

6 % des séjours hospitaliers de 1997 ont eu lieu hors de la région de résidence des patients. Certains découlent de circonstances particulières (sur le lieu de villégiature, par exemple). Hormis ces situations, les séjours hospitaliers hors région de résidence font appel, plus souvent que la moyenne, à des soins de haute technicité. D'ailleurs, les régions les plus polyvalentes, où la part d'activités spécialisées est importante, sont aussi les plus attractives. Cependant, les patients semblent choisir les établissements les moins éloignés pour obtenir les soins désirés : les deux tiers des « sortants » d'une région s'arrêtent au département limitrophe, ou celui du CHR le plus proche pour les soins complexes. Les régions centrales sont ainsi mécaniquement les plus ouvertes à ces déplacements, en sorties ou en entrées.

Marc JOUBERT
avec la collaboration
de **Dominique BAUBEAU,**
Marie-Claude MOUQUET
et **Laurent TUDEAU**
Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

Les flux de patients entre régions en 1997 d'après le PMSI*

Les déplacements des patients de leur région de résidence vers un établissement hospitalier d'une autre région traduisent l'organisation spatiale de l'offre de soins. Ils peuvent aussi refléter les comportements des personnes et les pratiques de leurs médecins traitants. Ils dépendent enfin d'éléments circonstanciels, et de l'effort de déplacement que sont prêts à consentir les patients en vue des soins recherchés. Ces flux sont pris en compte dans la répartition des dotations financières entre les régions. C'est ce qui explique le choix, fait ici, d'une analyse principalement à l'échelle régionale, qui ne néglige pas pour autant les données par département.

* Programme de médicalisation des systèmes d'information.



6% des patients sont hospitalisés en dehors de leur région de résidence

880 000 séjours hospitaliers en soins de courte durée¹ ont eu lieu en 1997 en dehors de la région de domicile des patients. Ce chiffre représente 6 % des séjours des secteurs publics et privés et une part légèrement plus forte des journées d'hospitalisation. Ces déplacements sont associés plus fréquemment à des prises en charge lourdes, ou à celles de patients qui n'ont pas de contraintes de transport trop importantes.

Ainsi, les patients âgés, les nouveaux-nés et les femmes enceintes sont souvent hospitalisés à proximité de leur domicile. C'est aussi la contrainte liée aux transports qui explique que les hospitalisations de moins de 24 heures hors région soient plus rares : 22 % des séjours au lieu de 26 % globalement. La durée des séjours hospitaliers effectués en dehors de la région de résidence est d'ailleurs, en moyenne, légèrement plus longue.

Les établissements publics (ou privés participant au service public hospitalier) prennent en charge 66 % des séjours effectués hors région de résidence alors qu'ils assurent 60 % de l'activité hospitalière totale. Au total, 36 % des hospitalisations (public et privé) hors région sont classées dans des groupes chirurgicaux² par le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI, encadré 1), contre 33 % de l'ensemble des séjours.

Les séjours hors région requièrent plus souvent un plateau technique complexe

Trois niveaux de soins, définis suivant la spécialisation et la complexité du plateau technique requis (encadré 2), permettent de segmenter les séjours effectués par les patients en dehors de leur région de résidence : 11 % de ces séjours sont considérés comme très spécialisés, c'est-à-dire qu'ils requièrent un plateau technique très complexe (dit de « niveau 3 »), à l'exemple de celui des centres hospi-

taliers régionaux (CHR). Par comparaison, seulement 7 % de la totalité des séjours sont de niveau 3. À l'inverse, 52 % des séjours effectués hors région sont peu spécialisés, de « niveau 1 », souvent qualifié de niveau de proximité, contre 61 % de l'ensemble des séjours.

L'Île-de-France et Midi-Pyrénées se distinguent par des flux de patients en provenance des autres régions plus importants pour les séjours de niveau 3. À l'inverse, en Picardie, Haute et Basse-Normandie, Franche-Comté, Bretagne, Corse, aux Antilles-Guyane, et à la Réunion, plus de 60 % des flux de patients « entrants » correspondent à des séjours peu spécialisés, dits de niveau 1.

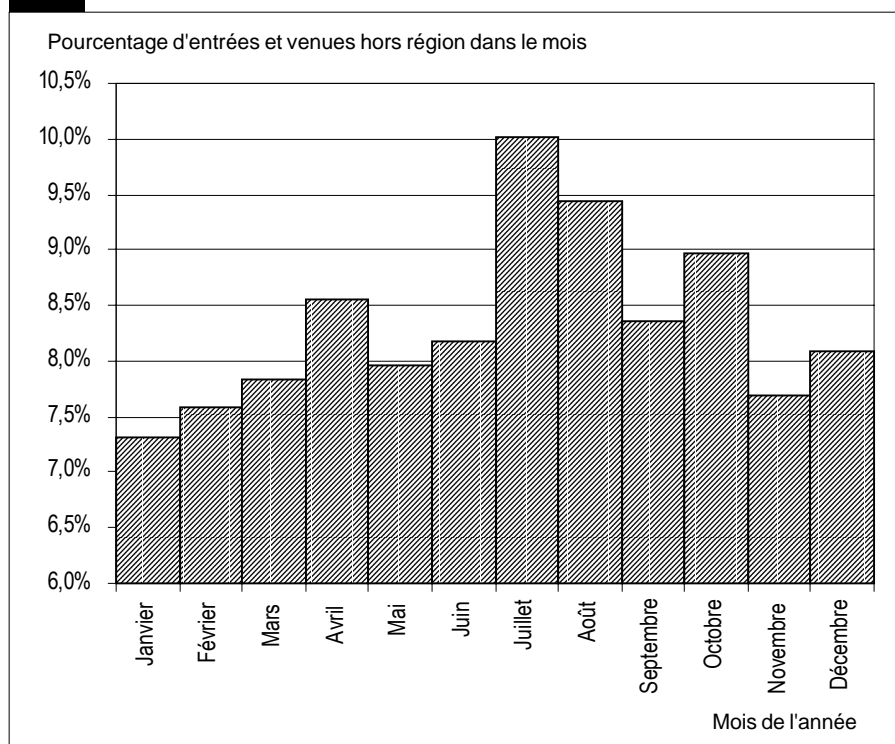
Pendant la période estivale, les flux de patients augmentent

Les séjours effectués hors de la région de résidence ont bien sûr, d'abord, un caractère saisonnier : juillet et août concentrent à eux seuls près de 20 % des flux de l'année (graphique 1). Tout naturellement, ce sont les régions littorales, de la Basse-Normandie jusqu'à l'Aquitaine, ainsi que le pourtour méditerranéen, qui reçoivent le plus de vacanciers se faisant hospitaliser sur leur lieu de villégiature. De même, au cours des vacances d'hiver ou de printemps (janvier à mars), les flux de patients augmentent aussi, mais dans une moindre mesure, vers les régions Rhône-Alpes et PACA en particulier.

Ces phénomènes saisonniers expliquent certaines particularités des séjours hors région de résidence observées dans les zones littorales. En pre-

2

G.01 répartition mensuelle des déplacements de patients entre régions



1. Hors psychiatrie, c'est-à-dire en médecine, chirurgie et obstétrique.

2. C'est-à-dire qu'elles comportent au moins un acte chirurgical classant au sens du PMSI.

mier lieu, la spécialisation associée à ces séjours est plus faible (sauf en Île-de-France et en Picardie), ce qui se traduit par des séjours plus courts en période estivale. Par ailleurs, les affections du tube digestif (diarrhées et intoxications alimentaires, etc.), les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif (accidents de la route, et de la vie courante, loisirs notamment), sont tous deux plus fréquents l'été. Pour plus de clarté, la suite de l'article exclut juillet et août de l'analyse.

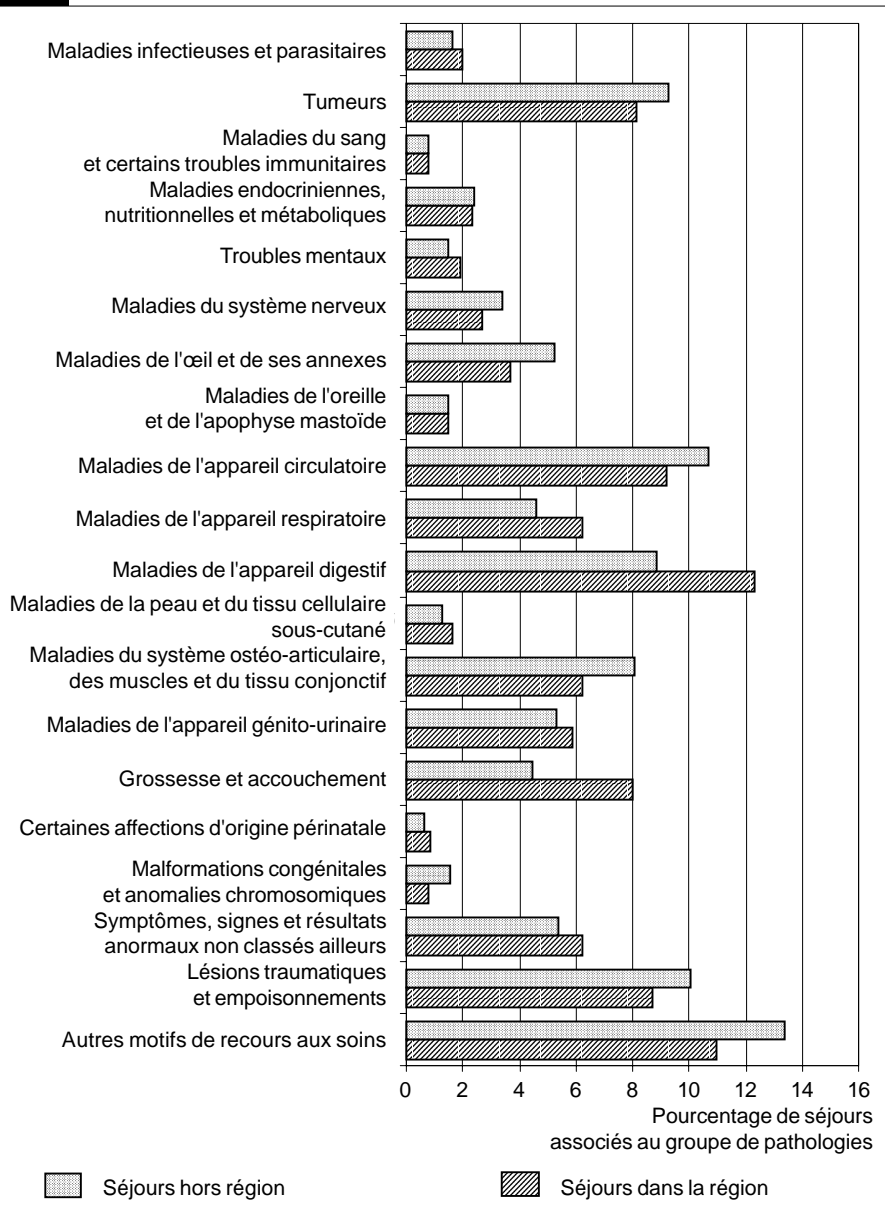
En dehors de la période d'été, surtout des affections du système nerveux, de l'appareil circulatoire ou des tumeurs

En dehors de l'été, ce sont les affections du système nerveux, de l'œil, et de l'appareil circulatoire qui sont les plus représentées dans les hospitalisations hors région de résidence (graphique 2). Leur point commun est de comporter, plus souvent, des interventions techniques complexes : neurochirurgie ou neuroradiologie vasculaire, chirurgie cardiaque, chirurgie du globe oculaire et de la rétine. Les tumeurs aussi, sont plus présentes, tout comme les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles, et du tissu conjonctif (encadré 3).

À l'inverse, les maladies qui ne requièrent en général qu'un faible niveau de plateau technique ont une part plus faible dans l'ensemble des recours aux soins hors région de résidence. Il s'agit des maladies de l'appareil digestif (90 % de ces séjours sont de niveau 1), des maladies infectieuses et parasitaires, des troubles mentaux, des maladies de l'appareil respiratoire, de la peau et des tissus cellulaires sous-cutanés. Il est aussi vraisemblable que, pour une partie de ces troubles, la nécessité plus fréquente d'une hospitalisation en urgence, et donc à proximité, intervienne dans ce constat, mais les données du PMSI ne peuvent fournir d'information en la matière.

G
02

répartition par maladie des séjours hors région, comparée à la répartition globale des séjours



3

E-1

Les sources utilisées

L'étude présentée ici porte sur les unités de soins de courte durée relevant principalement des disciplines de médecine, chirurgie, et gynécologie-obstétrique (MCO). Les données d'activité sont tirées de la base nationale publique et privée constituée à partir du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) de l'année 1997. Cette dernière a été préalablement pondérée pour en corriger les défauts d'exhaustivité. Il s'agit de tenir compte de l'absence des établissements publics ayant moins de 100 lits MCO. Il faut aussi intégrer la montée en charge progressive des établissements conventionnés par les CRAM, pour le codage des séjours dans le PMSI. Calculés à partir de la Statistique annuelle des établissements (SAE), les taux d'exhaustivité sont respectivement de 96 % dans ceux du public et de 77 % dans ceux du secteur privé.

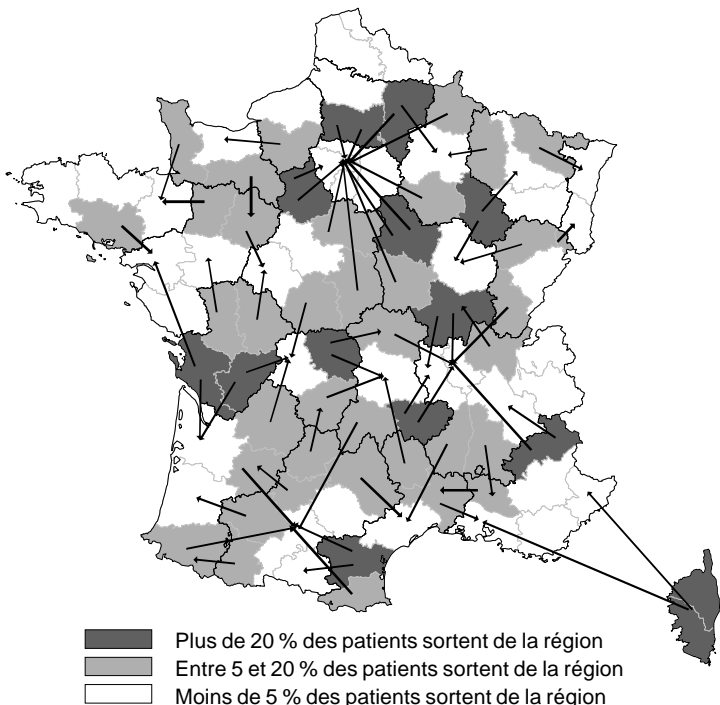
Le PMSI permet de repérer pour chaque séjour, le lieu de résidence du patient, et son lieu d'hospitalisation, en plus de toutes les données médico-économiques. Dès lors, il est possible de reporter sur les flux de patients l'ensemble de ces données médico-économiques.

La Statistique annuelle des établissements, qui fournit des données sur les moyens mis en œuvre par les établissements de santé, et des données d'activité générales, a été utilisée pour quantifier le nombre de matériels lourds mis en œuvre.

ADELI, qui est le répertoire des professions médicales a été utilisé pour quantifier les effectifs de personnel médical.

C.01

pour les soins de niveau 3, les flux hors région de patients se font vers le département du CHR de la région voisine



Lecture :

Haute-Loire - Plus de 20 % des patients du département sortent de la région. Les deux flèches sortantes indiquent que leurs deux premières destinations sont les départements du Rhône et de la Loire.

Deux tiers des patients soignés hors de leur région de résidence viennent de départements voisins

Les deux tiers des patients résidant hors de la région d'hospitalisation viennent des départements qui lui sont voisins. De même, les deux tiers des patients qui vont se soigner dans une autre région, s'arrêtent aux départements limitrophes. Cependant, ces proportions varient beaucoup d'une région à l'autre, en raison de leur degré d'enclavement différent. Le niveau d'activité régional intervient aussi : moins les régions ont d'activité, moins leur zone d'attraction est étendue et plus elle se limite aux départements limitrophes.

Les zones d'attraction sont à cet égard plus étendues pour les soins de niveau 3 qui nécessitent un plateau technique complexe (carte 1). Paris attire ainsi les patients des départements limitrophes de la région pour les soins de niveau 1, et des départements plus éloignés pour les soins de niveau 3. Il en va de même pour la Haute-Garonne (Toulouse), et le Rhône (Lyon).

Pour les soins de niveau 1, le premier département d'accueil des patients est toujours un département limitrophe de la région, tandis que c'est un département siège de CHR pour les soins de niveau 3 (carte 2).

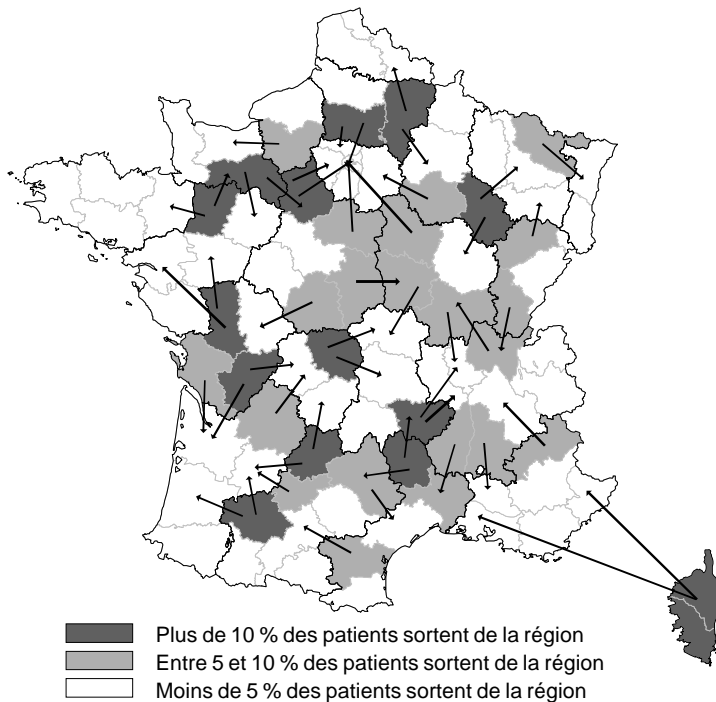
Beaucoup d'échanges de soins dans les régions centrales

Des cohérences apparaissent entre les échanges interrégionaux et l'activité hospitalière réalisée dans une région. Si le poids des échanges (somme des « entrées » et des « sorties ») par rapport à l'activité régionale (limitée aux patients résidents) est très variable d'une région à l'autre, c'est la situation plus ou moins centrale ou au contraire périphérique des régions qui apparaît comme le premier facteur « d'ouverture ». Ainsi, le Limousin, la Champagne-Ardenne, la Bourgogne, l'Auvergne, la Picardie, le Cen-

4

C.02

pour les soins de niveau 1, les flux de patients se font vers le département limitrophe de la région



Lecture :

Haute-Loire - Plus de 10 % des patients du département sortent de la région. Les deux flèches sortantes indiquent que leurs deux premières destinations sont les départements du Rhône et de la Loire.

tre, le Poitou-Charentes³ sont les plus ouvertes aux échanges (tableau 1).

Inversement, les régions frontalières⁴ peuvent être considérées comme plus « autarciques » au sens où elles dépendent assez peu des échanges : « leurs » patients se déplacent peu, et il y a peu d'arrivées de l'extérieur relativement à l'activité hospitalière exercée pour les patients résidents. Ces régions sont le Nord - Pas-de-Calais, la Lorraine, l'Alsace, Rhône-Alpes, PACA, et la Bretagne, l'Île de la Réunion et la région Antilles-Guyane.

Par ailleurs, l'ouverture aux échanges interrégionaux de patients apparaît relativement moins développée dans les régions où l'activité hospitalière est la plus forte : les 8 régions de France métropolitaine les plus importantes – elles réalisent 64 % de l'activité métropolitaine (tableau 2) – sont ainsi parmi les moins ouvertes. Il s'agit de l'Île-de-France, de PACA, de Rhône-Alpes, du Nord - Pas-de-Calais, de Midi-Pyrénées, de l'Aquitaine, de la Bretagne et des Pays de la Loire. L'Alsace et la Lorraine paraissent faire exception, avec à la fois une ouverture et une activité faibles, mais il s'agit de régions périphériques. De même, les régions dont l'ouverture apparaît plus importante que la moyenne nationale, ont une activité plus faible.

Les régions les plus ouvertes ont des sorties de patients plus importantes que les entrées

Les régions qui se caractérisent par des sorties de patients plus importantes que les entrées, sont en général des régions plutôt ouvertes aux échanges. Inversement, les régions où les entrées sont plus importantes que les sorties sont plutôt peu ouvertes.

3. Mais aussi la Corse.

4. Mais aussi la Bretagne et les départements d'outre-mer.

T 01 classement des régions en fonction de leur ouverture et de l'équilibre de leurs échanges

	Régions avec plus d'entrées que de sorties de patients	Régions équilibrées ²	Régions avec plus de sorties que d'entrées de patients
Régions plus ouvertes que la moyenne ¹	Limousin	Champagne-Ardenne Bourgogne Auvergne	Picardie Centre Poitou-Charentes Corse
Régions dans la moyenne	Aquitaine Île-de-France	Languedoc-Roussillon Basse-Normandie Pays de la Loire Midi-Pyrénées	Franche-Comté Haute-Normandie
Régions moins ouvertes que la moyenne	Alsace Rhône-Alpes PACA	Nord - Pas-de-Calais Lorraine Bretagne	Antilles-Guyane Réunion

1. Degré d'ouverture : entrées et sorties de patients rapportées à l'activité liée aux résidents.
2. Équilibre des échanges : entrées moins sorties de patients rapportées à l'activité liée aux résidents.

E 2

Le classement par niveau de spécialisation

Les niveaux de spécialisation ont été initialement définis au Québec dans le cadre d'un travail sur « l'équité dans l'allocation interrégionale des ressources ». Leur objectif était de permettre l'analyse des liens d'interdépendance des régions et de servir à l'élaboration des objectifs sur les degrés d'autosuffisance. Des experts médicaux ont classés les Diagnosis Related Groups (DRG) en trois niveaux selon l'infrastructure requise, les ressources humaines et leur degré d'expertise nécessaire pour assurer la qualité des soins, la nécessité d'intervention rapide en cas d'urgence, enfin le nombre de cas nécessaires justifiant la formation et le maintien d'une équipe de soins. La correspondance entre cette liste de DRG par niveau et les Groupes homogènes de malades (GHM) a été effectuée au sein de la DREES.

E 3

Les groupes de pathologies

Les séjours ont été regroupés sur la base du diagnostic principal, en catégories correspondant aux chapitres de la Classification internationale des maladies (CIM, dixième révision) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ces groupes diffèrent donc des Catégories majeures de diagnostic, qui tiennent compte en premier lieu de la durée de séjour, et pour lesquelles la préférence relative accordée au regroupement par appareil anatomique, ou par activité médicale, ne s'exerce pas aux mêmes niveaux. Ces regroupements ont été mis au point par la DREES, le Pôle d'expertise et de référence nationale des nomenclatures de santé (PERNNS) et le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale.

T
02

données récapitulatives sur l'année 1997
(sauf juillet et août)

Région	Attractivité (en %)	Sorties (en %)	Ouverture	Attraction globale	Polyvalence (en %)	Densité en personnel médical	Densité en matériel lourd	Activité
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Alsace	5,7	2,1	0,08	-0,04	7,6	3,4	0,2	347
Antilles-Guyane	1,1	5,0	0,06	2,72	(9)	(9)	(9)	170
Aquitaine	7,1	4,6	0,12	-0,03	7,5	2,3	0,2	625
Auvergne	9,0	9,8	0,21	0,01	7,8	2,5	0,1	257
Bourgogne	9,1	11,6	0,23	0,03	6,6	2,2	0,2	353
Bretagne	3,5	3,4	0,07	0,00	7,0	2,6	0,1	564
Centre	5,6	12,4	0,20	0,08	6,7	2,4	0,1	469
Champagne-Ardenne	8,9	8,8	0,19	0,00	6,3	2,9	0,2	302
Corse	2,9	17,6	0,24	0,18	4,6	2,2	0,2	63
Franche-Comté	4,3	7,3	0,12	0,03	6,0	2,6	0,2	213
Île-de-France	6,9	2,9	0,10	-0,04	7,7	3,6	0,2	2 412
Languedoc-Roussillon	7,2	7,5	0,16	0,00	6,6	2,7	0,2	523
Limousin	15,0	8,7	0,27	-0,08	7,1	3,0	0,1	159
Lorraine	4,3	4,7	0,08	0,01	7,2	3,0	0,2	511
Midi-Pyrénées	5,8	5,8	0,12	0,00	7,2	3,5	0,2	576
Nord - Pas-de-Calais	1,7	1,9	0,04	0,00	7,9	2,7	0,2	790
Basse-Normandie	7,1	7,1	0,15	0,00	7,8	2,4	0,1	283
Haute-Normandie	3,0	8,8	0,13	0,07	6,7	2,6	0,1	330
PACA	5,1	3,2	0,09	-0,02	7,1	2,9	0,2	1 099
Pays de la Loire	6,0	5,3	0,12	-0,01	7,2	2,2	0,1	622
Picardie	5,5	17,8	0,28	0,16	6,5	2,4	0,1	348
Poitou-Charentes	5,0	12,9	0,20	0,10	6,2	2,4	0,1	316
Réunion	0,5	1,2	0,02	0,01	(9)	(9)	(9)	119
Rhône-Alpes	5,2	3,4	0,09	-0,02	7,3	3,0	0,2	1 151

- (1) Nombre de séjours de non résidents (entrées) rapporté à l'activité traitée par les hôpitaux de la région.
 (2) Nombre de séjours hors région de résidents (sorties) rapporté à l'activité liée aux résidents.
 (3) ((Entrées+ sorties)/activité traitée par les hôpitaux de la région et liée aux résidents).
 (4) ((Entrées-sorties)/activité traitée par les hôpitaux de la région et liée aux résidents).
 (5) Part d'activité de niveau 3 dans l'activité traitée par les hôpitaux de la région.
 (6) Personnel médical rapporté à la « population hospitalisable » (population pondérée par les taux de fréquentation hospitalière des différentes tranches d'âge) (en ‰).
 (7) Somme de divers matériels lourds (appareils d'angiographie numérisée, pression hyperbares, etc.) rapportée à la « population hospitalisable » (en ‰).
 (8) Nombre d'entrées et venues (en milliers), secteurs public et privé, toute l'année sauf juillet et août.
 (9) Les données des DOM ont été écartées pour l'analyse, du fait d'une exhaustivité trop faible.
 Source : PMSI, SAE, ADELI.

6

Les régions qui ont une faible activité hospitalière ont ainsi des échanges de patients équilibrés ou déficitaires : si leur capacité d'attraction est trop faible relativement à celle des régions environnantes, elles n'équilibrent pas leurs échanges de patients.

Les régions de forte activité assurent, par contre, le plus souvent la majeure partie des soins nécessités par leurs patients ; elles sont plutôt auto-suffisantes et ceux qui choisissent de se faire hospitaliser ailleurs y sont donc

proportionnellement moins nombreux. En fonction de leur capacité d'attraction, leurs échanges seront en définitive soit équilibrés soit positifs.

Les régions « polyvalentes », avec une part importante d'activité spécialisée, sont les plus attractives

La palette de spécialités développées par une région permet de la qualifier de polyvalente lorsqu'elle déve-

loppe une part significative d'activités spécialisées (de niveau 3) par rapport aux autres régions. Or les régions les plus importantes en termes d'activité hospitalière ont généralement une part de séjours spécialisés dits « de niveau 3 » plus élevée que la moyenne⁵ (cartes 3 et 4). *A contrario*, une activité régionale de faible niveau est souvent associée à une moindre polyvalence⁶.

Cette polyvalence plus ou moins poussée de l'activité régionale dépend

d'abord des différences de moyens humains et matériels existants par rapport aux régions environnantes. Il convient, d'abord, de tenir compte de l'hétérogénéité régionale de l'offre : malgré une densité plus faible en personnel médical (et en équipements lourds pour l'Auvergne), que celle des régions environnantes, l'Auvergne, l'Aquitaine, et la Basse-Normandie présentent une forte part d'activité spécialisée. De surcroît, cette activité de niveau 3 est alimentée à hauteur de 10 % par des séjours de non résidents pour l'Auvergne et l'Aquitaine, alors que la moyenne nationale est de 8,7 %.

Les régions se révèlent ainsi plus ou moins attractives. La région PACA, par exemple, attire 59 000 séjours, soit une « attractivité » de 5 % par rapport à l'activité de ses établissements. Dans le même temps, 35 000 séjours de résidents de PACA se déroulent en dehors de la région. ces « fuites » représentent 3 % des séjours hospitaliers des provençaux.

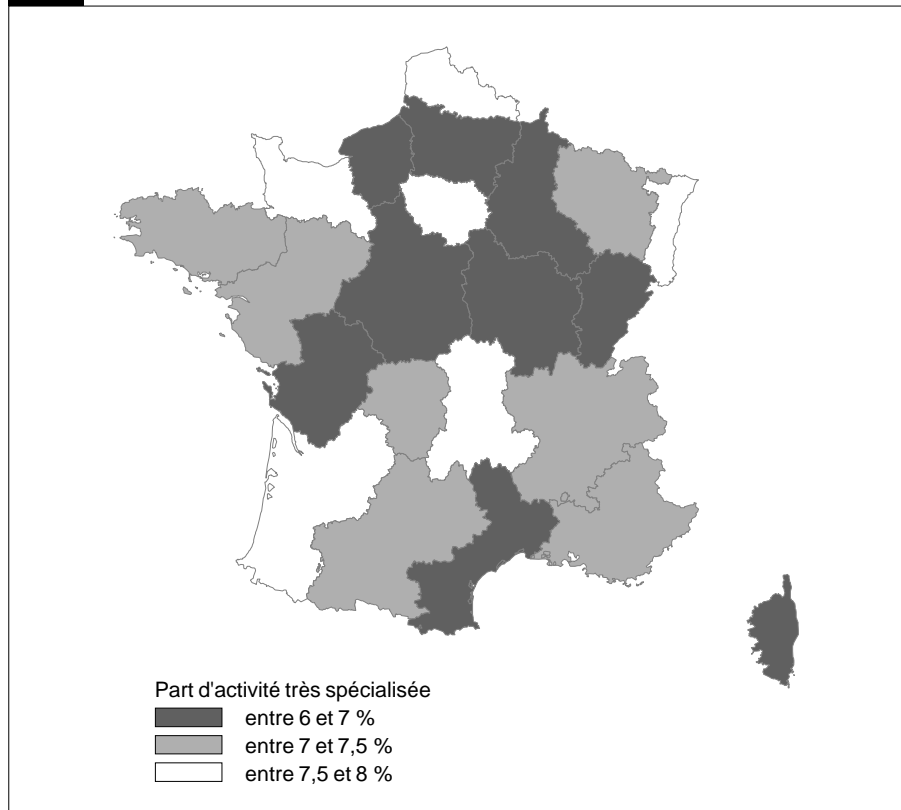
Toutes les régions polyvalentes, c'est-à-dire celles qui ont une forte part d'activité spécialisée, exercent une attractivité forte (graphique 3). Cependant, la région Nord - Pas-de-Calais fait exception à cette règle : sa situation périphérique et la concurrence de l'Île-de-France pour les séjours en provenance de Picardie, contribuent à réduire fortement le nombre des séjours de non résidents qui y sont effectués.

5. Bien qu'étant petites en termes d'activité, l'Alsace et la Lorraine sont néanmoins polyvalentes.

6. Si l'on prend comme marqueur d'une offre médicale et technique spécialisée le nombre de chirurgiens infantiles, on constate que les régions qui ont les effectifs de personnel médical en chirurgie infantile les plus élevés sont aussi celles qui perdent le moins d'hospitalisation d'enfants. Il y a donc bien relation entre l'offre de soins et les « fuites ».

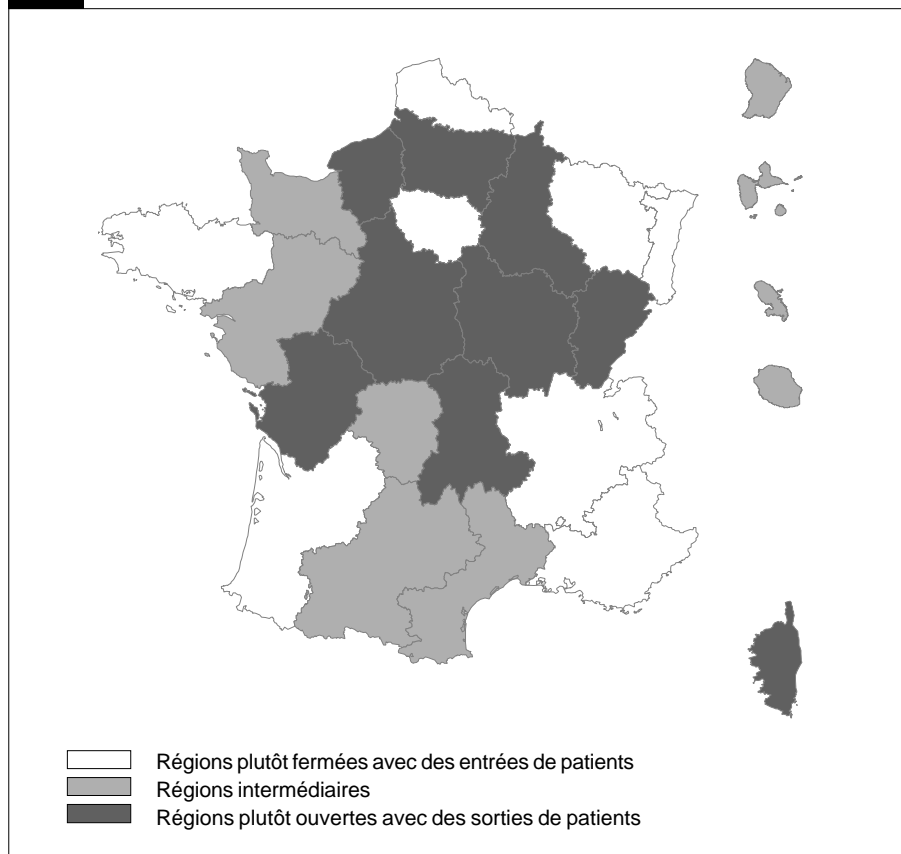
C
03

une certaine ressemblance entre, le classement des régions en fonction de l'importance de leur activité spécialisée...



C
04

... et le classement des régions en fonction de leur ouverture et de leur balance des échanges



7

Les régions qui sont peu polyvalentes voient au contraire un nombre important de leurs patients se faire hospitaliser dans d'autres régions. Ainsi la Bourgogne, la Franche-Comté, la Haute-Normandie, le Poitou-Charentes, le Centre, la Picardie, la Champagne-Ardenne et le Langue-

doc-Roussillon, avec une activité moins spécialisée et une densité médicale hospitalière faible, perdent davantage de patients qu'elles n'en recueillent.

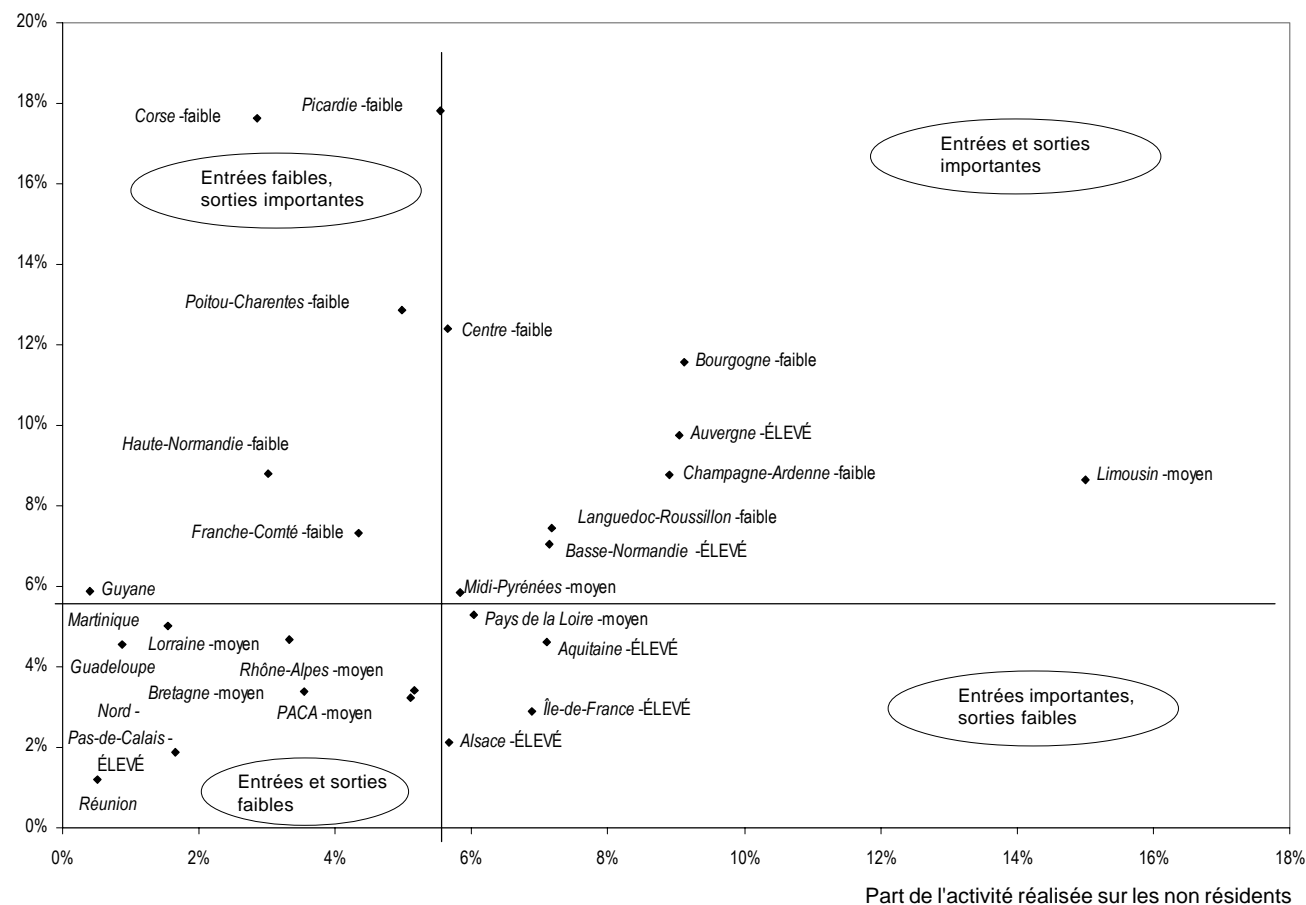
Au total la polyvalence et l'attractivité vont souvent de pair : c'est le cas pour l'Alsace, l'Aquitaine,

l'Auvergne, la Basse-Normandie et l'Île-de-France. Cependant, certaines régions relativement peu polyvalentes sont néanmoins attractives. C'est le cas, notamment, de la Bourgogne qui attire les patients de Champagne, du Centre et de Franche-Comté. ●

G
03

position des régions relativement aux entrées et sorties de patients – leur part d'activité spécialisée élevée, moyenne ou faible est indiquée

Part des résidents hospitalisés hors région



Lecture : la Bourgogne a une attractivité supérieure à la moyenne (9,1 %). Elle a également un taux de fuite supérieur à la moyenne (11,6 %). Sa part d'activité spécialisée est plutôt faible (6,6 %). L'ensemble des régions d'activité peu spécialisée a toujours un taux de fuite supérieur à la moyenne. L'ensemble des régions d'activité très spécialisée a une attractivité supérieure à la moyenne, exception faite du Nord - Pas-de-Calais.