



HAL
open science

La version 11 de la fonction de groupage des GHM induit-elle des modifications dans la valorisation des activités médicales des établissements hospitaliers ? : Exemple avec l'activité 2008 du Serice de Neurologie du CHU de Nancy

Pierre Hertz

► **To cite this version:**

Pierre Hertz. La version 11 de la fonction de groupage des GHM induit-elle des modifications dans la valorisation des activités médicales des établissements hospitaliers ? : Exemple avec l'activité 2008 du Serice de Neurologie du CHU de Nancy. Sciences du Vivant [q-bio]. 2009. hal-01732556

HAL Id: hal-01732556

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732556v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Pierre HERTZ

Le 13 Novembre 2009

LA VERSION 11 DE LA FONCTION DE GROUPEMENT DES GHM INDUIT-ELLE DES MODIFICATIONS DANS LA VALORISATION DES ACTIVITÉS MÉDICALES DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ?

EXEMPLE AVEC L'ACTIVITÉ 2008
DU SERVICE DE NEUROLOGIE DU CHU DE NANCY.

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur François KOHLER

Président

Monsieur le Professeur Alain VERGNENEGRE

Monsieur le Professeur Xavier DUCROCQ

Madame le Docteur Danièle BLANC

Madame le Docteur Emmanuelle LEBRUN, Directrice de Thèse

Monsieur Philippe VIGOUROUX

Juges

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Pierre HERTZ

Le 13 Novembre 2009

LA VERSION 11 DE LA FONCTION DE GROUPEMENT DES GHM INDUIT-ELLE DES MODIFICATIONS DANS LA VALORISATION DES ACTIVITÉS MÉDICALES DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ?

EXEMPLE AVEC L'ACTIVITÉ 2008
DU SERVICE DE NEUROLOGIE DU CHU DE NANCY.

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur François KOHLER

Président

Monsieur le Professeur Alain VERGNENEGRE

Monsieur le Professeur Xavier DUCROCQ

Madame le Docteur Danièle BLANC

Madame le Docteur Emmanuelle LEBRUN, Directrice de Thèse

Monsieur Philippe VIGOUROUX

Juges

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Asseseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. Christophe NEMOS

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY

Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT

Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET

Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ

Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE

Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT

Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT

Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ

Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972) <i>Université de Stanford, Californie (U.S.A)</i>	Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>
Professeur Paul MICHIELSEN (1979) <i>Université Catholique, Louvain (Belgique)</i>	Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) <i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>
Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982) <i>Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)</i>	Professeur James STEICHEN (1997) <i>Université d'Indianapolis (U.S.A)</i>
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)</i>
Harry J. BUNCKE (1989) <i>Université de Californie, San Francisco (U.S.A)</i>	
Professeur Daniel G. BICHET (2001) <i>Université de Montréal (Canada)</i>	Professeur Marc LEVENSTON (2005) <i>Institute of Technology, Atlanta (USA)</i>
Professeur Brian BURCHELL (2007) <i>Université de Dundee (Royaume Uni)</i>	

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Professeur François KOHLER,
Professeur de biostatistiques, informatique médicale (option biologique).

Vous m'avez fait l'honneur de présider mon jury.

Votre enseignement à la faculté est l'origine de mon attrait pour la santé publique.

Votre recul scientifique et votre expertise dans le domaine de l'information
médicale sont pour moi un modèle.

Vous trouverez dans ce travail le témoignage de mon admiration et de
l'intérêt porté à votre passionnante spécialité.

A NOTRE JUGE,

Monsieur le Professeur Alain VERGNENEGRE,
Professeur d'épidémiologie, économie de la santé et prévention.

Vous m'avez fait le grand honneur de participer à mon jury.
Je sais l'intérêt que vous portez au circuit de l'information médicale et
l'importance que vous accordez à la collaboration
entre les cliniciens et les médecins DIM.

Vous trouverez ici l'expression de mes sincères remerciements
et de mon profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Xavier DUCROCQ,

Professeur de neurologie.

Vous m'avez accueilli au sein du service de neurologie pour la réalisation de ce travail et vous m'avez fait confiance.

Votre disponibilité au cours de ce travail m'a été précieuse.

Votre présence dans ce jury est un honneur pour moi et je vous adresse mes plus sincères remerciements.

A NOTRE JUGE,

Madame le Docteur Danièle Blanc,
Médecin de santé publique, Praticien Hospitalier,
Chef de service du DIM du CHU de Reims.

Tu es à l'origine de mon intérêt pour l'information médicale.

Tu m'as transmis ta passion pour le métier de médecin DIM.

Ton bienveillant soutien m'a accompagné tout au long de mon internat de médecine.

Ta présence dans ce jury est un honneur pour moi et je t'adresse
mes plus sincères remerciements.

A NOTRE DIRECTRICE ET JUGE,

Madame le Docteur Emmanuelle LEBRUN,
Médecin de santé publique, Praticien Hospitalier,
Chef de service du DIM du CH d'Angoulême.

Lorsque ton embarcation a quitté le port contre vents et marrées, tu m'as laissé une extrémité du bout tel un fil d'Ariane... j'y ai été très sensible !

Tu as accepté de me diriger dans ce travail, en m'éclairant de ta rigueur méthodologique.
Ta disponibilité, ton écoute et tes conseils m'ont été précieux tout au long de cette étude.

Ta capacité d'analyse et ton esprit critique sont pour moi un modèle.

A force de persévérance, tu as su me transmettre le goût des travaux scientifiques.

Tu resteras pour moi un modèle et je suis fier d'avoir pu apprendre à tes côtés,
malgré la distance kilométrique.

J'espère que ce travail sera digne de ta confiance.
Qu'il soit l'occasion de te remercier pour ton compagnonnage.

A NOTRE JUGE,

Monsieur Philippe VIGOUROUX,
Directeur Général du CHU de Nancy.

Je sais l'importance que vous attachez aux missions de l'hôpital public.

Vous m'avez fait l'honneur de lire et de juger mon travail.

Vous trouverez ici l'expression de mon plus profond respect et ma reconnaissance pour
la confiance que vous m'avez accordée.

A Céline,
Presque 2 ans que tu me supportes... et que de chemin parcouru.
Merci de ton aide et de ton soutien pour cette thèse et tout le reste.
Reçois ici le témoignage de mon amour.

A mes parents,
Vous m'avez appris qu'il est toujours mieux d'avoir plusieurs cordes à son arc.
Merci de votre patience et de votre soutien dans mes choix professionnels.

A mes beaux-parents,
Que cette thèse soit l'occasion de vous remercier de m'avoir si bien accueilli au sein de
votre famille.

A mes deux grands-mères,

A mes deux grands pères,
Vous m'avez enseigné le sens du devoir et de la loyauté.
Vos carrières sont pour moi des modèles et vous m'avez fait partager vos expériences
de la vie pour m'apprendre à construire la mienne.

A mes frères et sœur, Alexandre, Matthieu, Véronique, Sébastien et Maximilien, qui n'ont
pas toujours compris ce que faisait leur grand frère.

A mes amis, pour tous les moments de détente passés ensemble et ceux à venir.

Au Professeur Hervé VESPIGNANI, Chef du service de neurologie du CHU de Nancy,
Vous avez accepté que mon travail porte sur l'activité de votre service, tout en sachant
que les résultats pourraient amener à de profondes restructurations.

Au Docteur Nicolas JAY,
Pour sa contribution à mon travail et sa disponibilité.

Au Docteur Bruno AUBLET-CUVELIER,
Vos remarques et vos pistes de réflexion m'ont permis d'y voir plus clair dans les choix à
faire.

A Valérie,
Qui a accompagné mes premiers pas en politique et avec qui je suis fier de pouvoir
travailler aujourd'hui.

A Laurent,
Pour la confiance qu'il m'a faite en m'intégrant à son équipe municipale et en me
chargeant des thématiques « *santé et accessibilité* ».

A Mme Geneviève LEFEBVRE, directrice générale adjointe du CHU de Nancy,
Vos questions précises sur le système d'information et la tarification m'ont beaucoup
appris : « *ce qui se conçoit bien s'énonce clairement* ».
La confiance que vous m'avez accordée m'a honorée.

Au Professeur Jean-Luc SCHMUTZ et aux membres de la Commission Médicale
d'Etablissement du CHU de Nancy, pour le travail fait ensemble depuis 3 ans.

A Mme Véronique ANATOLE-TOUZET, directrice générale du CHR de Metz-Thionville,
Je m'attacherai à vous donner raison de m'avoir accordé votre confiance, en restant fidèle à mes convictions et ma déontologie.

A Corinne, Pierre, Martine et Stéphane, mes collègues du DIM du CHR de Metz-Thionville.
Vous m'avez accueilli avec des perspectives de long terme pour un travail d'équipe.

A Sandrine et Audrey, Céline et Yveline, Elisabeth et Corinne, Nadia, Sylvie et Pascale, les
TIM qui m'ont supporté tout au long de mon apprentissage dans les différents DIM.

A Arnaud, Christophe et, Vincent, mes amis et collègues internes de santé publique.

A Frédéric GRAVEREAUX, directeur de Web100T,
Pour avoir mis gracieusement à ma disposition l'outil IMPACT FG11.11 : ce travail en illustre les possibilités d'utilisation.
Je vous remercie pour l'audace mise en place de ce partenariat.

A Emmanuel POMMIERS et Martin CHALEPPE, respectivement directeur technique et responsable des services de Web100T,
Votre disponibilité et votre réactivité m'ont été d'une grande aide pour la réalisation de ce travail.

A mon arrière-arrière-grand-père, le Professeur Paul SIMON,
dont le portrait se trouve dans la salle des thèses n°2
de la Faculté de Médecine de Nancy.

C'est pour moi une grande fierté de prêter serment
sous le regard bienveillant de mon aïeul.



*Paul SIMON (1857-1939),
Professeur de Médecine à la Faculté de Nancy.*

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières.....	1
Liste des abréviations.....	5
INTRODUCTION	8
HISTORIQUE ET ÉVOLUTION DES MODES DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX PUBLICS EN FRANCE, ÉTAT DES LIEUX DE LA SITUATION INTERNATIONALE.....	11
I. De 1959 À 1984 : un financement au prix de journée.....	12
II. De 1984 À 2004 : la Dotation Globale de Financement	12
A. Les limites de la dotation globale.....	13
B. La limitation de la dépense par l'offre et ses défauts	14
C. Les effets pervers de la dotation globale.....	15
1. Les listes d'attentes et le rationnement des soins.....	15
2. Les déficits et reports de charges.....	16
III. De 2004 à nos jours : la Tarification À l'Activité (T2A).....	17
A. Principe général du financement à l'activité.....	17
1. Les mécanismes du paiement rétrospectif à la française : la T2A.....	18
2. Les financements de la T2A	18
a) Le financement fondé sur l'activité uniquement.....	19
b) Les financements mixtes	21
c) Les financements hors-activité : MIGAC.....	23
(1) L'enveloppe « Missions d'Intérêt Général »	23
(2) L'enveloppe « Aides à la Contractualisation ».....	24
(3) L'enveloppe « Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation ».....	25
d) Le financement de la prestation journalière	27
B. Montée en charge progressive de la T2A et convergence	28
1. Vers la T2A.....	28
a) Dans le secteur privé	28
b) Dans le secteur public.....	28
2. Différences et convergences.....	31
C. 2004-2008 : un premier bilan à mi-parcours.....	33

D. Les dérives possibles de la T2A : sélection des patients et des activités, inflation de l'activité.....	34
1. La qualité des soins et la sélection des patients.....	34
2. La pérennité des établissements et la cessation d'activité.....	35
3. La maîtrise des dépenses de santé.....	36
IV. En 2009, les différentes expériences de T2A dans le monde	38

LE PROGRAMME DE MÉDICALISATION DU SYSTEME D'INFORMATION (PMSI) ET LA V11 40

I. Origine et avènement du PMSI	41
A. Le développement en France	42
B. La T2A et l'avènement du PMSI.....	42
C. Principes du PMSI MCO	43
1. Production du résumé de sortie standardisé	43
2. Contenu du résumé d'unité médicale	43
a) Les informations dites administratives.....	44
b) Les informations médicales.....	44
3. La classification des groupes homogènes de malades.....	45
a) L'algorithme de la classification des GHM.....	46
b) Le diagnostic principal	46
c) Les actes classant.....	46
d) Les complications ou morbidités associées.....	47
D. Confidentialité du recueil.....	48
1. Production du résumé de sortie anonyme	48
2. Transmission des informations	48
3. Chaînage anonyme des RSA.....	49
E. L'étude nationale de coûts.....	49
II. Historique et évolution des versions de groupage des GHM	50
A. La Version 9.....	51
B. La Version 10	52
C. La Version 11	53
1. Pourquoi la V11 ?.....	53
2. Les principales modifications apportées par la V11 et leurs effets attendus	55
a) La révision de la liste des CMA.....	56
b) Modification de la définition du diagnostic principal.....	60
c) Suppression de la CM24 regroupant les séjours de moins de 48 heures	63

CONTEXTE ET OBJECTIF, MATÉRIELS ET MÉTHODE, RÉSULTATS ET DISCUSSION.....	64
I. Contexte	65
II. Objectif	67
III. Matériels et Méthodes	69
A. Bibliographie.....	69
B. Recueil des données.....	70
C. Préparation des fichiers informatiques	71
D. Méthodologie	73
1. Période étudiée.....	73
2. Tarifs et fonctions de groupage utilisés.....	73
3. Périmètre de l'activité étudiée	74
4. Outils informatiques et traitement des données	75
5. Descriptif du traitement des données par Impact FG11.11	76
6. Description de la procédure de traitement des données	79
a) Import et contrôle des données.....	79
b) Préparation des données pour l'exploitation.....	80
c) Démarche analytique	80
(1) Valorisation de l'activité.....	81
(2) Optimisation de la valorisation de l'activité.....	82
(a) Hospitalisation de Jour.....	84
(i) Sélection des séjours à recoder	84
(ii) Analyse	86
(b) Hospitalisation Complète en Neurologie uniquement.....	87
(i) Sélection des séjours à recoder	87
(a) Les séjours avec des durées courtes : EXB.....	87
(b) Les séjours avec des durées longues : EXH	88
(ii) Analyse	89
(c) Hospitalisation multi-services avec un RUM en neurologie.....	90
(d) Effet de la modification de la définition du diagnostic principal.....	90
IV. Résultats.....	91
A. Valorisation de l'activité.....	91
1. Description des populations étudiées	92
2. Application de la valorisation	93
3. Répartition des séjours étudiés selon le niveau de sévérité.....	99
B. Optimisation de la valorisation de l'activité.....	101
1. Hospitalisation de Jour	102

2.	Hospitalisation Complète en Neurologie uniquement	112
a)	Les séjours avec des EXB	115
b)	Les séjours avec des EXH 1-2.....	123
c)	Effet de la modification de la définition du DP	128
d)	Extrapolation des résultats à l'ensemble des séjours d'hospitalisation complète	129
3.	Hospitalisation multi-services avec un RUM en neurologie.....	131
4.	Extrapolation à l'ensemble des séjours de neurologie.....	132
V.	Discussion	135
A.	Critique des choix de méthodologie de notre étude	135
1.	Discussion sur le choix du périmètre étudié	135
2.	Discussion sur le choix de l'outil informatique.....	136
3.	Discussion sur les données utilisées	137
4.	Discussion sur les extrapolations.....	138
5.	Les potentialités d'amélioration de la valorisation.....	139
B.	Les résultats et les objectifs initiaux	140
1.	La V11 modifie-t-elle la valorisation des activités médicales ?.....	140
2.	La V11 et la T2A ne sont pas des fatalités	142
a)	L'intérêt d'un codage de qualité	142
b)	Une base de données doit être le reflet de l'activité.....	142
c)	La nécessité des courriers d'hospitalisation	143
d)	Le codage par les praticiens : un axe majeur.....	144
	CONCLUSION	146
	Bibliographie.....	148
A.	Ouvrages	148
B.	Articles.....	148
C.	Textes règlementaires.....	148
1.	Arrêtés	148
2.	Circulaires	149
3.	Guides méthodologiques.....	149
D.	Rapports.....	149
E.	Sites internet et pages web	150
F.	Divers	150

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ATIH	Agence Technique d'Information Hospitalière
CA	Conseil d'Administration
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM-10	Classification Internationale des Maladies, 10 ^{ème} Version
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer
CMA	Complications et Morbidités Associées
GMD	Catégorie Majeure de Diagnostic
CME	Commission Médicale d'Établissement
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens
CSP	Code de la Santé Publique
CT	Coefficient de Transition
CTIP	Centre de Traitement de l'Information du PMSI
DAS	Diagnostic Associé Significatif
DGF	Dotation Globale de Fonctionnement
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM	Département d'Information Médicale
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DP	Diagnostic Principal
DRG	Diagnosis Related Groups
ENC	Échelle Nationale des Coûts
EPRD	État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
FHF	Fédération Hospitalière de France
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHS	Groupe Homogène de Séjours
H3AM	Haute Autorité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HAS	Haute Autorité de Santé
ISA	Indice Synthétique d'Activité
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LOLF	Loi Organique relative aux Lois de Finances
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie
MERRI	Mission d'Enseignement, de Recherche, de Référencement et d'Innovation
MIG-AC	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
ONDAM	Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
PERNNS	Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
PMSI	Programme de Médicalisation du Système d'Information
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
PVE	Part de la Variance Expliquée
RSS	Résumé Synthétique de Sortie
RUM	Résumé d'Unité Médicale
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarifification À l'Activité
UCR	Unité de Coordination Régionale

« Ne pas prévoir c'est déjà gémir »

Léonard de Vinci

INTRODUCTION

L'Hôpital occupe aujourd'hui une place essentielle dans notre système de soins et près de dix millions de nos concitoyens ont recours chaque année aux services hospitaliers pour une dépense annuelle globale supérieure à 67 milliards d'euros¹. En 2009, 86 % des français estiment que l'hôpital public remplit bien ses missions² et ce chiffre reste quasiment stable depuis 2000 (89%).

Au cours des dernières années l'environnement hospitalier a connu de profondes transformations et il continue à évoluer très vite sous l'effet de nouvelles techniques médicales, de nouveaux équipements, de nouvelles prises en charge, du développement des démarches qualité et des procédures de certification.

L'évolution des pratiques professionnelles s'accompagne de profondes mutations de l'environnement administratif et financier de l'hôpital telles la réforme de la gouvernance hospitalière (2005), les nouvelles modalités de financement avec la T2A (2002) dans le cadre du plan Hôpital2007, le développement des partenariats public-privé, ou encore plus récemment la loi HPST votée en 2009 (Hôpital – Patient – Santé – Territoire).

Avec des succès plus ou moins relatifs, les réformes successives des systèmes de santé poursuivent des objectifs économiques et financiers ; l'ambition des pouvoirs publics est de rénover les établissements de santé tout en assainissant leur situation financière, le tout sur un fond de resserrement des budgets de l'Etat dans un contexte de crise financière et de déficit abyssal de la sécurité sociale.

La tarification à l'activité (T2A) participe de cet objectif en médicalisant le financement des établissements de santé, mais également en rapprochant les modes de financement et de régulation des secteurs public et privé.

Quelle que soit l'origine de son financement, qu'il soit financé par l'impôt (modèle beveridgien, type service national de santé) ou de type mutualiste (modèle bismarckien, type assurance maladie), tout système de santé doit faire face à une contraction des ressources financières disponibles. Tous les systèmes sanitaires européens doivent faire face au défi de l'effet de ciseau entre des capacités de financement de plus en plus limitées et des demandes de soins en hausse.

¹ 67,7 Md€ pour les dépenses relatives aux établissements de santé, Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2009.

² Enquête TNS Sofres/ Logica, *Les français et l'Hôpital*, février 2009 – <http://www.tns-sofres.com>

Les restructurations hospitalières et les nouvelles modalités de management s'inscrivent dans cette logique d'économie et de compression de la dépense de santé. Aujourd'hui, l'ensemble des pays européens s'engage dans la voie de la tarification à l'activité de leurs établissements de santé et abandonne progressivement le régime antérieur de la dotation globale. L'application de ce nouveau mode de financement laisse pourtant, d'ores et déjà, entr'apercevoir ses limites et ses effets pervers. D'autres modes de financement, comme le financement par la capitation, sont aujourd'hui en voie d'expérimentation.

Cependant, quel que soit le mode de financement, il importe aux établissements hospitaliers de connaître leur situation, d'analyser leur organisation, et d'anticiper leurs évolutions afin de répondre au mieux aux attentes des populations dont ils ont la responsabilité sanitaire en fonction des contraintes budgétaires et des modifications réglementaires.

La modification de valorisation des séjours hospitaliers au 1^{er} mars 2009 générée par la mise en place de la V11 (version 11 de la fonction de groupage des GHM), avec des modifications des règles de codage et de la prise en compte des pathologies dans la valorisation des séjours, impose aux établissements hospitaliers de simuler l'évolution de leur recettes et d'analyser les raisons d'une éventuelle baisse de financement afin de pouvoir au plus vite mettre en œuvre les modifications permettant de pallier aux éventuels effets néfastes de cette nouvelle version de groupage.

Ainsi après avoir retracé l'historique du financement des établissements hospitaliers en France avec un état des lieux de la situation internationale de la tarification à l'activité, nous dresserons le panorama du PMSI en France avec le catalogue des modifications apportées par la Version 11 de la fonction de groupage des GHM.

Enfin nous tenterons de répondre à la question qui a nourri la réalisation de ce travail, c'est à dire la nature de l'impact financier apporté par la V11 sur la valorisation des activités médicales des établissements hospitaliers. Pour répondre à cette question, nous nous appuyerons sur l'activité 2008 du service de neurologie du CHU de Nancy : la nature des résultats observés nous amènera à étudier les potentielles marges de manœuvres pour améliorer la valorisation de cette activité dans le cadre de la mise en place de la V11.

Par les réponses que nous apporterons, notre travail se voudra être plus qu'une simple analyse scientifique des conséquences de la V11, en constituant un outil au service des managers, tant au niveau de la direction du service de neurologie que pour celle du CHU.

HISTORIQUE ET ÉVOLUTION
DES MODES DE FINANCEMENT
DES HÔPITAUX PUBLICS EN FRANCE,
ÉTAT DES LIEUX
DE LA SITUATION INTERNATIONALE

I. DE 1959 À 1984 : UN FINANCEMENT AU PRIX DE JOURNÉE

Avant 1984, et depuis la création des hôpitaux modernes par l'ordonnance Debré de 1958, le financement des hôpitaux était fondé sur un « *prix de journée* ». C'était une forme de financement à l'activité. Assez peu discriminante, elle n'a pas incité les établissements hospitaliers à la recherche de l'efficience.

Le prix de journée était calculé par département médical en fonction du taux d'occupation et de la durée d'hospitalisation. Ce mode de financement ne faisait pas de différence entre secteur privé et secteur public ; il ne faisait également pas de différence entre « *activité lourde* » et « *activité légère* ». Mais même s'il était distendu, il établissait un lien entre activité médicale et ressources financières. Il avait pour grand défaut son inflationnisme.

Après le choc des années 70, la contraction des ressources financières et la hausse de la demande ont entraîné une nécessaire réforme budgétaire. L'objectif de cette réforme était une lutte contre l'inflation des dépenses de santé. Le système de financement à la journée entraînait de nombreuses dérives, dont l'allongement des durées d'hospitalisation par multiplication des examens médicaux et/ou redondance de ceux-ci.

Pour mettre un terme à cette logique, les gouvernements ont opté pour une limitation de la dépense par l'offre en figeant les budgets des hôpitaux, hors dépenses nouvelles et inflation : la Dotation Globale.

II. DE 1984 À 2004 : LA DOTATION GLOBALE DE FINANCEMENT

En 1984, le mode de financement des établissements de santé a été remodelé pour l'adapter aux contraintes économiques et budgétaires. C'est à partir de cette réforme qu'a été instaurée la distinction entre secteur public ou privé participant au service public hospitalier (PSPH) et secteur privé à but lucratif. Le secteur public et associé est passé sous le régime de la Dotation Globale de Fonctionnement (DGF) et le secteur privé lucratif a été soumis à un Objectif Quantifié National (OQN).

L'OQN correspondait à des prix de journée encadrés dans un budget global national.

La DGF correspondait à la somme attribuée annuellement par les caisses d'assurance maladie pour le financement des hôpitaux publics. Elle était limitative et indépendante de l'activité médicale. Elle fut fondée pour l'essentiel sur le bilan budgétaire de 1983. Le passage à la DGF a donc pénalisé les établissements efficients en 1983 et a « récompensé » l'inefficience des établissements qui n'avaient pas su maîtriser leurs dépenses sur l'exercice. Figurer la situation budgétaire de 1983 est donc revenu à « pénaliser les bons élèves de la promotion 1983 »³. La DGF a évolué de façon annuelle en fonction d'un « taux directeur », complété par les « mesures nouvelles » et des rallonges budgétaires (les « Décisions Modificatives ») en cours d'année. Ces modifications ont été critiquées pour leur absence de transparence et leur inégalité.

Ce système de financement a rapidement démontré ses failles et ses dysfonctionnements.

A. LES LIMITES DE LA DOTATION GLOBALE

La réforme Juppé de 1996 a introduit une régulation de l'attribution des enveloppes budgétaires par le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI), lequel était déjà en développement auparavant. A chaque patient hospitalisé était attribué un nombre de points d'Indice Synthétique d'Activité (point ISA) en fonction de la pathologie. Le total de points ISA sur une année permettait de connaître l'activité d'un établissement. Le ratio correspondait au budget annuel rapporté au nombre de points ISA produits ; il permettait de valoriser le point ISA en euros et d'évaluer l'efficiency de l'établissement. Plus la valeur du point ISA était faible, plus l'établissement était efficient. Ce calcul devait permettre ensuite l'instauration de systèmes de péréquation, mais cette politique de péréquation a perdu toute crédibilité lorsque la période de convergence a été rallongée de 17 à 30 ans en 1999. L'inefficacité du dispositif de péréquation a entraîné la persistance des défauts de la dotation globale :

³ Katell Le Lay et alii, « La tarification à l'activité (T2A) ou la recherche de l'efficiency comme impératif déontologique à l'hôpital », La Lettre de l'Infectiologie, Tome XXI, n°2, mars-avril 2006, pp. 62-72.

- La DGF, ne liant que faiblement le budget à l'activité réalisée, conduisait soit à la constitution de rentes de situation, soit à un manque de financement pour les structures les plus actives ;
- Le montant des prestations pour le même acte dans le secteur privé sous OQN variait sur l'ensemble du territoire.

B. LA LIMITATION DE LA DÉPENSE PAR L'OFFRE ET SES DÉFAUTS

La dotation globale était un moyen de limiter les dépenses de santé en agissant sur l'offre. L'offre était limitée par un budget : la valeur des soins dispensés ne pouvait dépasser le plafond fixé pour ces soins. La dotation globale a été mise en place pour les hôpitaux dans de nombreux pays européens dans les années 80. Chaque hôpital disposait d'un budget limité sur lequel il devait financer toutes ses activités.

En théorie, ce mode de financement devait inciter à augmenter l'efficacité des services de santé, c'est-à-dire offrir une quantité toujours plus grande de soins avec des moyens identiques.

Rapidement, des limites sont apparues à ce système. Premièrement, le budget global n'a pas incité à la performance. Il a plutôt conduit à la constitution de listes d'attentes ou de déficits. Ensuite, le budget global n'a pas permis de suivre les évolutions démographiques de la demande, avec le vieillissement de la population et la concentration des populations âgées dans les zones rurales ou urbaines. En 20 ans la France a été confrontée à d'importants mouvements de dépopulation des régions économiquement sinistrées (Est de la France), et de concentration de la population dans les grands centres urbains (l'Île-de-France) ou des régions à climat plus doux (Côte d'Azur). C'est pourquoi à la fin des années 90 la France a établi un système de péréquation entre régions.

Cependant, ces amendements à la dotation globale des établissements n'ont pas permis de résoudre les deux grands effets pervers induits par ce mode de financement et directement liés à la philosophie de régulation du système de santé par l'offre : les listes d'attente et les déficits.

C. LES EFFETS PERVERS DE LA DOTATION GLOBALE

La contraction des ressources disponibles au financement de l'offre n'a pas eu d'effets sur l'évolution de la demande de soins. Cette demande de soins est en constante augmentation depuis 30 ans. La dotation globale a donc produit un décalage entre l'offre et la demande.

A ce décalage, les hôpitaux étaient censés répondre par une plus grande efficacité. Ce n'est pourtant pas l'efficacité qui est apparu comme résultat de la limitation de l'offre par le budget global mais bien la constitution de listes d'attente avant l'accès aux soins, ou les déficits des hôpitaux.

1. LES LISTES D'ATTENTES ET LE RATIONNEMENT DES SOINS

La constitution de listes d'attente⁴ est une forme de rationnement des soins qui découle directement de la philosophie de la dotation globale. La limitation de l'offre s'articule avec une diminution de la capacité de réponse des systèmes de santé à la demande sociale de prise en charge.

Cette absence de réponse aux besoins de santé produit une forte insatisfaction sociale, mais aussi au sein des établissements de santé eux-mêmes. La frustration des personnels hospitaliers réduit d'autant plus leur efficacité. On peut ainsi parler de véritable rationnement de l'offre de soins : certains responsables de santé ont ainsi pu refuser à des patients des traitements considérés comme trop coûteux ou alors reporter des interventions sur l'exercice suivant en raison du budget annuel déjà consommé. Ce rationnement conduit à un cercle vicieux de dysfonctionnement des services de santé par une remise en cause des fondements du système sanitaire, corrélée à une fuite du personnel, une diminution de la qualité des soins, une perte de compétences et de compétitivité.

⁴ Si la France était le pays où les listes d'attente furent moins longues que dans d'autres pays européens et qu'elles n'ont pas fait débat, il reste qu'elles ont tendu à se développer pour certains examens hautement techniques comme les scanners, les IRM et les PET-scan. On a aussi assisté à la constitution de listes d'attente en matière de prise en charge de cancer avec des délais de premier rendez-vous qui pouvaient se compter en semaines.

2. LES DÉFICITS ET REPORTS DE CHARGES

La conséquence première à la limitation des moyens financiers est le déficit. A l'alternative du rationnement des soins et des listes d'attente, les établissements peuvent préférer passer outre le plafond de ressources en finançant leurs activités de soins par la dette. Ainsi, ils peuvent répondre à la demande sociale de soins. Dans ces établissements, la restriction du financement prend alors la forme des « reports de charge » d'une année sur l'autre ou de comblement de passifs par l'État.

La Fédération Hospitalière de France (FHF) réclamait tous les ans des « *rallonges budgétaires* » et les reports de charge d'une année sur l'autre se chiffraient en millions d'Euros. Ce mode de contournement de la régulation posait deux problèmes : premièrement, le budget global était un échec en matière de limitation des dépenses de santé, en raison des dérives qu'il a générées malgré lui. Deuxièmement, le budget global a mis en cause la pérennité des établissements mais aussi du financement du système de santé. Asphyxié par des déficits toujours plus lourds, la stratégie des reports de charge et du comblement de passif par l'État peut conduire à une faillite des systèmes de sécurité sociale. Sa dette grève les comptes publics, et peut conduire à des déflagrations financières susceptibles de bouleverser l'ensemble des structures économiques. C'est à ce titre que la Commission Européenne et la Cour des Comptes ont exprimé et continuent d'exprimer régulièrement leurs inquiétudes.

La coexistence incompatible des deux secteurs et les défauts du financement par dotation globale ont accéléré le passage à un système de paiement rétrospectif généralisé : la Tarification à l'Activité (T2A).

III. DE 2004 À NOS JOURS : LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A)

A. PRINCIPE GÉNÉRAL DU FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ

Le financement à l'activité repose sur une philosophie totalement différente de celle du budget global. Il ne s'agit plus de limiter l'offre de soins, mais de permettre son adéquation à la demande. Il s'agit donc de l'introduction d'une logique de marché dans le financement des établissements de santé. Le souci de la performance économique n'est pas pour autant absent de ce nouveau mode d'allocation des ressources, et il est dans cette nouvelle approche à double détente : une incitation à l'efficacité par les coûts et une incitation à la performance par la concurrence.

Schématiquement, la tarification à l'activité est extrêmement simple. Chaque hôpital réalise un certain nombre de prestations : séjours hospitaliers et actes médicaux. Chacune de ces prestations a un coût de production pour l'hôpital. La tarification à l'activité se propose de financer les hôpitaux en fonction des prestations qu'ils ont réalisées. Pour chaque prestation, les caisses d'Assurance Maladie et le Ministère de la Santé définissent un tarif. C'est ce tarif qui sera reversé à l'hôpital qui aura réalisé la prestation.

Ce tarif, reversé aux hôpitaux, est donc un « prix » imposé au sein d'un marché hospitalier. Les hôpitaux sont des producteurs de prestations que les organismes de sécurité sociale achètent pour le compte des usagers. Pour le patient qui entre à l'hôpital, rien ne change – les soins lui seront remboursés de la même manière qu'auparavant. Ce n'est que la relation entre l'hôpital et la sécurité sociale qui change. Ce quasi-marché doit améliorer le fonctionnement des établissements de santé par un double effet.

Premièrement, l'hôpital doit faire en sorte que ses ressources couvrent ses dépenses, c'est-à-dire que ses coûts par prestation soient au moins équivalents (si possible, inférieurs) aux tarifs qui leurs sont associés. Les organismes de financement disposent donc d'un levier pour agir sur « l'efficacité des hôpitaux » : en faisant évoluer à la baisse les tarifs, ils incitent l'hôpital à réduire ses coûts et à réaliser des économies et donc modifier les prises en charges.

Ce système entraîne également une « concurrence entre établissements », qui vient renforcer la nécessité de la performance. Plus un hôpital est gagnant, plus il dispose de ressources pour réaliser

des prestations et investir (formation et compétences du personnel, technologies nouvelles), offrir des conditions hôtelières de qualité (télévision, chambres individuelles, etc.) et donc recruter plus de patients.

1. LES MÉCANISMES DU PAIEMENT RÉTROSPECTIF À LA FRANÇAISE : LA T2A

Parmi les activités évaluées par le PMSI, la T2A ne s'applique qu'au domaine des activités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (secteur MCO) ainsi qu'à l'hospitalisation à domicile (HAD). Les autres secteurs d'activité ne sont pas actuellement concernés par la réforme⁵ : leur financement continue d'être assuré par dotation globale dans le secteur public et associé, par OQN dans le secteur privé.

La Tarification à l'Activité (T2A) française est directement inspirée des *Diagnosis Related Groups* (DRG) américains, et fondée sur le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) qui recense l'activité des établissements de santé grâce à la description par « code » harmonisé et commun pour chaque cas traité par les médecins. Le PMSI est l'outil informatique qui permet, dans les hôpitaux et cliniques français, de classer les patients par GHM (Groupe Homogène de Malade), et de les associer à un GHS (Groupe Homogène de Séjour) qui est la valorisation en euros du GHM. Cette valorisation est le « tarif » reversé à l'établissement qui a « produit » le GHS, c'est-à-dire qui a pris en charge le malade.

2. LES FINANCEMENTS DE LA T2A

Si la T2A « à la française » se fonde sur la théorie du paiement rétrospectif, elle adapte aussi ces principes en fonction des spécificités du système hospitalier français.

Rappelons que la T2A ne s'applique qu'au secteur MCO, et que les hôpitaux locaux sont temporairement maintenus hors du champ de cette réforme, l'extension de la T2A à ces

⁵ Les soins de longue durée ne sont pas encore évalués par le PMSI. Seuls les soins de suite et de réadaptation (SSR) et la psychiatrie sont évalués par le PMSI. Le développement d'une valorisation à l'activité de ces secteurs est actuellement en cours par l'ATIH.

établissements restant encore en cours d'étude pour une application prochaine. Les chiffres, les tarifs et les modalités de financement dont nous nous servons ici sont ceux de 2009, appliqués à partir du 1^{er} mars 2009.

La Mission T2A, placée auprès du Ministre de la Santé et des Sports, donne de la Tarification à l'Activité la définition suivante : « *un financement mixte associant d'une part une dotation pour assurer l'ensemble des missions de service public et d'autre part un dispositif médicalisé pour l'activité de soins qui prend en compte la nature et le volume d'activité en sorte de financer au plus près de la mobilisation des ressources nécessaires aux soins* »⁶.

Ainsi à côté du financement fondé sur l'activité, il faut ajouter des sources de financement complémentaires que sont les « forfaits » et les dotations budgétaires « MIGAC », lesquelles comprennent les dotations « MERRI ». Ces dotations doivent financer des activités qui ne sont pas rémunérées par la T2A ou qui seraient rémunérées de façon insatisfaisante. Ces dotations sont pensées comme des outils garantissant la pérennité des missions de service public des établissements de santé.

A) LE FINANCEMENT FONDÉ SUR L'ACTIVITÉ UNIQUEMENT

A chaque GHM qui résulte du classement par le PMSI est associé un « *séjour* ». Ce séjour est à son tour associé à un tarif (GHS). Ce tarif de base peut-être majoré ou minoré en fonction des « *bornes* » hautes (EXH) et basses (EXB). Les GHM ont été conçus dans une logique médico-économique, et de normalisation des codages. Pour chaque GHM sont définis un certain nombre de caractéristiques médicales, dont la Durée Moyenne de Séjour. A partir de cette durée moyenne sont définies les « *bornes* » haute et basse. La borne haute est la durée de séjour considérée comme anormalement longue : le dépassement de cette borne conduit à une majoration du tarif en fonction du nombre de jours au-delà de cette borne. La borne basse est la durée de séjour considérée comme anormalement courte : une durée de séjour en deçà de borne basse induit la minoration du tarif du séjour.

⁶ Cf. <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/>

Les tarifs des GHM sont nationaux et couvrent les salaires, les frais de consommables médicaux (hors liste des Dispositifs Médicaux Implantables, les DMI), les médicaments (hors liste des Molécules Onéreuses, les MO), l'amortissement, la maintenance, la logistique, etc.

Depuis la mise en place de la V11, le financement de la permanence des soins et la prise en charge de la précarité⁷ ont été exclus de ces tarifs.

Ces tarifs sont multipliés par un coefficient géographique, pour compenser les différences de coût foncier et de main d'œuvre dans certaines régions (Île-de-France, Corse et Collectivités d'Outre-mer).

Peuvent s'ajouter au tarif du GHS des prises en charges particulières (Réanimation, Soins Intensifs et Soins Continus, oxygénothérapie hyperbare, dialyse, chimiothérapie) dont la rémunération viendra s'ajouter à la valorisation du GHM.

Enfin, il faut prendre en compte les « *paiements en sus* » : molécules onéreuses (MO) et dispositifs médicaux implantables (DMI, ce sont les prothèses (orthopédie) ou par exemple les pacemakers), ainsi que les prélèvements d'organes (forfaits PO en fonction du prélèvement).

Les médicaments sont inclus dans le tarif du GHS, sauf s'ils ont un impact significatif sur le GHS. La liste des spécialités pharmaceutiques prises en charges en sus des prestations d'hospitalisation en MCO (=MO) est mise à jour par arrêté ministériel⁸. Il s'agit essentiellement de produits de chimiothérapie. Ils sont remboursés à 100% si l'établissement a signé et respecté un contrat de bon usage des médicaments, convention établie entre l'établissement et l'ARH.

Par exemple, une séance de chimiothérapie en ambulatoire est codée dans le GHS 9606 (chimiothérapie pour tumeur, en séance), pour un tarif de 385,77 € par séance⁹. Si le patient est soigné par des oncolytiques de troisième génération¹⁰, les molécules de chimiothérapie coûteront à

⁷ C'est le financement de la précarité et de la continuité des soins hors du tarif des GHS qui avait justifié pour partie, la baisse globale des tarifs accompagnant la mise en place de la V11.

⁸ La liste initiale a été publiée au JO le 10 mai 2005 : Arrêté du 4 avril 2005 pris en application de l'Article L. 162-22-7 du Code de la Sécurité Sociale et fixant la liste spécialités pharmaceutiques mentionnées prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation. Cette liste est ensuite mise à jour par des arrêtés modificatifs.

⁹ Arrêté du 27 février 2009 (JO du 28 février) fixant pour l'année 2009 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

¹⁰ Par exemple une combinaison de Vinorelbine, Gemcitabine et Paclitaxel en association avec des sels de Platine.

l'hôpital environ 850 € par séance, soit un coût largement supérieur au tarif du GHS. La sécurité sociale remboursera donc le coût de ces molécules onéreuses en plus du GHS pour inciter les établissements à développer des activités de soins avec des produits innovants (dans le cadre du respect du contrat de bon usage du médicament).

La liste des produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation en MCO (=DMI) est également mise à jour par arrêté ministériel¹¹, selon le même principe.

B) LES FINANCEMENTS MIXTES

Les ressources mixtes associent un financement par dotation et un financement selon l'activité. Ces « *forfaits* » financent les activités d'intérêt général du secteur Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) qui ne peuvent pas être financées à l'activité seulement parce que leurs recettes sont difficiles à évaluer et qu'elles génèrent des charges fixes importantes, en particulier le maintien d'une équipe d'intervention 24h/24 et 7J/7, d'où la rémunération par « forfait » de ces activités de base. Sont financés par « forfait », les greffes et transplantations, mais aussi les services d'Urgences.

➤ Les Urgences :

Calculer les dépenses et recettes générées par un service d'Urgences s'avère très compliqué. Le coût par patient est extrêmement variable en fonction de la cause d'admission aux Urgences : chute d'une septuagénaire démente et polymédiquée avec fracture du col du fémur, polytraumatisé après un accident de la route, ou crise d'appendicite chez un patient jeune génèrent des coûts très différents pour un service. Par conséquent les Urgences ne sont pas financées selon leur activité, mais par passage. Il faut distinguer les patients qui seront hospitalisés en MCO des patients qui ne seront pas hospitalisés :

- Un patient admis aux Urgences et ensuite hospitalisé dans l'établissement, produit un GHS et donc des recettes. On considère que les recettes produites couvrent les dépenses

¹¹ La liste initiale a été publiée au JO le 10 mai 2005 : Arrêté du 2 mars 2005 pris en application de l'Article L. 162-22-7 du Code de la Sécurité Sociale et fixant la liste produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité Sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation. Cette liste est ensuite mise à jour par des arrêtés modificatifs.

généérées par le passage aux Urgences. Une partie du tarif produit dans les services d'hospitalisation serait donc à reverser aux services d'Urgences¹².

- Les passages aux Urgences qui ne donnent pas lieu à une hospitalisation sont financés sur la base d'un forfait. Les actes (consultations, examens de laboratoire, examens d'imagerie) sont rémunérés en sus.

Au forfait par passage s'ajoute une dotation fixe pour financer les charges fixes minimales¹³ sur la base de 5 000 passages aux Urgences par an. Ce forfait est majoré par palier de 2 500 passages supplémentaires (donc des paliers à 7 500, 10 000, etc.).

➤ Greffes et transplantations :

Les activités de greffe et de transplantation sont hautement spécialisées et coûteuses. Pour des interventions relativement peu fréquentes, les activités de greffes nécessitent la mobilisation permanente d'une coordination des greffes, l'animation d'un réseau de greffes, les déplacements des équipes chirurgicales spécialisées, des astreintes... Ces charges fixes, qui ne sont pas fonction de l'activité produite, rendent nécessaire un financement pérenne, qui ne dépend pas uniquement du nombre de greffes réalisées.

Le forfait « greffes » finance ces diverses dimensions de l'activité de transplantation. Le montant du forfait varie en fonction du nombre et du type de greffes réalisées, en moyenne, par an. A ces forfaits « greffes » s'ajoutent les forfaits « prélèvements » (PO pour prélèvement d'organe), construits sur le même principe, en fonction du nombre de prélèvements et du type de prélèvements (organes -reins, foie, cœur- ou tissus -cornée-).

¹² Il est difficile de déterminer la part du tarif qui doit revenir aux Urgences. Au CHU de Nantes, l'hôpital a ainsi instauré un « impôt » pour financer les services d'Urgences. Dans d'autres CHU, le tarif est réparti au prorata de la durée de séjour. Il faut également prendre en compte les actes réalisés pendant la prise en charge du patient aux Urgences. Il s'agit donc d'un calcul complexe d'où l'idée d'un « impôt » sur les GHS produits par hospitalisation après passage aux Urgences.

¹³ Un fonctionnement « H24 » (24h/24, 7j/7) d'un service d'Urgences dans un hôpital public équivaut au minimum à 5,7 Équivalents Temps Plein (ETP), même sans activité.

C) LES FINANCEMENTS HORS-ACTIVITÉ : MIGAC

Les MIGAC regroupent trois composantes :

- les MIG (missions d'intérêt général) ;
- les AC (aides à la contractualisation) ;
- les MERRI (missions d'enseignement, recherche, référence et innovation).

L'enveloppe MIGAC représente pour 2009 une masse budgétaire de 7,694 milliards d'€¹⁴ soit 14% des ressources de l'assurance maladie allouées aux établissements soumis à la tarification à l'activité (enveloppe ODMCO/MIGAC), en hausse de 4,73% par rapport à l'année passée (contre une progression de 3,1% des dépenses relatives aux établissements de santé au sein de l'ONDAM). Elle est répartie presque exclusivement au profit des établissements publics de santé, qui prennent également en charge la plus grande partie des MIG, bien que tous les établissements publics ou privés aient vocation à obtenir des dotations de financement des MIGAC.

(1) L'enveloppe « Missions d'Intérêt Général »

Les Missions d'Intérêt Général prises en charge par les établissements de santé, doivent être protégés contre les aléas de l'activité médicale. Les diverses missions financées par l'enveloppe MIG sont définies par le décret n°2005-336 du 8 avril 2005 « *fixant les listes des Missions d'Intérêt Général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'Art. L.162-22-13 du Code de la Sécurité Sociale (CSS)* ». Ce décret a été précisé par l'arrêté du 23 mars 2007 qui recouvre les activités des établissements de santé suivantes :

- Missions de veille et de vigilance (ex : centres anti-poisons, centres de coordination des soins en cancérologie)
- Prises en charge par des équipes pluridisciplinaires (ex : équipes mobiles de soins palliatifs)

¹⁴ Circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009, relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé, page 2.

- Produits d'origine humaine non couverts par les tarifs (ex : conservation des gamètes et des embryons)
- Prises en charge spécifiques (ex : permanences d'accès aux soins, missions de prévention et d'éducation pour la santé)
- Activité de dépistage anonyme et gratuit (ex : CDAG)
- Prévention et éducation pour la santé
- Aide médicale urgente (ex : SAMU/SMUR)
- Définition et mise en œuvre des politiques publiques dans le secteur hospitalier
- Soins aux détenus (ex : unités de consultation et de soins ambulatoires).
- Depuis 2009, la prise en charge des patients en situation de précarité fait également partie des MIGAC (+100 millions d'euros de dotations spécifiques), ainsi que la permanence des soins hospitalière (PDSH, dotation MIG supplémentaire de 760 millions d'euros en année pleine)¹⁵. Ces 2 missions ont été principalement financées en étant retranchées des tarifs des séjours.

Ces activités ont en commun la difficulté ou l'impossibilité de les financer par des tarifs dans le cadre du modèle actuel. Elles correspondent à deux types de situation :

- l'absence de groupes homogènes de séjour (GHS) ou de codifications adaptées dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou d'une diversité de pratiques ;
- et la difficulté à rattacher l'activité à un patient.

Si la liste est par définition limitative, elle n'est pas figée et est amenée à évoluer dans le temps. Certaines MIG inscrites sur la liste peuvent ainsi en être retirées et être financées par des tarifs (par exemple les activités liées aux greffes).

(2) L'enveloppe « Aides à la Contractualisation »

Les Aides à la Contractualisation (AC) portent assez mal leur nom. Il ne s'agit pas tant d'accompagner la contractualisation que des financements chargés d'accompagner les établissements dans la transition vers la T2A. Définis dans les mêmes textes réglementaires que les MIG, les composantes de la partie AC des MIGAC ont des contours nécessairement souples afin de

¹⁵ Circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009, relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé, page 6.

permettre aux ARH de les adapter au contexte local ; il est possible de déterminer les grandes rubriques de financement suivantes¹⁶ :

- Développement de l'activité : aide au démarrage d'une activité ou aide au développement d'une activité déjà existante en attendant que les recettes tarifaires permettent à l'établissement de financer les charges afférentes.
- Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS III.
- Amélioration de l'offre existante (renforcement de moyens).
- Restructuration et soutien aux établissements déficitaires (plan de retour à l'équilibre, aides aux restructurations...).
- Aides à l'investissement.
- Aides diverses (culture à l'hôpital, compensation temporaire de l'effet revenu lié à un changement du modèle tarifaire...).

Néanmoins, l'Aide à la Contractualisation n'a pas vocation à compenser de manière pérenne une baisse de revenu. La circulaire budgétaire du 24 février 2006 le précise en rappelant que la dotation nationale de financement des MIGAC n'a pas « *vocation à combler artificiellement les déséquilibres financiers* ».

(3) L'enveloppe « Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation »

A côté de l'enveloppe MIGAC est prévue une enveloppe MERRI. Ces deux enveloppes sont officiellement fusionnées, et on inclut généralement le financement des MERRI au sein de la dotation MIGAC. Pour autant, les enveloppes MERRI et MIGAC ne financent pas les mêmes activités, et il est donc intéressant de les dissocier : l'enveloppe MERRI est en effet destinée aux établissements universitaires (31 CHR-U dont l'AP-HP et l'AP-HM) ainsi qu'aux établissements qui ont une convention formalisée avec l'Université¹⁷.

¹⁶ Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cour des Comptes, septembre 2009, page 205.

¹⁷ Les 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC), l'Institut Catholique de Lille, les centres hospitaliers régionaux (CHR) d'Orléans, Metz et de La Réunion (par association des 2 centres hospitaliers de l'île), 13 centres hospitaliers et 12 établissements privés à but non lucratif.

Les MERRI correspondent globalement aux activités universitaires de recherche et d'enseignement qui donnaient lieu avant la T2A à un abattement forfaitaire de 13% dans le calcul du coût du point ISA.

En 2005, le mode de calcul de la dotation a été modifié avec la création d'une échelle de trois taux différenciés appliquée aux établissements en fonction des activités déclarées. Ces taux étaient pour les CHR-U de 10,5%, 12% et 13,5% et pour les CLCC de 8%, 11% ou 13,5%.

A partir de 2008, le calcul de dotation qui finance les MERRI a de nouveau été modifié. Le financement forfaitaire (MERRI dites « fixes ») est complété par une part variable (MERRI dites « variables ») fonction d'activités identifiées en tenant compte d'indicateurs simples : nombre de publications (issu du logiciel SIGAPS qui a été déployé dans les établissements), du nombre d'étudiants hospitaliers, du nombre de brevets et de logiciels déposés lors des 5 dernières années. La prise en compte des études cliniques est également intégrée à ce mode de calcul. Pour éviter une dérive inflationniste, le montant total de l'enveloppe MERRI pour chaque établissement a été limité à un seuil plancher de 12%, et un seuil plafond de 16%.

La liste des MERRI (hors MERRI fixes) est précisée au 1^{er} de l'article D162-6 du Code de la Sécurité Sociale.

L'enveloppe MERRI finance les activités d'*enseignement*, comme l'accueil et la formation des étudiants en médecine, les élèves infirmiers des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) ou les autres écoles paramédicales (manipulateurs d'électroradiologie, kinésithérapeutes, etc.).

Elle finance aussi les programmes de *recherche clinique* sur de nouveaux protocoles chirurgicaux, de nouveaux médicaments, etc.

Elle finance ensuite les activités de *référencement*, c'est-à-dire la mise à disposition, pour les médecins, d'expertises médicales dans des domaines très spécialisés. Un médecin d'un Centre Hospitalier qui sera confronté à une ostéogenèse imparfaite (maladie dite « des os de verre ») prendra contact avec les spécialistes de cette maladie au CHU Édouard Herriot de Lyon... Cette activité de référence est essentielle pour une bonne prise en charge des patients et le progrès de la recherche, d'autant plus dans une période de paupérisation médicale dans certaines régions, accompagnée parallèlement d'une sur-spécialisation des praticiens. La nécessaire bonne prise en charge des patients sur l'ensemble du territoire national justifie amplement de la création de centres spécialisés et donc de ces activités de référencement.

Enfin, l'enveloppe MERRI finance l'*innovation* médicale, les nouvelles technologies comme les PET-scan, les implants cochléaires, les organes artificiels...

D) LE FINANCEMENT DE LA PRESTATION JOURNALIÈRE

Pour être complet, nous ne pouvons mettre sous silence le « financement de la prestation journalière », bien que ce type de financement doive être remplacé par le « financement au fil de l'eau », lequel a déjà été maintes fois reporté.

Si la Dotation Globale a progressivement disparu du financement des hôpitaux publics, il en subsiste néanmoins quelques restes. C'est le cas du « financement de la prestation journalière », dont le terme même semble être en complète contradiction avec la T2A.

Depuis la mise en place de la T2A, les caisses d'Assurance Maladie rémunèrent dans un premier temps les hôpitaux sur la base d'une facturation du nombre de jours d'hospitalisation dont les tarifs sont publiés et diffèrent selon qu'il s'agit de séjours en médecine, chirurgie, réanimation... Cette rémunération correspond uniquement à une avance de trésorerie, vestige d'un financement prospectif. Dans un second temps, « l'arrêté versement », établi à partir des déclarations d'activité par l'établissement, régularise cette situation avec le paiement des GHS.

Il s'agit là d'un résidu de la dotation globale, dont la mise en place prochaine de la « facturation au fil de l'eau », tel que cela se passe dans le secteur privé, devrait mettre un terme¹⁸.

On le voit bien, la T2A est un système de financement complexe qui compte de nombreuses exceptions et de nombreuses ressources budgétaires par dotation. La réforme du financement des établissements de santé est d'autant plus complexe que coexistent en France deux secteurs d'hospitalisation, public et commercial, et que la loi prévoit des dispositifs de transition et d'accompagnement variés pour chacun de ces secteurs.

¹⁸ La date du 1^{er} janvier 2009 avait souvent été annoncée, mais la mise en place du financement au fil de l'eau a été reportée à plus tard en raison de la mise en place de la V11. Toutefois les établissements anciennement sous dotation globale auront jusqu'au 1^{er} juillet 2011 pour passer à la facturation directe à l'assurance maladie.

B. MONTÉE EN CHARGE PROGRESSIVE DE LA T2A ET CONVERGENCE

Le gouvernement français a fait le choix en 2002 de deux politiques distinctes dans la mise en place de la T2A dans le milieu hospitalier français selon qu'il s'agit du secteur privé lucratif ou du secteur public/privé non lucratif.

1. VERS LA T2A...

A) DANS LE SECTEUR PRIVÉ

Dans le secteur privé lucratif, la T2A a été appliquée intégralement au 1^{er} mars 2005. Ces établissements bénéficiaient néanmoins de mesures d'accompagnement vers la T2A. Les tarifs qu'ils perçoivent sont multipliés par un coefficient correcteur qui prend en compte la localisation géographique, la technicité de l'activité (le coefficient de haute technicité a été porté à 1 à compter du 1^{er} mars 2009), et les prévisibles difficultés de transition.

Cette dernière dimension est le fruit d'un savant calcul. L'activité sur l'année 2003 de chaque établissement a été valorisée selon les tarifs de l'Échelle Nationale des Coûts (ENC) du secteur privé. Le coefficient multiplicateur est alors le facteur différentiel entre cette activité valorisée sur les bases de la T2A et le chiffre d'affaires réel de l'établissement pour 2003. Ce coefficient correcteur de transition sera progressivement ramené à 1 en 2012.

B) DANS LE SECTEUR PUBLIC

Dans le secteur public et le secteur privé non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH), la mise en place depuis 1983 d'une dotation globale (DG) annuelle a pesé sur le choix d'un mode de transition différent. La solution retenue pour faciliter une transition en douceur a été de maintenir une dotation annuelle résiduelle complétant la valorisation des données d'activités produites par le PMSI. Cette valorisation de l'activité s'est opérée d'année en année de façon

croissante (10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007) ce qui a conduit au maintien, en parallèle, d'une dotation annuelle complémentaire (DAC), faisant effet « d'amortisseur ».

Nous étions arrivés en 2007 à un stade de la réforme où les inconvénients de ce choix de départ l'emportaient désormais sur ses avantages. Le dispositif de montée en charge progressive fondé sur une DAC décroissante s'est avéré présenter l'inconvénient majeur de freiner le développement des établissements particulièrement dynamiques¹⁹ et de ne favoriser ni la restructuration, ni la spécialisation de l'activité.

Fort de ce constat, le gouvernement a acté le principe du passage à 100% de la part tarifée à l'activité dans le secteur public au 1er janvier 2008, en mettant fin au mécanisme de la DAC et en appliquant le mécanisme de convergence mis en œuvre dans le secteur privé depuis 2005 afin de mieux prendre en compte le dynamisme des établissements en termes de volume et de nature d'activité, et d'inciter ces derniers à se porter notamment vers des activités liées aux plans ou aux priorités de santé publique.

Chaque établissement s'est vu appliquer un coefficient de transition (CT), lequel coefficient se devait d'être :

- Un « amortisseur », pour garantir avant toute convergence la neutralité des recettes, à l'instar de celui du secteur privé.
- Calculé une fois pour toute, puis s'effectuent l'application des règles de convergence.

$$CT = \frac{\text{Recettes 2007 (DAC + activité 50 \% tarifs)}}{\text{Recettes théoriques 100\% tarifs}}$$

Le principe du passage à 100% de la part tarifée à l'activité dans le secteur public au 1er janvier 2008 avait pour objectif de donner aux établissements les moyens de leur réorganisation, en tenant compte de leur spécificité.

¹⁹ Dans son Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2009, la Cour des Comptes estime que le mécanisme de la DAC était « *insuffisamment incitatif par les établissements publics les plus dynamiques* », page 181.

Toutes choses égales par ailleurs et avant toute nouvelle étape de convergence intra-sectorielle, 2 types d'établissements se sont distingués :

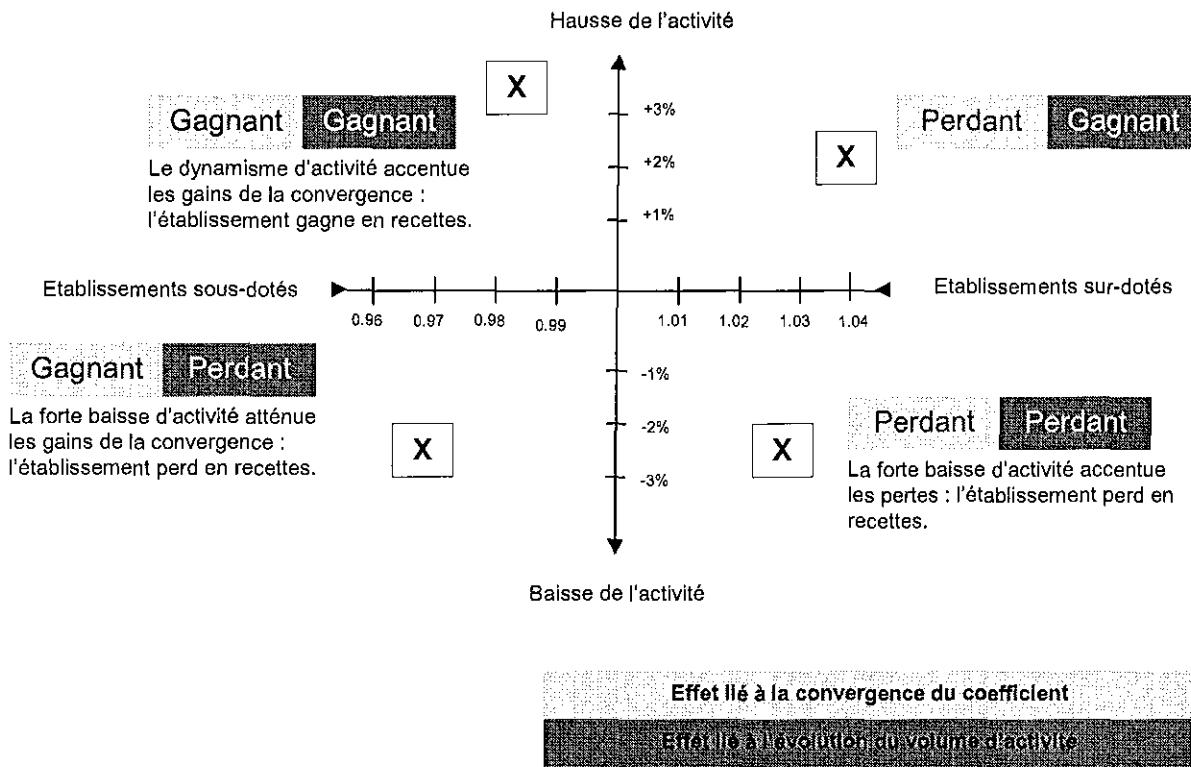
- Ceux dont la croissance d'activité en 2007 avait été supérieure à 1,7 %, et qui ont bénéficié de recettes supérieures en 2008 par rapport à celles auxquelles ils auraient pu prétendre si leur taux réel d'activité en 2007 avait été pris en compte.
- Inversement, les établissements dont la croissance en 2007 avait été inférieure à 1,7 % et qui ont eu des recettes moindres en 2008 par rapport à celles auxquelles ils auraient pu prétendre si leur taux réel d'activité en 2007 avait été pris en compte.

La convergence intra-sectorielle est assurée par des coefficients fixés par établissement au 1^{er} mars 2008. Pour chaque établissement et en fonction d'un arbitrage en ce sens, une convergence du coefficient de transition a été appliquée au 1^{er} mars 2008 et sera réévaluée chaque année. Ainsi, l'application de la T2A à 100% aura son plein effet en 2012 : les coefficients de convergence auront la valeur 1.

L'entrée en vigueur de la campagne tarifaire 2008, au 1^{er} mars de la même année, a produit des effets liés aux deux processus précédemment évoqués :

- Effet lié à la convergence du coefficient
- Effet lié à l'évolution du volume d'activité.

D'où la répartition des établissements en 4 catégories selon qu'ils étaient gagnants ou perdants pour chaque effet :



Source : documentation de la DHOS

2. DIFFÉRENCES ET CONVERGENCES

Il y a une grande disparité des situations selon que l'établissement de santé est privé ou public. Ces différences ne concernent pas uniquement la mise en place de la T2A, elles concernent également les tarifs. Coexistent en effet deux modes de financement qui devraient initialement converger en 2012, réalisant par là le processus de convergence inter-sectorielle. Cet objectif de convergence a toutefois été repoussé à 2018²⁰.

Néanmoins le PLFSS 2010 annonce une expérimentation de convergence tarifaire sur certains séjours dont la chirurgie ambulatoire²¹... avant les débats parlementaires.

²⁰ Lettre en date du 29 avril 2009 de Mme Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, à Mr Claude Evin, Président de la FHF.

²¹ Source APM International, dépêche en date du 01/10/2009.

Actuellement, une même activité, une même opération, un même séjour ne sont pas rémunérés de la même façon selon qu'un établissement est public ou privé. Les tarifs sont en réalité doubles, chaque secteur ayant les siens. La différence des tarifs entre secteur privé et secteur public est taboue. Pourtant, dans une circulaire du 1^{er} mars 2005, le Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), Jean Castex, concédait que « *en 2004, les tarifs du secteur privé représentaient en moyenne 60% de ceux du secteur public après correction des différences de champ (honoraires médicaux, DMI, médicaments, analyses)* »²².

Le débat sur le sujet des tarifs est vif : fin juin 2009, la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) a lancé une campagne de communication mettant en avant qu'un alignement des tarifs du public sur ceux du privé (« un même soin à un tarif unique »), permettrait une économie de 15 milliards d'euros à la sécurité sociale par an²³.

La Fédération Hospitalière de France (FHF) défend les établissements publics, faisant valoir que le secteur public prend en charge les patients les plus lourds, les plus précaires et donc les plus chers, que les MIGAC et MERRI ne compensent pas la totalité des missions de service public assumées par les hôpitaux, et que la forte spécialisation des établissements privés leur permet de générer des effets d'échelle.

La convergence public/privé, dont le principe a été inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, est ainsi vivement contestée par les acteurs du secteur de l'hospitalisation publique et tout retard dans sa mise en place est acerbement fustigé par les cliniques privées. Dans ce contexte de vives tensions la convergence a été mise en panne depuis 2006. La Haute Autorité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (H3AM) appelle ainsi de ses vœux une « *convergence soutenable* »²⁴. Les députés, eux, rappellent que « *La convergence doit : s'effectuer vers une échelle unique de tarifs ; s'opérer vers les tarifs des établissements les plus performants ; s'appliquer à des tarifs homogènes, après élimination des facteurs exogènes et des disparités tenant à la nature des prestations délivrées par chacun des secteurs*²⁵. »²⁶. Le rapport parlementaire appelle de ses vœux

²² Circulaire DHOS-F-O/DSS-1A/005 n°119 du 1^{er} mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale.

²³ www.hostocomparateur.com

²⁴ Rapport sur la convergence hospitalière, Haute Autorité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (H3AM), Paris, juillet 2006, pp. 93-98.

²⁵ En effet, dans le public la rémunération des médecins ainsi que les examens complémentaires (imagerie, biologie) sont comprises dans le tarif du GHS alors que dans le privé elles sont payées en sus du GHS, avec souvent des dépassements d'honoraires (plus de 2 milliards en 2008 dans le privé).

²⁶ Martine Carillon-Couvreur, Rapport d'Information sur les suites données aux observations communiquées par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) au Gouvernement et

que la convergence soit reprise dès 2007 après annulation des différences de coûts de personnel. La Commission des Affaires Sociales demande également que soient réalisées des études d'écart de coûts justifiés, études encadrées par l'Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation (ATIH).

En l'absence actuelle d'études robustes et crédibles éclairant les écarts de coûts entre les établissements compte tenu des missions exercées, la Ministre a donc décidé que loi de financement de la sécurité sociale fixerait un aboutissement de la convergence dite « intra-sectorielle en 2018.

Pourtant, il y a fort à parier que la convergence entre secteurs privé et public, ainsi que l'alignement sur les établissements les plus performants devrait permettre de rendre les établissements de santé plus efficaces. Il reste que cette mise en concurrence devra assurément être régulée et que des mécanismes de préservation des activités et des missions de service public devront veiller au maintien de l'égalité devant les citoyens et d'une répartition équitable des soins sur le territoire.

C. 2004-2008 : UN PREMIER BILAN À MI-PARCOURS

Selon le rapport 2006 de la Cour des Comptes sur la Sécurité Sociale²⁷, la réforme de la T2A est une dimension majeure de la gestion des hôpitaux : *« elle est susceptible de produire des effets positifs sur le fonctionnement des établissements de santé (gains de productivité, meilleure organisation des soins, accompagnement des restructurations). Mais elle comporte également des risques importants quant au niveau des dépenses et à la qualité des soins »*²⁸.

Dans son rapport de septembre 2009 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour a cherché à dresser un bilan à mi-parcours de la mise en œuvre de la T2A, et se montre critique à son égard : *« la T2A est devenu un dispositif opaque pour les gestionnaires, et la définition et le suivi des recettes des établissements sont insuffisants »*. Elle s'interroge *« sur les modalités*

aux organismes de sécurité sociale, Paris, Assemblée Nationale, rapport d'information n°3739, XXIIème législature, 20 février 2007, pp. 51-54 (propositions 62-82).

²⁷ Cour des Comptes, Rapport d'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, Paris, 2006, Chapitre VI : Le pilotage de la politique hospitalière (p. 153-202).

²⁸ Cour des Comptes, Rapport sur la Sécurité Sociale 2006, Paris, 2006, p. 21.

d'évolution de la T2A pour que celle-ci apporte une contribution accrue à une meilleure gestion hospitalière ».

Si la mise en place de la T2A avait nourri de grands espoirs quant la modification de la gestion du secteur hospitalier, les nombreuses difficultés rencontrées dans sa mise en place (lourdeurs des travaux, pressions diverses du Parlement et de fédérations hospitalières publique et privée) n'ont pas permis à cet objectif d'être atteint à ce stade.

Les établissements n'ont pas été mis en situation de jouer leur rôle de gestionnaires et leur vie économique et financière a évolué selon les décisions centrée sur l'évolution de l'ONDAM avec une communication tardive, ne leur permettant pas de rechercher les gains de productivité potentiels.

Néanmoins, la T2A a produit certains effets tels que la convergence intra-sectorielle ou l'accroissement de l'activité dans le secteur public, tandis que le financement plus efficient des MERRI et la nouvelle classification des GHM V11 devrait permettre d'optimiser le dispositif.

Fort de ces constats, la Cour préconise de mettre fin pour au moins trois ans aux ajustements incessants afin de procurer aux établissements la capacité d'une certaine lisibilité et d'adaptation aux nouvelles modifications et de leur éviter de subir de nouveaux bouleversements²⁹.

D. LES DÉRIVES POSSIBLES DE LA T2A : SÉLECTION DES PATIENTS ET DES ACTIVITÉS, INFLATION DE L'ACTIVITÉ

Le financement à l'activité comporte en germes une série de dérives potentielles. Ainsi, la T2A peut avoir des conséquences néfastes sur la qualité des soins et la sélection des patients, la pérennité des établissements et la cessation d'activité, la maîtrise des dépenses de santé.

1. LA QUALITÉ DES SOINS ET LA SÉLECTION DES PATIENTS

Rien dans la T2A ne permet de présager d'une amélioration de la qualité des soins.

²⁹ Cour des Comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2009, recommandation n°21, page 212.

La T2A fournit des incitations directes à réduire le coût des séjours. Or bien qu'un établissement ait intérêt à améliorer la qualité des soins qu'il prodigue afin d'augmenter son attractivité et donc son activité, on peut néanmoins craindre qu'une réduction des coûts se fasse par une réduction des soins fournis aux patients (principalement les soins de confort), ce qui pourra représenter une manière d'économiser aux dépens de la qualité.

Ainsi, la qualité des soins peut être compromise de trois manières différentes :

- en réduisant de façon excessive les durées de séjours. Les établissements de santé peuvent être tentés de réduire excessivement la durée d'hospitalisation. Si la réduction de la durée moyenne de séjour à l'hôpital est considérée comme un facteur de qualité des soins (un patient préfère rester le moins de temps possible à l'hôpital et la réduction de la durée de son séjour réduit d'autant le risque d'infection nosocomiale), une durée minimale d'hospitalisation est nécessaire. En deçà de ce seuil, la qualité des soins pâtit de la hâte à « faire sortir » le patient. Un souci d'« économie » pourrait conduire à pousser les patients vers la sortie trop tôt.
- en sélectionnant les patients qui seront pris en charge, afin de contenir les dépenses au sein du tarif du GHM. Les établissements choisissent de ne pas se spécialiser dans les pathologies où la variation de Case-Mix est importante, et en privilégiant les patients les moins graves ou pour lesquels le traitement est bien standardisé.
- en adoptant un comportement de codage opportuniste. Les expériences étrangères ont montré que la T2A incitait dans certains cas les établissements à fournir des soins ou des prestations inutiles afin de classer certains patients dans des GHM plus rémunérateurs. A moins et long terme ces comportements peuvent être repérés et corrigés à l'aide des contrôles externes réalisés par les UCR³⁰.

2. LA PÉRENNITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET LA CESSATION D'ACTIVITÉ

Le financement à l'activité pose aussi la question du maintien de certaines activités médicales non rentables. Si un établissement a des coûts de production trop élevés pour certains GHM, il pourrait décider de cesser leur production. Cela pose la question de la répartition des spécialités médicales

³⁰ Union de Coordination Régionale.

sur le territoire : si le seul hôpital d'une région à pratiquer des triples pontages coronariens cessait son activité parce qu'elle n'est pas suffisamment rentable, l'égalité des soins sur le territoire en serait remise en cause.

On constate ainsi que les activités de pédiatrie sont pratiquées de façon presque exclusive par des établissements publics, le privé les ayant abandonnées pour des activités plus lucratives ou moins déficitaires.

A contrario, certaines activités peu rentables peuvent être utilisées comme porte d'entrée dans l'établissement pour des activités rentables ultérieures. On peut par exemple citer la mise en place d'urgences spécifiques des céphalées ou neuro-vasculaires, dont la rémunération première ne permet pas une rentabilité assurée, mais la renommée et l'activité générées secondairement procureront une rentabilité certaine.

De plus, outre les coûts de production, certaines activités bénéficient d'une image plus valorisante pour l'établissement. Ainsi un établissement hospitalier sera plus tenté de développer la chirurgie (de type ophtalmologique, ORL ou orthopédique) plutôt qu'un service de médecine dont on sait hélas que trop souvent il risque d'être « embolisé » par des patients âgés et nécessitant des soins de nursing très chronophages pour le personnel et peu valorisants.

3. LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ

Enfin, le financement à l'activité des établissements de santé laisse planer un doute sur la maîtrise des dépenses de santé, rappelant que les dépenses des établissements de santé représentent 50% des dépenses de santé en France.

Les systèmes de financement à l'activité sont de nature inflationniste. Les établissements sont incités à toujours fournir plus de prestations, de préférence rentables, pour s'assurer des ressources financières toujours plus conséquentes. L'offre de santé peut s'adapter librement à la demande, les établissements n'étant plus contraints par des ressources financières limitées. Il y a donc un fort risque d'induction de la demande par l'offre, phénomène d'ailleurs largement étudié par les chercheurs en économie de la santé.

Cette inflation des dépenses de santé a pour conséquence une dégradation des comptes des caisses de sécurité sociale déjà fortement déficitaires (environ 20 milliards en 2009 dont la moitié pour la branche santé, et 30 milliards prévus pour 2010). Cette situation peut mener ces organismes à réduire les tarifs des GHM afin de contenir les dépenses dans le montant prévu.

Ainsi, à enveloppe globale constante, certains établissements vertueux peuvent être pénalisés lorsque d'autres établissements, pratiquant la sélection des patients et l'induction de la demande, voient leurs recettes augmenter sans pour autant être plus efficaces du point de vue de la collectivité.

IV. EN 2009, LES DIFFÉRENTES EXPÉRIENCES DE T2A DANS LE MONDE

Depuis 2002³¹ la France s'est résolument engagée dans la réforme de son système d'allocation de ressources hospitalières, avec la mise en place de la Tarification à l'Activité (T2A) pour financer les activités de cours séjours des établissements hospitaliers publics et privés.

La France n'était pas précurseur dans l'introduction d'une tarification rétrospective des soins hospitaliers : elle a rejoint une vingtaine de pays qui avaient déjà mis en place une tarification de ce type. Malgré des principes de bases communes, les systèmes de tarification à l'activité varient dans leur architecture globale et chaque pays adopte les paramètres de fixation des tarifs en fonctions de ses besoins. Il n'existe donc pas de schéma unique de la T2A.

Les Etats Unis ont introduit la T2A en 1983 dans le programme *Medicare* (paiement des séjours de patients âgés) avec comme objectif de contrôler l'augmentation des dépenses hospitalières. Le développement des DRG est constant avec de nombreuses études visant à les ajuster pour une plus juste valorisation de l'activité.

En Angleterre, la T2A correspond plutôt au « paiement au résultat ». Elle fut introduite en 2004 pour augmenter la productivité hospitalière et accroître l'activité programmée (ceci afin de réduire les listes d'attentes). L'Angleterre a développée ses propres HRG (*Healthcare Resource Groups*) : au départ 550 HRG, et en 2009 plus de 1400 groupes.

En Australie, la Province de Victoria a introduit la T2A en 1993 afin de résorber les durées d'attente en chirurgie. Il a été développé une version plus raffinée des *Yales DRGs* utilisés par le *Medicare* américain. Aujourd'hui les *VIC-DRGs* sont révisés annuellement (actuellement 667 groupes). Les tarifs sont déterminés afin de diminuer les listes d'attentes et de permettre une prise en charge rapide des urgences. Cette politique de tarification s'avère plutôt efficace et montre comment les régulateurs peuvent influencer les incitations fournies par une T2A.

³¹ C'est en novembre 2002 que le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin lance le plan « Hôpital 2007 » dont les principaux éléments sont la mise en place de la Tarification à l'Activité et la Nouvelle Gouvernance.

En Suède, dans le Comté de Stockholm, la T2A a été mise en place en 1992. Il s'agit d'un système de tarification prospective fait-maison et développé à partir des DRG. On observe que les tarifs de remboursement sont fonctions des tarifs des DRG, mais également d'un niveau d'activité convenu avec la tutelle, et de la qualité des soins. Cette répartition de financement s'est installée progressivement dans les années 2000, après que la Suède ait jugée que le financement au DRG « pur » était une erreur.

On observe clairement que la tarification à l'activité s'est développée différemment selon les pays, en fonction de l'organisation de leur système de santé, et avec des modes de rémunération variés. Les objectifs suivis par les états au travers de la T2A sont divers et aucun système ne saurait satisfaire l'ensemble des pays.

LE PROGRAMME DE
MÉDICALISATION DU SYSTEME
D'INFORMATION (PMSI) ET LA V11

I. ORIGINE ET AVÈNEMENT DU PMSI

L'histoire du PMSI débute en France en 1982 par le « projet de médicalisation des systèmes d'information ». Son objectif était de définir l'activité des établissements et de calculer l'allocation budgétaire qui en découlait.

Le modèle du PMSI a été importé des Etats Unis, auprès du Professeur Robert Fetter (Université de Yale) qui a développé les modèles des DRG (Diagnosis Related Groups) : il s'agissait d'une construction empirique des coûts d'hospitalisation en fonction de plusieurs millions de séjours hospitaliers. Près de 500 groupes DRG avaient été créés : ils avaient une double homogénéité médicale et financière.

Au départ, en France, le PMSI n'avait qu'un objectif de santé publique et épidémiologique.

Notre étude s'intéresse essentiellement à la mise en application de la V11 et à ses conséquences dans le cadre du financement des établissements hospitaliers.

L'objet de notre travail n'est pas d'analyser le développement du PMSI ni la manière dont la V11 a été construite. Aussi, afin de présenter tant le PMSI et son utilisation dans le financement des hôpitaux, que la V11 et les versions précédentes le plus exactement possible, nous avons utilisé nombre de publications faites par l'ATIH³², dont nous reconnaissons les droits d'auteur, et desquelles nous avons fait la synthèse.

Toutefois, dans un souci de lisibilité, et afin de ne pas décourager le lecteur, nous avons jugé utile de ne pas faire figurer l'intégralité des renvois bibliographiques.

³² ATIH, Rapport d'étape pour une version 11 de la classification des GHM et autres travaux, mai 2006.

ATIH, Version 11 de la classification des GHM, Travaux 2006-2007. Simulations diverses sur les données 2005, mars 2007.

ATIH, Version 11 de la classification des GHM, Travaux 2007. Etudes complémentaires, Finalisation des CMA, Révision des groupes médicaux, octobre 2007.

A. LE DÉVELOPPEMENT EN FRANCE

Durant une dizaine d'années en France, le PMSI va s'étendre progressivement avec des expérimentations, tant dans le secteur public que dans le privé. Ces expérimentations ayant pour but l'étude de la faisabilité d'une tarification sur la base du PMSI.

Depuis la loi du 31 juillet 1991, les établissements de santé, publics et privés, doivent procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité.

L'arrêté du 20 sept 1994 et la circulaire du 10 mai 1995 fixent l'obligation faite aux établissements de transmettre leurs données d'activité.

Depuis 1997, tous les établissements privés ont dû mettre en place le PMSI (arrêté du 22 juillet 1996) : pour les séjours hospitaliers MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique), l'analyse de leur activité est fondée sur le recueil systématique et le traitement automatisé d'une information médico-administrative minimale et standardisée, contenue dans le Résumé de Sortie Standardisé.

B. LA T2A ET L'AVÈNEMENT DU PMSI

Depuis 2005, le PMSI entre dans la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) qui doit permettre un nouveau système de rémunération des hôpitaux, basé sur leur activité. Les données collectées font ensuite l'objet d'un classement en un nombre volontairement limité de groupes de séjours présentant une similitude médicale et un coût voisin.

La valorisation de cette activité dans le cadre du PMSI doit permettre d'évaluer une part de cette activité afin de la rémunérer en conséquence.

Pour ce qui concerne le secteur SSR (Soins de Suite et Réadaptation, ancien "Moyen séjour") le PMSI est obligatoire pour tous les établissements depuis 2003. Le recueil est différent, plus axé sur la notion de mode de prise en charge (convalescence, rééducation, etc.) et sur le degré de dépendance du patient. Par contre la T2A n'est pas encore appliquée à ce secteur.

Dans le cas de l'hospitalisation à domicile (HAD) le PMSI et la T2A se mettent en place en 2006-2007.

Le PMSI psychiatrie (RIM-P) complètera le dispositif.

C. PRINCIPES DU PMSI MCO

1. PRODUCTION DU RÉSUMÉ DE SORTIE STANDARDISÉ

Tout séjour hospitalier dans la partie MCO d'un établissement de santé public ou privé doit donner lieu à la production d'un résumé de sortie standardisé (RSS), constitué d'un ou plusieurs résumés d'unité médicale (RUM).

Si le malade n'a fréquenté pendant son séjour qu'une seule unité médicale (séjour dit mono-unité), le RSS équivaut strictement au RUM produit au titre de ce séjour. Le RSS ne comporte alors qu'un enregistrement (c'est un RSS « mono-RUM »).

Si le malade a fréquenté plusieurs unités médicales (séjour dit multi-unité), le RSS correspond à l'ensemble des RUM produits dans chacune des unités fréquentées au cours de l'hospitalisation, ordonnés chronologiquement. Le RSS est alors constitué d'un ensemble de RUM (c'est un RSS « multi-RUM ») qui sont tous identifiés par le même numéro dit *numéro de RSS*.

2. CONTENU DU RÉSUMÉ D'UNITÉ MÉDICALE

Le RUM contient un nombre limité de rubriques qui doivent être systématiquement renseignées. Les informations à fournir sont d'ordre administratif et médical. Elles sont répertoriées dans l'arrêté du 31 décembre 2003 (modifié par différents arrêtés dont le dernier en date du 27 février 2009). Leur définition et les consignes pour leur recueil sont données dans le *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique*.

Pour que les informations contenues dans le RUM puissent bénéficier d'un traitement automatisé, elles sont codées selon des nomenclatures et des classifications imposées.

Le codage des informations « administratives » (sexe, modes d'entrée et de sortie, etc.) emploie des nomenclatures succinctes présentées dans le chapitre I du Guide méthodologique.

Les diagnostics sont codés avec la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Les actes sont codés avec la Classification commune des actes médicaux (CCAM) dans la version en vigueur à la date du séjour (actuellement Version 16).

A) LES INFORMATIONS DITES ADMINISTRATIVES

- Identifiants correspondant à l'ensemble du séjour dans les unités de médecine, chirurgie ou obstétrique de l'établissement : numéro administratif local de séjour et numéro de RSS ;
- Sexe ;
- Numéro de l'unité médicale ;
- Type d'autorisation de l'unité médicale ;
- Date de naissance ;
- Code postal du lieu de résidence ;
- Numéro de l'établissement dans le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (numéro FINESS) ;
- Dates et modes d'entrée et de sortie, provenance et destination ;
- Nombre de séances.

B) LES INFORMATIONS MÉDICALES

- Diagnostics : diagnostic principal, diagnostic relié, diagnostics associés significatifs ;
- Actes médicaux avec la date de réalisation ;
- Poids à l'entrée dans l'unité médicale pour les nouveau-nés ;
- Âge gestationnel pour la mère et le nouveau-né ;
- Indice de gravité simplifié (IGS II) ;
- Données associées documentaires ;

3. LA CLASSIFICATION DES GROUPES HOMOGÈNES DE MALADES

Toutes ces données codées sont saisies dans un logiciel puis exportées vers un logiciel adéquat appelé groupeur. Le groupeur classe chaque séjour d'après les différentes données administratives et médicales codées dans un GHM (Groupe Homogène de Malades) unique.

La classification française des GHM est une adaptation de la classification américaine des *Diagnosis Related Groups* (DRG). Comme toutes les classifications de type DRG, elle permet un classement exhaustif et unique : tout RSS est obligatoirement classé dans un GHM et dans un seul.

L'homogénéité (la cohérence des GHM) est médicale et économique :

- ✓ médicale, car dès son premier niveau (la « catégorie majeure de diagnostic ») la classification est fondée sur des critères médicaux (appareil fonctionnel ou motif notoire d'hospitalisation) ;
- ✓ économique, car les séjours classés dans un même groupe ont, par construction, des consommations de ressources voisines.

À chaque GHM correspond un ou plusieurs GHS (Groupe Homogène de Séjour), classification un peu différente. À chaque GHS sont attribués deux tarifs, un pour les établissements "publics", l'autre pour les établissements "privés". Le tarif privé est en général plus bas, ne serait-ce que parce que les honoraires des médecins sont facturés à part.

Il existe ainsi un paiement au forfait pour chaque GHS. Chaque GHS a une valorisation forfaitaire qui est le prix réglé à l'établissement pour ce séjour.

Un GHS a une borne basse : c'est le nombre de jours minimum que doit durer le séjour. Si le séjour est plus court, alors le forfait payé est minoré par des pénalités.

De même le GHS a une borne haute : c'est la durée maximale que dure en général ce type de séjour. Si le séjour se prolonge, il existe ensuite une valorisation par jour supplémentaire (qui diminue la "rentabilité" de ce lit d'hospitalisation).

On surveille ainsi la DMS : la durée moyenne de séjour, qui est un indicateur de la perte potentielle financière si des séjours se prolongent de façon notable.

A) L'ALGORITHME DE LA CLASSIFICATION DES GHM

La classification des GHM est décrite dans un manuel publié au Bulletin officiel.

Le classement de chaque RSS dans un GHM ou groupage résulte de tests prédéterminés sur les informations qu'il contient. L'ensemble des tests effectués constitue l'algorithme de la classification. C'est un arbre généralement binaire, en « oui » et « non », avec des nœuds et des fonctions de décision. Celles-ci permettent de tester, par exemple, si le sexe est féminin ou non, si une lésion traumatique est mentionnée, si un acte chirurgical a été enregistré, etc.

Les catégories majeures (CM) sont le premier niveau de classement des RSS. Elles correspondent le plus souvent à un système fonctionnel (affections du système nerveux, de l'œil, de l'appareil respiratoire...) et sont alors dites catégories majeures de diagnostic (CMD) car c'est le diagnostic principal du RSS qui détermine le classement. Mais un certain nombre de GHM appartiennent à des catégories majeures dans lesquelles l'orientation des RSS ne dépend pas du diagnostic principal. C'est le cas de la CM 27 *Transplantations d'organes* dans laquelle c'est la réalisation d'un acte de transplantation.

Pour classer le RSS dans un seul GHM d'autres variables interviennent par la suite, notamment le diagnostic principal, les actes classant, les complications ou morbidités associées et l'âge.

B) LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Sa définition a évolué selon les versions des fonctions de groupage. Pour résumer on peut dire qu'il s'agit du motif d'hospitalisation, bien que certaines fonctions de groupage avaient retenu comme définition la pathologie ayant requis le plus de moyens (financiers) au cours de l'hospitalisation.

C) LES ACTES CLASSANT

Un acte classant est un acte susceptible, par construction de la classification, de modifier le classement en GHM. Un acte classant peut-être opératoire ou non opératoire (par exemple, la coronarographie est un acte classant non opératoire).

Un acte opératoire est un acte dont la réalisation nécessite l'environnement d'un bloc opératoire.

D) LES COMPLICATIONS OU MORBIDITÉS ASSOCIÉES

La liste des complications ou morbidités associées (CMA) a été constituée initialement, dans la classification américaine originelle, en recensant les diagnostics associés dont la présence, toutes choses étant égales par ailleurs, augmentait la durée de séjour d'au moins une journée dans au moins 75% des cas.

Antérieurement à la V11, selon que le RSS mentionnait ou non une CMA, il était classé dans un GHM avec CMA ou sans CMA, à condition que cette segmentation existe pour le GHM considéré, ce qui n'était pas toujours le cas.

Avec la V11, les CMA permettent de déterminer le niveau de sévérité du GHM, ce qui induit directement sur sa valorisation.

Afin de permettre une meilleure prise en compte de la gravité des cas, la notion de CMA a évolué :

- ✓ d'une part, des listes d'exclusions ont été élaborées. Une liste d'exclusions est définie par rapport à un diagnostic principal. Elle énumère les affections qui, associées à ce DP, ne sont pas considérées comme des complications significatives.
 - Par exemple, les hémorragies digestives appartiennent à la liste des CMA. Avec les listes d'exclusions, elles perdent leur caractère de CMA lorsque le diagnostic principal est un ulcère gastroduodénal hémorragique ;
- ✓ d'autre part, la détermination de complications ou morbidités associées a été graduée (de 1 à 4) afin de repérer les cas les plus lourds.

La répartition de l'ensemble des RSS entre les GHM définit l'éventail des cas ou Case-Mix. Il est l'expression des prises en charge en nature (CMD, GHM, caractère chirurgical ou médical) et en volume (effectifs par GHM).

D. CONFIDENTIALITÉ DU RECUEIL

Les informations recueillies dans le cadre du PMSI sont protégées par le secret professionnel.

Le service ou le département d'information médicale (SIM ou DIM) qui organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales, est placé sous l'autorité d'un médecin. Son rôle est prévu par les articles R. 6113-1 à R. 6113-10 du code de la santé publique.

La création des fichiers et les traitements de données sont soumis à l'autorisation ou à l'avis préalable de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

1. PRODUCTION DU RÉSUMÉ DE SORTIE ANONYME

La transmission d'informations médicales individuelles à tout acteur non autorisé à disposer d'informations nominatives (notamment au directeur de l'établissement de santé ou aux services de l'État) s'opère au moyen du résumé de sortie anonyme (RSA).

La production des RSA est automatique. À partir d'un fichier de RSS groupés, un module logiciel dit générateur de RSA (GenRSA), produit un fichier de RSA par transformation des RSS groupés.

A la différence du RSS, le RSA se présente toujours comme un enregistrement unique par séjour. Des informations sont supprimées, d'autres sont ajoutées.

2. TRANSMISSION DES INFORMATIONS

Depuis 2004, dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), la transmission des données à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) se fait par télétransmission grâce à une plateforme électronique dite e-PMSI. Depuis 2007, les informations doivent l'être mensuellement (auparavant transmises trimestriellement), dans un délai d'un mois après la fin de chaque mois civil.

3. CHAÎNAGE ANONYME DES RSA

Depuis 2001, une procédure de chaînage des résumés de séjour a été mise en œuvre. Elle permet de relier entre elles, grâce à un numéro de chaînage anonyme, les différentes hospitalisations d'un même malade.

Le principe du chaînage anonyme consiste en la création d'un numéro anonyme commun à toutes les hospitalisations d'un même malade, quel que soit le secteur d'hospitalisation : public ou privé d'une part, mais aussi MCO ou soins de suite ou de réadaptation (SSR) ou même psychiatrie à l'avenir. Les différents épisodes d'hospitalisation d'un même malade peuvent ainsi être identifiés et liés entre eux.

E. L'ÉTUDE NATIONALE DE COÛTS

L'Étude Nationale de Coûts (ENC) existe depuis 1993 dans le secteur public (elle a seulement débuté en 2005 dans le secteur privé). Elle s'appuie sur un modèle de comptabilité analytique décrit dans un guide méthodologique officiel. Les établissements participant sont volontaires. Ils sont de tous types (centres hospitaliers universitaires ou non, centres de lutte contre le cancer, établissements privés participant au service public hospitalier) et de toutes tailles.

L'ENC remplit trois objectifs :

- ✓ la construction d'une échelle de coûts par GHM, révisée annuellement, fondement des tarifs utilisés pour le financement des établissements ;
- ✓ la publication de coûts moyens par GHM, décomposés par grands postes de charges, auxquels les établissements peuvent comparer leurs propres coûts, pour leur gestion interne ;
- ✓ la constitution d'une base de données utilisée pour les travaux assurant l'évolution de la classification des GHM.

II. HISTORIQUE ET ÉVOLUTION DES VERSIONS DE GROUPEMENT DES GHM

La fonction groupage est l'outil logiciel de la classification des GHM, laquelle fait l'objet d'actualisations régulières induisant une mise à jour des tables ou de la fonction groupage.

La première version de la classification des GHM (dite version 0) a été publiée en 1986. En 2009 la classification a connu sa onzième révision majeure.

Version	Date d'entrée en application	Nombre de GHM	Accroissement
V0	1986	475	
V1	Janvier 1992	518	+ 43
V2	Janvier 1994	492	- 26
V3	Janvier 1995	512	+ 20
V4	Janvier 1997	569	+ 57
V5	Janvier 1998	578	+ 9
V6	Janvier 2000	592	+ 14
V7	Janvier 2002	604	+ 12
V8	Janvier 2003	604	-
V9 (passage à la T2A)	Janvier 2004	701	+ 97
V10	Mars 2006	782	+ 81
V11	Mars 2009	2 291	+1 509

Tableau 1 : Evolution du nombre de GHM dans la classification française depuis 1995 ³³

La désignation de la fonction groupage est normalisée sous la forme « FG*a.b* » dans laquelle *a* représente le numéro de la version du moteur de groupage, et *b* le numéro de la version de la classification, donc des tables. Ainsi, en 2009, on utilise la FG11.11.

À partir de 1992, l'actualisation de la classification des GHM a été confiée au Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé (PERNNS) qui, avec l'appui du Centre de Traitement de l'Information du PMSI (CTIP) pour la partie informatique, a réalisé une mise à jour régulière de la classification des GHM jusqu'en 2003. Depuis c'est l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation) qui assure ces travaux.

³³ Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé, Rapport n°2006 009, Janvier 2006, page 76, ainsi que www.atih.sante.fr. Le nombre des GHM pour la V11, ainsi que son accroissement ont été corrigés.

Les travaux menés par l'ATIH dans le cadre de la réforme du mode de paiement des établissements de santé MCO visent notamment à adapter la classification à l'évolution des pratiques médicales, des différences intersectorielles et des modes de financement.

L'adaptation de cette classification s'est faite en plusieurs étapes et la version 11 correspond à la troisième de ces étapes permettant une adaptation au nouveau mode de financement des établissements hospitaliers par la Tarification à l'Activité.

A. LA VERSION 9

La première étape d'adaptation au financement par la T2A a abouti à la version 9 des GHM, applicable aux données de janvier 2004 à mars 2006. Elle était issue d'une mise à plat de la classification avec un objectif de réduction des plus grosses disparités inter-établissements : il s'agissait de disparités sur les durées de séjour plus que de coût, car ces travaux nécessitent de travailler sur de très gros volumes, ce que ne permettent pas les bases de l'ENC (étude nationale des coûts).

Les modifications se devaient d'être suffisamment simples à mettre en œuvre pour que cela n'impacte pas sur les délais retenus pour la mise en place de la T2A concomitante.

Les deux modifications importantes furent :

- ✓ l'extension de la CM 24 aux séjours avec une nuitée, en la transformant en catégorie majeure des séances et des séjours de moins de deux jours ;
- ✓ la création d'une centaine de GHM « avec CMA » permettant d'affiner la lourdeur de prise en charge quand les effectifs et les « surcoûts » le justifiaient (on entend par surcoût une augmentation de la durée de séjour).

B. LA VERSION 10

La deuxième étape a abouti à la version 10 des GHM, applicable aux données à partir du mois de mars de l'année 2006 et jusqu'au mois de février de l'année 2009. Elle avait deux objectifs principaux :

- être à l'écoute des fédérations de l'hospitalisation (la Fédération de l'Hospitalisation Privée pour l'essentiel, FHP) qui avaient fait part des difficultés rencontrées par certains établissements. Il s'agissait alors d'effectuer des modifications ponctuelles pour répondre aux demandes validées par la DHOS ;
- la création de GHM nécessaires à une éventuelle intégration de certains dispositifs médicaux implantables (DMI) dans les tarifs.

On retrouvait donc comme modifications importantes :

- ✓ une amélioration de la description de la CM 24 (groupes cancer),
- ✓ la possibilité d'intégrer le coût des DMI dans les tarifs (thérapeutiques endovasculaires et endoscopiques, etc.),
- ✓ ainsi que la création d'une nouvelle catégorie majeure (CM 28) pour isoler les séances des séjours de moins de deux jours.

La segmentation de certains GHM dans la révision de la version 10 a conduit à corriger une centaine de GHM jugés trop hétérogènes entre établissements de santé³⁴.

³⁴ Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé, Rapport n°2006 009, Janvier 2006, page 76.

C. LA VERSION 11

La version 11 des GHM correspond à la troisième étape de l'adaptation de la classification des GHM à la tarification à l'activité, ou T2A. Cette troisième étape devrait clore le cycle de révision de la classification des GHM dans son optique T2A³⁵.

Ces modifications ne sont pas spécifiques de ce mode de paiement, et elles auraient pu être faites avant 2003 (début de la mise en place de la T2A comme mode de financement des établissements de santé) si les points ISA avaient réellement servi à adapter le budget global en rapprochant progressivement le budget réel du budget théorique de chaque établissement.

1. POURQUOI LA V11 ?

C'est donc, à la fois l'augmentation rapide de la part de T2A dans le secteur qui était sous dotation globale (DG, secteur public), et l'application de ce mode tarifaire dans le secteur anciennement sous objectif quantifié national (OQN, secteur privé), avec un objectif de convergence des tarifs public-privé, qui explique la nécessité d'adapter la classification des GHM.

Avant d'analyser plus en détail les différentes modifications apportées par la mise en place de la fonction de groupage V11, il convient, afin de mieux comprendre les motivations et les raisons qui ont débouché sur ces modifications, de faire un retour en arrière, au tout début du commencement des travaux par l'ATIH.

C'est en mai 2006 que l'ATIH publie le premier « Rapport d'étape pour une version 11 des GHM », alors que la V10 était en application depuis 3 mois à peine. A l'époque, l'objectif ambitieux, était de pouvoir mettre en place la V11 un an plus tard, soit après 3 ans de travaux.

³⁵ La Cour des Comptes dans son rapport sur les comptes de la Sécurité Sociale 2008 paru en septembre 2009, préconise dans sa recommandation n° 21 de « stabiliser le dispositif actuel et donc conserver pendant au moins 3 ans les règles mises en place en 2009, afin d'éviter aux établissements de subir de nouveaux bouleversements. »

C'est pourtant 5 ans de travail qu'il faudra à l'ATIH pour finaliser la V11, et l'une des principales raisons en est le considérable travail nécessité par la refonte de la liste des CMA qui aura nécessité 2 ans de travail à elle seule³⁶.

La V11 aurait dû arriver au début de la T2A, en 2003, mais la nécessité d'une refonte majeure de la liste des CMA ne l'a pas permis.

L'objectif principal de la V11 était de revoir les GHM « médicaux », c'est-à-dire « sans acte classant ». En effet, on sait depuis toujours qu'un acte chirurgical (ou un acte technique nécessitant un environnement particulier) est presque toujours un acte marqueur et qu'il standardise bien un séjour. A contrario, pour les groupes médicaux il n'a pas été possible de mettre en évidence d'actes marqueurs (*toutes les pneumonies ont un acte d'imagerie pulmonaire*) pour segmenter un groupe en plusieurs.

La V11 cherche à apporter une réponse concrète et juste à la différence si souvent évoquée de lourdeur des prises en charge à l'intérieur de GHM identiques, qui par définition sont à priori homogènes.

La définition de l'homogénéité retenue par l'ATIH pour les GHM est triple : l'homogénéité médicale, l'homogénéité économique et l'homogénéité utile. Pour faire simple, et sans partir dans des explications complexes, on peut dire que :

- l'homogénéité médicale correspond à des situations médicales proches, avec des séjours de durées voisines ;
- l'homogénéité économique se calcule sur deux critères : les coûts et les durées ;
- enfin l'homogénéité utile correspond au degré d'homogénéité nécessaire au sein d'un GHM afin que l'hétérogénéité de chaque GHM soit la même pour tous les établissements afin de minorer les différences.

Or l'analyse des GHM médicaux par l'ATIH a démontré qu'ils étaient pour la plupart hétérogènes. Dans le cadre du paiement forfaitaire il faut obligatoirement accepter une part d'hétérogénéité, dite hétérogénéité acceptable (quoi est nécessaire car l'amélioration de l'homogénéité des GHM induit

³⁶ Mme Marion Mendelsohn, Chef du Service Classifications et Information Médicale – Pôle Nomenclatures à l'ATIH, lors de la Rencontre avec les DIM de CHU pour la présentation de la V11 le 23 janvier 2009.

l'augmentation massive du nombre de GHM ce qui n'est matériellement pas possible), mais il existe bien une hétérogénéité non acceptable et c'est l'objectif de la V11 d'y remédier.

Si lors des mises en place des V9 et V10, les modifications avaient consisté en l'ajout de quelques GHM avec niveaux de sévérité ou en la création de nouvelles catégories majeures des diagnostics, pour la V11 c'est le principe même de construction des GHM qui a été remis en question avec comme souci constant l'amélioration de leur caractère homogène, tout en s'interrogeant en permanence sur le niveau d'hétérogénéité acceptable. Ce travail a été réalisé dans une optique d'aboutir à la convergence des tarifs entre les 2 secteurs d'hospitalisation, public et privé, tel que le demandait le ministère mais sans délai concernant la mise en application.

2. LES PRINCIPALES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA V11 ET LEURS EFFETS ATTENDUS

Outre la refonte complète des tables et de l'algorithme de groupage, les principales modifications apportées par la version 11 sont les suivantes :

- ✓ **la révision de la liste des CMA** avec l'augmentation du nombre de niveau de sévérité (sans CMA, avec CMA légère, avec CMA modérée, avec CMA sévère) pour avoir trois groupes de « surcoûts » suffisamment différents entre eux pour justifier l'existence de quatre niveaux.
- ✓ **la modification de la définition du diagnostic principal (DP)** et de son utilisation au sein de l'algorithme de groupage, car si les règles de codage précédemment en vigueur permettaient de choisir entre la maladie et sa complication, une augmentation des niveaux de sévérité serait sans effet si la complication continuait à être codée en DP à chaque fois qu'elle était jugée plus consommatrice d'effort de soins ou de ressources.
- ✓ **la suppression de la catégorie majeure 24** avec une redistribution des séjours qui la composait dans les autres catégories majeures. En effet, pour de nombreux GHM la différence entre le groupe de la CM 24 (séjours de moins de deux jours) et celui qui existe dans une autre CMD pour la même activité est tellement faible qu'elle ne se justifie plus. C'est la raison pour laquelle la CM 24 a été supprimée avec la création de groupes ambulatoires pour l'activité programmable dans les autres CMD afin de ne pas perdre le repérage de cette activité ; c'est d'ailleurs la solution qui a été adoptée par les Australiens.

La V11 doit apporter une meilleure description des activités, en revoyant les GHM « médicaux », plus hétérogènes, et pour lesquels il est plus difficile de trouver des critères discriminants que pour les GHM « chirurgicaux ».

Il ne s'agit aucunement de présenter ici toutes les subtilités de la V11, ni l'ensemble des règles qui la régissent. L'objet de ce travail est uniquement d'en présenter les grandes nouveautés par rapport aux versions précédentes.

A) LA RÉVISION DE LA LISTE DES CMA

Pour entamer la dernière étape de la révision de la liste des CMA, l'ATIH a consacré une large part de son travail à la définition des listes d'exclusion des codes de la CIM-10. Ce sont ces travaux qui ont permis d'aboutir à la refonte complète de la liste des CMA avec les niveaux de sévérité, mais également à modifier la liste de codes de la CIM-10 dont l'emploi n'est pas, ou plus, autorisé en position de DP (Diagnostic Principal) ou de DR (Diagnostic Relié).

L'ATIH a retenu comme définition pour d'une CMA, celle d'un diagnostic qui allonge la durée de séjour (c'est d'ailleurs la même définition qu'avait retenue Fetter lors la mise en place de DRG). La liste des CMA a donc été revue en étudiant l'impact sur la durée de séjour et non sur les coûts. La phase de refonte des CMA s'est appuyée sur une base nationale (établissements publics et privés : ex-DGF + ex-OQN) avec 2 années (2005 et 2006) et en excluant les hôpitaux locaux, sur les CMD 01 à 13 et 16 à 21 (exclusion des CMD 14 et 15 correspondant à « *Grossesses pathologiques, accouchements et affection du post-partum* » et « *Nouveau-nés, prématurés et affection de la période prénatale* »).

Le choix d'une étude sur les durées de séjours plutôt sur le coût s'expliquent par le fait que les travaux réalisés n'auraient pu être fondés sur le coût de séjour, notamment parce que les bases de coûts (Base ENC – Echelle Nationale des Coûts) ne disposent pas d'effectifs suffisants pour pouvoir conclure de façon fiable.

Les critères nécessaires pour qu'un diagnostic appartienne à la liste des CMA sont au nombre de trois :

- une augmentation de la DMS d'au moins 2 jours ;
- un effet isolé sur le coefficient « Fetter-like »³⁷ qui sert à retenir un code dans la nouvelle liste des CMA si cet effet est supérieur à 55% (au moins 55% des RSA au dessus de la médiane de Durée de séjour) ;
- un effet isolé sur la DMS, qui sert de critère quantitatif pour le découpage en classe, d'augmentation au moins égale à 25%.

Au vu de ces critères, un certain nombre de pathologies chroniques ont été sorties de la liste des CMA car il était difficile de juger la véracité de leur prise en charge : la prise d'un comprimé est une prise en charge mais elle ne modifie pas forcément la durée de séjour. Pour l'ATIH, seule la sévérité des cas expliquerait correctement la durée de séjour.

Un important travail statistique a été réalisé pour déterminer les seuils de durée de séjour entre les niveaux optimisant la part de variance expliquée (PVE³⁸) et permettant d'avoir un nombre suffisant de RSA en niveau 3 et 4 (pour le niveau 4, la PVE choisie est légèrement inférieure à la PVE optimale, permettant d'obtenir près de 3% de RSA dans le niveau 4 ; elle reste cependant très satisfaisante).

Un certain nombre de codes sont inéligibles au statut de CMA, comme les codes interdits en DP, les codes imprécis non encore interdits en DP. D'autres diagnostics pouvant générer du surcodage sont exclus, comme les symptômes ou les résultats d'examens. Les codes « SAI » (sans autre indication, c'est à dire. non précisé) ont également exclus.

A noter que certaines CMA V10 « usées » du fait d'un abus de leur utilisation n'apparaissent pas dans la liste des CMA, souvent au profit d'un autre diagnostic codé en même temps.

³⁷ L'effet Fetter-like correspond au pourcentage de séjours dont la durée dépasse la durée médiane du GHM.

³⁸ La PVE est un rapport de deux variances avec au dénominateur la variance globale des coûts (c'est une mesure de la dispersion des coûts individuels) et au numérateur la variance des coûts estimés (c'est une mesure de la dispersion des coûts moyens par GHM). La PVE mesure donc l'information globale qu'apportent les GHM sur la variabilité des coûts.

Certains diagnostics qui ne ressortent pas statistiquement comme CMA (souvent autre CMA associée, pas d'effet isolé) ont été intégrés dans la liste à la demande du ministère (plans de santé publique) : Maladie d'Alzheimer, Obésité morbide avec IMC>40 kg/m².

L'ensemble des résultats avec le détail pour tous les diagnostics et les explications concernant la part de variance expliquée (PVE) se trouvent dans les rapports sur la V11 mis à disposition sur le site de l'ATIH.

Pour compléter la refonte complète des listes de CMA, les CMA ont été classées en quatre niveaux de sévérité ce qui constitue un élément marquant de la V11. En effet, auparavant il n'existait que 3 niveaux de sévérité (rien, CMA et CMAS). Désormais avec la V11, les CMA sont répartis en 4 niveaux de sévérité (de 1 à 4) en considérant que le niveau 1 correspond à la catégorie « non-CMA ».

La création des niveaux de sévérité pour les CMA a induit la subdivision en niveau des GHM selon les niveaux de sévérité des CMA qui le constituent. A l'heure actuelle, c'est la règle du niveau de sévérité le plus élevé qui prévaut et qui donne le niveau de sévérité du GHM (sous réserve que la CMA en question ne fasse pas partie des listes d'exclusion, et que la durée de séjour soit suffisante).

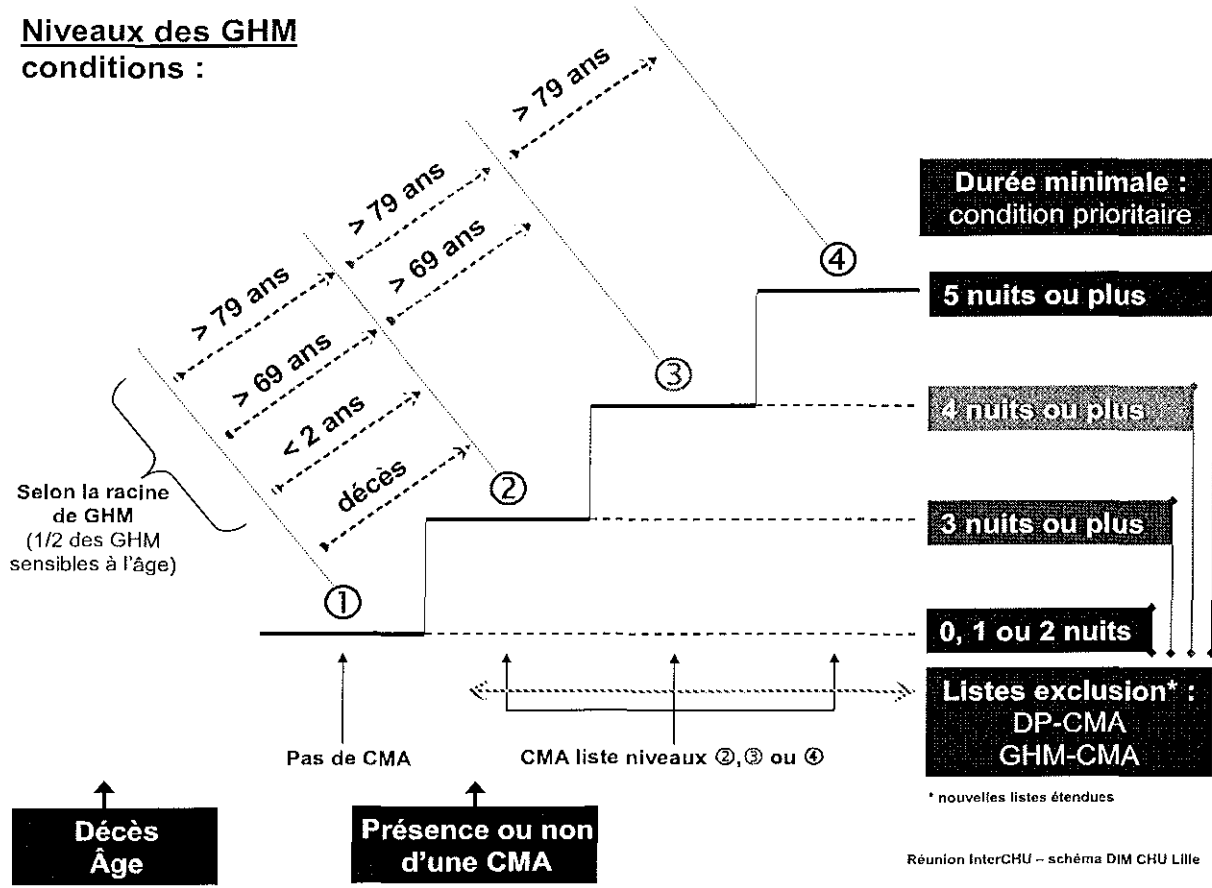
L'ATIH travaille sur ce sujet en testant d'autres modalités d'application par exemple la possibilité d'augmenter le niveau d'un séjour en fonction du nombre de CMA qui le constituent (par exemple 2 CMA de niveau 3 équivaldraient à une CMA de niveau 4), mais pour le moment les résultats ne sont pas encore connus.

On notera également que l'âge a l'équivalence d'une CMA :

- un âge inférieur à 2 ans permet de passer du niveau 1 au niveau 2 ;
- un âge supérieur à 69 ans permet de passer du niveau 1 au niveau 2, et du niveau 2 au niveau 3 ;
- un âge supérieur à 79 ans permet de passer du niveau 1 au niveau 2, du niveau 2 au niveau 3, du niveau 3 au niveau 4.

Enfin le décès fait passer du niveau de sévérité 1 au niveau 2.

Pour résumer les passages de niveaux de sévérité dans les GHM, on peut reprendre le schéma ci-dessous³⁹ :



³⁹ Schéma sur la présentation des mises en niveaux des GHM, tiré du compte rendu de la réunion de présentation de la V11 par le Dr Mendelsohn avec les DIM de CHU, 23/01/2009.

B) MODIFICATION DE LA DÉFINITION DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Avant la mise en place de la V11, le diagnostic principal répondait à la définition suivante :

« Le diagnostic principal (DP) est le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation. »⁴⁰

Cette définition était restée inchangée de 1994 lors de la mise en application du « Guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI » à mars 2009 avec la V11.

La modification de la définition du diagnostic principal a été proposée par l'ATIH dès le début des travaux de préparation de mise en place de la V11⁴¹, dans le cadre de l'augmentation du nombre de niveaux de sévérité au niveau des GHM. En effet, à partir du moment où une comorbidité ou une complication était mieux valorisée, il était logique de ne plus vouloir trouver le motif de l'hospitalisation dans une unité médicale (établi a posteriori) en diagnostic associé parce qu'une autre affection a mobilisé plus de ressources. Les différents niveaux de CMA sont là pour valoriser une complication ou une morbidité associée et c'est le coût de base du GHM « sans CMA » qui valorise l'affection qui a motivé le séjour.

⁴⁰ www.atih.fr, « Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine », applicable au 1^{er} janvier 2004, page 24.

⁴¹ www.atih.fr, « Rapport d'étape pour une version 11 de la classification des GHM et autres travaux », mai 2006.

Avec la mise en place de la V11, le diagnostic principal répond maintenant à la définition suivante⁴² :

IV. HIERARCHISATION ET CODAGE DES INFORMATIONS MEDICALES DU RESUME D'UNITE MEDICALE

.../...

1. LA MORBIDITÉ PRINCIPALE

La morbidité principale est constituée par le **diagnostic principal**, complété le cas échéant par le **diagnostic relié**.

1.1 LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Le diagnostic principal (DP) du RUM est le **problème de santé qui a motivé l'admission** du patient dans l'unité médicale (UM), **déterminé à la sortie de l'UM**.

Il résulte de cette définition que le DP ne peut jamais être un problème de santé inexistant lors de l'admission dans l'UM et apparu au cours du séjour dans celle-ci.

Le DP doit être déterminé conformément au guide des situations cliniques (voir *infra* le point 2) et en connaissance des possibilités de codage offertes par la 10^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10).

Le DP peut être :

- une maladie, un syndrome, un symptôme, une lésion traumatique ou une intoxication classés dans les chapitres I à XIX voire XXIII de la CIM-10 ;
- ou l'une des entités classées dans le chapitre XXI *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé* (codes Z).

En revanche, l'emploi du chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité* (codes commençant par les lettres V, W, X et Y) n'est pas autorisé pour le codage du DP.

Le DP est déterminé à la fin du séjour du patient dans l'unité médicale. Il est énoncé **en connaissance de l'ensemble des informations médicales le concernant**, y compris les résultats d'examen effectués pendant le séjour qui parviendraient postérieurement à la sortie (anatomopathologie, virologie...).

⁴² www.atih.fr, « Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie », applicable au 1^{er} mars 2009, page 36. En gras figurent les modifications par rapport à la version précédente.

On notera tout de même que cette « *nouvelle* » définition du diagnostic principal correspond en fait à un retour en arrière, puisque en 1985⁴³ avait été mise en place la définition suivante, somme toute assez similaire avec ce qui est en application en 2009 :

« Diagnostic principal :

C'est le diagnostic qui est considéré comme la cause du séjour dans l'unité médicale, mais ce diagnostic est déterminé par le médecin responsable du malade à la fin du séjour dans cette unité. Cela implique que le médecin décide de ce diagnostic de façon rétrospective, connaissant l'ensemble des informations médicales concernant le malade acquises entre l'entrée et la sortie de l'unité médicale. »

Cette modification a pu être faite uniquement parce que le nombre de niveaux de sévérité a été augmenté, car avec les niveaux précédents, il est évident qu'on n'aurait pas pu imposer de mettre en DP une affection légère qui avait motivé l'hospitalisation alors qu'on avait en DAS une affection plus lourde survenue en cours de séjour puisque toutes les CMA étaient payées avec le même « surcoût » pour un GHM donné (à l'exception du GHM avec CMAS quand il existe, mais qui concerne peu de RSA).

Cette modification peut paraître lourde parce que le choix du DP est l'une des difficultés les plus souvent citées et que les médecins DIM passent beaucoup de temps à expliquer et justifier la nouvelle définition auprès de leurs cliniciens, mais elle a le mérite d'être plus « naturelle ».

La nouvelle définition du DP a l'avantage d'être plus facile à respecter par les cliniciens et d'être utilisable pour d'autres objectifs comme la planification ou les statistiques de morbidité qui permettent des comparaisons internationales.

⁴³ Circulaire n° 119 du 4 octobre 1985, relative à la mise en place dans les établissements hospitaliers des résumés de sortie standardisés (R.S.S.), page 5.

C) SUPPRESSION DE LA CM24 REGROUPANT LES SÉJOURS DE
MOINS DE 48 HEURES

L'augmentation des niveaux de sévérité proposée par la V11 a conduit à la suppression de la Catégorie Majeure 24, en réintégrant toute l'activité de courte durée dans l'ensemble des CMD, et en créant selon les besoins des GHM avec des niveaux de prise en charge ambulatoire.

Ces GHM ambulatoires sont identifiés leur dernier caractère qui est soit la lettre J (pour les activités de chirurgie ou de techniques interventionnelles en ambulatoire, sans nuitée) soit par la lettre T (pour les séjours médicaux de très courte durée, de 0 à 2 nuits selon les cas).

La disparition de la CM 24 apporte plus des modifications sur les Case-Mix des établissements car les séjours ambulatoires ou de moins de 48 heures sont redistribués au sein des autres CMD, que réellement sur la valorisation de ces séjours.

CONTEXTE ET OBJECTIF,
MATÉRIELS ET MÉTHODE,
RÉSULTATS ET DISCUSSION

I. CONTEXTE

Nous l'avons vu, le financement des hôpitaux publics et privés est en constante modification. Faisant suite au passage à une Tarification à l'Activité à 100 % avec 4 ans d'avance sur le calendrier annoncé (1^{er} janvier 2008 au lieu de 2012), afin de libérer les établissements dynamiques du carcan qui les contraignait à freiner leur développement, la Version 11 de la Fonction de Groupage des GHM amorce une nouvelle étape dans la convergence tarifaire public-privé.

Tel qu'exposé précédemment, la Version 11 de la Fonction de Groupage des GHM apporte de profondes modifications, tant dans la manière de formuler les informations médicales (nouvelle définition du Diagnostic Principal), que dans la façon d'utiliser les informations médicales (modification de la liste des CMA avec création de niveau de sévérité, utilisation révisée des DP des RUM dans un séjour multi-RUM) mais également dans les résultats de classement obtenus (suppression de la Catégorie Majeure 24, création de nouvelles racines de GHM et de niveaux de sévérité).

Si le CHU de Nancy a su, comme de nombreux établissements, entamer les nécessaires modifications structurelles et organisationnelles lorsqu'est intervenue la mise en place de la tarification à l'activité, il va lui être nécessaire, avec la mise en place de la V11, d'aller plus loin encore en modifiant la relation qu'ont les praticiens avec la valorisation de leur activité. Quelle sera alors la réaction du CHU face à cette nouvelle onde de choc ?

Le plan de réforme « Hôpital 2007 » laissait supposer une adaptation « entrepreneuriale » des établissements aux aléas du « marché » de la santé dans leur stratégie de développement. Avec la V11, c'est maintenant l'ensemble des soignants qui sont directement concernés puisque les modifications rendent nécessaire une juste description de l'activité effectuée par l'ensemble des équipes pour pouvoir prétendre à une valorisation en adéquation : ce recensement s'adresse tant à l'activité des médecins, que celle des psychologues, des assistantes sociales, des manipulateurs radio ou encore des diététiciennes et des infirmières.

Difficile évolution pour des établissements tels que les CHU qui avec leurs historiques, leurs assemblages de statuts divers et variés, leurs habitudes, leurs tailles, sont à la fois source de moyens mais également de lenteurs.

L'analyse de mise en place de la V11 au sein du CHU de Nancy mérite d'être faite, non tant par démarche intellectuelle, que par anticipation des conséquences positives ou négatives pour l'établissement et la population prise en charge.

Certes, même si les budgets des CHU peuvent sembler hors d'atteinte d'une mise en faillite, la limitation des recettes (obligatoire dans le panorama national et international actuel) risque, si aucune anticipation n'est faite, de s'appliquer à court terme sur des secteurs, des personnels, des activités, dont les conséquences à long terme seront irrémédiables pour l'établissement et pour la population dont il a la charge. Les conséquences immédiates seraient un transfert d'activité vers d'autres établissements dont les statuts juridiques et les objectifs pourraient différer, avec parfois une gouvernance plus capitalistique qu'une réelle mission de service public.

II. OBJECTIF

Conscients que les nouveautés apportées par la V11 pouvaient considérablement modifier le Case-Mix d'un établissement, ou d'un service, nous avons voulu vérifier concrètement si la V11 générerait également des modifications importantes de la valorisation de ces activités, en étudiant les effets d'un passage de la version 10.c à la version 11 sur une même activité, et en y imputant les modifications de tarifs accompagnant la V11.

Pour réaliser cette étude, nous nous sommes appuyés sur l'activité réalisée en 2008 par le service de Neurologie du CHU de Nancy, qui regroupe 81 lits et places répartis dans une unité d'hospitalisation de jour (HdJ) de 9 places, une unité d'urgences neuro-vasculaires (UNV) comprenant 8 lits de soins intensifs et une unité d'hospitalisation complète de 64 lits répartis en 4 unités fonctionnelles.

Cette étude s'est déroulée en deux étapes successives :

- La première partie a cherché à mettre en évidence les conséquences immédiates de la mise en application de la V11 sur la valorisation de l'activité réalisée au service de neurologie du CHU de Nancy.
- Dans un deuxième temps, il nous est apparu nécessaire d'objectiver d'éventuelles modifications qui pourraient permettre d'optimiser la valorisation de l'activité dans le contexte de la V11 et dans le respect des règles de codages et de la déontologie médicale, l'intérêt du patient et sa prise en charge devant rester les préoccupations principales de tout clinicien.

L'objectif de notre étude n'était pas de réaliser une étude approfondie de la V11 en étudiant l'impact de chacune des modifications apportées à la valorisation d'une activité⁴⁴, de la même manière que précédemment (1^{ère} partie) nous n'avions pas voulu réaliser une comparaison internationale de l'ensemble des modes de financement des établissements hospitaliers, ni une analyse de la T2A au niveau mondial.

⁴⁴ L'ATIH s'est déjà livrée à ce genre d'analyses, qui se sont révélées lourdes et longues. Les résultats ont été régulièrement publiés dans les rapports sur les travaux pour l'urgence de la V11.

Par l'analyse de l'évolution de la valorisation de l'activité du service de Neurologie du CHU suite au passage à la V11, nous avons voulu tenter d'apporter une aide à la décision par la détermination de l'impact des différents changements.

Toutefois, nous sommes conscients que, malheureusement, les résultats obtenus ne pourront pas être extrapolés pour l'ensemble de l'établissement en raison des pratiques et des modes de fonctionnement qui peuvent être propres à chaque service, avec des conséquences difficilement évaluables.

La V11 modifie-t-elle la valorisation des activités médicales ?

MATÉRIELS ET MÉTHODES

A. BIBLIOGRAPHIE

En raison du contexte très récent de la mise en place de la Version 11 de la Fonction de Groupage des GHM, rares étaient au démarrage de notre analyse les études similaires à la notre dans la littérature. Nous n'avons donc pu effectuer de similitude méthodologique avec d'autres études afin d'en comparer les résultats.

Nous avons néanmoins largement utilisé les différents rapports d'étapes publiés régulièrement par l'ATIH lors des travaux d'élaboration de la V11⁴⁵.

De même le rapport de l'ATIH sur « *L'activité des CHU dans le PMSI* » nous a apporté quelques explications et pistes de réflexion dans notre discussion.

Pour effectuer le recodage des dossiers, nous avons utilisé les consignes de codage publiées dans le guide production de MCO⁴⁶. Les modifications de codage entre la V10 et la V11 ont été faites selon les consignes proposées par l'ATIH dans sa note « *Règles pour grouper en V11 des RSS de 2008* » publiée sur son site le 16 avril 2009.

Enfin, la Note Technique de l'ATIH intitulée « *Evolution de la notion de séjours bas en V10 et en V11* » a largement nourri notre étude sur la manière d'interpréter les résultats que nous avons obtenus.

⁴⁵ ATIH, Rapport d'étape pour une version 11 de la classification des GHM et autres travaux, mai 2006.

ATIH, Version 11 de la classification des GHM, Travaux 2006-2007. Simulations diverses sur les données 2005, mars 2007.

ATIH, Version 11 de la classification des GHM, Travaux 2007. Etudes complémentaires, Finalisation des CMA, Révision des groupes médicaux, octobre 2007.

⁴⁶ Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, applicable au 1^{er} mars 2009.

B. RECUEIL DES DONNÉES

C'est à la demande du chef de service de neurologie auprès du Département d'Information Médicale (DIM) du CHU de Nancy, que l'ensemble de l'activité MCO du service de Neurologie du CHU de Nancy réalisée en 2008 a pu être obtenue.

La globalité des séjours de neurologie étant nécessaire pour un groupage cohérent de l'activité, l'accord du Collège d'Information Médicale a été nécessaire pour l'obtention des séjours multi-RUM dont au moins un RUM avait été produit par le service de neurologie (les autres RUM étant produits par d'autres services).

Afin de pouvoir effectuer le groupage selon les versions V10.c et V11, ces données nous ont été transmises selon un format de type Résumé d'Unité Médicale (RUM).

L'application de cette procédure interne à l'établissement explique que nous ayons obtenu l'ensemble des données en 2 temps :

- premièrement l'ensemble des données pour les RUM de neurologie, ainsi que la liste des numéros de RSS qui avaient au moins un RUM dans une autre unité médicale.
- et dans un deuxième temps, après accord du Collège d'Information Médicale, nous avons obtenu sous le même format, les informations concernant les RUM de ces séjours qui avaient été produit d'autres unités médicales.

Afin de permettre une étude fiable, il nous a également été nécessaire d'obtenir la structure de l'établissement avec les différentes autorisations par service et le nombre de lits ou places s'y rapportant.

Ainsi, l'activité du service de neurologie a pu être classée en plusieurs groupes :

- les séjours de l'Hôpital de Jour (HdJ) de neurologie (appelés *HdJ Neuro*),
- les séjours mono ou multi-RUM s'étant déroulés entièrement et uniquement dans le service de neurologie hors HdJ (appelés *HC Neuro*).
- les séjours multi-RUM comportant au moins un RUM en dehors du service de neurologie (appelés *HC Multi-Services*).

C. PRÉPARATION DES FICHIERS INFORMATIQUES

Nos fichiers, en format texte, comportaient sur chaque ligne les informations suivantes, séparées par des tabulations :

- la version de groupage : 2 caractères (10) ;
- le résultat du groupage avec le numéro de CMD et le numéro de GHM : 6 caractères ;
- le numéro de version du format de RSS : 3 caractères (113) ;
- le code retour du groupage : 3 caractères ;
- le numéro FINESS de l'établissement : 9 caractères (540002078) ;
- la version du format du RUM : 3 caractères (013) ;
- le numéro de RSS : 20 caractères ;
- le numéro administratif local de séjour : 20 caractères ;
- le numéro de RUM : 10 caractères ;
- la date de naissance : 8 caractères (jjmmaaaa) ;
- le sexe : 1 caractère ;
- le numéro de l'unité médicale : 4 caractères ;
- le type d'autorisation du lit dédié ;
- la date d'entrée dans l'unité médicale : 8 caractères (jjmmaaaa) ;
- le mode d'entrée dans l'unité médicale et la provenance : 2 caractères ;
- la date de sortie de l'unité médicale : 8 caractères (jjmmaaaa) ;
- le mode de sortie de l'unité médicale et la destination : 2 caractères ;
- le code postal de résidence : 5 caractères ;
- le poids du nouveau-né à l'entrée dans l'unité médicale : 4 caractères ;
- l'âge gestationnel : 2 caractères ;
- le nombre de séances : 2 caractères ;
- le nombre de diagnostics associés significatifs (DAS) dans le RUM : 2 caractères ;
- le nombre de diagnostics associés documentaires (DAD) dans le RUM : 2 caractères ;

- le nombre d'actes dans le RUM : 2 caractères ;
- le diagnostic principal (DP) : 8 caractères ;
- le diagnostic relié (DR) : 8 caractères ;
- l'IGS 2 : 3 caractères ;
- enfin, les DAS et les actes réalisés au cours du RUM.

Les données ayant été importées dans un fichier du type tableur (Excel), le nombre de caractères est donné à titre indicatif. En effet, le nombre de caractère n'a pas toujours pu être conservé de façon stricte (suppression des 0 mis en première position : 0001 devient 1, malgré l'application de formats de cellules) et il a donc été nécessaire de veiller à rétablir le format de façon scrupuleuse avant de reconstituer un fichier RUM à proprement parler, sous peine de voir notre fichier rejeté par les logiciels de groupage pour non-respect du format.

D. MÉTHODOLOGIE

1. PÉRIODE ÉTUDIÉE

Notre étude a porté sur l'ensemble de l'activité MCO du service de Neurologie du CHU de Nancy réalisée, au cours de l'année 2008 au sens PMSI. On entend par là, que seuls les séjours ayant une date de sortie comprise entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2008 ont été inclus dans notre étude, y compris pour les séjours multi-RUMs dont des RUM avaient lieu dans d'autres services du CHU.

2. TARIFS ET FONCTIONS DE GROUPEMENT UTILISÉS

Sur la période d'activité que nous étudions (l'année 2008) des changements de tarifs sont intervenus au 1^{er} mars 2008⁴⁷, ainsi que simultanément une légère évolution de la fonction de groupement, laquelle passait de la version V10.b à la V10.c avec la création de quelques nouveaux GHM par segmentation. Ces modifications ont été effectives au 1^{er} mars 2008 en application des arrêtés dits « *prestations* »⁴⁸ et « *tarifaire* »⁴⁹ parus au Journal Officiel.

Néanmoins, par simplification nous utiliserons pour l'ensemble de notre étude les tarifs mis en application au 1^{er} mars 2008 pour l'activité groupée avec la fonction V10.c, ainsi que les tarifs mis en application au 1^{er} mars 2009 pour l'activité groupée avec la fonction la V11.

Le logiciel que nous avons utilisé (Impact FG11.11 produit par la société Web100T) pour notre étude affecte de façon rigoureuse les tarifs issus des arrêtés tarifaires 2008 et 2009. Or entre 2008

⁴⁷ Réévaluation des tarifs des GHM avec une augmentation globale de 0,5% des GHS, ponctuée de quelques disparités.

⁴⁸ Arrêté du 25 février 2008 (JO du 5 mars) modifiant l'arrêté du 27 février 2007 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

⁴⁹ Arrêté du 27 février 2008 (JO du 5 mars) fixant pour l'année 2008 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

et 2009 les tarifs ont été diminués d'environ 3% dans la valorisation globale des GHM. A cela plusieurs raisons :

- tout d'abord la modification du mode de rémunération de la permanence de soins (1,7%) et de la précarité (0,5%). En effet, ces dernières sont dorénavant payées par l'intermédiaire des MIGAC avec un montant global qui varie selon les établissements, alors qu'elles étaient auparavant incluses dans les GHS.
- également afin de contenir l'ONDAM, la diminution des tarifs due à l'augmentation du volume d'activité et pour compenser un effet codage.

Pour une comparaison objective, il convient donc d'appliquer aux tarifs 2008 la même « *baisse tarifaire faciale de 3% qui fait suite au débasage lié à la permanence de soins et à la précarité* »⁵⁰ que celle qui a été appliquée aux tarifs 2009.

Aussi dans un premier temps, nous comparerons les données brutes telles qu'elles nous sont restituées à l'issue du traitement logiciel, puis nous nous intéresserons plus en détail à ce qui relève réellement de la valorisation des séjours (GHS, EXH, EXB) dont nous diminuerons la valorisation de 2008 de 3% afin de pouvoir comparer objectivement les données.

Il convient également de préciser que nous avons fait abstraction du coefficient de transition (CT) appliqué à l'établissement et modifié par le taux de convergence selon les périodes, ceci afin de travailler sur des données « brutes », indépendamment des effets de structure, ce qui pourra éventuellement permettre aux décideurs de comparer nos résultats avec des études réalisées sur d'autres établissements hospitaliers.

3. PÉRIMÈTRE DE L'ACTIVITÉ ETUDIÉE

Comme indiqué précédemment nous avons réalisé cette étude en nous appuyant sur l'activité réalisée en 2008 par le service de Neurologie du CHU de Nancy. Celui-ci regroupe un total de 81 lits et places de types différents. Différents facteurs ont motivé ce choix d'étudier les effets de la V11 sur un service multi-unités plutôt que sur l'établissement tout entier ou un pôle.

⁵⁰ Compte rendu de la rencontre entre les représentants de la FHF et le Cabinet de Madame la Ministre de la Santé sur la campagne budgétaire et tarifaire 2009, www.fhf-centre.fr

En premier lieu, la taille et la structure : en effet, si le service de Neurologie du CHU regroupe 81 lits et places d'hospitalisation, le CHU en comportait au total 1659⁵¹ en 2008, tous types d'autorisations confondus (ne sont totalisés dans ce décompte que les lits et places pour des activités de type MCO). Mais également la structure particulière du service de neurologie, qui regroupe en son sein plusieurs unités médicales de différents types, ce qui permet l'étude d'une activité très diversifiée : hospitalisation de jour, séjours MCO multi-RUMs dits lourds avec passage aux Urgences Neuro-Vasculaires et des séjours d'hospitalisation plus classique.

4. OUTILS INFORMATIQUES ET TRAITEMENT DES DONNÉES

Un seul poste informatique a été utilisé dans le cadre de cette analyse : un ordinateur personnel pour la transformation et l'exploitation des données avec pour système d'exploitation Windows XP.

Nous avons utilisé les logiciels suivants afin de permettre à la fois la préparation de nos données, leur contrôle, l'exploitation et l'analyse des résultats, ainsi que la rédaction de ce travail :

- Textpad,
- Excel et Word 2007,
- GenRSA,
- SAS 9.1.
- Impact FG11.11.

Les bases de données ont été fournies en fichiers texte avec séparateur de tabulation. Elles ont été importées dans Excel afin de procéder au retraitement et l'organisation des données : le repérage des éléments à modifier (diagnostics interdits) à l'aide des fonctions de recherche (=recherchev), la mise en adéquation avec les formats d'export de RUM par les fonctions de copiage (=stxt) et fusion de cellules (=concatener).

Le groupage de notre base de données en V10.c et V11 a été effectué à partir de l'outil d'analyse de la fonction groupage développé par la société Web100T, IMPACT FG 11.11, et mis à notre disposition gracieusement pour la durée de cette étude. Les résultats du traitement des données (groupage et valorisation) ont été exportés sous Excel pour la production et l'exploitation des résultats.

⁵¹ Rapport d'activité 2008 du CHU de Nancy, juin 2009, page 17.

La rédaction de ce travail a été effectuée sous Word 2007.

5. DESCRIPTIF DU TRAITEMENT DES DONNÉES PAR IMPACT FG11.11

Le logiciel mis à notre disposition par la société Web100T, dispose des fonctions de groupage V10.c et V11, ce qui lui permet d'effectuer le groupage et la valorisation d'une même activité selon ces 2 fonctions de groupage.

Pour effectuer un groupage optimal en V11 à partir de données codées selon les règles en vigueur à l'époque (le codage de l'activité a été réalisé en 2008), le logiciel Impact FG11.11 utilise les modifications préconisées par l'ATIH dans sa note « *Règles pour grouper en V11 des RSS de 2008* », publiée sur son site le 16 avril 2009.

Ainsi, le logiciel Impact FG11.11 effectue le transcodage des DP/DR de tous les RUM selon les règles proposées par l'ATIH afin de modifier la base initiale et la rendre compatible avec les règles de codage et de groupage de la V11.

Suite à une analyse sous Excel par la fonction *rechercheV*, on sait qu'au total ce sont 8 DP et 2 DR de notre base qui ont été modifiés, tous sur des RUM de neurologie et répartis de la façon suivante :

	Nombre	Code initial	Libellé du code initial	Code final	Libellé du code final
DP	1	I69.1	<i>Séquelles d'hémorragie intracérébrale</i>	G31.8	<i>Autres affections dégénératives précisées du système nerveux</i>
	5	I69.3	<i>Séquelles d'infarctus cérébral</i>	G31.8	<i>Autres affections dégénératives précisées du système nerveux</i>
	1	T81.4	<i>Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classé ailleurs</i>	B34.9	<i>Infection virale sans précision</i>
	1	T90.5	<i>Séquelles de lésion traumatique intracrânienne</i>	S04.0	<i>Lésion traumatique du nerf et des voies optiques</i>
DR	2	I69.3	<i>Séquelles d'infarctus cérébral</i>	G31.8	<i>Autres affections dégénératives précisées du système nerveux</i>

La deuxième étape des modifications proposées par l'ATIH dans sa note (également effectuée par le logiciel utilisé), consiste *grosso modo* lorsqu'un code père n'est plus autorisé, à lui substituer le code fils ayant le niveau de CMA le plus faible parmi ceux possibles et correspondant généralement à « *autre* » ou « *sans autre indications* », afin de limiter l'impact financier en minimisant les niveaux de CMA.

On peut à titre d'illustration spécifique à la neurologie, noter le code G81.0 *Hémiplégie flasque* qui est désormais interdit (car il s'agit d'un code père) et auquel l'ATIH propose dans sa note de substituer le code G81.08 *Hémiplégie flasque, autre et sans précision* qui est une CMA de niveau 2, alors que le code G810.00 *Hémiplégie flasque récente, persistant au-delà de 24 heures* est quant à lui une CMA de niveau 3.

Il est intéressant de relever que dans certains cas particuliers l'ATIH a fait le choix de ne pas substituer le code avec le niveau de sévérité le plus faible, probablement en partant du principe que si la pathologie avait été codée, il s'agissait le plus souvent d'un niveau sévère. Par exemple, lorsque le code E87.0 *Hyperosmolarité et hypernatrémie* était codé (DP ou DAS), l'ATIH préconise de le modifier en E87.00 *Hypernatrémie supérieure à 150 millimoles par litre* qui est une CMA de niveau 3 alors que E87.08 est de niveau 1.

Les autres étapes de transcodage et de modification des niveaux de certaines CMA, proposées par l'ATIH dans sa note sus-mentionnée, ne sont pas effectuées par le logiciel que nous utilisons.

Nous avons fait le choix de ne pas utiliser la fonction permettant de renseigner le score IGS des UM de surveillance continue, car il nous apparaissait litigieux de renseigner ce score à posteriori et de plus on pouvait supposer que l'ensemble des actes référencés dans les règles pour valoriser les SRC n'avaient pas été renseignés dans le RUM d'hospitalisation.

Lors de l'exploitation de notre base de données par Impact FG11.11, nous avons à chaque fois utilisé les paramètres suivants, proposés avant chaque groupage d'un nouveau fichier :

Analyse d'un fichier de RUM

Fichier de RUM à analyser :

Fichier d'autorisation des Unités Médicales :

Etablissement :

ex-DGF ex-OQN

Description :

Corriger les codes diagnostics interdits par la fonction de groupage 11.11 pour minimiser le nombre d'erreurs

- Utiliser les tables de transcodage pour obtenir des codes diagnostics valides
- Remplacer les diagnostics interdits par un diagnostic ayant le un niveau de sévérité maximal
- Remplacer les diagnostics principaux interdits par un diagnostic associé valide lorsqu'aucun diagnostic enfant valide n'existe

Renseigner le score IGS des UM de surveillance continue autorisées pour permettre l'estimation des suppléments SRC facturables sur les critères de diagnostics et d'acte

Confirmer automatiquement les RSS

Analyser le fichier de RUM

OK Annuler

Figure 1 : Copie d'écran lors de la sélection des paramètres dans Impact FG11.11

6. DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE DE TRAITEMENT DES DONNÉES

A) IMPORT ET CONTRÔLE DES DONNÉES

Les données de l'activité nous ont été fournies par le DIM du CHU de Nancy, sous la forme d'un fichier RUM au format texte avec séparateurs de tabulation, c'est à dire comportant une ligne par RUM et recensant tous les séjours dont la date de sortie avait eu lieu en 2008 (c'est-à-dire une fin de séjour dans le CHU entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2008) et qui comportait au moins un RUM dans l'une des 3 unités médicales du service de Neurologie.

Dans un premier temps, nous avons procédé à un import sous Excel puis à un export des données au format RUM 013⁵² afin de pouvoir contrôler que les données étaient bien conformes aux règles de codage en V10.c. Pour cela, nous avons utilisé le logiciel GenRSA 10.5.8 (téléchargement et utilisation libre sur le site de l'ATIH) dont l'analyse de la log après traitement nous a permis d'identifier et corriger les RUM dont le format ou le contenu n'était pas strictement conforme, ainsi que ceux dont le groupage aboutissait en groupe erreur.

Précisons que cette étape a été répétée à plusieurs reprises, afin de s'assurer que les modifications effectuées ultérieurement n'avaient pas « endommagé » notre fichier de données avant de procéder au groupage.

L'utilisation de GenRSA nous a permis de repérer immédiatement 2 RUM en erreur en raison des « limites » de Excel dont le nombre de caractères issus d'une formule (*concatener*) est bloqué par un nombre maximum de caractères. Or ces 2 RUM comportaient en raison d'un nombre d'actes important (respectivement 98 et 86) un nombre de caractère supérieur à cette limite (soit avec les diagnostics, respectivement 2761 et 2423 caractères). Pour remédier à cette erreur, nous avons fait le choix de recopier à chaque conversion de notre base Excel en fichier RUM texte, les 2 lignes correspondantes à ces RUM.

⁵² Le format RUM 013 est celui qui était en vigueur pour l'export et le traitement des données en 2008. C'est ce format qu'utilisait Impact FG11.11.

Par cette même étape de contrôle, nous avons également repéré 7 RUM dont les modes d'entrée et de sortie n'étaient pas conformes (1. et 4.) : il s'agissait en réalité de séjours en prestation inter-établissement (soit 01 et 04). Cette erreur de transcription était consécutive à la conversion de notre fichier sous Excel, lequel avait supprimé le 0 au début de la chaîne de caractère (format de cellule probablement inadapté). Nous avons fait le choix de conserver les modes d'entrée et de sortie en PIE tel que cela l'était à l'origine, soit 01 et 04, car ne connaissant pas le détail des conventions pour les PIE nous ne pouvions pas préjuger de la rémunération effective de l'établissement, mais également puisque les séjours concernés s'étant déroulés en HDJ la courte durée due à un PIE (moins de 48 heures) n'en modifiait pas le groupage.

B) PRÉPARATION DES DONNÉES POUR L'EXPLOITATION

Nous avons ensuite scindé notre base en trois parties, selon les types d'activité et le déroulement des séjours.

Nous avons donc obtenu au total les 4 fichiers suivants pour procéder à leur analyse :

- un fichier RUM comportant l'ensemble des RUM ayant au moins un RUM en neurologie (soit la totalité de notre base initiale) ;
- un fichier RUM pour l'HdJ (*HdJ Neuro*) ;
- un fichier RUM pour les séjours d'hospitalisation complète (HC) mono-service, c'est-à-dire ayant des RUM uniquement en neurologie et hors de l'HdJ (*HC Neuro*) ;
- un fichier RUM pour les séjours d'hospitalisation complète multi-service, c'est-à-dire comportant l'ensemble des séjours avec au moins un RUM en dehors de la neurologie (*HC Multi-Services*).

C) DÉMARCHE ANALYTIQUE

Nous avons cherché à répondre à la principale interrogation que se posent aujourd'hui tous ceux qui sont amenés à diriger un service, un pôle ou encore un établissement hospitalier, à savoir si la V11 induit une modification dans la valorisation des activités médicales, et si elle permet effectivement une amélioration de la valorisation de l'activité ayant un niveau de sévérité élevé,

tout en compensant les pertes des séjours de faible niveau dues à la convergence tarifaire public-privé.

(1) Valorisation de l'activité

Nous avons vu précédemment (1^{ère} partie de ce travail) les différents modes de financement des établissements hospitaliers. Pour notre étude, nous nous sommes intéressés essentiellement au financement à l'activité. C'est pourquoi avons écarté de notre étude les activités à financement hors activité, ou à la partie financée par dotation des activités dites à financement mixte.

Avant tout débasage, la valorisation globale initiale de l'activité de neurologie a été réalisée en intégrant :

- la valorisation des GHS ;
- la valorisation des journées au-delà de la borne haute du GHM (EXH) ;
- les pénalités pour des séjours d'une durée en deçà de la borne basse (EXB) ;
- la valorisation des suppléments de réanimation (REA), de soins intensifs (STF) et de soins continus (SRC) ;
- la valorisation des prélèvements d'organes (PO1, PO2, PO3, PO4).

Les DMI et MO n'ont pas été intégrés, car il nous aurait été nécessaire d'avoir la connaissance de ceux qui avaient été récemment introduits sur la liste DMI/MO et dont la délivrance n'était pas recensée auparavant (car ne générant aucun financement).

A l'issue du traitement par le logiciel IMPACT FG 11.11 de nos 4 fichiers précédemment décrits, nous avons procédé à une analyse descriptive des résultats de la valorisation de l'activité entre un groupage V10.c et un groupage V11.

L'objet principal de notre étude étant l'effet de la V11, nous avons ensuite fait le choix de ne pas intégrer aux traitements ultérieurs de nos données les modes de financements ne relevant pas directement des séjours ou n'ayant pas été directement impactés par le passage à la V11, ceci afin de permettre une comparaison la plus objective possible.

La valorisation globale de l'activité 2008 se voit donc composée uniquement du montant des GHS, des EXH et des EXB.

Puis nous avons diminué la valorisation 2008 de 3% afin d'annuler la baisse tarifaire de 2009⁵³.

Une analyse de la répartition des niveau de sévérité des séjours, en comparaison avec les données fournies par l'ATIH au niveau national et par type d'établissement a permis d'analyser la ventilation des niveaux de sévérité de l'activité réalisée par le service de neurologie. Pour réaliser cette comparaison de distributions, nous avons utilisé un test du Khi2.

(2) Optimisation de la valorisation de l'activité

L'analyse de la valorisation des séjours a permis d'orienter la deuxième partie de notre étude sur le potentiel d'amélioration de la valorisation de l'activité de neurologie.

Suite aux constats de la première partie de notre étude, et actant la refonte complète de la liste des CMA et le classement par niveaux de sévérité des GHM avec la V11, nous avons cherché si l'optimisation du codage de l'activité retrouvée dans les dossiers médicaux permettait une meilleure valorisation de l'activité réalisée : par l'optimisation du codage, on entend bien entendu une description plus fine de l'activité, mais également une exhaustivité du codage des DAS.

Cette partie n'a été possible que par un retour au dossier médical du patient : les procédures de sélection des dossiers (tirage au sort ou sélection exhaustive d'une catégorie) seront détaillées dans la suite de ce travail.

Pour effectuer ce recodage, nous avons utilisé prioritairement la lettre de sortie de l'unité médicale, puis si cela était insuffisant nous nous sommes intéressés à d'autres courriers de consultation ou d'hospitalisation.

Pour avoir accès au courrier d'hospitalisation⁵⁴, nous avons fourni au chef de service de neurologie la liste des numéros d'hospitalisation dont nous souhaitons avoir le courrier de sortie. Cette liste a

⁵³ Cf. III. D. 2. *Tarifs et fonctions de groupage utilisés*, page 73, pour l'explication sur le débasage de 3%.

⁵⁴ Dans le service de neurologie, il n'est pas fait de distinction entre la « *lettre de sortie* » et le « *compte-rendu d'hospitalisation* », tant sur le plan physique que sur le contenu. Aussi nous utiliserons l'un ou l'autre des deux termes sans distinction de sens pour ce travail.

été transmise au DIM qui en retour a fourni la liste nominative des patients correspondants. Nous avons ainsi pu récupérer les courriers de sortie sur l'application « Susie » utilisée par le service de neurologie, en procédant à leur impression puis en les anonymisant avec le numéro d'hospitalisation. Toutes les informations personnelles des patients (nom, prénom, date de naissance, adresse...) ont été noircies sur les courriers.

Il convient de préciser que nous avons effectué ce recodage en nous plaçant dans la situation d'un codage effectué en V11, c'est-à-dire en utilisant les codes de la CIM-10 valides à partir du 1^{er} mars 2009 et avec les règles en vigueur à cette période pour la hiérarchisation des diagnostics, en particulier pour la nouvelle définition du DP.

Pour chacun des dossiers que nous avons recodés, nous avons recherché à chaque fois les différences de codage que l'on aurait pu avoir en appliquant l'ancienne définition du diagnostic principal (diagnostic ayant nécessité le plus de moyens au cours de l'hospitalisation).

Le recodage des dossiers a été effectué par deux personnes (interne de santé publique et médecin DIM), puis nous avons confronté les résultats et discuté en cas de désaccord avant de trouver un consensus.

Ce recodage permettra également de comparer les résultats d'une procédure d'un codage centralisé versus un codage décentralisé qui est actuellement l'usage au CHU de Nancy : pour cela nous utiliserons d'une part la valorisation, mais également le nombre de DAS.

Les séjours pour électro-encéphalogramme de longue durée (Z04.801) ou polysomnographie (Z04.800) ont dû avoir un traitement spécifique. En effet avant la V11, il n'y avait aucune consigne particulière pour ces séjours. Avec la mise en place de la V11, l'ATIH a créé des codes spécifiques (Z04.800 et Z04.801) ainsi que des règles précises pour le codage : *« Z04.800 ou Z04.8018 s'imposent quelle que soit la conclusion du séjour, qu'une maladie ait été diagnostiquée ou non. »*⁵⁵. Aussi, ayant fait le choix de coder en V11, cela posait un problème pour un groupage en V10. Nous avons donc acté que le recodage correspondrait à la V11 et que le codage initial serait pour la V10.c (le groupage V10.c oriente ces séjours dans un GHM spécifiques en raison de l'acte qui est présent).

Pour cette deuxième étape de notre étude et afin de pouvoir être spécifique de chaque type d'activité, nous avons fait le choix d'étudier chacun de nos sous-fichiers d'activité séparément.

⁵⁵ Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, applicable au 1^{er} mars 2009.

(A) HOSPITALISATION DE JOUR

(i) *Sélection des séjours à recoder*

Dans l'étude des séjours d'HdJ, la mise en évidence de pénalités pour des séjours trop courts (EXB) n'était à priori pas prévisible, même si « *les nouvelles règles induisent une augmentation de nombre de séjours dont la durée est inférieure à la borne basse du GHM dans lequel ils sont classés* »⁵⁶ et que « *ceci ne signifie pas pour autant que ces séjours bas en V11 soient systématiquement moins bien financés qu'en V10* ».

Il nous est donc apparu nécessaire d'analyser ces séjours d'HdJ avec bornes basses afin de comprendre les raisons d'un tel groupage : s'agit-il uniquement d'un mode de valorisation de la V11, ou cela correspond-il à un codage inapproprié ?

En fonction de la répartition des séjours avec des EXB, nous avons procédé à un tirage au sort pour les 2 GHM principaux, et avons effectué un retour au dossier exhaustif pour les autres GHM. La répartition des dossiers étudiés est la suivante :

⁵⁶ Note Technique de l'ATIH, Evolution de la notion de séjours bas en V10 et en V11.

Regroupements		RSS		EXB	Nb de dossiers contrôlés
		Nbre	%	RSS	
GHM FG 11	GHM FG 10				
01M151 - Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge supérieur à 79 ans, niveau 1	24M03Z - Affections de la CMD 01 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 01	1	0,03	1	1
01M161 - Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge inférieur à 80 ans, niveau 1	24K05Z - Polysomnographies et autres explorations de longue durée : séjours de moins de 2 jours	1	0,03	1	1
01M34Z - Anomalies de la démarche d'origine neurologique	24M03Z - Affections de la CMD 01 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 01	40	1,25	40	10 (TAS)
01M35Z - Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 01	24M03Z - Affections de la CMD 01 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 01	47	1,46	47	12 (TAS)
02M10Z - Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 02	24M04Z - Affections de la CMD 02 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 02	1	0,03	1	1
03M15Z - Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 03	24M06Z - Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 03	1	0,03	1	1
19M22Z - Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 19	24M29Z - Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial : séjours de moins de 2 jours	1	0,03	1	1
	24M30Z - Affections de la CMD 19 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	1	0,03	1	1
Totaux sur l'ensemble des RUM d'HdJ		3209	100	93	28

C'est donc 30% des séjours (28/93), parmi ceux dont le groupage génère des EXB, qui ont été recodés selon les règles du *Guide de production*.

Nous sommes retournés dans les dossiers de ces séjours afin de vérifier d'une part que le codage n'était pas erroné, et d'autre part que les indications d'une prise en charge en HdJ étaient

conformes aux directives de la Circulaire Frontière⁵⁷ et/ou aux recommandations faites par les sociétés savantes de neurologie quant à la prise en charge des patients⁵⁸.

(ii) Analyse

Après le recodage, nous avons effectué l'analyse de ces séjours avec IMPACT FG11 : nous avons ainsi pu comparer la valorisation initiale en FG10, avec celle obtenue après recodage, et avec celle obtenue en FG11 une fois recodé.

De même, nous avons comparé le nombre moyen de DAS par séjour, avant et après recodage.

⁵⁷ CIRCULAIRE N°DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.

⁵⁸ Pour cela, nous nous sommes adressés au Pr X. Ducrocq, service de neurologie du CHU de Nancy.

*(B) HOSPITALISATION COMPLÈTE EN NEUROLOGIE
UNIQUEMENT*

(i) Sélection des séjours à recoder

*(a) Les séjours avec des durées courtes :
EXB*

Connaissant d'une part les contraintes du service neurologie⁵⁹, et d'autre part les résultats attendus de la V11, nous nous attendions à voir certains séjours avec des durées de séjours en deçà de la borne basse, et donc une diminution de valorisation pour durée de séjour courte.

De même que pour l'HDJ, nous nous sommes intéressés aux GHM où l'on retrouvait le plus de RSS avec EXB (c'est-à-dire ceux qui comportaient au moins 10 RSS avec des durées de séjours trop courtes). Nous avons procédé à un tirage au sort puis à un recodage de ces séjours, selon la répartition suivante :

⁵⁹ Une forte demande d'hospitalisation en urgence à confronter avec des difficultés à orienter les patients vers des services SRR en fin de séjour, ce qui paradoxalement pousse à effectuer des sorties rapides lorsqu'une solution de prise en charge adaptée se présente. Le résultat est un nombre important de séjours avec des durées « courtes » et simultanément des séjours « longs » trop nombreux, pour des raisons de places.

Regroupements	RSS		EXB			Nb de dossiers contrôlés (TAS)
	Nombre	%	RSS		FG 10	
GHM FG 11			FG 11	% du Total		FG 10
01M081 - Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 80 ans, niveau 1	147	6,15	60	40,8		10
01M261 - Tumeurs malignes du système nerveux, niveau 1	143	5,98	56	39,2		10
01C041 - Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	58	2,43	48	82,8		10
01M301 - Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 1	206	8,62	47	22,8	8	10
01M262 - Tumeurs malignes du système nerveux, niveau 2	55	2,3	22	40,0		7
01M263 - Tumeurs malignes du système nerveux, niveau 3	56	2,34	19	33,9		7
23M20Z - Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	47	1,97	19	40,4		7
01M302 - Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 2	77	3,22	15	19,5	6	6
01M303 - Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 3	80	3,35	15	18,8	1	6
01M111 - Affections des nerfs crâniens et rachidiens, niveau 1	25	1,05	10	40,0		5
Totaux	2390	100	439	18,4	29	78

C'est donc 78 séjours sur les 439 avec des EXB qui ont été recodés, soit 17,8% selon les règles du *Guide de production*.

(b) *Les séjours avec des durées longues : EXH*

Partant du même raisonnement sur la problématique des durées de séjours en neurologie, nous nous attendions à observer des séjours avec des durées longues et donc au delà des bornes hautes.

Pour les durées de séjours dépassant la borne haute, on peut comme première explication évoquer un défaut de codage, c'est-à-dire une insuffisance de codage des DAS et donc à fortiori des CMA. En

effet avec la V11, les CMA augmentant le niveau de sévérité du GHM selon les règles que nous avons exposées précédemment, la borne haute augmente parallèlement et donc forcément le nombre d'EXH diminue inversement tandis que la valorisation du GHM augmente.

Aussi, nous avons jugé intéressant d'effectuer un recodage d'un échantillon de dossiers dont le GHM avait un niveau de sévérité bas (niveau 1 ou 2) afin de rechercher si une meilleure exhaustivité du codage permettait d'en améliorer la valorisation globale, tout en en diminuant le nombre d'EXH.

Nous ne nous sommes pas intéressés aux séjours dont le niveau du GHM était déjà important (niveau 3 ou 4) car il apparaît difficile d'en améliorer la valorisation. De plus cette situation (GHM de niveau 3 ou 4 avec EXH) ne concerne qu'un nombre marginal de GHM (18 sur les 244 GHM de niveau 3 ou 4).

Pour cette partie de l'étude, nous avons fait le choix d'effectuer un tirage au sort des séjours à recoder en fonction du niveau de sévérité du GHM et non pas en fonction des racines des GHM : c'est près de 30% des séjours (40/137) que nous avons recodés.

Niveau de sévérité du GHM	RSS		EXH				Nb de dossiers contrôlés (TAS)
			RSS		Jours		
	Nbre	%	FG 11	FG 10	FG 11	FG 10	
1	1437	60,13	91	23	860	361	30
2	286	11,97	24	23	642	647	10
... / ...							
Totaux	2390	100	137	81	2180	2011	40

(ii) Analyse

Après le recodage, nous avons effectué l'analyse de ces séjours (EXB et EXH) avec IMPACT FG11 : nous avons ainsi pu comparer la valorisation initiale en FG10, avec celle obtenue après recodage, et avec celle obtenue en FG11 une fois recodé.

De même, nous avons comparé le nombre moyen de DAS par séjour, avant et après recodage. Outre la comparaison des procédures de codage, le nombre de DAS prend toute son importance pour les séjours avec des EXH car il influe directement sur la valorisation des séjours.

*(C) HOSPITALISATION MULTI-SERVICES AVEC UN
RUM EN NEUROLOGIE*

Pour ces séjours, il s'avère que les RUM de neurologie ne représentent qu'une partie infime de ces séjours, tant en nombre de RUM qu'en durée de séjour : on retrouve en effet sur ces séjours de nombreux passages en réanimation ou en service de cardiologie, gériatrie ou chirurgie. Vouloir effectuer un recodage de ces RUM aurait demandé un travail considérable, à la fois en terme de recueil d'autorisation, mais également pour récupérer l'ensemble des dossiers.

De plus, la multiplicité des intervenants induit autant de pratiques de codage différentes, et on peut donc supposer qu'un sous-codage par un service (en nombre de CMA) sera compensé par un autre service qui pourra y être plus sensibilisé (par exemple, les services de réanimation codent plus facilement les complications survenues en cours de séjours, car elles nécessitent des moyens importants).

C'est pourquoi, nous avons fait le choix de ne pas effectuer de recodage de ces dossiers, la possibilité d'une amélioration de la valorisation restant probablement utopique compte tenu du nombre d'intervenants dans la saisie de l'activité.

Nous étudierons néanmoins la répartition des niveaux de sévérité de ces séjours.

*(D) EFFET DE LA MODIFICATION DE LA DÉFINITION
DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL*

Une attention particulière a été portée lors du recodage des dossiers afin de voir si une modification de la définition du DP et son utilisation dans l'algorithme de groupage de la V11 pouvait induire une modification de la valorisation.

Pour chacun des dossiers pour lesquels nous avons effectué un nouveau codage, on a mentionné à chaque fois les différences de codage que l'on aurait dû avoir en appliquant la nouvelle et l'ancienne définition du diagnostic principal.

Pour ces séjours, nous avons prévu d'effectuer une comparaison du groupage en V11 entre l'ancienne et la nouvelle définition du DP, avec comparaison de la valorisation globale.

III. RÉSULTATS

Pour un maximum de clarté à la lecture de ces résultats et éviter au lecteur des retours en arrière intempestifs afin de suivre la comparaison des différentes « populations » que nous avons étudiées, il a été fait le choix de présenter pour chaque population l'ensemble des résultats et des retraitements effectués.

A. VALORISATION DE L'ACTIVITÉ

L'outil IMPACT FG 11.11, développé par la société Web100T, nous a permis de grouper l'activité effectuée au cours de l'année 2008 par le service de neurologie, et d'obtenir le Case-Mix de cette activité, groupé à la fois en V10.c et V11, mais également la valorisation détaillée de ce Case-Mix avec les différents suppléments et pénalités en fonction de la durée de séjour et du type de l'unité d'hospitalisation où avait lieu le séjour (pour partie ou en globalité).

Il convient de préciser que nous avons détecté une erreur dans la présentation des résultats par IMPACT FG 11.11, car le nombre de jours EXH notifié dans le tableau récapitulatif était le double du nombre total d'EXH obtenu dans les autres tableaux de résultats. Nous avons donc utilisé comme résultat les valeurs corrigées.

Nous avons procédé au groupage de la totalité de l'activité dans un premier temps, puis en répartissant les séjours de manière à obtenir 3 groupes :

- les séjours en Hospitalisation de jour (*HdJ*),
- les séjours d'Hospitalisation Complète se déroulant uniquement en neurologie (*HC Neuro*),
- les séjours d'Hospitalisation Complète avec au mois un RUM en Neurologie et un RUM dans un autre service de l'établissement (*HC Multi-Services*).

1. DESCRIPTION DES POPULATIONS ETUDIÉES

Notre fichier global, regroupant l'ensemble de l'activité de neurologie en 2008, dont les séjours s'étant pour partie déroulés hors de la neurologie, comporte au total 6 944 RUMS correspondant à 5 996 RSS, lesquels sont répartis entre 44 unités médicales dont les 3 unités médicales de la neurologie.

Tableau 2 : Descriptif des séjours de Neurologie en 2008

	Neuro Tout	HdJ Neuro	HC Neuro	HC Multi- Services
Nb RUM	6 944	3 209	2 668	1 067
%	100%	46,21%	38,42%	15,37%
Nb RSS	5 996	3 209	2 390	397
%	100%	53,52%	39,86%	6,62%
Nb UM	44	1	2	43
Nb CMD en FG11.11	20	13	20	15
Nb GHM en FG11.11	270	50	194	125
RSS Groupés en erreur	0	0	0	0
DMS (J.)	5,01*	-	6,82	26,47
Age (années)	50,88	47,76	54,16	56,36

* Le calcul de la DMS moyenne a été effectué en prenant une DMS égale à 1 pour chacun des séjours en HdJ, conformément aux modes calcul habituellement réalisés. Néanmoins en considérant une DMS nulle pour les séjours d'HdJ, on trouve une DMS moyenne pour l'ensemble de la population de 4.47 jours.

Les séjours HdJ sont au nombre de 3 209 et représentent environ la moitié des séjours (46% des RUM et 54% des RSS). Leur durée de séjour est d'une journée calendaire, et donc zéro jour selon la définition de la durée de séjour du PMSI (date de sortie - date d'entrée).

Les séjours HC Neuro, c'est-à-dire se déroulant uniquement au sein des unités médicales d'hospitalisation standard de neurologie et d'urgences neuro-vasculaires sont au nombre de 2 390 (40% des RSS), composés de 2 668 RUM (38% des RUM), soit en moyenne 1,12 RUM par séjour, avec une durée moyenne de séjour (DMS) de 6,82 jours.

Les séjours *HC Multi-Services* sont au nombre de 397 (7% des RSS), composés de 1 067 RUM (15% des RUM) soit en moyenne 2,69 RUM par séjour (dont au moins un en neurologie) et d'une DMS de 26,47 jours.

On observe que la population prise en charge en HdJ est plus jeune que celle prise en charge en hospitalisation complète (47,76 versus 54,16 ans)⁶⁰.

2. APPLICATION DE LA VALORISATION

Dans la partie sur le financement des hôpitaux nous avons abordé les différents modes de financement : pour cette étude nous nous sommes essentiellement intéressés au financement à l'activité. C'est pourquoi nous avons écarté de notre analyse les activités à financement hors activité, ainsi que les parties financées par dotation des activités dites à financement mixte.

La valorisation de l'activité de neurologie a été réalisée en intégrant :

- la valorisation des GHS ;
- la valorisation des journées au-delà de la borne haute du GHM (EXH) ;
- les pénalités pour des séjours d'une durée en deçà de la borne basse (EXB) ;
- la valorisation des suppléments de réanimation (REA), de soins intensifs (STF) et de soins continus (SRC) ;
- la valorisation des prélèvements d'organes (PO1, PO2, PO3 et PO4).

Le résultat brut de l'analyse de nos 4 fichiers nous donne les résultats suivants, sans débasage des tarifs de 2008 de 3% :

⁶⁰ L'objet de notre travail ne portant pas sur une étude épidémiologique, nous n'avons pas effectué de comparaison sur l'âge entre les différentes populations étudiées. De plus, pour réaliser faire de telles comparaisons, il nous aurait été nécessaire d'avoir les écart-types en calculant l'âge des individus (date entrée - date naissance) et en supprimant les doublons (séjours multi-RUM).

Tableau 3 : Valorisation de l'activité globale et par type, avec l'ensemble des suppléments

			Neuro Tout	HdJ	HC Neuro	HC Multi-Services
Valorisation totale		FG10.10.c	13 781 522 €	1 276 008 €	8 350 197 €	4 155 317 €
		FG11.11	13 110 992 €	1 350 673 €	7 496 534 €	4 263 784 €
		Différence €	- 670 530 €	74 665 €	- 853 663 €	108 467 €
		Différence %	- 4,87%	+ 5,85%	- 10,22%	+ 2,61%
GHS	FG 10	Nb RSS	5 996	3 209	2 390	397
		€	10 712 884 €	1 276 008 €	6 898 647 €	2 538 229 €
	FG11	Nb RSS	5 996	3 209	2 390	397
		€	11 760 514 €	1 551 561 €	7 173 835 €	3 035 118 €
	Différence de Valorisation	%	+ 9,78%	+ 21,59%	+ 3,99%	+ 19,58%
		€	1 047 630 €	275 553 €	275 188 €	496 889 €
EXH	FG 10	Nb (J.)	5 049		2 011	3 038
		€	1 557 566 €		610 329 €	947 237 €
	FG11	Nb (J.)	4 905		2 124	2 781
		€	987 723 €		368 314 €	619 409 €
	Différence de Valorisation	%	- 36,59%		- 39,65%	- 34,61%
		€	- 569 843 €		- 242 015 €	- 327 828 €
EXB	FG 10	Nb (RSS)	34	0	29	5
		€	- 94 878 €	0 €	- 78 550 €	- 16 327 €
	FG11	Nb (RSS)	561	93	439	29
		€	- 1 240 259 €	- 200 888 €	- 968 942 €	- 70 429 €
	Différence de Valorisation	%	+ 1207,21%	-	+ 1133,54%	+ 331,37%
		€	- 1 145 381 €	- 200 888 €	- 890 392 €	- 54 102 €
REA	FG 10	Nb (suppl.)	506			506
		€	410 457 €			410 457 €
	FG11	Nb (suppl.)	506			506
		€	412 046 €			412 046 €
	Différence de Valorisation	%	+ 0,39%			+ 0,39%
		€	1 589 €			1 589 €
SRC	FG 10	Nb (suppl.)	53			53
		€	14 331 €			14 331 €
	FG11	Nb (suppl.)	16			16
		€	5 218 €			5 218 €
	Différence de Valorisation	%	- 63,59%			- 63,59%
		€	- 9 113 €			- 9 113 €
STF	FG 10	Nb (suppl.)	2 870		2 265	605
		€	1 165 450 €		919 771 €	245 678 €

	FG11	Nb (suppl.)	2 870		2 265	605
		€	1 169 956 €		923 327 €	246 628 €
	Différence de Valorisation	%	+ 0,39%		+ 0,39%	+ 0,39%
		€	4 506 €		3 556 €	950 €
PO (1-2-3-4)	FG 10	Nb (suppl.)	2			2
		€	15 712 €			15 712 €
	FG11	Nb (suppl.)	2			2
		€	15 794 €			15 794 €
	Différence de Valorisation	%	+ 0,52%			+ 0,52%
		€	82 €			82 €

suppl. : suppléments

Force est de constater que l'activité du service de neurologie est sensible au passage en V11, la valorisation globale de la même activité étant diminuée de 670 530 €, soit près de 5%, avant le débasage de 3% des tarifs 2008.

Néanmoins selon les types d'activité, le passage en V11 n'a pas les mêmes effets. Ainsi, seule l'activité d'hospitalisation complète (*HC Neuro*) est valorisée à la baisse (-10,22%) tandis que l'hospitalisation de jour (*Hdj*) et l'hospitalisation complète multi-services (*HC multi-services*) voient leurs valorisations améliorées par le passage à la V11 (respectivement +5,85% et +2,61% avant le débasage des tarifs 2008). L'activité de l'hospitalisation complète représente un peu plus de 60% de la valorisation totale (rapport valorisation *HC Neuro* / valorisation totale) : son évolution impacte donc sur le résultat global.

Le passage à la V11 permet une augmentation de la valorisation des RSS (+9,78% en moyenne), avec une amélioration de la valorisation quelques soient les types de prise en charge, allant de +3,99% pour l'*HC Neuro* à environ +20% pour l'*Hdj* et l'*HC Multi-Services*.

L'évolution des pénalités EXB concerne essentiellement l'*Hdj* et l'*HC Neuro* (+200 888€ et +890 392€), alors que celle des EXH diminue fortement sur l'*HC Neuro* et l'*HC Multi-Services* (- 39,65% et -34,61%).

Les suppléments Réanimation (REA), Soins Intensifs (STF) et Prélèvements d'Organes (PO1-4 selon le niveau) ont évolué selon les revalorisations régulières (+0,39% et +0,52%), indépendamment du passage à la V11. A contrario, le montant des suppléments de soins continus (SRC) a diminué de 63,59%. Cela peut s'expliquer par la mise en place de nouvelles règles de rémunération prenant en compte l'IGS (indice de gravité simplifié), calculé à partir de l'âge, des actes réalisés, des constantes

et des valeurs biologiques. Auparavant l'IGS n'était pas renseigné de façon systématique, d'où une baisse de cette valorisation.

L'objet de notre travail étant de nous intéresser à l'effet de la V11 sur les valorisations des séjours, il est nécessaire d'étudier l'évolution de ces valorisations sous le seul effet des éléments modifiés par la V11, à savoir le tarif des GHS, des EXH et des EXB. D'où la synthèse suivante, toujours avant de débaser les tarifs de 2008 :

Tableau 4 : Valorisation par type d'activité avec les GHS, EXH et EXB

			Neuro Tout	HdJ	HC Neuro	HC Multi-Services
Valorisation totale		FG10.10.c	12 175 572 €	1 276 008 €	7 430 426 €	3 469 139 €
		FG11.11	11 507 978 €	1 350 673 €	6 573 207 €	3 584 098 €
		Différence €	- 667 594 €	74 665 €	- 857 219 €	114 959 €
		Différence %	- 5,48%	+ 5,85%	- 11,54%	+ 3,31%
GHS	FG 10	Nb RSS	5 996	3 209	2 390	397
		€	10 712 884 €	1 276 008 €	6 898 647 €	2 538 229 €
	FG11	Nb RSS	5 996	3 209	2 390	397
		€	11 760 514 €	1 551 561 €	7 173 835 €	3 035 118 €
	Différence de Valorisation	%	+ 9,78%	+ 21,59%	+ 3,99%	+ 19,58%
		€	1 047 630 €	275 553 €	275 188 €	496 889 €
EXH	FG 10	Nb (I.)	5 049		2 011	3 038
		€	1 557 566 €		610 329 €	947 237 €
	FG11	Nb (I.)	4 905		2 124	2 781
		€	987 723 €		368 314 €	619 409 €
	Différence de Valorisation	%	- 36,59%		- 39,65%	- 34,61%
		€	- 569 843 €		- 242 015 €	- 327 828 €
EXB	FG 10	Nb (RSS)	34	0	29	5
		€	-94 878 €	0 €	-78 550 €	-16 327 €
	FG11	Nb (RSS)	561	93	439	29
		€	- 1 240 259 €	- 200 888 €	- 968 942 €	- 70 429 €
	Différence de Valorisation	%	+ 1207,21%	-	+ 1133,54%	+ 331,37%
		€	- 1 145 381 €	- 200 888 €	- 890 392 €	- 54 102 €

Cet allègement de nos résultats ne modifie pas les grands axes de variation que nous avons observés précédemment. Nous ne nous attarderons donc pas à commenter ces résultats, car ils sont à considérer comme intermédiaires avant le débasage des tarifs 2008.

Nous avons ensuite procédé à la diminution des tarifs 2008 de 3%. Cela a eu pour conséquence de diminuer l'écart de valorisation entre V10.c et V11 lorsque celui-ci était à la baisse, ou au contraire de l'augmenter lorsque la V11 permettait une meilleure valorisation des séjours.

Tableau 5 : Valorisation par type d'activité avec les GHS, EXH et EXB débasés de 3% pour 2008

			Neuro Tout	HdJ	HC Neuro	HC Multi-Services
Valorisation totale		FG10.10.c	11 810 305 €	1 237 728 €	7 207 513 €	3 365 065 €
		FG11.11	11 507 978 €	1 350 673 €	6 573 207 €	3 584 098 €
		Différence	- 302 327 €	112 945 €	- 634 306 €	219 033 €
		Différence	- 2,56%	+ 9,13%	- 8,80%	+ 6,51%
GHS	FG 10	Nb RSS	5 996	3 209	2 390	397
		€	10 391 497 €	1 237 728 €	6 691 688 €	2 462 082 €
	FG11	Nb RSS	5 996	3 209	2 390	397
		€	11 760 514 €	1 551 561 €	7 173 835 €	3 035 118 €
	Différence de Valorisation	%	+ 13,17%	+ 25,36%	+ 7,21%	+ 23,27%
		€	1 369 017 €	313 833 €	482 147 €	573 036 €
EXH	FG 10	Nb (I.)	5 049		2 011	3 038
		€	1 510 839 €		592 019 €	918 820 €
	FG11	Nb (I.)	4 905		2 124	2 781
		€	987 723 €		368 314 €	619 409 €
	Différence de Valorisation	%	- 34,62%		- 37,79%	- 32,59%
		€	- 523 116 €		- 223 705 €	- 299 411 €
EXB	FG 10	Nb (RSS)	34	0	29	5
		€	- 92 032 €	0 €	- 76 194 €	- 15 837 €
	FG11	Nb (RSS)	561	93	439	29
		€	- 1 240 259 €	- 200 888 €	- 968 942 €	- 70 429 €
	Différence de Valorisation	%	+ 1247,64%	-	+ 1171,69%	+ 344,71%
		€	- 1 148 227 €	- 200 888 €	- 892 749 €	- 54 592 €

L'application du débasage de 3% sur les tarifs 2008, nous permet d'observer des résultats en adéquation avec les prévisions faites par les différentes instances (ARH, ATIH ou encore FHF).

En ne prenant en compte que les GHM, EXH et EXB, la valorisation globale est en baisse de 2,56% (-302 327€). Néanmoins les résultats sont divergents selon les types de prise en charge ou d'activité : la valorisation de l'hospitalisation de jour est en hausse de 9,13% (soit 112 945€) tandis

que l'hospitalisation complète est en baisse de 8,80% (soit -634 606€). Quant aux séjours multi-services, on constate que leur valorisation est en hausse de 6,51%, soit 219 033€.

La valorisation des GHS augmente également, quelque soit le type de prise en charge (de 7,21 à 25,36%). La valorisation des GHS d'hospitalisation complète représente près de 61% de la valorisation totale des GHS (7 173 835€ en V11, en hausse de 7,21%) pour 40% des GHS (cf. Tableau 1).

L'analyse détaillée de ces résultats, permet de retrouver des effets dus à la V11 :

- Les pénalités bornes basses sont en hausse, passant pour l'hospitalisation de jour de 0 à plus de 200 000€, tandis qu'elles sont multipliées par 12 pour l'hospitalisation complète (892 749€ de plus).
- Cette observation corrobore les remarques de l'ATIH qui considère les bornes basses comme un moyen de rémunérer les séjours courts et dont la racine n'a pas été segmentée en T ou J, et qu'en conséquence leur nombre doit inévitablement augmenter avec le passage à la V11⁶¹. Il apparaît toutefois nécessaire d'étudier de façon plus détaillée la réalité de ces séjours.
- Les pénalités bornes basses de l'*HdJ* sont à mettre en regard de la hausse de 25,36% (soit 313 833€) de la valorisation des GHS.
- Parallèlement en hospitalisation complète, alors que le nombre des jours en borne haute augmente de 5,62% (nombre de jours EXH en V10 versus le nombre de jours EXH en V11 en *Neuro HC*), leur valorisation diminue quant à elle de près de 40% (précisément -37,79%). Là encore, il est nécessaire d'étudier de façon plus détaillée ces séjours pour rechercher une potentielle optimisation de leur valorisation.

Les effets du passage à la V11 ont orienté notre étude sur :

- ❖ **les séjours d'*HdJ* avec des bornes basses ;**
- ❖ **les séjours d'*HC* avec des bornes basses ;**
- ❖ **les séjours d'*HC* de niveau de sévérité 1 et 2 avec des suppléments pour bornes hautes.**

⁶¹ Evolution de la notion de séjours bas en V10 et en V11, ATIH, juin 2009.

3. RÉPARTITION DES SÉJOURS ETUDIÉS SELON LE NIVEAU DE SÉVÉRITÉ

Il apparait intéressant de comparer la répartition des niveaux de sévérité de l'ensemble des séjours que nous étudions, avec celle qui était mise en avant par l'ATIH dans ses rapports prévisionnels en fonction des types d'établissements.

Les données théoriques de l'ATIH ont été obtenues à partir des données publiées par types d'établissements et par niveaux pour le secteur ex-OQN⁶². On sait également que le CHU de Nancy regroupe 80% de son activité sur 158 racines⁶³ ce qui le classe dans le dernier type d'établissements.

Niveau de sévérité	Effectif (ATIH)	Fréquence (ATIH)	Effectif (Neuro)	Fréquence (Neuro)
1	523 216	63,1 %	1 723	68,86 %
2	260 046	31,4 %	365	14,59 %
3	38 955	4,7 %	318	12,71 %
4	7 228	0,9 %	96	3,84 %

Pour comparer les 2 distributions, nous avons fait un test du Khi2 avec le logiciel SAS. La valeur calculée du Khi2 est de 825,67. La valeur théorique à 3 degrés de liberté, pour un risque $\alpha=5\%$, vaut 7,815.

Il y a donc une différence statistiquement significative ($p < 0,0001$) : les séjours de neurologie n'ont pas la même distribution que celle observée sur l'ensemble de la base nationale 2007 regroupée en V11 par l'ATIH pour les établissements de taille similaire au CHU de Nancy.

⁶² « Version 11 de la classification des GHM : Travaux 2007. Etudes complémentaires. Finalisation des CMA. Révision des groupes médicaux », octobre 2007, ATIH, page 12.

⁶³ « L'activité des CHU dans le PMSI : peut-on isoler l'activité spécifique des CHU ? », version 2 Mai 2009, Dr Marion Mendelsohn, page 22.

**Sur cette différence, on peut se demander
si c'est plus la population lorraine qui diffère
de la population nationale des CHU,
que celle spécifiquement prise en charge en neurologie au CHU de Nancy.**

**Comme principales hypothèses sur cette différence, on pourra évoquer
une population plus âgée⁶⁴, en plus mauvaise santé, ou alors un
surcodage des CMA⁶⁵.**

**L'objet de notre travail n'étant pas
l'étude épidémiologique de la population prise en charge en neurologie,
nous en resterons sur ces hypothèses explicatives,
même s'il aurait pu être intéressant d'approfondir cette question.**

⁶⁴ On rappelle que l'âge a l'effet d'une CMA et qu'il peut faire augmenter le GHM d'un niveau de sévérité.

⁶⁵ Nous verrons plus loin, que cette hypothèse ne semble pas être explicative de cette différence.

B. OPTIMISATION DE LA VALORISATION DE L'ACTIVITÉ

C'est l'étude de la répartition de la valorisation des pénalités et des suppléments qui a permis d'orienter la deuxième partie de notre étude sur les moyens possibles pour optimiser au mieux la valorisation de l'activité de neurologie.

Suite aux constats de la première partie de notre étude, et actant la refonte complète de la liste des CMA et le classement par niveaux de sévérité des GHM avec la V11, nous avons cherché si l'optimisation du codage de l'activité retrouvée dans les courriers médicaux permettait une meilleure valorisation des séjours. Par l'optimisation du codage, on entend bien entendu une description plus fine de l'activité avec le respect des règles de codage, mais également une exhaustivité du codage des DAS.

Pour cette deuxième étape de notre étude et afin de pouvoir être spécifique de chaque type d'activité, nous avons fait le choix d'étudier chacun de nos sous-fichiers d'activité séparément.

Afin d'éviter de surcharger nos tableaux de données, nous ne donnerons les résultats qu'avec les tarifs de 2008 débasés de 3%.

1. HOSPITALISATION DE JOUR

Nous avons segmenté l'étude des hospitalisations de jour en mettant à part celles qui avaient des pénalités EXB (HdJ EXB) de celles dont le groupage ne posait pas question (HdJ RAS).

Tableau 6 : Répartition et valorisation des séjours d'HdJ, débasés de 3% avant recodage

			HdJ	HdJ RAS	HdJ EXB
Nb RSS			3 209	3 116	93
%			100%	97,1%	2,9%
Nb GHM en FG11.11			50	43	7
Valorisation totale	FG10.10.c		1 237 728 €	1 190 672 €	47 055 €
	FG11.11		1 350 673 €	1 308 177 €	42 497 €
	Différence de Valorisation	€	112 945 €	117 505 €	- 4 558 €
		%	+ 9,13%	+ 9,87%	- 9,69%
GHS	FG 10	€	1 237 728 €	1 190 672 €	47 055 €
	FG 11	€	1 551 561 €	1 308 177 €	243 385 €
	Différence de Valorisation	€	313 833 €	117 505 €	196 330 €
		%	+ 25,36%	+ 9,87%	+ 417,24%
EXB	FG 10	Nb (RSS)	0	-	-
	FG 11	Nb (RSS)	93	-	93
		€	- 200 888 €		- 200 888 €
Valeur moyenne des GHM en V10.c			386 €	382 €	506 €
Valeur moyenne des GHM en V11			421 €	420 €	457 €
Evolution			+ 9,13%	+ 9,87%	- 9,69%

Dans l'étude des séjours d'HdJ, nous avons mis en évidence des pénalités pour des séjours trop courts : 93 séjours en HdJ sur 3 209 réalisés en 2008, soit 2,9% pour un montant de 200 888€ (soit 2 160€ de pénalités par séjour, en divisant le montant global par le nombre de séjours concernés).

Alors que la valorisation globale de l'activité d'HdJ est augmentée de 9,13% par le passage en V11, on observe que les séjours avec des bornes basses voient leur valorisation globale diminuer de 9,69%. Les pénalités dues aux bornes basses représentent plus que l'augmentation de valorisation des GHS (200 888€ versus 196 330€).

Pour le reste des séjours (*Hdj RAS*) la valorisation des GHS a augmenté de 117 505€, soit +9,87%.

Il s'avère en calculant le coût moyen par séjour que les séjours avec EXB sont globalement mieux valorisés que les autres séjours d'*Hdj* et ce tant en V10.c et qu'en V11 (506€ versus 382€, soit 33% de plus en V10.c, et 457€ versus 420€ soit 8,8% de plus en V11).

**Les résultats que nous observons sont en adéquation
avec les explications de l'ATIH sur les bornes basses⁶⁶ :**

En V11 les bornes basses sont un mode de valorisation pour les séjours de courte durée (prise en charge ambulatoire) quand le GHM auquel ils appartiennent n'a pas été subdivisé pour une telle prise en charge, ce qui n'implique pas nécessairement qu'ils soient moins bien valorisés.

A l'analyse du Case-Mix, on constate que les 93 séjours d'*Hdj EXB* sont groupés dans 6 GHM en V10.c et 7 GHM en V11. En fonction de la répartition des séjours avec des pénalités bornes basses, nous avons procédé à un tirage au sort pour les 2 GHM principaux ; l'ensemble des séjours des autres GHM a été systématiquement sélectionné pour effectuer le recodage. La répartition des dossiers étudiés est la suivante :

⁶⁶ Evolution de la notion de séjours bas en V10 et en V11, ATIH, 2009.

Tableau 7 : Case-Mix d'HdJ avec EXB, avec la répartition des séjours recodés

Case-Mix		Borne basse V11 (jours)	EXB	Nb de dossiers recodés
GHM FG 10	GHM FG 11		RSS FG 11	
24K05Z - Polysomnographies et autres explorations de longue durée : séjours de moins de 2 jours	01M161 - Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge inférieur à 80 ans, niveau 1	2	1	1
24M03Z - Affections de la CMD 01 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 01	01M151 - Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge supérieur à 79 ans, niveau 1	2	1	1
	01M34Z - Anomalies de la démarche d'origine neurologique	4	40	10 (TAS)
	01M35Z - Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 01	2	47	12 (TAS)
24M04Z - Affections de la CMD 02 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 02	02M10Z - Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 02	3	1	1
24M06Z - Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 03	03M15Z - Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 03	2	1	1
24M29Z - Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial : séjours de moins de 2 jours	19M22Z - Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 19	2	1	1
24M30Z - Affections de la CMD 19 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire		2	1	1
Totaux sur l'ensemble des RUM d'HdJ			93	28

C'est donc 30% des séjours (28/93), parmi ceux dont le groupage pouvait porter à questionnement, que nous avons recodés.

A partir de la lettre de sortie d'hospitalisation, nous avons d'une part recodé le séjour, et d'autre part vérifié que les indications d'une prise en charge en HdJ étaient conformes aux directives de la Circulaire Frontière⁶⁷ et/ou aux recommandations faites par les sociétés savantes⁶⁸.

⁶⁷ CIRCULAIRE N°DHOS/F1/MATAA/2006/376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.

⁶⁸ Pour cela, nous nous sommes adressés au Pr X. Ducrocq.

Après le recodage, nous avons refait l'analyse de ces séjours avec IMPACT FG11. On constate que le recodage des dossiers donne un Case-Mix différent de celui observé initialement, tant en V10.c qu'en V11.

Tableau 8 : Case-Mix d'HdJ avec EXB, après recodage

Case-Mix		Nbre RSS
GHM FG 10	GHM FG 11	
24K05Z - Polysomnographies et autres explorations de longue durée : séjours de moins de 2 jours	23M20T - Autres motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée	1
24M03Z - Affections de la CMD 01 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 01	01M05T - Infections du système nerveux à l'exception des méningites virales, très courte durée	1
	01M11T - Affections des nerfs crâniens et rachidiens, très courte durée	3
	01M12T - Autres affections du système nerveux, très courte durée	5
	01M151 - Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge supérieur à 79 ans, niveau 1	1
	01M17T - Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse, très courte durée	3
	01M28T - Hydrocéphalies, très courte durée	1
	01M35Z - Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 01	2
24M04Z - Affections de la CMD 02 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 02	02M04T - Affections oculaires d'origine neurologique, très courte durée	1
	02M08T - Autres affections oculaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	1
24M14Z - Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical : séjours de moins de 2 jours	08M291 - Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, niveau 1	1
24M21Z - Affections de la CMD 11 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 11	11M19Z - Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 11	1
24M29Z - Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial : séjours de moins de 2 jours	19M02T - Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial, très courte durée	1
24M36Z - Autres motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	01M32Z - Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	4
	02M09Z - Explorations et surveillance pour affections de l'œil	1
	23M20T - Autres motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée	1

A l'analyse du Case-Mix, on constate que les 28 séjours d'HdJ EXB recodés sont groupés dans 7 GHM en V10.c et 15 GHM en V11.

Cette répartition dans un nombre important de GHM en V11 montre qu'un recodage qui utilise mieux⁶⁹ l'ensemble de la CIM-10 augmente la spécificité des GHM et la description de l'activité réalisée.

**Cela prouve une fois encore,
l'intérêt d'un codage précis et exhaustif.**

Il convient de préciser que pour les séjours avec un EEG de longue durée ou une polysomnographie, il existe pour les règles de codage en V11 un code diagnostic à mettre obligatoirement en DP⁷⁰ (Z04.800 pour les EEG de longue durée, et Z04.801 pour les polysomnographies). Or ces codes n'existaient pas pour en V10.c (c'était l'acte qui lors du groupage orientait le séjour dans le GHM correspondant car il était classant). Nous avons donc considéré que le codage qui avait été effectué par les cliniciens pour ces séjours était correct pour le groupage en V10.c et nous avons utilisé notre codage uniquement pour le groupage en V11.

On remarque d'ailleurs qu'en V11 le groupage ne permet plus de repérer les séjours avec polysomnographie (ces séjours sont groupés en 23M20T – Autres motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée) et que seule une étude des DP des séjours permettra d'identifier ces séjours.

⁶⁹ « Mieux » car à l'heure actuelle, on ne peut que regretter que le codage en neurologie soit effectué presque exclusivement à partir d'un thésaurus ce qui limite inévitablement le nombre de codes utilisables et donc la possibilité de recourir à une description fine dans le codage des séjours.

⁷⁰ Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, 2009, page 40.

Nous avons expliqué dans notre méthodologie que nous serions attentifs aux différences sur le choix du DP entre les règles de codage en V10.c et les nouvelles règles en V11. Or il se trouve que pour le recodage des séjours d'*Hdj EXB*, nous n'avons pas observé de différences suite à cette modification de définition.

La modification de la définition du DP n'a pas eu d'impact sur les séjours que nous avons recodés car il ne s'agissait pas de séjours multi-RUM qui sont les plus concernés par cette modification.

La valorisation du groupage obtenu donne les résultats suivants, que nous avons comparés à ceux obtenus avant recodage.

Tableau 9 : Comparaison de valorisation avant et après recodage des séjours, avec débasage de 3%

			Avant recodage	Après recodage
Nb RSS			28	28
%			100%	100%
Nb GHM en FG11.11			7	16
Valorisation totale	FG10.10.c		14 246 €	13 771 €
	FG11.11		12 718 €	18 402 €
	Différence de Valorisation	€	- 1 528 €	4 631 €
		%	- 10,73%	+ 33,63%
GHS	FG 10	€	14 246 €	13 771 €
	FG 11	€	71 658 €	22 483 €
	Différence de Valorisation	€	57 412 €	8 712 €
		%	+ 402,99%	+ 63,26%
EXB	FG 10	Nb (RSS)	0	0
	FG 11	Nb (RSS)	28	3
		€	- 58 940 €	- 4 081 €
DR	Nb de séjours avec un DR		0	8
DAS	Nb moyen de DAS par séjour (écart-type)		0,25 (0,52)	1,43 (1,17)

Sans avoir la prétention de dire que notre codage est parfait, nous pouvons toutefois affirmer qu'il est respectueux des règles en vigueur.

On constate que notre codage aurait été désavantageux de 3,3% en V10.c. par rapport à celui qui avait été fait (par comparaison de la valorisation totale en FG 10.10.c après recodage versus celle avant recodage). Par contre en V11 il permet une meilleure valorisation de l'activité par rapport au codage initial de +44,7% (par comparaison de la valorisation totale en FG 11.11 après recodage versus celle avant recodage).

On observe également que cette amélioration de valorisation s'est accompagnée d'une forte baisse des pénalités EXB (-4 081€ versus -58 940€) et d'une réduction de la valorisation brute des GHS en V11 (22 483€ versus 71 658€).

En comparant le nombre moyen de DAS avant et après recodage, par un test t de Student sur séries appariées à l'aide du logiciel SAS, on trouve une différence statistiquement significative avec $p < 0,005$ (test unilatéral) :

$$t_{\text{calculé}} = 3,29$$

$$t_{\text{théorique } \alpha=5\% \text{ ddl}=27} = 1,703$$

Cela signifie donc, que lors du recodage nous avons utilisé plus de DAS qu'au cours du codage initial, et cela de façon statistiquement significative (l'utilisation d'un test unilatéral nous permet de conclure en donnant un signe à la différence que nous observons).

Dans certains cas nous n'avons pas pu coder le séjour comme nous l'aurions souhaité car les courriers de sortie étaient très succincts au point de devoir rechercher certains éléments dans les lettres de consultations précédentes suivantes de l'hospitalisation.

On pourra regretter, qu'à défaut de compte-rendu d'hospitalisation, le courrier de sortie d'hospitalisation ne fasse pas systématiquement la synthèse de l'hospitalisation, tel que cela devrait l'être règlementairement.

Par ailleurs, il convient de préciser que 18 des 28 séjours recodés ne relevait pas de l'hospitalisation de jour selon la circulaire frontière (cette remarque est faite à la lecture du courrier de sortie uniquement et donc sous toute réserve que l'ensemble de la situation clinique ait été relatée dans ce courrier).

On peut par exemple citer des hospitalisations de jour pour la réalisation d'une ponction lombaire unique à visée diagnostique avec consultation médicale, ou encore la réalisation d'une IRM avec bilan biologique et visite médicale unique.

Pour rappel, la circulaire frontière stipule qu' « *un GHS ne peut être facturé qu'en cas de surveillance médicale prolongée à la suite d'un acte diagnostique ou thérapeutique qui ne requiert pas une telle surveillance chez un patient habituel. Il s'agit donc d'une surveillance prolongée en raison par exemple du terrain à risque du patient* ».

Si l'on peut comprendre la réalisation de ces hospitalisations pour des raisons pratiques, tant pour le patient que pour l'organisation interne du service, il convient tout de même d'en noter le caractère contradictoire avec la circulaire frontière.

On peut supposer que malgré une parution en août 2006 la circulaire frontière, celle-ci ne soit pas encore totalement appliquée en raison des modifications de pratiques qu'elle implique et des restructurations organisationnelles qu'elle nécessite.

**L'application de la circulaire frontière est une nécessité absolue
car il s'agit là d'un des axes principaux
des contrôles externes régionaux réalisés par les UCR⁷¹,
avec la récupération des indus, et de sanctions
sur l'ensemble de l'activité contrôlée.**

Nous avons malgré tout jugé intéressant d'extrapoler ces premiers résultats à l'ensemble des séjours *Hdj EXB*, malgré toutes les réserves que cela peut générer⁷².

⁷¹ L'Unité de Coordination Régionale du contrôle externe est composée de personnels des caisses d'assurance maladie et a pour but de s'assurer que ce qui est facturé l'est de bon droit.

⁷² La principale réserve que l'on pourrait émettre est l'utilisation dans nos calculs de séjours qui auraient dû relever d'une activité externe. Néanmoins, il appartient au clinicien de décider du mode de prise en charge du patient, et le choix fait en 2008 avait été celui d'une hospitalisation de jour.

Tableau 10 : Extrapolation de la valorisation avant et après recodage aux séjours HdJ EXB, avec débasage de 3%

			Avant recodage	Après recodage
Nb RSS			93	93
%			100%	100%
Valorisation totale	FG10.10.c		47 055 €	45 740 €
	FG11.11		42 497 €	61 121 €
	Différence	€	- 4 558 €	15 381 €
		%	- 9,69%	+ 33,63%
GHS	FG 10	€	47 055 €	45 740 €
	FG 11	€	243 385 €	74 676 €
	Différence de Valorisation	€	196 330 €	28 936 €
		%	417,24%	63,26%
EXB	FG 10	Nb (RSS)	0	0
	FG 11	Nb (RSS)	93	10
		€	-200 888 €	-13 555 €
Valeur moyenne des GHM en V10.c			506 €	492 €
Valeur moyenne des GHM en V11			457 €	657 €
Evolution			-9,69%	33,63%

Entre l'échantillon que nous avons recodé et l'ensemble des 93 séjours d'hospitalisation de jour avec bornes basses, on observe une différence sur l'évolution de la valorisation globale avant recodage.

En effet, dans notre échantillon, la valorisation globale diminue de 10,73%⁷³ alors qu'elle diminue de 9,69% pour les 93 séjours d'*HdJ EXB*. Toutefois, au vu de la méthode de sélection des séjours à recoder, on peut estimer que cette différence est principalement due au hasard.

Si après recodage, la valorisation globale en V10.c est en baisse de 2,8%, (par comparaison de la valorisation totale en FG 10.10.c après recodage versus celle avant recodage), on peut toutefois constater qu'avec un groupage en V11 la valorisation globale de ces séjours est bénéficiaire de 33.63% (versus en V10.c) mais elle est surtout bien mieux valorisée qu'avec le groupage initial : +43.8% soit plus de 18 600€ d'amélioration (par comparaison de la valorisation totale en FG 11.11 après recodage versus celle avant recodage).

⁷³ Cf. le tableau 9 : Comparaison de valorisation avant et après recodage des séjours, avec débasage de 3%.

Nous avons ensuite intégré les résultats extrapolés du groupe *Hdj EXB* à l'ensemble des séjours d'*Hdj* :

Tableau 11 : Intégration de l'extrapolation à la valorisation des séjours d'*Hdj*, avec débasage 3%

			Hdj avant recodage	Hdj après recodage	Hdj RAS	Hdj EXB recodé (extrapolation)
Nb RSS			3 209	3 209	3 116	93
%			100%	100%	97%	3%
Valorisation totale	FG10.10.c		1 237 728 €	1 236 412 €	1 190 672 €	45 740 €
	FG11.11		1 350 673 €	1 369 298 €	1 308 177 €	61 121 €
	Différence de Valorisation	€	112 945 €	132 886 €	117 505 €	15 381 €
		%	9,13%	10,75%	9,87%	33,63%
GHS	FG 10	€	1 237 728 €	1 236 412 €	1 190 672 €	45 740 €
	FG 11	€	1 551 561 €	1 382 853 €	1 308 177 €	74 676 €
	Différence de Valorisation	€	313 833 €	146 441 €	117 505 €	28 936 €
		%	25,36%	11,84%	9,87%	63,26%
EXB	FG 10	Nb (RSS)	0	0		0
	FG 11	Nb (RSS)	93	10		10
		€	-200 888 €	-13 555 €		-13 555 €

La différence en V10.c entre *Hdj avant recodage* et *Hdj après recodage* est minime : -1 316€ soit -0,11% (valorisation globale en V10.c. en *Hdj avant recodage* versus celle en *Hdj après recodage*).

Par contre, une fois regroupé en V11, le recodage a amélioré la valorisation globale de 18 625€ soit 1,38% par rapport à la valorisation initiale (valorisation globale en V11. en *Hdj avant recodage* versus celle en *Hdj après recodage*).

**Un codage exhaustif et de qualité, ainsi que le passage en V11,
permettent d'améliorer la valorisation
des séjours en hospitalisation de jour de 10,75%.**

2. HOSPITALISATION COMPLÈTE EN NEUROLOGIE UNIQUEMENT

Connaissant certaines contraintes du service neurologie dont nous avons déjà parlées dans la méthodologie de notre étude, nous nous attendions à observer certains séjours d'hospitalisation complète avec des durées de séjours en deçà de la borne basse, de même que des durées d'hospitalisation parfois longues et générant des EXH.

C'est pourquoi, au vu des premiers résultats nous avons fait le choix de porter notre travail pour cette partie d'étude sur ces deux types de séjours en les segmentant, tel que présenté dans le tableau ci-dessous (comme à chaque fois dans cette partie, les tarifs 2008 sont diminués de 3%).

Dans cette segmentation, nous avons réparti les séjours de la façon suivante :

- dans la catégorie *HC EXB* uniquement les séjours qui avaient des bornes basses en V11. Ceux avec des EXB en V10.c mais dont le passage en V11 n'en générerait plus sont donc naturellement classés en *HC RAS*.
- les séjours avec des EXH et de niveau de sévérité 1 et 2 sont dans la catégorie *HC EXH 1-2*.
- les autres séjours sont classés dans la catégorie *HC RAS*.

Tableau 12 : Répartition de l'activité d'hospitalisation complète, avec débasage de 3% et avant recodage

			HC Neuro	HC RAS	HC EXB	HC EXH 1-2	
Nb RUM			2 668	2 074	452	142	
Nb RSS			2 390	1 836	439	115	
%			100%	77%	18%	5%	
DMS (J.)			6,82	6,5	2,65	27,82	
Age (années)			54,16	53,44	55,86	59,23	
Valorisation totale			FG10.10.c	7 207 513 €	5 008 524 €	1 481 098 €	717 890 €
			FG11.11	6 573 207 €	5 057 468 €	955 896 €	559 844 €
			Différence €	- 634 306 €	48 944 €	- 525 202 €	- 158 046 €
			% du total de variation	100%	- 8%	83%	25%
			Différence %	- 8,80%	+ 0,98%	- 35,46%	-22,02%
GHS	FG 10	Nb RSS	2 390	1 836	439	115	
		€	6 691 688 €	4 740 528 €	1 542 088 €	409 071 €	
	FG 11	Nb RSS	2 390	1 836	439	115	
		€	7 173 835 €	4 913 983 €	1 924 838 €	335 014 €	
	Différence de Valorisation	%	+ 7,21%	+ 3,66%	+ 24,82%	-18,10%	
€		482 147 €	173 455 €	382 750 €	-74 057 €		
EXH	FG 10	Nb (J.)	2 011	1 014		997	
		€	592 019 €	283 200 €		308 819 €	
	FG 11	Nb (J.)	2 124	622		1 502	
		€	368 314 €	143 485 €		224 830 €	
	Tarif Moyen EXH	FG10.10.c	294 €	279 €		310 €	
		FG11.11	173 €	231 €		149 €	
	Différence de Valorisation	%	- 37,79%	- 49,33%		- 27,20%	
€		- 223 705 €	- 139 715 €		- 83 989 €		
EXB	FG 10	Nb (RSS)	29	9	20		
		€	- 76 194 €	- 15 204 €	- 60 990 €		
	FG11	Nb (RSS)	439	0	439		
		€	- 968 942 €	0 €	- 968 942 €		
	Différence de Valorisation	%	+ 1171,69%	-100,00%	+ 1488,70%		
		€	- 892 749 €	15 204 €	- 907 952 €		

La valorisation globale des différentes catégories révèle que la baisse est due aux séjours *HC EXB* (-35,46%) et aux *HC EXH 1-2* (-22,02%), tandis que les séjours *HC RAS* sont légèrement mieux valorisés de 0,98%.

Concernant la valorisation des GHS, seules les *HC EXH 1-2* sont en baisse (-18,10%) tandis que pour les *HC RAS* et les *HC EXB* les valorisations sont en hausse (respectivement +3,66% et +24,82%).

La valorisation des bornes basses pour l'ensemble de l'hospitalisation complète est multipliée par près de douze fois entre la valorisation en V10.c et en V11, soit 892 749€ de pénalités en plus. Cette augmentation représente plus que la perte globale générée par le passage en V11 (-634 306€) et n'est pas compensée par la hausse de la valorisation des GHS (+482 147€). Or le montant des EXB ne concerne que 18,4% des séjours d'hospitalisation complète (439 séjours sur les 2 390).

Si le nombre total de suppléments EXH est globalement en augmentation (+5,6% en comparant le nombre d'EXH en V10.c et V11), leur valorisation est en baisse d'environ 38% avec une diminution du tarif moyen des EXH de plus de 41% (173€ en V11 versus 294€ en V10.c). Cette différence est encore plus forte pour les séjours *HC EXH 1-2*, pour lesquels on constate également que la valorisation des GHS est en baisse (-18,10%).

Compte-tenu des forts différentiels de valorisation entre les niveaux de sévérité au sein d'une même racine de GHM et de la faible rémunération des EXH, il apparaît plus avantageux de classer, lorsque cela est possible, un séjour dans un niveau de sévérité supérieur plutôt que de percevoir des EXH. C'est pourquoi nous avons estimé plus pertinent d'axer notre étude sur les séjours dont le GHM avait un niveau de sévérité bas (niveau 1 ou 2) afin de rechercher à augmenter leur niveau de sévérité (pour en améliorer la valorisation) par un codage exhaustif et de qualité, tout en respectant les règles de codage.

La baisse de la valorisation globale des séjours d'hospitalisation complète est essentiellement due à l'augmentation du volume d'EXB ainsi qu'à la baisse du tarif moyen des EXH doublée d'une baisse de la valorisation des GHS des séjours avec EXH.

A) LES SÉJOURS AVEC DES EXB

En s'intéressant au nombre de séjours avec des EXB par niveau de sévérité des GHM, on observe les résultats suivants :

Tableau 13 : Répartition des séjours HC EXB en fonction de leur niveau de sévérité

Niveau de sévérité du GHM	RSS HC Neuro		RSS HC EXB		
	Nbre	%	FG 11	Proportion	FG 10
1	1437	60,13	262	18,23	6
2	286	11,97	83	29,02	12
3	211	8,83	52	24,64	2
4	33	1,38	7	21,21	
E	7	0,29			
T	254	10,63			
Z	162	6,78	35	21,60	
Totaux	2390	100	439	18,37	20

Cette ventilation des séjours selon le niveau de sévérité nous montre une certaine stabilité entre le niveau de sévérité et le nombre de séjours avec des EXB selon le niveau de sévérité.

On observe que sur les 439 séjours avec des EXB en V11, seuls 20 étaient concernés en V10.c.

Avec la même démarche que celle pour les séjours d'Hdj, nous nous sommes intéressés au Case-Mix de la population des séjours avec EXB. 55 GHM avaient moins de 10 séjours avec des EXB, pour un total de 128 séjours. Nous avons donc procédé à un recodage uniquement sur les GHM les plus fréquents (plus de 10 séjours), par tirage au sort, selon la répartition suivante :

Tableau 14 : Case-Mix avec les GHM ayant des séjours avec EXB, et répartition du tirage au sort.

Regroupements	Borne basse (jours)	RSS				EXB			Nb de dossiers contrôlés (TAS)
		Nbre	%	DMS	Age	RSS			
GHM FG 11	FG 11					% du Total	FG 10		
01M081 - Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 80 ans, niveau 1	2	147	6,15	3,81	55,6	60	40,8		10
01M261 - Tumeurs malignes du système nerveux, niveau 1	3	143	5,98	5,97	52,34	56	39,2		10
01C041 - Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	4	58	2,43	3,41	57,78	48	82,8		10
01M301 - Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 1	4	206	8,62	8,73	64,42	47	22,8	8	10
01M262 - Tumeurs malignes du système nerveux, niveau 2	6	55	2,3	8,67	53,69	22	40,0		7
01M263 - Tumeurs malignes du système nerveux, niveau 3	8	56	2,34	16,27	60,13	19	33,9		7
23M20Z - Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	3	47	1,97	3,23	44,79	19	40,4		7
01M302 - Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 2	6	77	3,22	18,87	67,04	15	19,5	6	6
01M303 - Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 3	8	80	3,35	24,53	66,66	15	18,8	1	6
01M111 - Affections des nerfs crâniens et rachidiens, niveau 1	3	25	1,05	5,4	64,68	10	40,0		5
... / ...									
Totaux		2390	100	6,82	54,16	439	18,4	29	78

C'est donc 78 séjours sur les 439 avec des EXB qui ont été tirés au sort pour un recodage, soit 17,8%.

Malgré la constitution d'une liste de réserve, (5 numéros de séjour de réserve par GHM), nous n'avons pas pu procéder au codage de 78 séjours tel que nous l'avions initialement prévu. Nous avons dû nous contenter de 74 en utilisant la totalité de notre liste de secours.

A cela plusieurs raisons :

- soit aucun courrier de sortie ou lettre de consultation proche n'était retrouvée,
- soit aucune hospitalisation ne correspondait aux dates de séjours renseignées dans notre fichier.

Nous avons donc recodé ces 74 séjours à partir des courriers de sortie d'hospitalisation.

Le recodage nous a permis de mettre en évidence un certain nombre d'erreurs de codage, avec en particulier un non-respect des règles principales de codages :

- DP de cancer pour la réalisation d'une cure de chimiothérapie dans un séjour différent de celui du diagnostic de la tumeur ou du bilan d'extension,
- DP de craniotomie pour une surveillance à distance d'une craniotomie,
- DP de cancer lorsque le motif d'hospitalisation est une crise d'épilepsie et que celle cette dernière constitue la principale prise en charge.

Comme nous l'avons déjà expliqué pour les séjours d'HdJ, les séjours pour électro-encéphalogramme de longue durée (Z04.801) ou polysomnographie (Z04.800) ont du avoir un traitement spécifique. En effet avant la V11, il n'y avait aucune consigne particulière pour ces séjours. Avec la mise en place de la V11, l'ATIH a créé des codes spécifiques (Z04.800 et Z04.801) ainsi que des règles précises pour le codage : « Z04.800 ou Z04.801 s'imposent quelle que soit la conclusion du séjour, qu'une maladie ait été diagnostiquée ou non. »⁷⁴. Aussi, ayant fait le choix de coder en V11, cela posait un problème pour un groupage en V10. Nous avons donc acté que le recodage correspondrait à la V11 et que le codage initial serait pour la V10 (le groupage V10.c oriente ces séjours dans un GHM spécifiques en raison de l'acte qui est présent), et bien entendu il ne s'agissait pas là d'une erreur de codage.

**La base de données ne semble pas en stricte conformité
avec la réalité de l'activité réalisée : certains séjours,
probablement annulés, figurent toujours dans le fichier RUM.**

**Les règles de codage ne sont malheureusement pas respectées
ce qui expose à des récupération d'indus
lors des contrôles externes avec des sanctions.**

⁷⁴ Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, applicable au 1^{er} mars 2009.

Le recodage des dossiers tirés au sort, nous a permis d'obtenir après un traitement des données par Impact FG11.11 les résultats suivants, en les comparant aux résultats avant recodage.

Tableau 15 : Comparaison de valorisation avant et après recodage des séjours, avec débasage de 3%

			Avant recodage	Après recodage
Nb RUM			77	77
Nb RSS			74	74
Valorisation totale		FG10.10.c	261 516 €	220 567 €
		FG11.11	170 023 €	161 177 €
		Différence €	- 91 493 €	- 59 390 €
		Différence %	- 34,99%	- 26,93%
GHS	FG 10	€	266 353 €	227 824 €
	FG 11	€	324 756 €	240 612 €
	Différence de Valorisation	%	+ 21,93%	+ 5,61%
		€	58 403 €	12 788 €
EXB	FG 10	Nb (RSS)	2	3
		€	- 4 837 €	- 7 257 €
	FG11	Nb (RSS)	74	35
		€	-154 733 €	-79 435 €
	Différence de Valorisation	%	3098,69%	994,66%
		€	- 149 896 €	- 72 178 €
DR	Nb de séjours avec un DR	6	27	
DAS	Nb moyen de DAS par séjour (écart-type)	2,80 (2,18)	3,74 (2,67)	

Tout comme pour les séjours en HdJ, on constate que notre codage aurait été désavantageux de 15,7% sur la valorisation globale en V10.c. par rapport à celui qui avait été fait (par comparaison de la valorisation totale en FG 10.10.c après recodage versus celle avant recodage), de même qu'en V11 où la baisse de valorisation globale aurait été de 5,2% par rapport au codage initial (par comparaison de la valorisation totale en FG 11.11 après recodage versus celle avant recodage).

On observe également une réduction des pénalités EXB lors du passage de la V10.c à la V11 (-72 178€ après recodage versus -149 896€ avant recodage) et une réduction de la valorisation brute des GHS en V11 (240 612€ versus 324 756€). Il s'agit probablement pour cette dernière, d'une des conséquences directes d'un mésusage des règles de codages.

Sur les 74 séjours avec des bornes basses en V11 (-154 733€) avant le recodage, seuls 35 séjours (-79 435€) sont toujours concernés après le recodage.

En comparant le nombre moyen de DAS avant et après recodage, par un test t de Student sur séries appariées à l'aide du logiciel SAS, on trouve une différence statistiquement significative avec $p < 0,001$ (test uni-latéral):

$$t_{\text{calculé}} = 3,26$$

$$t_{\text{théorique } \alpha=5\% \text{ ddl}=73} = 1,645$$

Cela signifie donc, que lors du recodage nous avons utilisé plus de DAS qu'au cours du codage initial, et cela de façon statistiquement significative (l'utilisation d'un test unilatéral nous permet de conclure en donnant un signe à la différence que nous observons).

**Un codage exhaustif et de qualité,
ne permet pas de compenser la baisse de valorisation
des séjours d'hospitalisation complète avec EXB,
générée par le passage en V11.**

Les baisses de valorisation suite à notre codage s'expliquent avec les erreurs que nous avons retrouvées et mentionnées ci-dessus, ainsi que par les évolutions que cela a généré sur les 2 Case-Mix de cette population, avant et après recodage :

Tableau 16 : Case-Mix des 74 séjours tirés au sort parmi les HC EXB avant recodage (par racines de GHM)

Case-Mix en V11 avant recodage	RSS		
	Nbre	%	DMS
01C04 - Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans	7	9,46	2
01M08 - Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 80 ans	10	13,51	1
01M11 - Affections des nerfs crâniens et rachidiens	5	6,76	2
01M26 - Tumeurs malignes du système nerveux	23	31,08	3,7
01M30 - Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	22	29,73	3,68
23M20 - Autres motifs de recours aux soins de la CMD 23	7	9,46	2

Tableau 17 : Case-Mix des 74 séjours tirés au sort parmi les HC EXB après recodage (par racines de GHM)

Case-Mix en V11 après recodage	RSS		
	Nbre	%	DMS
01C04 - Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans	7	9,46	2
01M08 - Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 80 ans	1	1,35	2
01M12 - Autres affections du système nerveux	2	2,70	2,5
01M13 - Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique	2	2,70	2,5
01M16 - Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge inférieur à 80 ans	3	4,05	3,33
01M25 - Epilepsie, âge supérieur 17 ans	2	2,70	6
01M26 - Tumeurs malignes du système nerveux	3	4,05	3,67
01M30 - Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	18	24,32	3,83
01M32 - Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	3	4,05	2
02M08 - Autres affections oculaires, âge supérieur à 17 ans	1	1,35	2
03M11 - Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans	1	1,35	2
08M25 - Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	1	1,35	4
17M06 - Chimiothérapie pour autre tumeur	11	14,86	3,73
19M11 - Névroses dépressives	1	1,35	2
23M09 - Chimiothérapie pour affections non tumorales	2	2,70	2
23M20 - Autres motifs de recours aux soins de la CMD 23	16	21,62	2,19

On constate que le GHM 01M26 (Tumeurs malignes du système nerveux) qui comportait 23 RSS avant recodage n'en comporte plus que 3 après recodage. Cela s'explique parfaitement avec les irrégularités de codage que nous avons relevées, en particulier lors des séjours pour cure de chimiothérapie lorsque le diagnostic de cancer était quasi-systématiquement mis en DP au lieu d'être en DR avec la chimiothérapie (Z51.x) en DP, conformément aux règles de codage⁷⁵.

Une telle erreur a pour effet de survaloriser les séjours concernés, et de générer des bornes basses. En effet, si l'on met le cancer en DP le groupage nous orientera vers le GHM 01M261, tandis que si la chimiothérapie est en DP avec le cancer en DR on s'orientera vers le GHM 17M061.

- 01M26 - Tumeurs malignes du système nerveux :
 - niveau 1 : borne basse à 3 jours (2991,25€) et pénalité pour EXB 2254,75€ soit 736,50€ si séjour court ;
 - niveau 2 : borne basse à 6 jours (5883,90€) et pénalité pour EXB 2892,05€ soit 2991,85€ si séjour court ;
- 17M06 - Chimiothérapie pour autre tumeur :
 - niveau 1 : borne basse à 2 jours (2368,25€) et pénalité pour EXB 1468,65€ soit 899,60€ si séjour court ;
 - niveau 2 : borne basse à 3 jours (2825,65€) et pénalité pour EXB 457,71€ soit 2368,65 si séjour court ;

En prenant l'exemple d'un séjour pour chimiothérapie de 5 jours et de niveau 2, en codant le cancer en DP il est valorisé 2991,85€, alors qu'en se confortant aux règles de codage avec la chimiothérapie en DP et le cancer en DR il sera valorisé 2368,65€ soit 21% de moins !

Nous avons extrapolés ces résultats à l'ensemble des séjours avec des bornes basses, avec là encore des réserves quant à la représentativité de notre échantillon.

⁷⁵ Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, 2009, page 43.

Tableau 18 : Extrapolation de la valorisation avant et après recodage aux séjours HC EXB, avec débasage 3%

			Sans recodage	Avec recodage
Nb RUM			452	452
Nb RSS			439	439
Valorisation totale		FG10.10.c	1 481 098 €	1 308 501 €
		FG11.11	955 896 €	956 172 €
		Différence €	- 525 202 €	- 352 329 €
		Différence %	- 35,46%	- 26,93%
GHS	FG 10	€	1 542 088 €	1 351 550 €
	FG 11	€	1 924 838 €	1 427 414 €
	Différence de Valorisation	%	24,82%	5,61%
		€	382 750 €	75 865 €
EXB	FG 10	Nb (RSS)	20	18
		€	- 60 990 €	- 43 049 €
	FG11	Nb (RSS)	439	208
		€	- 968 942 €	- 471 243 €
	Différence de Valorisation	%	1488,69%	994,66%
		€	- 907 952 €	- 428 194 €

L'extrapolation de nos résultats à l'ensemble des 439 séjours HC EXB nous permet d'observer qu'en V11, les 2 valorisations avant et après recodage sont similaires (+0,03% après le recodage).

La différence entre la valorisation des GHS en V11 (1 924 838€ avant recodage versus 1 427 414€ après recodage) est compensée par la diminution des pénalités EXB suite au recodage (471 243€ versus 968 942€ avant le recodage).

Notre recodage n'apporte aucune modification de la valorisation en V11.

**Par contre, il permet d'illustrer
qu'un codage erroné et non-respectueux des règles
peut avoir des effets positifs sur la valorisation des séjours...
Il s'agit là d'une situation opportuniste !**

B) LES SÉJOURS AVEC DES EXH 1-2

En s'intéressant au nombre de séjours avec des EXH par niveau de sévérité des GHM, on observe les résultats du tableau suivant.

Pour les raisons explicitées précédemment, nous avons donc effectué le tirage au sort des dossiers à recoder parmi les GHM de niveau 1 et 2.

Le nombre de GHM par niveau étant important et la ventilation des séjours au sein des GHM globalement homogène, nous n'avons pas effectué le tirage au sort en fonction des racines mais uniquement selon les niveaux de sévérité. Le recodage de près de 35% des séjours (40/115) nous permettra d'avoir une bonne évaluation de l'effet d'un recodage sur l'ensemble de ces séjours.

Tableau 19 : Répartition des séjours HC EXH en fonction de leur niveau de sévérité et répartition des séjours recodés

Niveau de sévérité du GHM	RSS HC Neuro		EXH				Nb de dossiers recodés (TAS)
			RSS		Jours		
	Nbre	%	FG 10	FG 11	FG 10	FG 11	
1	1437	60,13	23	91	361	860	30
2	286	11,97	23	24	647	642	10
3	211	8,83	27	15	694	470	
4	33	1,38	8	3	309	147	
E	7	0,29					
T	254	10,63					
Z	162	6,78		4		61	
Totaux	2390	100	81	137	2011	2180	40

On constate que le nombre de séjours avec des EXH augmente entre la V10.c et la V11 passant de 81 à 137 (+69,1%), tandis que le nombre de jours EXH augmente de 8,4% (2 180 versus 2 011).

Le recodage des séjours tirés au sort, avec les règles en vigueur depuis le 1^{er} mars 2009, nous a permis, après groupage et valorisation, d'obtenir les résultats suivants :

Tableau 20 : Comparaison de valorisation avant et après recodage des séjours, avec débasage de 3%

			Avant recodage	Après recodage
Nb RUM			45	45
Nb RSS			40	40
Valorisation totale		FG10.10.c	263 152 €	267 297 €
		FG11.11	201 049 €	266 027 €
		Différence €	- 62 103 €	- 1 270 €
		Différence %	- 23,60%	- 0,48%
GHS	FG 10	€	142 844 €	163 415 €
	FG 11	€	118 064 €	192 549 €
	Différence de Valorisation	%	- 17,35%	17,83%
		€	- 24 780 €	29 134 €
EXH	FG 10	Nb (J.)	444	399
		€	120 308 €	103 882 €
	FG11	Nb (J.)	631	358
		€	82 985 €	73 478 €
	Tarif Moyen EXH*	FG 10	271 €	260 €
		FG 11	132 €	205 €
	Différence de Valorisation	%	- 31,02%	- 29,27%
		€	- 37 323 €	- 30 404 €
DR	Nb de séjours avec un DR	1	7	
DAS	Nb moyen de DAS par séjour (écart-type)	2,80 (2,38)	5,90 (3,30)	

*le Tarif moyen des EXH a été obtenu en divisant la valorisation des EXH par le nombre de jours EXH.

Notre recodage a permis d'améliorer la valorisation en V10.c de 1,6% (4 145€ par différence entre les valorisations en V10.c avant et après recodage) et en V11 de 32,3% (64 978€ par différence entre les valorisations en V11 avant et après recodage).

In fine, le passage en V11 n'engendre une baisse de valorisation que de 0,48% versus les 23,6% obtenus initialement. Ces résultats sont dus essentiellement à une meilleure valorisation des GHS en raison des changements de niveau de sévérité, les suppléments pour EXH ayant diminué à la fois en V10.c et en V11.

En comparant le nombre moyen de DAS avant et après recodage, par un test t de Student sur séries appariées à l'aide du logiciel SAS, on trouve une différence statistiquement significative avec $p < 0,0005$ (test uni-latéral) :

$$t_{\text{calculé}} = 8,23$$

$$t_{\text{théorique } \alpha=5\% \text{ ddl}=39} = 1,645$$

Cela signifie donc, que lors du recodage nous avons utilisé plus de DAS qu'au cours du codage initial, et cela de façon statistiquement significative (l'utilisation d'un test unilatéral nous permet de conclure en donnant un signe à la différence que nous observons).

Nous avons recodé uniquement des séjours avec des niveaux de sévérité 1 et 2. Il est donc intéressant d'observer les niveaux de sévérité obtenus après le recodage :

Tableau 21 : Répartition des séjours HC EXH recodés en fonction de leur niveau de sévérité

Avant recodage :

Niveau de sévérité du GHM	EXH			
	RSS		Jours	
	FG 10	FG 11	FG 10	FG 11
1	9	30	35	196
2	10	10	409	435
Totaux	19	40	444	631

Après recodage :

Niveau de sévérité du GHM	EXH			
	RSS		Jours	
	FG 10	FG 11	FG 10	FG 11
1	1	8	2	50
2	5	16	37	47
3	5	9	167	129
4	2	3	180	132
E	-	-	-	-
T	-	-	-	-
Z	1	4	13	-
Totaux	14	40	399	358

On observe que le recodage a fait diminuer le nombre de jours de delà de la borne haute (358 après recodage, versus 631 avant) : cela s'explique parfaitement après recodage, les niveaux de sévérité des séjours sont globalement plus élevés.

Néanmoins, le nombre de jours au delà de la borne haute reste très important pour les séjours de niveau 3 et 4 (en moyenne 14,3 jours en niveau 3 et 44 jours en niveau 4). Ces séjours correspondent d'après les courriers de sortie soit à des difficultés de transfert (dans ce cas la prise en charge secondaire des patients a du se faire au sein d'un service MCO au lieu d'un service SRR), soit à des séjours avec la survenue de nombreuses complications.

En extrapolant les résultats obtenus sur notre échantillon recodés à l'ensemble des séjours HC EXH 1-2, on obtient les résultats suivants :

Tableau 22 : Extrapolation de la valorisation avant et après recodage aux séjours HC EXH 1-2, avec débasage de 3%

			Avant recodage	Après recodage
Nb RUM			142	142
Nb RSS			115	115
Valorisation totale		FG10.10.c	717 890 €	768 479 €
		FG11.11	559 844 €	764 828 €
		Différence €	- 158 046 €	- 3 651 €
		Différence %	- 22,02%	- 0,48%
GHS	FG 10	€	409 071 €	469 818 €
	FG 11	€	335 014 €	553 578 €
	Différence de Valorisation	%	- 18,10%	17,83%
		€	- 74 057 €	83 760 €
EXH	FG 10	Nb (J.)	997	1 147
		€	308 819 €	298 661 €
	FG11	Nb (J.)	1 502	1 030
		€	224 830 €	211 249 €
	Tarif Moyen EXH*	FG 10	310 €	260 €
		FG 11	149 €	205 €
	Différence de Valorisation	%	- 27,20%	- 29,27%
		€	- 83 989 €	- 87 412 €

*le Tarif moyen des EXH a été obtenu en divisant la valorisation des EXH par le nombre de jours EXH.

On constate que non seulement la baisse de valorisation de ces séjours est minime avec le passage en V11 (-0,48%), mais surtout que cette valorisation est bien meilleure que celle obtenue initialement tant en V10.c qu'en V11 (+204 984€ en V11 après recodage, soit 36,61% de plus avec le recodage).

A vu de l'amélioration de la valorisation, il aurait été intéressant de recoder également les séjours de niveau 1 et 2, donc la durée moyenne de séjour était supérieure à la borne basse du GHS de niveau de sévérité supérieure. En améliorant ainsi le niveau de sévérité, on aurait été certain de ne pas voir le tarif du GHS diminué pour une durée de séjour trop courte.

Un codage exhaustif et de qualité, permet d'améliorer la valorisation des séjours en hospitalisation complète avec EXH de 37% en V11.

C) EFFET DE LA MODIFICATION DE LA DÉFINITION DU DP

Nous avons prévu de mettre rechercher une éventuelle modification de valorisation en V11 suite à la modification de la définition du DP.

Malheureusement, les séjours que nous avons recodés n'ont pas permis d'observer des différences de codage entre la nouvelle définition et l'ancienne, tant pour les séjours avec EXB que ceux avec EXH en hospitalisation complète.

Ceci est probablement dû au fait que les séjours que nous avons étudiés étaient mono-services. En ciblant notre étude sur ce type de séjours, nous avons écarté ceux dont les complications auraient nécessité des transferts vers des services d'autres spécialités.

La nouvelle définition du DP ne semble pas impacter de façon sensible les séjours mono-services, y compris les multi-RUM.

D) EXTRAPOLATION DES RÉSULTATS À L'ENSEMBLE DES SÉJOURS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE

Nous avons extrapolé précédemment l'ensemble de nos résultats aux sous-populations que nous étudions. Il convient maintenant de rassembler ces résultats pour observer le résultat de notre travail sur l'ensemble des séjours d'hospitalisation complète. C'est l'objet du tableau ci-dessous :

Tableau 23 : Extrapolation des valorisations obtenues après recodage aux séjours HC Neuro, avec débasage 3%

			HC Neuro	HC avec recodage	HC RAS	HC EXB recodé	HC EXH 1-2 recodé
Nb RUM			2 668	2 668	2 074	452	142
Nb RSS			2 390	2 390	1 836	439	115
%			100%	100%	77%	18%	5%
Valorisation totale		FG10.10.c	7 207 513 €	7 085 504 €	5 008 524 €	1 308 501 €	768 479 €
		FG11.11	6 573 207 €	6 778 467 €	5 057 468 €	956 172 €	764 827 €
		Différence €	- 634 306 €	- 307 037 €	48 944 €	- 352 329 €	- 3 652 €
		Différence %	- 8,80%	- 4,33%	+ 0,98%	- 26,93%	- 0,48%
GHS	FG 10	Nb RSS	2 390	2 390	1 836	439	115
		€	6 691 688 €	6 561 896 €	4 740 528 €	1 351 550 €	469 818 €
	FG11	Nb RSS	2 390	2 390	1 836	439	115
		€	7 173 835 €	6 894 976 €	4 913 983 €	1 427 415 €	553 578 €
	Différence de Valorisation	%	+ 7,21%	+ 5,08%	+ 3,66%	+ 5,61%	+ 17,83%
		€	482 147 €	333 080 €	173 455 €	75 865 €	83 760 €
EXH	FG 10	Nb (J.)	2 011	2 161	1 014		1 147
		€	592 019 €	581 861 €	283 200 €		298 661 €
	FG11	Nb (J.)	2 124	1 652	622		1 030
		€	368 314 €	354 734 €	143 485 €		211 249 €
	Tarif Moyen EXH*	FG 10	294 €	269 €	279 €		260 €
		FG 11	173 €	215 €	231 €		205 €
	Différence de Valorisation	%	- 37,79%	- 39,03%	- 49,33%		- 29,27%
		€	-223 705 €	- 227 127 €	- 139 715 €		- 87 412 €
EXB	FG 10	Nb (RSS)	29	27	9	18	
		€	- 76 194 €	- 58 253 €	- 15 204 €	- 43 049 €	
	FG11	Nb (RSS)	439	208	0	208	
		€	- 968 942 €	- 471 243 €	0 €	- 471 243 €	
	Différence de Valorisation	%	+ 1171,69%	+ 708,96%	- 100,00%	+ 994,67%	
		€	- 892 749 €	- 412 990 €	15 204 €	- 428 194 €	

** le Tarif moyen des EXH a été obtenu en divisant la valorisation des EXH par le nombre de jours EXH.*

On constate que si notre recodage n'est pas favorable à la valorisation de l'activité en hospitalisation complète en V10.c (-1,7% par différence de valorisation entre avant et après recodage, en V10.c, pour les raisons explicitées dans la partie *HC EXB*), il permet d'atténuer les effets du groupage en V11 (-4,33% versus -8,80%) et d'améliorer la valorisation obtenue en V11 par rapport celle avant recodage (+3,1% par différence de valorisation entre avant et après recodage, en V11).

3. HOSPITALISATION MULTI-SERVICES AVEC UN RUM EN NEUROLOGIE

Ayant fait le choix de ne pas effectuer de recodage de dossiers de séjours multi-services, nous présentons toutefois la répartition par niveau de sévérité de ces séjours :

Niveau de sévérité du GHM	Nbre	%
1	138	34,76
2	80	20,15
3	110	27,71
4	59	14,86
Z	10	2,52
Totaux	397	100

Pour mémoire, comparons la répartition en fonction du niveau de sévérité des séjours *d'HC Neuro* avec celle des séjours d'hospitalisation multi-services :

Niveau de sévérité du GHM	RSS Neuro		RSS HC multi-services	
	Nbre	%	Nbre	%
1	1 723	68,86 %	138	34,76 %
2	365	14,59 %	80	20,15 %
3	318	12,71 %	110	27,71 %
4	96	3,84 %	59	14,86 %
Totaux	2502	100 %	397	100 %

Il apparaît très clairement que la répartition des séjours multi-services se fait au bénéfice de niveaux de sévérité élevés lorsqu'on compare sa répartition avec celle des séjours d'hospitalisation complète de neurologie uniquement.

4. EXTRAPOLATION À L'ENSEMBLE DES SÉJOURS DE NEUROLOGIE

Tableau 24 : Extrapolation des valorisations obtenues après recodage à l'ensemble des séjours, avec débasage de 3%

		Neuro Tout	Neuro recodé	HdJ recodé	HC recodé	HC Multi Services		
Valorisation totale	FG10.10.c	11 810 305 €	11 686 981 €	1 236 412 €	7 085 504 €	3 365 065 €		
	FG11.11	11 507 978 €	11 731 863 €	1 369 298 €	6 778 467 €	3 584 098 €		
	Différence €	- 302 327 €	44 882 €	132 886 €	- 307 037 €	219 033 €		
	Différence %	- 2,56%	+ 0,38%	+ 10,75%	- 4,33%	+ 6,51%		
GHS	FG 10	Nb RSS	5 996	5 996	3 209	2 390	397	
		€	10 391 497 €	10 260 390	1 236 412 €	6 561 896	2 462 082 €	
	FG11	Nb RSS	5 996	5 996	3 209	2 390	397	
		€	11 760 514 €	11 312 947	1 382 853 €	6 894 976	3 035 118 €	
	Différence de Valorisation	%	+ 13,17%	+ 10,26%	+ 11,84%	+ 5,08%	+ 23,27%	
		€	1 369 017 €	1 052 557 €	146 441 €	333 080 €	573 036 €	
	EXH	FG 10	Nb (J.)	5 049	5 199		2161	3 038
			€	1 510 839 €	1 500 681		581 861	918 820 €
FG11		Nb (J.)	4 905	4 433		1652	2 781	
		€	987 723 €	974 143		354 734	619 409 €	
Différence de Valorisation		%	- 34,62%	- 35,09%		- 39,03%	- 32,59%	
		€	- 523 116 €	- 526 538 €		- 227 127 €	- 299 411 €	
EXB		FG 10	Nb (RSS)	34	32	-	27	5
			€	- 92 032 €	- 74 090	-	- 58 253	- 15 837 €
	FG11	Nb (RSS)	561	247	10	208	29	
		€	- 1 240 259 €	- 555 227	-13 555 €	- 471 243	-70 429 €	
	Différence de Valorisation	%	+ 1247,64%	+ 649,40%	-	+ 708,96%	+ 344,71%	
		€	- 1 148 227 €	- 481 137 €	- 13 555 €	- 412 990 €	- 54 592 €	

Nous avons, au cours de cette étude, effectué le recodage de 142 séjours (28 en HdJ EXB, 74 en HC EXB et 40 en HC EXH 1-2), ce qui représente 21,13% des 669 séjours de ces différentes catégories (93 en HdJ EXB, 439 en HC EXB et 137 en HC EXH 1-2). Nous avons donc au cours des étapes précédentes extrapolé ces 21,23% à l'ensemble des 669 séjours d'où étaient issus les dossiers recodés (soit 11,16% des 5 996 séjours).

L'intégration des différents résultats obtenus suite au recodage des dossiers et à l'extrapolation dans les différentes sous-populations de notre étude nous permet d'observer que certes notre recodage n'aurait pas été favorable pour la valorisation globale de l'activité 2008 en V10.c (11 686 981€ avec recodage versus 11 810 305€ avant recodage, soit une différence de 123 387€). Par contre le passage en V11 montre une amélioration de la valorisation de l'activité recodée de 0,38% avec débasage de 3% (soit une amélioration de 44 882€).

Ceci est à mettre en parallèle avec le fait qu'en groupage V11 l'activité recodée est mieux valorisée que celle avant recodage (11 731 863€ versus 11 507 978 € soit une amélioration de 1,94%).

La diminution de la valorisation en V10.c avec recodage par rapport à celle obtenue initialement était attendue puisque nous l'avions vu, le codage de l'activité de l'hospitalisation complète avait, pour les séjours avec des EXB porté à débat en raison du non-respect de certaines règles de codage (principalement sur les DP).

**Un codage exhaustif et de qualité, permet non seulement
de rendre le passage en V11 profitable,
mais il permet surtout d'améliorer la valorisation en V11
par rapport au codage initial.**

On peut donc dire que quelque soit le mode prise en charge, le respect des règles de codage permet une amélioration de la valorisation en hospitalisation de jour, et une diminution des pertes en hospitalisation complète.

Pour les séjours d'hospitalisation de jour avec EXB, notre analyse est perturbée par des séjours dont la prise en charge aurait dû se faire en externe.

Pour les séjours d'hospitalisation complète avec EXB, il s'avère après recodage que certains séjours ont des durées extrêmement basses. L'organisation du service doit-elle envisager de pouvoir garder certains patients plus longtemps pour se conformer tant aux règles de bonnes pratiques qu'à une valorisation optimale, ou alors les bornes basses de certains GHM nécessitent d'être revue en raison de pratiques nouvelles qui visent à réduire les durées de séjour ?

Pour les séjours d'hospitalisation complète avec des EXH, il persiste après le recodage la question de dossiers avec durées de séjour trop longue :

- s'agit-il d'un oubli de la mention de CMA dans le courrier de sortie ?
- l'organisation du service est-elle à revoir dans certains cas afin d'organiser un transfert vers une autre structure pour la prise en charge ?

IV. DISCUSSION

Dans un travail de recherche, la discussion se doit de répondre à trois objectifs, lesquels sont en partie liés entre eux⁷⁶ :

- le premier objectif est de juger de la qualité et la validité des résultats qui ont été obtenus. Ainsi, dans un premier temps, nous allons nous livrer à une critique de notre étude et des choix méthodologiques que nous avons faits.
- le deuxième objectif, consiste à dire au vu des résultats obtenus si l'objectif fixé a été atteint ou non, et de répondre à la question qui était posée. Nous commenterons donc les résultats de notre étude afin de répondre à cette question et tenter d'apporter des éléments qui permettront d'avoir une approche managériale en vue de résoudre certains dysfonctionnements apparents.
- le troisième objectif consiste à comparer nos résultats avec ceux précédemment obtenus par d'autres auteurs. Malheureusement, hormis les résultats des tests préparatoires de l'ATIH, nous n'avons pas retrouvé d'étude publiée dont les résultats pourraient être comparés aux nôtres. Aussi nous n'effectuerons pas de comparaison de nos résultats.

A. CRITIQUE DES CHOIX DE MÉTHODOLOGIE DE NOTRE ÉTUDE

1. DISCUSSION SUR LE CHOIX DU PÉRIMÈTRE ÉTUDIÉ

Nous avons fait le choix pour notre étude d'étudier les effets de la V11 sur l'activité d'un seul service : le service de neurologie du CHU de Nancy.

Augmenter le périmètre de notre étude à l'ensemble du CHU dans sa globalité, ou même d'un pôle, aurait nécessité des moyens largement supérieurs, tant matériels qu'humains, afin de pouvoir mener à terme cette étude. De plus il aurait été nécessaire d'obtenir l'approbation de l'ensemble des responsables des unités médicales car nous procédons au cours de cette étude à une analyse de leur

⁷⁶ La rédaction médicale : de la thèse à l'article original, M. Huguier et H. Maisonneuve et alii, éditions Doin, 1994.

activité et de leurs pratiques et dans certains cas une critique, ce qui peut soulever parfois des problèmes délicats.

Enfin, on peut considérer que le rapport de taille des structures (service de neurologie versus CHU de Nancy), proche de 5%, peut s'apparenter à un tirage au sort en grappe.

Deuxièmement, en élargissant notre étude au pôle ou à l'établissement dans sa globalité, nous aurions été confrontés à de multiples pratiques, que ce soit d'ordre médical ou bien dans la manière de recueillir l'activité : cette perte d'homogénéité nous aurait amené à prendre en considération plusieurs biais dans nos résultats et à considérer de trop nombreuses hypothèses explicatives.

En effet, on peut penser que la spécialité médicale peut avoir un impact sur la manière de recueillir l'activité en fonction des différents objectifs que peuvent avoir les sociétés savantes, et donc des recommandations de prise en charge qui peuvent être édictées.

De plus, en fonction des services, différentes méthodes de recueil peuvent être retrouvées, y compris au sein du même établissement ou d'un même pôle : un médecin DIM détaché pour le codage, un médecin du service habilité à coder l'ensemble de l'activité, ou encore chaque praticien responsable de son activité en effectuant lui-même le codage, quand ce n'est pas une des secrétaires qui se charge d'effectuer cette tâche. Peut se poser alors la question de la fiabilité des données, et donc des résultats obtenus après une analyse des données.

Dans le service de neurologie, c'est chaque médecin qui effectue le codage de son activité, l'ensemble étant coordonné par un seul médecin du service en charge du « contrôle » de l'exhaustivité dans les délais imposés par une rémunération à l'activité.

2. DISCUSSION SUR LE CHOIX DE L'OUTIL INFORMATIQUE

Pour le groupage de nos données, nous avons utilisé le logiciel IMPACT FG 11.11, développé par la société Web100T.

Il aurait pu être possible de réaliser notre étude à l'aide du groupeur de l'ATIH mis à disposition des établissements de santé (FG10.c et FG11).

Néanmoins cela aurait nécessité d'utiliser des formats de fichiers différents suivant les versions dans lesquelles on souhaitait grouper (en V10.c format 013 et en V11 format 014) avec une modification des dates dans le format 014 car le groupeur FG11 n'accepte à priori pas les séjours avec une date de sortie avant le 1^{er} mars 2009.

Ce travail aurait été source d'erreur, ce qui justifie que nous ayons préféré utiliser le logiciel de Web100T, lequel effectue automatiquement l'ensemble de ces modifications de format.

3. DISCUSSION SUR LES DONNÉES UTILISÉES

Nous avons utilisé les données d'activité du service de neurologie sur l'année 2008.

Certes, il est pourrait être jugé regrettable de ne pas avoir plutôt comparé l'activité 2008 (voire même jusqu'en février 2009) groupée en V10.c et une partie de l'activité 2009 groupée en V11 (à partir de mars 2010).

Malheureusement pour réaliser un tel design d'étude, nous aurions été confrontés à différents facteurs qui auraient pu influencer sur les résultats obtenus :

- le recul nécessaire : pour avoir des données comparables, il aurait fallu attendre suffisamment longtemps pour pouvoir recueillir plusieurs mois d'activité codés en V11, et ce en tenant compte des délais nécessaires pour avoir une exhaustivité de RUM satisfaisante.
- l'effet volume : si l'activité avait chuté en 2008 sur le CHU de Nancy⁷⁷, rien ne permet de dire aujourd'hui que cette tendance s'est inversée pour 2009. Or pour pouvoir effectuer des comparaisons de valorisation en recherchant une différence due à un changement de la version de groupage, il est impératif d'avoir des données qui soient au moins comparables en volume.
- l'effet prise en charge : rien ne permet de dire que les modalités de prises en charge soient identiques entre 2008 et 2009, cela en raison de l'évolution des recommandations, de l'arsenal thérapeutique à disposition qui change régulièrement, mais également de l'évolution de la composition de l'équipe médicale dont on sait que les pratiques et *habitus* peuvent varier selon les individus.

⁷⁷ Rapport d'activité 2008 du CHU de Nancy.

- l'effet de variation de l'activité : affirmer que les types d'activités entre 2008 et 2009 sont identiques serait hasardeux, quand on sait que les recrutements de personnels médicaux peuvent ouvrir de nouveaux champs d'activité. De plus, il est connu que selon les saisons les activités diffèrent quelque peu d'où des évolutions du Case-Mix au fil des saisons.
- l'effet codage : on pourrait présumer que la mise en place de la V11 aurait induit des changements dans les pratiques de codage (utilisation des nouveaux codes à disposition et parfois imposés par les règles de codage comme les codes pour polysomnographies, mise à jour des thésaurus, etc...). Malheureusement, nous avons dû constater que la mise en place de la V11 n'avait pas entraîné de modifications de ce type.

Forts de ces différentes hypothèses et constatations, nous avons donc fait le choix d'étudier les impacts de la V11 en travaillant sur la même base de données.

4. DISCUSSION SUR LES EXTRAPOLATIONS

Après le recodage des séjours tirés au sort, nous avons extrapolé les valeurs de la valorisation obtenue à l'ensemble des séjours de la sous-population.

Cette démarche est largement critiquable compte-tenu des anomalies que nous avons mises en évidence lors du recodage. Pour les séjours *HdJ EXB* nous avons vu que nombre d'entre eux ne relevait pas de l'hospitalisation de jour selon la circulaire frontière, tandis que pour les séjours *HC EXB* le recodage a mis en évidence de fréquents mésusages des règles de codage.

Dans les deux cas, on peut supposer que ces dysfonctionnement de prise en charge ou ces anomalies de codage ne sont pas limités strictement aux échantillons que nous avons tirés au sort, voir même aux sous-populations que nous avons étudiées.

Il serait intéressant de réaliser un contrôle qualité sur l'ensemble des séjours que nous avons initialement, et probablement à tort, étiquetés comme « RAS », afin de conforter ou non cette hypothèse.

Néanmoins, nous nous sommes tenus à la méthodologie que nous avons établie, malgré ces constats.

5. LES POTENTIALITÉS D'AMÉLIORATION DE LA VALORISATION

Nous avons fait le choix de porter notre analyse sur des séjours dont la valorisation comportait soit des pénalités EXB, soit des suppléments EXH corrélés avec un faible niveau de sévérité du GHM (1 ou 2).

Bien évidemment il ne s'agit pas là des seules potentialités d'amélioration de la valorisation de l'activité du service de neurologie. On aurait pu également décider d'étudier les séjours d'hospitalisation complète avec des durées de séjour supérieures ou égales à la borne basse du GHM de niveau de sévérité supérieur. En effet, en augmentant le niveau de sévérité de ces séjours (classés à priori « RAS »), on en aurait augmenté la valorisation car la durée de séjour nécessaire aurait été requise (donc pas d'EXB).

Certaines critiques pourraient considérer que le recodage que nous avons fait sur des séjours sélectionnés correspond à du codage opportuniste. Or nous avons précisé dans notre méthodologie que le recodage serait fait exclusivement à partir des courriers de sortie, et en respectant strictement les règles de codage en vigueur.

Nous avons uniquement sélectionné nos dossiers en fonction du résultat du groupage initial qui nous semblait douteux, et les résultats obtenus ont largement montré que l'intuition qui avait guidé notre démarche n'avait pas été contredite.

B. LES RÉSULTATS ET LES OBJECTIFS INITIAUX

Notre étude a produit un certain nombre de résultats dont il convient de voir s'ils nous permettent de répondre à la question qui a motivé l'ensemble de ce travail.

A la lumière des résultats que nous avons obtenus lors de notre étude, avant et après recodage, puis à l'issue de l'extrapolation, nous avons exprimé un certain nombre de critiques.

Loin de se vouloir accusatrices, ces critiques n'ont comme seul but de permettre d'apporter des pistes d'amélioration à la lumière des organisations que nous avons observées.

1. LA V11 MODIFIE-T-ELLE LA VALORISATION DES ACTIVITÉS MÉDICALES ?

Dans un premier temps, à l'issue du traitement des données fournies initialement, la V11 s'est révélée être néfaste pour la valorisation de l'activité du service de neurologie du CHU de Nancy si on l'appliquait aux données de 2008 sans modifications (-2,56% avec débasage de 3% des tarifs de 2008).

Ces effets sont d'autant plus inquiétants que, même si les établissements hospitaliers peuvent être considérés comme à l'abri de toute situation de faillite, le CHU de Nancy tente avec difficulté d'inverser la courbe de l'évolution de son bilan financier.

Néanmoins, le recodage d'un échantillon ciblé de dossiers (représentant 2,37% des séjours) suivi de l'extrapolation à 11,16% des séjours semble avoir inversé la tendance, en mettant en avant un impact positif de la V11 sur l'activité recodée de 0,38%, mais également en augmentant la valorisation en V11 de 1,94% par rapport à celle avant recodage.

C'est donc au vu de ces résultats que nous pouvons nous permettre de répondre à la question que nous avons posée en préambule de ce travail :

**La V11 modifie la valorisation des activités médicales,
mais son effet varie selon la qualité du codage
qui devient un élément déterminant et essentiel
dans la gestion d'un établissement hospitalier.**

**En effet, la V11 se montre bénéfique pour un codage exhaustif et de précis,
tandis qu'elle sanctionne sévèrement un codage imparfait.**

En effet, nous avons largement montré, tant avec les séjours d'*Hdj EXB* que ceux d'*HC EXH 1-2*, qu'un codage exhaustif et de qualité, ainsi que le passage en V11, permettaient d'améliorer la valorisation des séjours de façon considérable. Pour ce qui est des séjours d'*HC EXB*, les conclusions ne sont pas aussi catégoriques en raison des défauts de codage que nous avons observés et qui rendent la comparaison tronquée.

La nouvelle définition du DP ne semble pas impacter de façon sensible les séjours que nous avons recodés, parce que probablement ces séjours n'étaient pas des séjours multi-RUM qui s'étaient déroulés dans des services de spécialités différentes, et donc pour lesquels on peut supposer qu'une complication soit intervenue au cours du séjour.

Ces différents constats donnent raison à ceux qui défendent depuis longtemps, mais avec plus de vigueur encore depuis la mise en place de la V11, la place essentielle d'un DIM au sein d'un établissement hospitalier.

Il apparaît évident que les constats que nous avons faits, nécessitent des réponses correctives à apporter afin de ne pas « subir » la V11.

2. LA V11 ET LA T2A NE SONT PAS DES FATALITÉS ...

A) L'INTERÊT D'UN CODAGE DE QUALITÉ

Dans le contexte actuel, les cliniciens peuvent regretter qu'actuellement le PMSI ne prenne son sens qu'au travers de la T2A qui semble être sa finalité : la vision tarifaire du PMSI semble avoir pris aujourd'hui l'essentiel de son champ d'action.

C'est néanmoins oublier que si l'on souhaite utiliser les données PMSI pour un autre usage que la stricte tarification à l'activité (que ce soit à visée épidémiologique, ou pour le recrutement de patients pour des recherches thérapeutiques, ou encore pour l'évaluation des pratiques professionnelles), il est nécessaire d'avoir un codage suffisamment descriptif de la situation clinique qui a été prise en charge. En effet, on a pu voir dans nos résultats qu'un codage qui utilise l'ensemble de la CIM-10 augmente la spécificité des GHM et la description de l'activité réalisée. Cela prouve, s'il en était encore nécessaire, l'intérêt d'un codage précis et exhaustif.

Il apparaît donc nécessaire, pour toutes les possibilités que peut offrir un codage correct, d'y sensibiliser rapidement les praticiens.

B) UNE BASE DE DONNÉES DOIT ÊTRE LE REFLET DE L'ACTIVITÉ

L'un des premiers problèmes que nous avons rencontrés au cours de notre étude est l'absence d'hospitalisation pour des séjours qui pourtant figuraient dans notre base de données, ce qui nous avait obligé à utiliser la totalité de notre « liste de secours ».

Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette situation :

- le séjour ne figure pas dans le logiciel du service de Neurologie (Susie) en raison d'un bug informatique, mais il a bien eu lieu.
- le séjour n'a pas eu lieu (annulation par le patient par exemple), et dans ce cas il figure à tort dans la base de données des RUM.

En tout état de cause, il apparaît nécessaire d'apporter des corrections à l'un des deux éléments (logiciel Susie ou base de données des RUM), et de mettre en place une procédure visant à rendre les deux bases en adéquation pour éviter que des séjours soient facturés à tort, afin d'éviter que des récupérations d'indu avec pénalités soient prononcées.

C) LA NÉCESSITÉ DES COURRIERS D'HOSPITALISATION

Les courriers de sortie sont, pour certains séjours inexistant, pour d'autres très incomplets. Or il s'agit d'un élément règlementaire du dossier médical.

C'est le courrier de sortie, adressé au médecin traitant en faisant un compte rendu de l'hospitalisation et en précisant la suite de la prise en charge, qui permet d'assurer à la fois le suivi du patient et de faire la synthèse des éléments du dossier médical pour le médecin référent.

Nous avons été surpris de constater que pour chaque courrier c'est l'ensemble des antécédents du patient qui devaient être ressaisis, et qu'à aucun moment la fonction « *copier / coller* » n'était utilisée, ni l'insertion dans le courrier d'une rubrique contenant l'ensemble des antécédents du patient. Malheureusement l'absence d'automatisation de ces fonctions est extrêmement chronophage.

Au-delà de l'aspect règlementaire, le courrier de sortie prend également une dimension tout autre, puisqu'il est le reflet de la prise en charge du patient par le service. On peut imaginer les conséquences que peuvent avoir une communication altérée entre un service hospitalier et les praticiens qui y adressent leurs patients : cela peut signifier pour eux un manque de considération, et les inciter à se tourner vers d'autres prestataires (publics ou privés) pour la prise en charge de leurs patients.

Ces potentielles conséquences doivent inciter l'ensemble des acteurs d'un service hospitalier à transmettre rapidement à leurs interlocuteurs extérieurs des comptes-rendus clairs et précis.

Il s'agit d'une amélioration importante à apporter afin de préserver l'image extérieure du service et de permettre des contrôles qualités efficaces dans le cadre de la T2A.

D) LE CODAGE PAR LES PRATICIENS : UN AXE MAJEUR

Dans les séjours que nous avons recodés, nous avons constaté que certains courriers étaient insuffisants pour permettre un codage de qualité, car ils étaient soit imprécis soit incomplets.

A contrario, nous avons également observé dans certains cas que la description précise d'un diagnostic ou d'une complication figurait dans le courrier, mais que le code de la CIM-10 qui avait été utilisé pour le codage n'était pas assez précis, voir même inexistant.

On peut apporter à cela plusieurs hypothèses explicatives :

- les règles de codage ne sont pas suffisamment connues des praticiens.
- le codage à partir d'un thésaurus, même complet, montre inévitablement ses limites, d'autant que des mises à jour régulières sont nécessaires.
- les praticiens ne disposent pas de CIM-10 à jour (leur version la plus récente remonte à 2002, et tous n'en possèdent pas).
- le manque de retour d'information rapide sur la valorisation de l'activité effectuée, démotive les cliniciens qui ne mesurent pas l'impact d'un codage correct et peuvent considérer le codage de l'activité comme une contrainte administrative.

Il apparaît donc nécessaire de solutionner au plus vite un certain nombre de ces dysfonctionnements, car il en va de la santé financière de l'établissement, autant que du service.

Nous nous permettons donc de proposer quelques pistes de travail visant à permettre au service de neurologie, mais également au CHU de Nancy, de corriger au plus vite les défauts organisationnels que nous avons identifiés :

- les cliniciens doivent être accompagnés pour la réalisation du codage de leur activité, et une information régulière doit leur être dispensée quant aux évolutions des différentes règles ou des nouveautés.
- la mise à disposition d'une aide au codage en ligne actuellement en cours de déploiement sur le CHU de Nancy va permettre de dépasser les limites des thésaurus (possibilité d'accéder à l'ensemble des codes de la CIM-10) et de solutionner l'absence de CIM-10 actualisée à disposition (mises à jour régulières).

- des contrôles qualités réguliers, en partenariat avec les cliniciens qui doivent être associés aux modifications proposées, devraient améliorer la qualité du codage effectué et donc permettre d'obtenir une valorisation juste en regard de l'activité produite.

En conséquence, nous sommes plutôt favorables à la mise en place d'un codage décentralisé, couplé à un contrôle centralisé régulier voire permanent, avec des retours d'information en temps réel afin de diminuer les correctifs nécessaires.

La mise en place d'un logiciel de codage des actes et des diagnostics par les praticiens étant en cours de déploiement sur le CHU de Nancy sera en adéquation avec nos propositions, sous réserve qu'un accompagnement des cliniciens soit effectif, doublé d'un contrôle qualité centralisé.

Ce système, permettant au clinicien un retour d'information immédiat sur le séjour qu'il vient de saisir (tant financier, que descriptif sur les bornes du GHM), permettra une bonne sensibilisation des équipes médicales à la valorisation de leur activité.

CONCLUSION

Les effets de la V11 ne sont pas une fatalité ; il est nécessaire pour les établissements financiers de savoir en saisir tous les atouts. Cela passe par une amélioration de la description de leurs activités mais également par des réorganisations de certaines pratiques.

Il n'en reste pas moins qu'aujourd'hui les hôpitaux doivent également raisonner comme des entreprises dans un marché concurrentiel et donc être attentifs à leur image : le recrutement de nouveaux patients leur permettra d'augmenter leur volume d'activité.

C'est probablement là l'essentiel de la solution qui leur permettra d'inverser le déséquilibre financier, tout en s'éloignant de la possibilité de mise en redressement, avec des conséquences qui s'avèreraient néfastes, tant pour les équipes qui les composent que pour les populations dont ils ont la charge

BIBLIOGRAPHIE

Les références sont présentées par ordre d'apparition au cours de la rédaction.

A. OUVRAGES

Huguiet, Maisonneuve et alii, La rédaction médicale : de la thèse à l'article original, éditions Doin, 1994.

B. ARTICLES

Katell Le Lay et alii, La tarification à l'activité (T2A) ou la recherche de l'efficience comme impératif déontologique à l'hôpital, La Lettre de l'infectiologue, Tome XXI n°2, mars-avril 2006.

C. TEXTES RÉGLEMENTAIRES

1. ARRÊTÉS

JO du 10 mai 2005, Arrêté du 4 avril 2005 pris en application de l'Article L. 162-22-7 du Code de la Sécurité Sociale et fixant la liste spécialités pharmaceutiques mentionnées prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

JO du 28 février 2009, Arrêté du 27 février 2009 fixant pour l'année 2009 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

JO du 10 mai 2005 : Arrêté du 2 mars 2005 pris en application de l'Article L. 162-22-7 du Code de la Sécurité Sociale et fixant la liste produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité Sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

JO du 5 mars, Arrêté du 25 février 2008 modifiant l'arrêté du 27 février 2007 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine,

chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

JO du 5 mars, Arrêté du 27 février 2008 fixant pour l'année 2008 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

2. CIRCULAIRES

Circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009, relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé.

Circulaire DHOS-F-0/DSS-1A/005 n°119 du 1^{er} mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale.

Circulaire n° 119 du 4 octobre 1985, relative à la mise en place dans les établissements hospitaliers des résumés de sortie standardisés (R.S.S.).

CIRCULAIRE N°DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée, dite Circulaire Frontière

3. GUIDES MÉTHODOLOGIQUES

Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, applicable au 1^{er} janvier 2004.

Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, applicable au 1^{er} mars 2009.

Le format RUM 013 est celui qui était en vigueur pour l'export et le traitement des données en 2008. C'est ce format qu'utilisait Impact FG11.11.

D. RAPPORTS

Cour des Comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008, septembre 2009.

Haute Autorité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (H3AM), Rapport sur la convergence hospitalière, juillet 2006.

Martine Carillon-Couvreur, Assemblée Nationale, Rapport d'Information sur les suites données aux observations communiquées par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de

la sécurité sociale (MECSS) au Gouvernement et aux organismes de sécurité sociale, rapport d'information n°3739, XXIIème législature, 20 février 2007.

Cour des Comptes, Rapport d'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, septembre 2006.

Cour des Comptes, Synthèse du Rapport sur la Sécurité Sociale 2006, 2006,.

ATIH, Rapport d'étape pour une version 11 de la classification des GHM et autres travaux, mai 2006.

ATIH, Version 11 de la classification des GHM, Travaux 2006-2007. Simulations diverses sur les données 2005, mars 2007.

ATIH, Version 11 de la classification des GHM, Travaux 2007. Etudes complémentaires, Finalisation des CMA, Révision des groupes médicaux, octobre 2007.

Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé, Rapport n°2006 009, Janvier 2006.

Rapport d'activité 2008 du CHU de Nancy, juin 2009.

ATIH, Evolution de la notion de séjours bas en V10 et en V11, 2009.

Dr Marion Mendelsohn, ATIH, L'activité des CHU dans le PMSI : peut-on isoler l'activité spécifique des CHU ? , version 2, Mai 2009.

E. SITES INTERNET ET PAGES WEB

<http://www.tns-sofres.com> : Enquête TNS Sofres/ Logica, *Les français et l'Hôpital*, février 2009

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/>

www.apmnews.com

www.hostocomparateur.com

www.atih.sante.fr

<http://www.atih.sante.fr/?id=0002400093FF> format RSS 113

F. DIVERS

Lettre en date du 29 avril 2009 de Mme Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, à Mr Claude Evin, Président de la FHF.

Compte rendu de la Rencontre entre les DIM de CHU et le Dr Marion Mendelsohn (Chef du Service Classifications et Information Médicale – Pôle Nomenclatures à l'ATIH) pour la présentation de la V11, le 23 janvier 2009.

Compte rendu de la rencontre entre les représentants de la FHF et le Cabinet de Madame la Ministre de la Santé sur la campagne budgétaire et tarifaire 2009, www.fhf-centre.fr.

VU

NANCY, le 29 juillet 2009
Le Président de Thèse

NANCY, le 13 octobre 2009
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur F. KOHLER

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 15 octobre 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Le financement des hôpitaux est en constante évolution et la tarification à l'activité (T2A) est en place depuis 2004. En 2009 l'arrivée de la V11, constitue la 3^{ème} étape de l'adaptation des fonctions de groupage des GHM à la T2A. Il est donc nécessaire pour le management hospitalier d'en connaître les conséquences en termes de case-mix, de représentativité de l'établissement, de valorisation financière.

Par l'étude des effets de la V11 sur la valorisation de l'activité 2008 du service de neurologie du CHU de Nancy (5996 RSS), nous avons conclu à une baisse de la valorisation par rapport à celle obtenue en V10.c de 2,56% après débasage de 3% des tarifs 2008.

Une analyse plus fine de certains séjours (669 soit 11,16% des séjours), nous a amené à recoder 142 séjours (21,13%, soit 28 en Hospitalisation de Jour avec des bornes basses, 74 en Hospitalisation de Complète avec des bornes basses et 40 en Hospitalisation de Complète avec des bornes hautes), suivi d'une extrapolation de ces résultats. Ainsi avec la V11 nous améliorons la valorisation de 0,38% par rapport à la V10.c et de 1,94% versus celle obtenue initialement.

Un codage exhaustif et de qualité, permet non seulement de rendre le passage en V11 profitable, mais il permet surtout d'améliorer la valorisation par rapport au codage initial.

The 11th version of the French DRG's impact the financial valorization of the activity of a medical unit?

Based on the 2008 activity of the Neurology unit at the Nancy teaching hospital.

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2009

MOTS CLÉS : T2A, tarification à l'activité, financement, valorisation, GHM, GHS, RUM, RSS, PMSI, V10.c, V11, fonction de groupage des GHM.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9 Avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
