



Hospitalisation de court séjour

Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011

Franck EVAÏN

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

La mise en place de la tarification à l'activité dans le court séjour, en 2004, a incité les établissements de santé à améliorer leur efficacité en développant leur activité tout en maîtrisant les coûts et les durées de séjour. L'enveloppe globale destinée au financement de ces établissements étant régulée *via* un objectif national de dépenses, une certaine forme de concurrence s'est mise en place, notamment entre les secteurs public et privé.

Sur la période 2003-2011 étudiée ici, l'activité globale a logiquement augmenté, en lien avec l'accroissement et le vieillissement de la population. Ainsi, la déformation de la structure de la population est responsable de 80 % de la hausse du nombre de séjours entre 2003 et 2011. Si l'effet démographique apparaît donc prépondérant sur l'évolution de l'activité globale, il est minoritaire pour certains segments d'activité.

Par ailleurs, la part de marché des hôpitaux publics en nombre de séjours – valorisés ou non par les tarifs – s'est développée sur la période au détriment des cliniques privées. L'essentiel de cette progression est due aux activités chirurgicales et semble s'être faite en deux temps : d'abord une augmentation du nombre de séjours, puis, à partir de 2008, un déplacement de la consommation vers des séjours davantage valorisés. L'analyse de quelques motifs de recours à un niveau fin montre que les raisons du repli du secteur privé peuvent être multiples.

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans le court séjour, en 2004, a profondément modifié le financement des établissements de santé. Leurs recettes dépendent désormais directement de l'activité de soins produite, c'est-à-dire du nombre de patients qu'ils accueillent et de la valorisation de leur prise en charge. Quel que soit leur statut, les établissements ont ainsi été incités à développer leur activité tout en optimisant leurs coûts, à maîtriser les durées de séjour, à procéder à des prises en charge en ambulatoire, etc. Dans les secteurs public et privé à but non lucratif, cette réforme a été mise en place progressivement de 2004 à 2008, *via* le maintien d'une part de dotation annuelle résiduelle, s'amenuisant au fil des années.

Les cliniques privées, elles, disposaient déjà d'un paiement à l'activité, mais sur la base de tarifs régionaux variables et non sur celle d'un tarif national unique. La période étudiée ici, 2003-2011, recouvre ainsi à la fois l'avant-T2A, son instauration progressive, et une troisième sous-période au cours de laquelle elle est en régime de croisière.

Des cliniques privées qui perdent du terrain

En 2011, le nombre de séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie appartenant au champ retenu dans cette étude est de 16,3 millions. Par rap-

port à 2003, l'augmentation est de 11,5 % à champ constant. En valeur, c'est-à-dire en tenant compte du tarif auquel l'Assurance maladie valorise chaque séjour (encadré 1), l'augmentation est de 18 % à champ et tarifs constants. Il y a donc eu un déplacement de l'activité vers des séjours plus chers ou mieux valorisés. L'évolution globale entre 2003 et 2011 peut ainsi se

décomposer en un effet nombre de séjours (+11,5 %) et un effet structure de l'activité (+5,8 %) (tableau 1). Cet effet structure est cependant plus fort en fin de période. Des travaux de la CNAMTS sur 2009-2011 indiquent que l'effet structure explique deux tiers de l'évolution en valeur sur cette sous-période, et l'augmentation du nombre de séjours seulement un tiers¹.

1. Rapport « Charges et produits pour l'année 2013 », CNAMTS, juillet 2013.

ENCADRÉ 1 ● Méthode

Champ

L'évolution des parts de marché entre secteurs a été calculée à partir des bases PMSI 2003 à 2011 et ne concerne que le court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie). Le champ est constitué de l'ensemble des séjours, hors séances et nouveau-nés n'ayant pas nécessité de soins. Le service de santé des armées (non-répondant au PMSI avant 2009) et le département de Mayotte (non-répondant avant 2008) ont également été exclus afin de travailler à champ constant. Dans la même optique, pour neutraliser l'impact de l'arrêté de 2007 sur les forfaits sécurité-environnement, les séjours ne contenant que des actes de la liste figurant dans l'arrêté ont été écartés sur l'ensemble de la période. Enfin, les séjours non valorisés dans la grille des tarifs par groupe homogène de séjour (GHS), comme les interruptions volontaires de grossesse et les interventions de chirurgie esthétique ou de confort, ont aussi été retirés du champ.

Afin de remédier au problème d'exhaustivité du recueil, notamment en début de période, des bases « redressées » ont été utilisées. La non-réponse de certains établissements au PMSI a ainsi été identifiée et corrigée à l'aide de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Les modifications qui surviennent régulièrement dans la nomenclature de classification des séjours rendent difficiles les comparaisons annuelles à un niveau fin d'activité. Il est toutefois possible de calculer des évolutions à un niveau agrégé (par discipline ou mode d'hospitalisation) et pour quelques procédures très précises et facilement identifiables sur l'ensemble de la période, comme les cataractes ou les césariennes. Pour ce faire, on observe les évolutions sur trois sous-périodes pour lesquelles on dispose de versions de GHM (groupes homogènes de malades) comparables. La version 9 est en effet disponible de 2003 à 2007, la version 10c de 2005 à 2009 et la version 11 (ou 11b/c) de 2008 à 2011.

Valorisation des séjours

Pour chaque sous-période, le calcul du tarif de chaque séjour se fait en deux temps. Tout d'abord, un calcul de tarif moyen par GHM est réalisé à partir des données du PMSI sur la dernière année de la sous-période (par exemple 2009 pour la sous-période 2005-2009), en incluant les bornes basses, hautes et les éventuels suppléments. Pour cela, on utilise uniquement les tarifs du secteur public. Car, même s'il y a une forte corrélation entre la grille tarifaire du secteur public et celle du secteur privé, elles sont construites selon des méthodologies différentes et n'intègrent pas les mêmes coûts. Afin de comparer facilement l'évolution des parts de marché entre les secteurs, ce sont les tarifs du public qui ont été choisis pour valoriser l'ensemble des séjours.

Dans un deuxième temps, les « tarifs moyens 2009 par GHM V10c » obtenus sont appliqués aux autres années de la sous-période. On peut ainsi calculer une évolution des parts de marché en « valeur », non seulement à champ constant, mais également à tarifs constants. Et, puisque les suppléments sont inclus dans ce tarif, à nombre et tarifs de suppléments constants, le fait de travailler à tarifs constants permet notamment de neutraliser l'impact des changements d'enveloppe ayant lieu tous les ans, qui sinon rendent très complexe tout calcul d'évolution sur plusieurs années. Cette méthode est appliquée à chacune des trois sous-périodes.

Jointure des trois sous-périodes

Évidemment, le fait d'utiliser trois grilles tarifaires différentes (2007, 2009 et 2011) sur l'ensemble de la période ne permet pas d'obtenir des montants parfaitement comparables entre sous-périodes. De plus, le passage à la V11 a modifié le champ global. En effet, certaines hospitalisations en V10c sont désormais codées dans des GHM de séances en V11. Pour l'année 2008, on dispose ainsi de plus de séjours dans la sous-période 2005-2009 (V10c) que dans la sous-période 2008-2011 (V11c) (graphique). Il est toutefois à noter qu'avant 2008, les écarts obtenus dans le nombre de séjours sont très faibles entre les différentes versions de GHM.

L'étape suivante consiste donc à joindre les trois sous-périodes, en appliquant à chaque année le taux d'évolution obtenu grâce à la version la plus récente de GHM. Ainsi, les points 2003, 2004 (non représentés sur le graphique) et 2005 sont ceux d'origine. Ensuite, on calcule l'évolution 2005-2006 en V10c, et on l'applique au

Dans le secteur privé à but lucratif, cet effet structure est quasi nul, ce qui laisse à penser que les cliniques accueillent des séjours de même niveau qu'en 2003, et que l'amélioration constatée du codage après la mise en place de la T2A a peu joué sur les montants remboursés². Le nombre de séjours a de plus augmenté

à un rythme moins soutenu dans les cliniques privées que dans le secteur public. La combinaison de ces deux effets permet d'obtenir l'évolution du montant total de soins remboursés, qui a ainsi nettement plus augmenté dans les hôpitaux publics (+22,9 %) que dans les cliniques privées (+9,2 %).

2. L'effet structure peut provenir d'une réorientation de l'offre vers des séjours mieux rémunérés (car occasionnant des coûts plus élevés pour l'établissement), mais aussi d'une optimisation du codage des séjours – et notamment des diagnostics – qui permet un classement dans des groupes homogènes de malades (GHM) mieux valorisés.

point 2005 obtenu en V9. Les variations ainsi établies sont très faibles jusqu'en 2008. Pour obtenir le point 2009, c'est l'évolution 2008-2009 calculée en V11c qui est appliquée au point 2008 précédemment obtenu. La même méthode est utilisée pour calculer l'évolution en nombre de séjours et celle en séjours valorisés par les tarifs.

Décomposition des effets

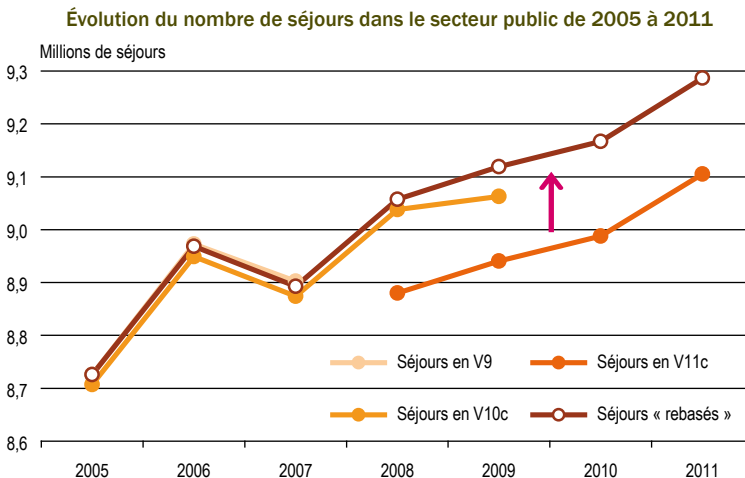
L'évolution 2003-2011 des séjours valorisés par les tarifs peut ensuite être décomposée en un effet séjours correspondant à l'évolution du nombre de séjours entre 2003 et 2011, et un effet structure correspondant à un déplacement de l'activité vers des GHM mieux valorisés.

$$\frac{\sum_i Q_i^{11} T_i^{11}}{\sum_i Q_i^{03} T_i^{11}} = \underbrace{\frac{\sum_i Q_i^{11}}{\sum_i Q_i^{03}}}_{\text{Effet séjours}} \times \underbrace{\frac{\sum_i Q_i^{11} T_i^{11}}{\sum_i Q_i^{11}} \times \frac{\sum_i Q_i^{03}}{\sum_i Q_i^{03} T_i^{11}}}_{\text{Effet structure}}$$

à tarifs constants

Remarque : ce calcul n'a pas pour but de décomposer l'effet valeur en un effet volume et un effet prix. Le fait de prendre un tarif constant sur l'ensemble de la période conduit à neutraliser un éventuel effet prix.

Avec Q_i^{11} : séjours 2011 et T_i^{11} : tarif moyen 2011 par GHM.



Note • La jointure des trois sous-périodes (2003-2007 / 2005-2009 / 2008-2011), correspondant à trois versions différentes de GHM, se fait en appliquant à chaque année le taux d'évolution obtenu grâce à la version la plus récente de GHM. Ainsi, les points 2003, 2004 et 2005 sont ceux d'origine (2003 et 2004 ne sont pas représentés ici). Ensuite, on calcule l'évolution 2005-2006 en V10c, et on l'applique au point 2005 obtenu en V9. Les variations ainsi établies sont très faibles jusqu'en 2008. Pour obtenir le point 2009, c'est l'évolution 2008-2009 calculée en V11c qui est utilisée et appliquée au point 2008 « rebasé » précédemment obtenu. La même méthode est utilisée pour calculer l'évolution en nombre de séjours (représentée dans ce graphique) et celle en séjours valorisés par les tarifs.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte. Court séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2003 à 2011, traitements DREES.

TABLEAU 1 • Évolution des parts de marché de chaque secteur

Secteur	Nombre de séjours 2011	Parts en séjours valorisés à tarifs constants (en %)					Effet en valeur à tarifs constants (en %)	dont effet séjours (en %)	dont effet structure (en %)
		2003	2005	2007	2009	2011			
Public	9 105 000	58,2	58,7	59,6	60,3	60,6	22,9	13,4	8,3
Privé à but non lucratif	1 282 000	8,4	8,4	8,4	8,5	8,5	19,0	12,6	5,6
Privé à but lucratif	5 879 000	33,4	32,9	32,1	31,3	30,9	9,2	8,3	0,8
Ensemble	16 266 000	100	100	100	100	100	18,0	11,5	5,8

Lecture • Entre 2003 et 2011, sur les séjours appartenant au champ de l'étude, le montant total remboursé aux établissements publics a augmenté de 22,9 %, à tarifs constants. Plus de la moitié de cette augmentation (13,4 %) est due à la hausse du nombre de séjours, et le reste (8,3 %) à un effet structure, c'est-à-dire à un déplacement vers des séjours mieux remboursés. Cet accroissement, combiné à une augmentation nettement plus faible dans le secteur privé à but lucratif (9,2 %), conduit logiquement à une progression de la part de marché du secteur public, qui passe de 58,2 % en 2003 à 60,6 % en 2011.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte. Court séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2003 à 2011, traitements DREES.

Il en résulte une hausse de la part de marché du secteur public, qui s'élève à 60,6 % en 2011 (+2,4 points), au détriment de la part des cliniques privées (30,9 %). Cet écart s'est creusé pour moitié entre 2006 et 2008, au moment où la part des recettes liées à la T2A passait de 35 % à 100 % dans les hôpitaux publics. La part des hôpitaux privés à but non lucratif est remarquablement stable sur la période (entre 8,4 % et 8,5 %).

Si l'on étudie la seule répartition du nombre de séjours, la part des établissements publics est de 56,3 % en 2011, c'est-à-dire inférieure à la part valorisée par les tarifs. Ces établissements accueillent globalement des séjours mieux valorisés, car nécessitant davantage de ressources. Le secteur public reçoit en effet des patients globalement plus âgés que le secteur privé et présentant davantage de « comorbidités », c'est-à-dire de maladies associées à leur pathologie principale.

Un secteur public en forte progression dans les activités chirurgicales

L'analyse de l'évolution des parts de marché par discipline permet de constater que les bonnes performances du secteur public, comparativement au secteur privé, sont surtout dues à la chirurgie et à l'obstétrique (tableau 2). La répartition sectorielle de l'activité médicale en valeur est en effet relativement stable sur la période pour les deux secteurs.

Les évolutions des parts de marché en obstétrique et en chirurgie semblent toutefois obéir à des logiques différentes. L'accroissement de la part du secteur public en obstétrique provient surtout d'une forte baisse du nombre de séjours dans les cliniques privées. L'évo-

lution contraignante de la réglementation a en effet conduit de nombreuses petites maternités de proximité à fermer, car elles étaient considérées comme sous-dotées en équipements et en personnels, et présentaient donc un risque pour la sécurité des patientes et des nouveau-nés. Ces fermetures ayant majoritairement concerné le secteur privé, la part des établissements publics a mécaniquement augmenté.

En chirurgie, cet accroissement est surtout dû à une forte hausse du nombre de séjours dans les établissements publics (+20,9 % sur la période). En 2011, les cliniques privées accueillent toujours la majorité des séjours chirurgicaux (54,7 % contre 37,2 % pour le public). Malgré cet écart, le fait que le secteur public accueille des séjours chirurgicaux plus complexes et donc plus coûteux aboutit pour la première fois en 2011 à une part en valeur plus élevée dans les établissements publics que dans les cliniques privées (45,8 % contre 45,5 %) [graphique 1].

Ce résultat des hôpitaux publics a été obtenu en deux temps. Au cours de la première sous-période, de 2003 à 2008, l'évolution des parts de marché en valeur a suivi celle en nombre de séjours. Puis, de 2008 à 2011, alors que la répartition des séjours accueillis dans chaque secteur est restée stable, les parts en valeur ont continué de se rapprocher jusqu'à se croiser. Cela suggère qu'après avoir significativement augmenté leur volume d'activité, la stratégie des hôpitaux publics a été de mieux valoriser les séjours produits.

Néanmoins, les cliniques privées occupent toujours une place prépondérante dans l'hospitalisation partielle – sans nuitée – en chirurgie, avec les deux tiers des séjours. L'expansion de ce mode d'hospitalisation a été considérable dans les cliniques (55,5 % de

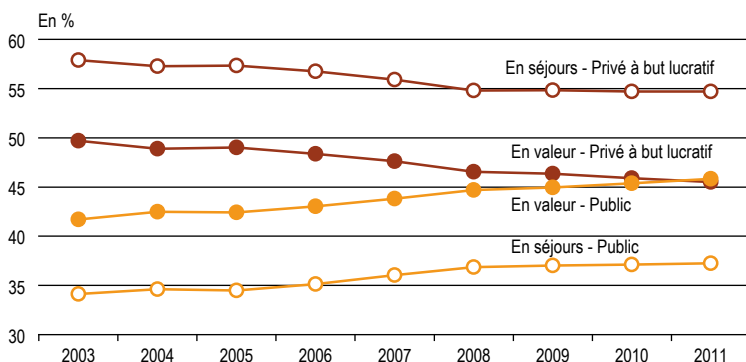
TABLEAU 2 • Évolution des parts de marché de chaque secteur par discipline

Discipline	Secteur	Nombre de séjours 2011	Parts en séjours valorisés à tarifs constants (en %)					Effet en valeur à tarifs constants (en %)	dont effet séjours (en %)	dont effet structure (en %)
			2003	2005	2007	2009	2011			
Médecine	Public	6 043 000	73,3	72,8	73,1	73,2	73,5	20,6	11,9	7,8
	Privé à but non lucratif	713 000	8,4	8,4	8,3	8,4	8,4	20,8	12,6	7,3
	Privé à but lucratif	2 286 000	18,3	18,8	18,7	18,3	18,0	18,0	17,9	0,1
	Ensemble	9 042 000	100	100	100	100	100	20,1	13,4	6,0
Chirurgie	Public	2 307 000	41,7	42,4	43,8	45,0	45,8	29,3	20,9	6,9
	Privé à but non lucratif	487 000	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	16,8	11,5	4,7
	Privé à but lucratif	3 308 000	49,7	49,0	47,6	46,4	45,5	7,8	4,7	2,9
	Ensemble	6 102 000	100	100	100	100	100	17,7	10,8	6,2
Obstétrique	Public	755 000	62,7	63,8	65,2	66,1	66,7	11,8	5,5	6,0
	Privé à but non lucratif	82 000	6,6	7,1	7,3	7,6	7,7	22,2	19,6	2,2
	Privé à but lucratif	284 000	30,6	29,1	27,5	26,2	25,5	-12,5	-13,7	1,5
	Ensemble	1 122 000	100	100	100	100	100	5,1	0,7	4,4

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte. Court séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2003 à 2011, traitements DREES.

GRAPHIQUE 1 • Évolution des parts de marché en chirurgie, en valeur et en nombre de séjours



Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte. Court séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2003 à 2011, traitements DREES.

séjours en plus entre 2003 et 2011), mais plus encore dans les hôpitaux publics (+103,4 %), qui augmentent par conséquent leur part de marché sur ce créneau (tableau 3).

Par ailleurs, et contrairement à ce qui se passe dans les cliniques privées, ce développement ne s'est pas accompagné pour les hôpitaux publics d'une diminution des séjours en hospitalisation complète. Ainsi, le nombre de séjours chirurgicaux avec nuitée est désormais plus élevé dans le public que dans le privé, et la part de marché des hôpitaux publics en valeur frôle les 50 %.

Net repli des cliniques pour certains soins courants

L'évolution des parts de marché à un niveau fin d'activité est souvent difficile à étudier sur longue période en raison des changements dans les nomenclatures³. Il est toutefois possible de l'observer entre 2003 et 2011 pour des soins précis et facilement identifiables dans les bases. On ne se limite plus ici aux seuls séjours chirurgicaux.

La baisse de la part de marché du secteur privé à but lucratif conduit à s'interroger sur un possible repli du

3. De 2003 à 2009, la nomenclature OAP (Outil d'analyse du PMSI) permet de regrouper les séjours en « produits » (AVC, cataractes, etc.). Par ailleurs, de 2008 à 2011, une nomenclature ATIH permet de regrouper les GHM (version 11) en « groupes d'activité ». Malheureusement, si produits et groupes d'activité ont souvent le même libellé, ils ne recouvrent pas toujours le même périmètre de séjours.

TABLEAU 3 • Évolution des parts de marché en chirurgie, selon le mode d'hospitalisation

	Secteur	Nombre de séjours 2011	Parts en séjours valorisés à tarifs constants (en %)					Effet en valeur à tarifs constants (en %)	dont effet séjours (en %)	dont effet structure (en %)
			2003	2005	2007	2009	2011			
Hospitalisation complète	Public	1 660 000	44,2	45,6	47,1	48,6	49,9	24,4	4,1	19,6
	Privé à but non lucratif	286 000	8,7	8,6	8,7	8,8	8,7	10,5	-7,7	19,7
	Privé à but lucratif	1 603 000	47,1	45,8	44,2	42,5	41,2	-3,4	-22,3	24,4
	Ensemble	3 550 000	100	100	100	100	100	10,4	-10,7	23,6
Hospitalisation partielle	Public	647 000	19,8	19,5	21,4	23,4	24,4	120,4	103,4	8,4
	Privé à but non lucratif	200 000	8,2	8,1	7,7	7,8	7,9	72,2	58,2	8,9
	Privé à but lucratif	1 705 000	72,0	72,4	70,9	68,6	67,6	68,1	55,5	8,1
	Ensemble	2 552 000	100	100	100	100	100	79,0	65,7	8,0

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte. Court séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2003 à 2011, traitements DREES.

secteur privé pour certaines procédures très courantes, notamment les appendicectomies, dont le nombre de séjours a chuté dans les cliniques entre 2003 et 2011 (-41,2 %), alors qu'il restait stable dans les hôpitaux publics (tableau 4). Cette dynamique a déjà été en partie mise en évidence dans l'étude de l'évolution des parts de marché entre 2005 et 2009⁴. L'amélioration des moyens diagnostiques, grâce à l'imagerie, a fait diminuer le nombre d'appendicectomies opérées sur une simple suspicion, ce qui était auparavant fréquent⁵. La récente mise à disposition « d'éléments décisionnels pour une indication pertinente de l'appendicectomie » par la Haute Autorité de santé (HAS) confirme d'ailleurs cette orientation⁶.

Les amygdalectomies, végétations et drains tympaniques ont suivi la même évolution que les appendicectomies, à la suite des recommandations publiées en 2006 par la HAS. Des indications plus précises ont conduit les cliniques privées à réaliser 19 % d'interventions de moins en 2008 qu'en 2003. Depuis, le nombre de séjours semble s'être stabilisé et les cliniques continuent à absorber les deux tiers de cette activité (en séjours comme en valeur).

Les accouchements par césarienne augmentent dans le public comme le privé

À l'inverse, ce sont les hôpitaux publics qui réalisent les deux tiers des accouchements par voie basse et des césariennes en 2011. Cette part a augmenté ces dernières années en raison du phénomène de restructuration des maternités. Parallèlement à ce phénomène, le taux d'accouchements par césarienne a augmenté dans les deux secteurs : de 1,3 point dans les hôpitaux publics pour atteindre 19,8 % en 2011, et de 2,3 points dans les cliniques privées où il est de 22,2 %.

Toujours dans le domaine de la grossesse, les IVG, remboursées au forfait, ne font pas partie du champ de cette étude, qui se limite aux activités valorisées par des tarifs. Néanmoins, sans tenir compte de leur valorisation, on constate que 80 % des interruptions volontaires de grossesse réalisées en établissement de santé⁷ le sont dans des hôpitaux publics. Ce chiffre était de 70 % en 2003. Selon un rapport de l'Assemblée nationale, cette baisse de la part des cliniques « résulte, d'une part, des restructurations hospitalières se traduisant par la fermeture d'un certain nombre de cliniques qui effectuaient des IVG, d'autre part,

4. Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats*, n° 785, DREES.

5. Mouquet M.-C., Oberlin P., 2013, « Appendicites et appendicectomies : 40 ans de diminution continue », *Études et Résultats*, DREES, à paraître. Dans l'étude citée, les appendicectomies sont identifiées à l'aide des actes, et non via les GHM comme c'est le cas ici. Du point de vue du nombre de séjours retenus, cette différence de filtre conduit à des résultats du même ordre de grandeur dans les deux études.

6. « Appendicectomie - Éléments décisionnels pour une indication pertinente », Rapport d'évaluation technologique, HAS, novembre 2012.

7. En 2010, 13 % des IVG ont été réalisées en cabinet de ville ou en centre de santé, par voie médicamenteuse. Parmi les IVG réalisées en établissement de santé (87 %), près de la moitié sont également de type médicamenteux (Vilain A., Mouquet M.-C., 2012, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2010 », *Études et Résultats*, n° 804, DREES).

TABLEAU 4 • Évolution des parts de marché, pour quelques motifs de recours courants

Motif de recours	Secteur	Nombre de séjours 2011	Parts en séjours valorisés à tarifs constants (en %)					Effet en valeur à tarifs constants (en %)	dont effet séjours (en %)	dont effet structure (en %)
			2003	2005	2007	2009	2011			
Appendicectomies	Public	46 000	44,4	47,9	51,1	53,3	56,8	5,6	0,3	5,3
	Privé à but non lucratif	5 000	6,4	6,6	6,8	6,7	6,3	-18,2	-22,6	5,7
	Privé à but lucratif	31 000	49,2	45,5	42,1	40,1	36,8	-38,3	-41,2	4,9
Amygdalectomies, végétations, drains trans-tympaniques	Public	47 000	19,0	19,2	21,3	23,3	25,0	7,6	15,4	-6,7
	Privé à but non lucratif	15 000	7,0	7,4	7,3	7,4	7,2	-16,8	-9,3	-8,3
	Privé à but lucratif	141 000	74,0	73,3	71,4	69,3	67,7	-25,4	-19,2	-7,7
Accouchements par voie basse	Public	427 000	62,0	63,4	64,7	65,7	66,4	5,0	9,8	-4,4
	Privé à but non lucratif	51 000	6,9	7,4	7,6	8,0	8,1	15,1	21,1	-4,9
	Privé à but lucratif	167 000	31,1	29,2	27,7	26,2	25,5	-19,8	-15,8	-4,8
Césariennes	Public	105 000	61,3	62,5	63,8	64,7	65,3	24,2	19,4	3,9
	Privé à but non lucratif	13 000	6,6	7,2	7,4	7,6	7,8	36,4	36,0	0,3
	Privé à but lucratif	48 000	32,1	30,2	28,8	27,7	26,9	-2,2	-3,0	0,8
Cataractes	Public	134 000	16,8	16,8	17,1	18,5	19,7	37,9	67,0	-17,4
	Privé à but non lucratif	52 000	7,2	7,4	7,5	7,8	7,6	25,3	44,7	-13,4
	Privé à but lucratif	505 000	76,0	75,8	75,4	73,7	72,7	12,7	30,2	-13,4

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte. Court séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2003 à 2011, traitements DREES.

du désengagement progressif du secteur privé de la pratique d'un acte qui, en raison de ses conditions de tarification et des coûts spécifiques liés à l'accompagnement des femmes, n'est pas considéré comme rentable »⁸.

S'agissant des cataractes, la dynamique est très importante dans tous les secteurs. Près de 692 000 séjours ont été réalisés pour ce motif en 2011, contre 508 000 en 2003, soit une hausse de 36 %. Seulement 40 % de cette croissance peut s'expliquer par le vieillissement de la population. Cet accroissement s'explique donc principalement par un phénomène de rattrapage, la proportion de personnes opérées au sein d'une même tranche d'âge étant en constante progression. Dans les hôpitaux publics, l'augmentation a été encore plus prononcée (+67 %), ce qui leur a permis de réduire l'écart avec les cliniques privées. Avec 73 % des opérations de la cataracte réalisées, la part des cliniques reste néanmoins largement majoritaire.

Parallèlement à cet afflux de demande, les établissements de soins ont réussi à mieux s'organiser, afin d'augmenter considérablement la proportion des cataractes traitées en ambulatoire. Une évolution renforcée par la procédure de « mise sous accord préalable » mise en place par l'Assurance maladie,

qui rend plus contraignant tout traitement de la cataracte en hospitalisation complète. Dans les cliniques, la part d'ambulatoire était de 49 % en 2003 et atteint 84 % en 2011. Dans les hôpitaux publics, le bouleversement a été encore plus fort, avec un taux d'ambulatoire qui est passé de 31 % à 80 %. L'effet structure négatif observé pour la cataracte s'explique par le fait qu'en début de période, les opérations de la cataracte effectuées en ambulatoire étaient moins valorisées par les tarifs de l'Assurance maladie que celles réalisées en hospitalisation complète. Le boom de l'ambulatoire a donc entraîné une moindre valorisation moyenne de ces interventions. En 2008, la mise en place d'un tarif unique dans le secteur public conduit à valoriser à l'identique les séjours, quelle que soit leur durée, tant que celle-ci reste inférieure à cinq jours. Depuis, l'effet structure est donc quasi nul.

Hausse des recours à l'hospitalisation des plus de 65 ans

Sur la période 2003-2011, le nombre global de séjours a donc augmenté, en lien avec l'accroissement et le vieillissement de la population, mais aussi en raison de l'augmentation des taux de recours à l'hospitalisation des plus de 65 ans (encadré 2). Ces résultats

8. Rapport d'information n° 1206 sur l'application de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, enregistré le 22 octobre 2008

sont confirmés par des travaux récents de la CNAMTS sur la période 2009-2011, qui soulignent que si l'effet démographique apparaît prépondérant sur l'évolution de l'activité globale, il est minoritaire pour de nombreux segments d'activité. L'activité en médecine est tirée par l'impact du vieillissement, alors que celle de la chirurgie est presque autant liée à l'augmentation des taux d'hospitalisation à âge donné qu'au vieillissement entre 2009 et 2011⁹.

La part de marché des hôpitaux publics s'est développée de manière concomitante, au détriment des cliniques privées. L'essentiel de cette progression est due aux activités chirurgicales et semble s'être faite en deux temps : d'abord une augmentation du nombre de séjours à partir de 2003, puis, à partir de 2008, un déplacement de la consommation vers des séjours davantage valorisés. Évolution des pratiques, recommandations professionnelles, restructurations,

9. Rapport « Charges et produits pour l'année 2013 », CNAMTS, juillet 2013.

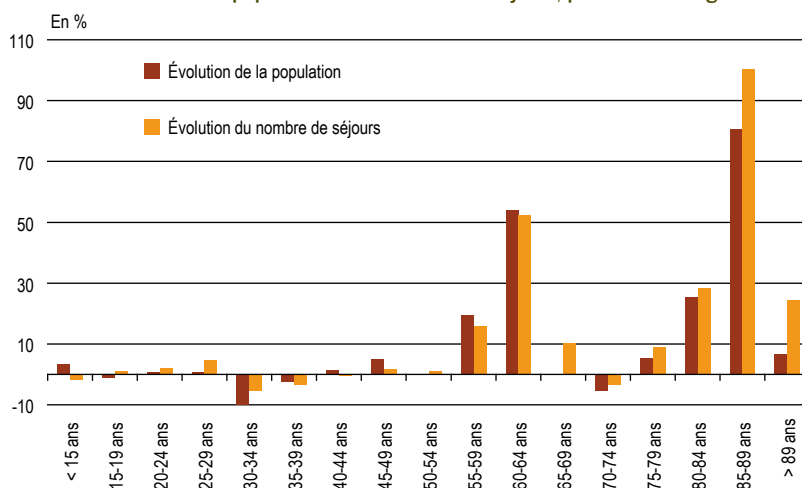
ENCADRÉ 2 • Évolution de la demande

Sur la période 2003-2011, la population française – et donc la demande de soins adressée aux hôpitaux – a connu des évolutions notables. Le nombre total d'habitants a notamment augmenté de 5 %, cet accroissement conduisant logiquement à davantage de séjours hospitaliers. De plus, la population est désormais plus âgée, la part des 60 ans ou plus atteignant 23 % en 2011 contre 20,4 % en 2003. Comme les personnes âgées recourent davantage aux soins que les plus jeunes, ce vieillissement entraîne un taux de recours global plus élevé en 2011 qu'en 2003 (tableau). En standardisant ces taux, c'est-à-dire en les appliquant à la même structure de population (2011 dans notre cas), les taux de recours 2003 et 2011 se rapprochent nettement. Celui de 2011 reste toutefois légèrement plus élevé, avec trois séjours de plus pour 1 000 habitants.

Cette déformation de la structure de la population se concentre sur quelques tranches d'âge, notamment celles des 60-64 ans et 85-89 ans, dont les effectifs ont crû respectivement de 54 % et 81 % entre 2003 et 2011 (graphique). Le plus grand nombre de personnes de 85 à 89 ans n'explique toutefois pas à lui seul l'augmentation du nombre de séjours, qui a doublé sur la période. De même, pour les 90 ans ou plus, la hausse du nombre de séjours (24 %) a été largement supérieure à l'augmentation de la population de cet âge (7 %).

Entre 2003 et 2011, le nombre total de séjours a augmenté de 10 %. Grâce au « nombre de séjours attendus », on estime que cette évolution aurait été de 8 % à taux de recours constants. Ainsi, la déformation de la structure de la population est responsable de 80 % de la hausse du nombre de séjours entre 2003 et 2011. Cette part est évidemment très variable selon les motifs de recours. Elle n'est par exemple que de 40 % pour les opérations de la cataracte. Pour d'autres soins comme les accouchements par voie basse et les césariennes, le nombre de séjours aurait même dû diminuer en raison d'un moins grand nombre de femmes en âge d'accou-

Évolution de la population et du nombre de séjours, par tranche d'âge



Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte. Court séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2003 à 2011, traitements DREES ; INSEE, estimations de population 2003 et 2011.

contraintes administratives, nouveaux positionnements des établissements publics, progrès de ces derniers dans la prise en charge en ambulatoire..., l'analyse de quelques motifs de recours à un niveau fin montre que les raisons du repli du secteur privé

peuvent être multiples. Une autre explication possible peut provenir du codage du PMSI : la mise en place de la T2A a fait du codage un enjeu essentiel, ce qui a pu inciter les établissements publics à s'améliorer dans ce domaine.

cher. Il a pourtant augmenté en raison d'un taux de recours plus important, notamment chez les femmes de plus de 30 ans. Tous séjours confondus, ce recours plus fréquent à l'hôpital explique ainsi 20 % de l'augmentation de l'activité. En dehors des accouchements, ce phénomène touche principalement les seniors, dont les taux de recours ont augmenté pour toutes les classes d'âge au-delà de 65 ans. Plusieurs facteurs peuvent entrer en compte. Tout d'abord l'évolution des pratiques : possibilité d'opérer désormais à des âges de plus en plus avancés, systématisation des bilans et autres dépistages conduisant à mieux déceler les maladies nécessitant une hospitalisation, etc. Mais aussi des difficultés dans l'organisation des soins pouvant conduire à des hospitalisations inadéquates, en particulier pour les personnes âgées en médecine¹.

1. Exertier A., Minodier C., 2011, « Les inadéquations hospitalières en France : fréquence, causes et impact économique », *Panorama des établissements de santé – édition 2011*, DREES.

Évolution du taux de recours par âge

	Population - Nombre d'habitants		Répartition de la population (en %)		Nombre de séjours		Taux de recours pour 1 000 habitants		Nombre de séjours attendus* en 2011
	2003	2011	2003	2011	2003	2011	2003	2011	
< 15 ans	11 669 451	12 072 894	18,9	18,6	1 569 550	1 539 107	135	127	1 623 813
15-19 ans	4 040 407	3 990 491	6,5	6,1	502 088	506 709	124	127	495 885
20-24 ans	3 996 557	4 022 077	6,5	6,2	596 810	609 044	149	151	600 621
25-29 ans	3 952 332	3 979 917	6,4	6,1	789 335	826 867	200	208	794 844
30-34 ans	4 434 643	3 986 406	7,2	6,1	908 105	857 395	205	215	816 318
35-39 ans	4 532 581	4 418 046	7,3	6,8	839 987	810 596	185	183	818 761
40-44 ans	4 429 640	4 497 637	7,2	6,9	823 330	818 498	186	182	835 968
45-49 ans	4 310 680	4 529 399	7,0	7,0	895 945	911 709	208	201	941 404
50-54 ans	4 327 791	4 320 523	7,0	6,7	1 053 139	1 064 778	243	246	1 051 370
55-59 ans	3 490 019	4 165 875	5,6	6,4	1 028 759	1 192 211	295	286	1 227 982
60-64 ans	2 666 018	4 104 739	4,3	6,3	883 305	1 346 648	331	328	1 359 982
65-69 ans	2 685 792	2 678 276	4,3	4,1	1 032 469	1 137 477	384	425	1 029 580
70-74 ans	2 574 174	2 429 751	4,2	3,7	1 174 776	1 135 673	456	467	1 108 866
75-79 ans	2 150 584	2 267 411	3,5	3,5	1 138 006	1 242 383	529	548	1 199 826
80-84 ans	1 440 240	1 807 986	2,3	2,8	869 966	1 117 349	604	618	1 092 101
85-89 ans	645 880	1 167 213	1,0	1,8	389 595	780 713	603	669	704 063
> 89 ans	477 241	509 879	0,8	0,8	296 061	368 393	620	723	316 308
Total	61 824 030	64 948 520	100,0	100,0	14 791 224	16 265 550	239	250	16 017 691

Taux de recours standardisé sur la population 2011	247	250
--	-----	-----

* Compte tenu de la population 2011, nombre de séjours 2011 que l'on aurait dû obtenir si les taux de recours étaient restés les mêmes qu'en 2003.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte. Court séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2003 à 2011, traitements DREES ; INSEE, estimations de population 2003 et 2011.