les moyens de décrire.

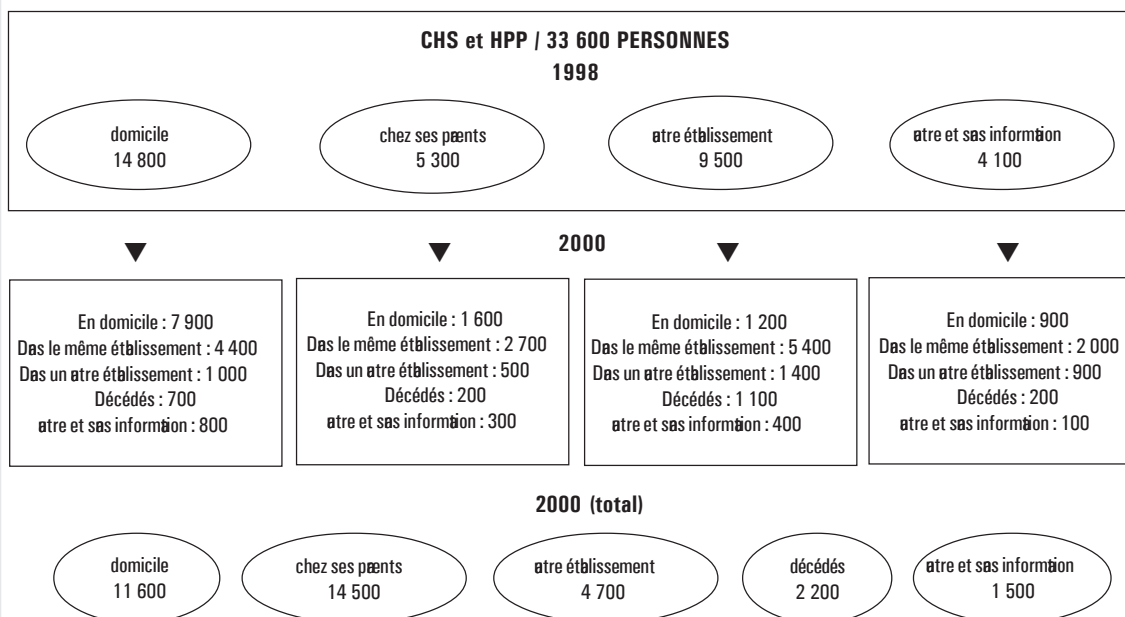
ENCADRÉ 3 ●

**TEMPS MOYEN ESTIMÉ
AVANT UNE SORTIE DE L'HÔPITAL**

Lors du passage de l'enquêteur, l'ancienneté de présence de la personne depuis son admission est recueillie auprès de l'établissement : il s'agit de l'ancienneté observée. En répartissant les personnes présentes fin 1998 par année ou fraction d'année de présence, il est possible de constater dans chacun des groupes ainsi construits quelle proportion n'est plus dans l'établissement lors du second passage deux ans plus tard, et ce quel que soit le type de sortie des personnes. Ainsi, on calcule groupe par groupe une probabilité d'être présent deux ans plus tard. En faisant l'hypothèse que chaque groupe, lorsque sa durée de présence augmentera, rencontrera alors la probabilité constatée en 2000 d'être présent deux ans plus tard pour cette nouvelle durée de présence, il est possible de calculer un temps moyen estimé avant la sortie de la totalité du groupe considéré. Il s'agit d'un calcul basé sur les conditions observées au moment de l'enquête, et pas de durées de séjour constatées, de même que l'espérance de vie repose sur les conditions de mortalité à un moment donné, et pas sur les durées de vie effectives (qui ne sont connues qu'après le décès de tous les membres du groupe). Le résultat est un indicateur dont il est possible de suivre l'évolution lorsque les mesures sont reproduites.

SCHÉMA 2 ●

personnes en CHS et en HPP à la fin de 1998 : leur lieu de vie avant l'hospitalisation et leur devenir en 2000



Les 34 000 personnes hospitalisées en établissement spécialisé de soins psychiatriques assurant le service public étaient en majorité de jeunes adultes. Avant leur admission, moins d'une sur deux vivait en domicile indépendant, situation tout à fait singulière comparée aux autres disciplines d'hospitalisation. Deux groupes, qui se recoupent partiellement, se distinguent par de très longues anciennetés de présence : les patients admis avant l'âge de 20 ans, et ceux qui vivaient précédemment dans un établissement avec hébergement pour enfants ou adultes handicapés. Sur l'ensemble des personnes présentes fin 1998 en CHS et en HPP, une sur dix est hospitalisée depuis plus d'un an et vivait auparavant dans un établissement pour personnes handicapées. D'autre part, les personnes qui vivaient chez leurs parents avant l'admission ont des anciennetés de présence considérablement plus longues que celles qui habitaient un domicile indépendant ; ceci indique chez les premières d'importants obstacles à la prise d'autonomie et des difficultés au moment de la sortie de l'hôpital. En revanche, les personnes venant d'établissement d'hébergement pour personnes âgées ont des anciennetés de présence analogues à celles des personnes venant d'un domicile indépendant et utilisent le plus souvent l'hospitalisation pour des soins de courte durée.

Dans les établissements avec hébergement pour personnes handicapées ou pour personnes âgées, 26 000 personnes sont présentes fin 1998, parmi lesquelles près de 20 000 sont en établissement pour personnes âgées, où elles ont souvent été admises à des âges remarquablement jeunes. L'étude des âges à l'admission montre des évolutions significatives dans les pratiques : les établissements pour adultes handicapés, qui avant 1990 admettaient surtout des personnes de moins de 40 ans accueillent aujourd'hui des personnes jusqu'à 50 ans ; réciproquement, depuis la même période, les établissements pour personnes âgées n'admettent plus de personnes de moins de 50 ans.

Ces évolutions inverses sont loin de se compenser : le nombre de personnes quittant l'hospitalisation psychiatrique avant 60 ans pour se rendre dans un autre établissement avec hébergement est en forte diminution. Le soutien apporté par les familles (lorsqu'elles existent) et par les services de soins et d'aide augmente donc dans la même proportion.

Le devenir fin 2000 des personnes hospitalisées fin 1998, montre que, après deux ans, la proportion de personnes en domicile indépendant (34 %) est plus faible que ce qu'elle était avant l'admission (43 %). De plus, parmi les personnes qui habitaient un domicile avant l'hospitalisation, seulement une sur deux a retrouvé ce mode de vie fin 2000. En revanche, parmi les personnes dont l'ancienneté de présence était très longue, une proportion faible mais non négligeable est sortie en domicile indépendant, témoignant d'une réelle activité de réinsertion sociale associée aux soins psychiatriques. La combinaison de ces différents mouvements fait que le groupe des personnes hospitalisées au long cours se renouvelle lentement. L'enquête confirme le fait déjà connu de la surmortalité des malades mentaux hospitalisés, dont le taux standardisé de mortalité reste élevé malgré les progrès de la médecine. Certains groupes apparaissent particulièrement vulnérables de ce point de vue : les patients âgés fin 1998 de moins de 40 ans, et ceux qui vivaient avant leur admission dans un établissement avec hébergement pour adultes handicapés. Les personnes qui fin 1998 se trouvaient en établissement pour personnes handicapées ou pour personnes âgées venant de l'hospitalisation psychiatrique sont fin 2000 toujours présentes ou bien décédées, à de rares exceptions près. L'étude des passages entre catégories d'établissement entre 1998 et 2000 indique que les établissements pour personnes handicapées ont continué à adresser en hospitalisation psychiatrique un nombre de patients relativement important, comparé à celui des établissements pour personnes âgées. ■