



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2012-2013**

Recherche sur les applications du PMSI
dans le cadre d'un diagnostic territorial de
santé et mise en application

ETIENNE GAGNEUR

Remerciements

Mes remerciements vont d'abord à Frédéric Imbert qui m'a permis de faire ce stage et m'a mis dans les meilleures conditions pour concilier mon activité d'interne et le mémoire.

Je voulais remercier aussi les autres membres de l'ORS de m'avoir parfaitement intégré dans l'équipe.

Un remerciement également pour Pierre Tran Ba Loc pour avoir répondu à mes questions sur le PMSI

Et enfin, à l'équipe pédagogique et aux autres membres du PPASP pour les bons moments passés au cours de ce master.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Le PMSI.....	11
1.1 Historique	11
1.2 Financement.....	12
1.2.1 Champ d'action du PMSI et financement hospitalier.....	12
1.2.2 Etude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC).....	17
1.3 Le PMSI comme outil de gestion	17
1.3.1 Convergence public-privé.....	18
1.3.2 Gestion interne de l'hôpital et performance	18
1.3.3 L'appui des agences sanitaires	20
1.3.4 Contractualisation	21
1.4 Le PMSI-MCO.....	21
1.4.1 Mécanisme de fonctionnement du PMSI.....	22
1.4.2 Limites et précautions d'emploi	24
1.4.3 Limites liées à la tarification à l'activité	29
1.4.4 Qualité, sécurité des soins et PMSI	31
1.4.5 Possibilités d'avenir pour le PMSI	33
1.5 Le PMSI-SSR.....	37
1.6 Synthèse	37
2 Diagnostic territorial de santé.....	38
2.1 Contexte	38
2.2 Quel est l'objectif ?.....	39
2.3 Pourquoi ?	40
2.3.1 Un intérêt croissant pour la territorialisation	40
2.3.2 Un outil qui s'inscrit dans une politique transversale.....	42
2.4 A l'initiative de qui ?.....	45
2.4.1 Les collectivités territoriales.....	45
2.4.2 Les Agences régionales de santé	48
2.5 Sur quoi ? thèmes et partenaires.....	50
2.6 Avec qui et comment ?.....	51
2.6.1 Les opérateurs.....	51
2.6.2 Les outils.....	54

2.7	Quelques enjeux actuels	57
2.7.1	Les nouvelles orientations stratégiques nationales	57
2.7.2	Le parcours de soins	59
2.8	Les enjeux techniques	61
2.8.1	L'importance du territoire d'étude	61
2.8.2	Les indicateurs.....	63
2.8.3	L'accessibilité aux données	70
2.9	Synthèse	73
3	Illustration sur le territoire de l'Alsace Bossue	73
3.1	Le territoire d'analyse	75
3.2	Les séjours en MCO	77
3.2.1	Descriptif global de l'activité	77
3.2.2	Age des patients	81
3.2.3	Taux de recours	89
3.2.4	Mode d'entrée des séjours.....	94
3.2.5	Mode de sortie des séjours	98
3.2.6	Lieu d'hospitalisation des patients.....	100
3.2.7	Accès géographique aux soins.....	105
3.2.8	Indicateurs de planification.....	112
3.2.9	Réhospitalisations	113
3.3	Les séjours en SSR	114
3.4	Parcours de soins : MCO-SSR	121
4	Discussion.....	124
	Conclusion	126
	Bibliographie	129
	Annexes	I

Liste des tableaux et figures

Figures

Figure 1 Mécanisme de fonctionnement du financement hospitalier	13
Figure 2 Carte de l'offre hospitalière autour de l'Alsace Bossue	77
Figure 3 Cartes par zone de proximité de la proportion parmi l'ensemble des séjours des séjours de haut niveau de sévérité (à gauche) et des séjours lourds (à droite) en 2011.....	88
Figure 4 Zone des destinations principales sur le Bas-Rhin en 2011 en médecine	104
Figure 5 Zone des destinations principales sur le Bas-Rhin en 2011 en chirurgie.....	104
Figure 6 Zone des destinations principales sur le Bas-Rhin en 2011 en obstétrique	105
Figure 7 Comparaison du maillage des communes et des codes géographiques en Alsace	I
Figure 9 Taux de recours standardisé à l'hospitalisation évitable par zone de proximité en 2011.....	I
Figure 8 Taux de recours standardisé à la réanimation par zone de proximité en 2011	II

Tableaux

Tableau 1 Evolution de l'activité globale en Alsace Bossue et en Alsace de 2009 à 2011	78
Tableau 2 Evolution de l'activité globale par EPCI en Alsace Bossue de 2009 à 2011.....	78
Tableau 3 Activité par domaine d'activité en Alsace Bossue et en Alsace en 2011	79
Tableau 4 Activité par statut de l'établissement et domaine d'activité en Alsace en 2011....	80
Tableau 5 Evolution de l'activité par statut d'établissement en Alsace Bossue et en Alsace de 2009 à 2011.....	80
Tableau 6 Evolution de l'activité par activité de soins en Alsace Bossue et en Alsace de 2009 à 2011.....	81
Tableau 7 Répartition par classe d'âge de l'activité globale en Alsace Bossue et en Alsace de 2009 à 2011.....	82
Tableau 8 Répartition par classe d'âge et domaine d'activité de l'activité globale en Alsace Bossue et en Alsace en 2011.....	82
Tableau 9 Moyenne d'âge en Alsace Bossue et en Alsace de 2009 à 2011.....	83

Tableau 10 Evolution de la moyenne d'âge par type d'activité en Alsace Bossue et en Alsace de 2009 à 2011 en chirurgie.....	84
Tableau 11 Evolution de la moyenne d'âge par type d'activité en Alsace Bossue et en Alsace de 2009 à 2011 en médecine	85
Tableau 12 Evolution de la moyenne d'âge par type d'activité en Alsace Bossue et en Alsace de 2009 à 2011 sur des activités spécifiques	87
Tableau 13 Pourcentage de haut niveau de sévérité et de séjours lourds en Alsace Bossue et en Alsace en 2011	88
Tableau 14 Taux de recours en Alsace Bossue et en Alsace en chirurgie.....	90
Tableau 15 Pourcentage de séjours en ambulatoire sur l'Alsace Bossue et le reste de l'Alsace en 2011.....	92
Tableau 16 Taux de recours en Alsace Bossue et en Alsace en médecine	93
Tableau 17 Taux de recours en Alsace Bossue et en Alsace sur des activités spécifiques	94
Tableau 18 Répartition des principaux modes d'entrée en Alsace Bossue et en Alsace en 2011 en chirurgie	96
Tableau 19 Répartition des principaux modes d'entrée en Alsace Bossue et en Alsace en 2011 en médecine.....	97
Tableau 20 Répartition des principaux modes d'entrée en Alsace Bossue et en Alsace en 2011 par activité spécifique	98
Tableau 21 Répartition des principaux modes de sortie en Alsace Bossue et en Alsace en 2011.....	99
Tableau 22 Evolution du taux de mortalité en Alsace Bossue et en Alsace entre 2009 et 2011	99
Tableau 23 Evolution des parts de marché sur le territoire en Alsace Bossue et en Alsace par activité de soins entre 2009 et 2011.....	100
Tableau 24 Evolution des parts de marché pour les patients de l'Alsace Bossue par établissement et activité de soins entre 2009 et 2011.....	101
Tableau 25 Evolution des parts de marché pour les patients de l'Alsace Bossue par EPCI et par établissement entre 2009 et 2011.....	102
Tableau 26 Parts de marché selon le statut de l'établissement par activité en 2011 en Alsace Bossue et sur le reste de l'Alsace	103
Tableau 27 Evolution des temps de trajet entre le domicile et l'hôpital en Alsace Bossue et en Alsace entre 2009 et 2011 en chirurgie	107

Tableau 28 Evolution des temps de trajet entre le domicile et l'hôpital en Alsace Bossue et en Alsace entre 2009 et 2011 en médecine.....	108
Tableau 29 Evolution des temps de trajet entre le domicile et l'hôpital par activité en Alsace Bossue et en Alsace entre 2009 et 2011	110
Tableau 30 Evolution des temps de trajet entre le domicile et l'hôpital par statut de l'établissement en Alsace Bossue et en Alsace entre 2009 et 2011	111
Tableau 31 Evolution de l'activité par EPCI en SSR entre 2009 et 2010	115
Tableau 32 Evolution de la moyenne d'âge en SSR entre 2009 et 2010 en Alsace Bossue et en Alsace	116
Tableau 33 Evolution de la répartition par classe de moyenne d'âge en Alsace Bossue et en Alsace entre 2009 et 2010 en SSR.....	116
Tableau 34 Taux de recours en 2010 en Alsace Bossue et en Alsace en SSR comparé à 2009	117
Tableau 35 Evolution des parts de marché des établissements SSR entre 2009 et 2010 par EPCI.....	118
Tableau 36 Evolution des parts de marché par territoire en Alsace Bossue et sur le reste de l'Alsace entre 2009 et 2010 en SSR.....	118
Tableau 37 Zone des destinations principales en SSR en 2010 sur le territoire de santé n°1	119
Tableau 38 Evolution des distances à l'établissement SSR en Alsace Bossue et en Alsace entre 2009 et 2010.....	120
Tableau 39 Evolution de la dépendance physique et cognitive en Alsace Bossue et sur le reste de l'Alsace entre 2009 et 2010 en SSR.....	120
Tableau 40 Evolution du pourcentage d'adressage en SSR depuis le MCO entre 2009 et 2010 en Alsace Bossue et sur le reste de l'Alsace par activité.....	122
Tableau 41 Comparaison des distances depuis le domicile entre l'établissement MCO en amont et l'établissement SSR en aval en 209 et 2010 en Alsace Bossue et sur le reste de l'Alsace.....	123
Tableau 42 Principaux adressages du MCO vers le SSR pour les patients de l'Alsace Bossue sur les deux années d'étude.....	123

Liste des sigles utilisés

AC	Aides à la contractualisation
ALD	Affection longue durée
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
APA	Allocation personnalisée à l'autonomie
ARH	Agences régionales de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
Asip-santé	Agence des systèmes d'information partagée en santé
ATIH	Agence technique de l'information hospitalière
ATU	Accueil et traitement des urgences
AVC	Accident vasculaire cérébral
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CC	Communauté de communes
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCTIRS	Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé
CDAG	Centres de dépistage anonyme et gratuit
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIM	Classification internationale des maladies
CIRE	Cellules interrégionales d'épidémiologie
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CLS	Contrats locaux de santé
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-c	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés
CNIL	Commission nationale informatique et libertés
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CREA	Comptes de résultats analytiques
CREAI	Centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
CRF	Centre de réadaptation fonctionnelle
CRLCC	Centre régional de lutte contre le cancer
CRS	Centre de réadaptation spécialisé
CRSA	Conférences régionales de la santé et de l'autonomie
DCIR	Données de consommation inter-régimes
DDASS	Directions départementales de l'administration sanitaire et sociale
DGF	Dotation globale de financement
DGOS	Direction générale de l'offre de soins

DIM Départements d'information médicale
 DLS Diagnostics locaux de santé
 DMI Dispositifs médicaux implantables
 DMS Durée moyenne de séjour
 DP Diagnostic principal
 DREAL Directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement
 DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
 DRG Diagnosis Related Groups
 DRJSCS Direction régionale des sports et de la cohésion sociale
 EGB Echantillon généraliste des bénéficiaires
 EHPAD Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
 EIS Evènements indésirables associés aux soins
 ENCC Etude nationale de coûts à méthodologie commune
 EPCI Établissement public de coopération intercommunale
 FEHAP Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, privés, non lucratifs
 FHF Fédération hospitalière de France
 FHP Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France
 FINESS Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
 FIQCS Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
 FIR Fonds d'intervention régionale
 FNORS Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
 GCS Groupement de coopération sanitaire
 GHM Groupes homogènes de malades
 GHS Groupes homogènes de séjour
 GRSP Groupement régionale de santé publique
 HAD Hospitalisation à domicile
 HAS Haute autorité de santé
 HbA1c Hémoglobine glyquée
 HCAAM Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie
 HCSP Haut conseil de la santé publique
 HPST Hôpital, patients, santé, territoires
 ICALIN Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
 IDS Institut des données de santé
 IGAS Inspection générale des affaires sociales
 IGS Indice de gravité simplifié
 INSEE 'Institut national de la statistique et des études économiques
 INSERM Institut national de la santé et de la recherche médicale
 IPAQSS Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
 IRDES Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
 IREPS Instances régionales en éducation et promotion de la santé
 ISA Indice synthétique d'activité
 MCO Médecine, chirurgie, obstétrique

MeaH Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
MECSS Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale
MERRI Missions d'enseignement, recherche, référence et innovation
MIGAC Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation
MO Médicaments onéreux
MRS Missions régionales de santé
MSAP Mises sous accords préalables
NIR Numéro d'inscription au répertoire
NMP Nouveau management public
OCAH Observatoire de la Comptabilité Analytique Hospitalière
OMS Organisation mondiale de la santé
ONDAM Objectif national de dépense de l'Assurance maladie
OQN Objectif quantifié national
ORS Observatoire régional de la santé
PLFSS Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMI Protection maternelle infantile
PMSI Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRADO Programme d'accompagnement de retour à domicile
PRS Projet régional de santé
PSI Patient safety indicators
REATE Réforme de l'administration territoriale de l'Etat
RSA Résumé de sortie anonymisé
RSS Résumé de sortie standardisé
RUM Résumé d'unité médicale
SAE Statistique annuelle des établissements
SAMU Service d'aide médicale urgente
SIDA Syndrome d'immunodéficience acquise
SLD Soins longue durée
SMUR Service mobile d'urgence et de réanimation
SNIIRAM Système national d'informations inter-régimes de l'Assurance maladie
SROS Schémas régionaux d'organisation sanitaire
SSR Soins de suite et de réadaptation
T2A Tarification à l'activité
UGECAM Union générale des Caisses d'Assurance maladie
UNV Unité neurovasculaire
URCAM Unions régionales des caisses d'Assurance maladie
URPS Union Régionale des Professionnels de Santé

Introduction

L'hôpital n'est plus le « mouroir » qu'il était au Moyen-âge mais il reste le lieu où l'on accède pour un nombre important de pathologies. Celles-ci peuvent être suffisamment sévères ou rares que le traitement nécessite une main d'œuvre médicale hautement spécialisée et/ou elles peuvent nécessiter un plateau technique non disponible en ambulatoire.

C'est donc tout un pan de la pathologie qui n'est pas explorable par l'analyse de l'activité ambulatoire.

L'hôpital accueille également des pathologies normalement dévolues aux soins ambulatoires potentiellement graves et que l'on peut considérer comme des échecs de celle-ci.

Il existe un nombre infini de causes à la venue du patient à l'hôpital, les situations où il est possible d'identifier un responsable étant bien entendu les plus rares. Chaque patient est singulier et observer à l'échelle populationnelle le comportement des usagers vis-à-vis de l'hôpital ne peut qu'inciter à aller observer de plus près chaque situation. Cependant, des tendances peuvent se dégager, ce seront autant de pistes pour une analyse plus qualitative de la situation sur un territoire donné à un moment donné.

L'hôpital a pour mission d'accueillir les malades en assurant des soins de qualité mais il doit faire avec les enjeux d'une grande entreprise. Il doit s'adapter aux contraintes financières et réglementaires. Il s'inscrit également dans les enjeux concurrentiels d'une entreprise dont la responsabilité en termes éthique n'obéit pas aux enjeux du marché classique.

Pour cela, l'hôpital s'est plié, comme tout producteur de services, au nouveau management public (NMP) dans les années 1980 mais en l'adaptant à sa particularité.

Parmi les innovations amenées par ce NMP à l'hôpital au début des années 80, figure un outil destiné à la gestion comptable de l'hôpital adapté des Etats-unis, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Celui-ci contient des informations sur l'ensemble des séjours hospitaliers à l'hôpital public et privé (médecine, chirurgie, obstétrique, MCO) à l'exception d'une partie des hôpitaux locaux dont les capacités humaines et techniques ne permettent pas à l'heure actuelle de s'adapter à la contrainte du PMSI. Le passage de ces hôpitaux à la tarification à l'activité (T2A) a, en effet, été repoussé au 1^{er} mars 2015 dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2013

2(PLFSS). Le PMSI est également utilisé pour les soins de suite et de réadaptation, la psychiatrie et l'hospitalisation à domicile avec des modalités techniques différentes et sans participer à la tarification des séjours.

Il sert à décrire l'activité de l'hôpital sur toutes les activités pour lesquelles le législateur estime que l'on peut fixer un tarif uniforme sur un séjour donné. Nous verrons en MCO que cela entraîne tout de même beaucoup d'exceptions notamment en ce qui concerne l'hôpital public qui se doit d'assurer certaines missions de service public non rémunératrices.

Il consiste à classer des séjours homogènes sur le plan médical et économique dans des Groupes homogènes de malades (GHM). Le concept même du PMSI le fait donc osciller entre une information médicale et un outil économique.

En effet, le PMSI est né avant tout comme outil de tarification et de contrôle de gestion des établissements de santé et le personnel qui l'utilise au quotidien n'entre pas dans une optique de collecte d'information médicale que ce soit pour la recherche ou pour l'aide à la planification. Il est, par exemple, fastidieux de coder des pathologies pour lesquelles on sait que cela ne rapportera pas d'argent supplémentaire à l'hôpital.

L'utilisation qui est faite aujourd'hui du PMSI n'est pas adaptée à une analyse épidémiologique ou à visée de planification par des utilisateurs non-initiés.

Le codage du PMSI nécessite une classification que nous évoquerons plus en détail par ailleurs, dont la première version (v0) date de 1986. Nous en sommes en 2013 à la v11e avec des bouleversements tels qu'il est impossible de comparer les informations rudimentaires dont l'on dispose en 1994 lors de la généralisation du PMSI avec celles d'aujourd'hui. Ces changements de classification comptent parmi les nombreuses limites du PMSI que nous aborderons.

Toutefois, si seule une faible part des informations contenues dans le PMSI peut être analysée de façon fiable, nous verrons que les perspectives d'analyse restent importantes. En effet, la littérature abonde désormais de sujets traitant du PMSI, celui-ci devenant de plus en plus fiable et maîtrisé par ses opérateurs. Les départements d'information médicale (DIM) traitant le PMSI au quotidien dans les grands hôpitaux se dotent d'épidémiologistes en capacité d'analyser les données issues de ces bases. Le congrès annuel regroupant les DIM de France (journées Emois) est consacré en grande partie à l'exploitation épidémiologique des données du PMSI et constituera un vivier important pour la revue de la littérature sur ce mémoire. Si une grande partie de la

recherche dans le domaine s'intéresse à l'exploitation directe des données, elle s'intéresse également à en tester les limites. Il s'agit de comparer les données issues du PMSI à celles des registres de cancer ou des grandes enquêtes en population (Entred, Baromètre santé...) pour en vérifier la concordance des résultats. Ces différentes sources de données se complètent bien souvent, c'est ainsi que les DIM sont sollicités par les registres de cancer pour assurer l'exhaustivité des cas de cancer par exemple (ceux qui auraient échappé aux laboratoires d'anatomopathologie)¹.

Si la recherche dans le domaine prend de l'ampleur, elle reste cependant discrète et le PMSI ne contribue pas encore à une recherche scientifique reconnue. Cette voie se développera probablement dans le futur avec la possibilité de suivre l'ensemble du parcours de soins du patient grâce au couplage avec les données de remboursement de l'Assurance maladie.

Il est utilisé au quotidien dans les hôpitaux comme outil de gestion interne mais, à analyser des indicateurs à visée interne sur différents hôpitaux, on obtient des informations importantes à l'échelle d'un territoire. C'est pourquoi les Agences régionales de santé utilisent le PMSI pour la planification des soins à l'échelle régionale dans les projets régionaux de santé ou dans la contractualisation avec les établissements de santé. De nombreux outils développant des indicateurs issus du PMSI naissent et la recherche de nouveaux indicateurs pour la planification est un domaine de recherche à part entière. Le PMSI a également pour vocation de contribuer à la qualité et à la sécurité des soins avec là aussi un enjeu de recherche pour développer de nouveaux indicateurs.

Le PMSI est également amené à évoluer avec de nouveaux enjeux sanitaires et une nouvelle vision de la santé au niveau politique dans un contexte de crise économique et de décloisonnement des structures. Ces évolutions représentent autant de défis techniques pour adapter ces outils mais aussi de nouvelles perspectives de recherche.

L'hôpital, par définition, n'est pas partout et n'existe pas sous une forme unique, il s'inscrit dans un territoire, pour lequel il est généralement un élément moteur.

L'activité de l'hôpital dépendra donc de l'utilisateur qui choisit d'aller à l'hôpital mais aussi de la capacité de l'hôpital à attirer des patients dans un contexte économique contraint. Il

¹ *Indicateurs de Suivi de L'évolution Des Inégalités Sociales de Santé Dans Les Systèmes D'information En Santé*, Documents (Haut conseil de la santé publique, Juin 2013).

dépendra également des éléments régulateurs de planification qui sont, eux-mêmes en perpétuelle mutation.

C'est ainsi que la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a instauré plusieurs nouveautés qui ont modifié la place de l'hôpital dans son environnement. Elle a créé une tutelle partagée pour les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux afin de favoriser le parcours de soins, développé de nouveaux outils juridiques pour la coopération ou la fusion entre établissements de santé.

Surtout, comme son intitulé l'indique, elle a réaffirmé la notion de territoire. En effet, le constat d'inégalités territoriales de santé accentuées a réaffirmé l'approche par territoire avec l'instauration de conférences de territoire, le développement des contrats locaux de santé ainsi que l'accentuation dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), de l'approche par territoire.

Cette territorialisation de l'action publique en santé est un paradoxe dans un monde où la notion de territoire est de plus en plus mouvante avec des migrations de population et le développement des télécommunications (télémédecine en ce qui nous concerne). Mais elle correspond bien à cette modernisation de l'action publique qui implique de codifier, évaluer et classer les choses. Et elle correspond à une volonté de la population d'identité communautaire. Le constat d'inégalités territoriales de santé fortement médiatisées et considérées comme un problème majeur par la population, apporte une caution à ces approches par territoires.

L'approche par territoire permet de décroquer les frontières de la santé entre sanitaire, ambulatoire et médico-social mais elle permet également de dissocier la santé du soin en l'associant à toutes les politiques mises en œuvre et en développant l'aspect préventif par rapport au curatif.

Le souci est que le territoire n'est pas unique, il correspond généralement à des entités administratives qui n'ont pas de lien avec la santé et même lorsque l'on arrive à créer des limites géographiques cohérentes pour une situation donnée, elle ne s'applique bien souvent pas pour toute situation en matière de santé. On peut citer en santé les territoires de santé, instaurés lors des Schémas régionaux d'organisation sanitaire en 2003, S'ils sont généralement construits principalement à partir de flux hospitaliers, ceux-ci ne sont finalement généralement cohérents que pour certaines pathologies correspondant au niveau de référence.

Avec le développement d'une approche par territoire vient l'intérêt de comprendre ce qui s'y passe, d'y déceler des dysfonctionnements et d'y apporter des solutions, c'est l'objectif du diagnostic territorial de santé. En effet, ces diagnostics de la situation en matière de santé se veulent force de propositions. Ils se multiplient depuis la loi HPST avec l'enjeu d'explorer l'ensemble du champ de la santé sous un angle transversal qui ne correspond pas qu'au seul soin. Ils consistent à étudier la santé du point de vue de l'utilisateur, là où le PMSI est centré sur l'hôpital.

Les diagnostics territoriaux en santé évaluent en général uniquement certains aspects de la santé : les caractéristiques socio-démographiques de la population du territoire, la mortalité et la morbidité, les aspects environnementaux et l'offre et le recours aux soins et à la prévention en ambulatoire. L'offre hospitalière reste peu abordée et le recours hospitalier ou les questions d'accès aux soins hospitaliers ne le sont quasiment jamais.

La réalité des enjeux de ces diagnostics montre que les éléments y figurant et l'analyse portée sont extrêmement dépendants du commanditaire, de l'opérateur et des liens politiques et financiers qui existent entre eux.

Les commanditaires principaux que sont les ARS et les collectivités territoriales avec des compétences et des moyens d'action différents en matière de santé, ne voient pas les mêmes enjeux dans ces diagnostics. Ce seront autant de raisons de divergences sur les thèmes et les indicateurs d'analyse.

Les opérateurs de diagnostics territoriaux sont nombreux et le contenu d'un diagnostic territorial dépendra des compétences mobilisables en interne notamment en ce qui concerne le lien entre approches quantitatives et qualitatives, et bien entendu dans notre cas l'analyse des bases de données. Il dépendra également de la liberté accordée à l'opérateur dans la méthode et dans l'analyse développée.

L'exemple du contrat local de santé sera l'occasion d'appréhender les liens entre acteurs et le contenu d'un diagnostic territorial de santé.

Avec la production d'un diagnostic territorial de santé viennent un certain nombre de contraintes techniques en lien avec le PMSI comme avec toutes les autres bases de données disponibles. Celles-ci sont liées au territoire d'étude et au choix des indicateurs. Ceci nous amènera à faire de nombreux choix d'analyses en tentant de les étayer au maximum. Nous verrons également la question de l'accès aux bases de données afin de

comprendre comment la recherche en santé pourrait être améliorée par un meilleur accès.

L'observatoire régional de la santé d'Alsace (ORS Alsace) où j'effectue mon stage est amené à travailler sur un diagnostic local de santé, qui est une forme de diagnostic territorial de santé. Le territoire d'étude est celui de l'Alsace Bossue, territoire de 35115 habitants au nord de l'Alsace, composé de la juxtaposition de trois communautés de communes. Cet effectif est suffisant pour permettre l'analyse d'évènements peu fréquents comme le recours à l'hôpital. Ce territoire présente des indicateurs socio-économiques et de santé plutôt défavorables. L'offre hospitalière environnante est dense mais relativement lointaine par rapport à la moyenne en Alsace, qui est une région bien desservie. Ce territoire présente également la particularité d'être limitrophe de la Lorraine. Autre région donc autres orientations stratégiques en matière de santé.

A l'aide des bases PMSI mises à disposition par la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors) pour les années 2009 à 2011 en MCO et 2009 et 2010 en soins de suite et de réadaptation (SSR), nous analyserons l'activité et le recours aux soins hospitaliers en Alsace.

Nous aborderons ainsi une description globale de l'activité de l'hôpital sur le territoire pour savoir si les gens vont plus ou moins à l'hôpital et dans quel type d'hôpital ils se dirigent. Il s'agit de comprendre ensuite qui va à l'hôpital à partir des informations disponibles sur l'âge et la sévérité des séjours.

Le recours au soin sera analysé afin d'identifier les sur ou sous-recours sur le territoire. Les modes d'entrée et de sortie des séjours renseignent sur le passage par les urgences, les transferts d'autres établissements et sur la mortalité hospitalière. L'objectif est de comprendre si les patients vont plus à l'hôpital, comment ils y arrivent et pour quelles pathologies

L'accès géographique aux soins est un sujet inévitable dans un diagnostic territorial, un chapitre sera donc consacré aux temps de trajets moyens effectués par les patients ainsi qu'aux temps de trajets supplémentaires par rapport à une offre locale existante.

Parmi les pathologies analysées, nous aborderons le concept des hospitalisations évitables destiné à recueillir, sur un indicateur, les pathologies pour lesquelles un séjour à

L'hôpital peut être considéré comme un échec de la prise en charge en ambulatoire. Nous nous intéresserons également à des pathologies pour lesquelles le recours à l'hôpital peut être considéré majoritairement comme de l'hospitalisation programmée ou en urgence. D'autres pathologies sont particulièrement symboliques des enjeux actuels de planification ou font l'objet de débats sur leur pertinence en hospitalisation complète. L'objectif est d'obtenir un panel d'activités représentatives du recours à l'hôpital et analysables par le PMSI.

Au niveau méthodologique, les pathologies en question correspondent à des regroupements que ce soient de GHM, d'actes techniques, de diagnostics, de suppléments de facturation. Il conviendra donc d'analyser la pertinence méthodologique de ces regroupements.

A partir des bases SSR, nous étudierons les mêmes aspects en explicitant les difficultés méthodologiques inhérentes à l'analyse de ces bases. L'offre y est différente avec des structures de plus petites tailles polyvalentes ou spécialisées sur une pathologie. Le recours n'est également pas le même avec principalement des transferts depuis l'hôpital. Enfin, nous lierons les bases de données MCO et SSR pour identifier le parcours en institution des patients sur certaines pathologies et les liens préférentiels entre certaines structures du territoire.

En parallèle de ces analyses, nous tenterons de créer du lien avec les éléments observés sur les indicateurs en rapport avec la santé et qui ne concernent pas l'hôpital.

L'objectif de ces analyses et l'objectif, plus globalement, de ce mémoire, est de synthétiser l'information disponible dans la littérature utile dans le cadre d'un diagnostic territorial de santé et de l'appliquer sur le territoire de l'Alsace Bossue afin d'en évaluer le bénéfice par rapport à ce qui est produit actuellement.

En effet, nous avons vu que les diagnostics territoriaux n'intégraient que peu les données hospitalières. L'autre aspect est que les utilisations qui sont faites du PMSI restent souvent cloisonnées.

D'un côté des utilisateurs dans les administrations régionales qui maîtrisent les enjeux de planification mais n'ont pas soit les capacités techniques, soit le temps nécessaire pour optimiser l'utilisation de ces outils.

De l'autre côté des chercheurs ont les compétences et les moyens pour utiliser les bases. Cependant, ils sont soit à l'hôpital et le PMSI leur sert essentiellement à la gestion interne de l'hôpital ou à la recherche épidémiologique, soit trop loin dans les agences sanitaires ou bureaux d'études nationaux et l'utilisation faite du PMSI servira essentiellement à réorienter la politique globale de santé ou à adresser les inégalités territoriales sur des larges territoires (départementaux voire territoires de santé au mieux).

D'autre part, les analyses faites répondent en général à une question précise (recours à la chirurgie ambulatoire, évolution des motifs d'hospitalisation...) et le point de départ est souvent l'hôpital (calcul de parts de marché) ou une pathologie précise.

Les acteurs qui exploitent le PMSI font partie d'univers très différents. De l'administration de l'Agence régionale de santé (ARS) aux départements d'information médicale des hôpitaux, aux syndicats hospitaliers ou au chercheur en sciences sociales, il n'y a que peu l'occasion de mettre en commun des idées et les outils habituels de recherche d'information ne sont pas les mêmes.

Mon cursus d'internat de santé publique m'amène à faire différents stages (6 mois par stage). Après un premier stage à l'ORS Alsace, j'ai notamment pu faire un stage dans un département d'information médicale où j'ai pu utiliser le PMSI au quotidien, un stage en ARS où j'ai pu découvrir la planification des soins et un état des lieux en santé sur le territoire alsacien dans le cadre du projet régional de santé, deux stages en laboratoire d'épidémiologie où j'ai pu côtoyer le monde de la recherche, puis un stage à l'Assurance maladie où j'ai eu l'occasion de travailler sur les bases de données permettant d'analyser le parcours de soins de l'hôpital à la médecine de ville. Il m'a paru donc intéressant de concilier les mondes des administrations (ARS, Assurance maladie), de l'hôpital et de la recherche. Je tacherai également d'apporter les connaissances de mon cursus médical.

Par ailleurs, l'ORS Alsace est une structure qui aborde la santé du point de vue de l'utilisateur et sur un mode transversal ce que ne faisaient pas mes structures d'accueil précédentes.

Enfin, au cours du master PPASP, outre les connaissances acquises sur les politiques de santé, le hasard a voulu que j'effectue une monographie sur le centre hospitalier de Saverne qui se trouve à proximité du territoire de l'Alsace Bossue.

L'ORS Alsace est amené à réaliser plusieurs diagnostics locaux de santé et a collaboré à un guide pour les opérateurs de diagnostics locaux de la santé avec d'autres ORS coordonné

par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors). Ce guide évoque les différentes bases de données et indicateurs utilisables pour un diagnostic local de santé. Il n'évoque cependant qu'à minima le versant hospitalier sans entrer dans le détail des possibilités d'analyse. Certains ORS ont cependant développé une compétence sur l'analyse des données hospitalières mais de façon plutôt marginale et sans l'appliquer à l'échelon local. Il convient d'évaluer si des éléments peuvent être suffisamment pertinents, et sans nécessiter une surcharge de travail trop importante, pour s'intégrer aux diagnostics en santé.

Le propos de ce mémoire s'articulera en trois grandes parties suivies d'une brève discussion.

La première partie abordera le PMSI, son mécanisme et son champ d'action, les utilisations que l'on peut en faire à l'hôpital comme de manière plus globale. Ensuite, nous verrons les limites et les précautions d'usage de ces bases. Enfin, les champs de recherche qui lui sont associés avec les potentialités de développement.

La deuxième partie s'intéressera ensuite à présenter la démarche de diagnostic territorial de santé à partir des nombreuses questions qu'il faut se poser lorsque l'on amorce cette démarche. C'est à dire convenir tout d'abord de l'objectif de l'analyse puis évaluer ce que peut apporter un diagnostic territorial de santé, c'est à dire analyser les intérêts de l'analyse par territoire et de l'articulation des différentes composantes de la santé. Puis il s'agira d'identifier les différents commanditaires d'un diagnostic local de santé ainsi que les enjeux politiques en fonction des thèmes, des partenaires et des outils utilisés dans le cadre de ce diagnostic. Il s'agira également de commenter l'actualité des territoires et de leur rapport à l'hôpital. Les opérateurs de diagnostics territoriaux seront décrits et le cadre de leur action sera posé. Nous aborderons les grandes orientations stratégiques nationales concernant notre propos avec notamment un développement sur le parcours de soins.

Ensuite, nous analyserons les enjeux techniques d'exploitation des données avec les enjeux liés au territoire d'analyse, au choix d'indicateurs pertinents et l'accès aux différents indicateurs utiles.

La troisième partie de ce mémoire s'attachera à analyser le PMSI dans le contexte d'un diagnostic territorial de santé à partir de l'exemple du diagnostic local de santé de l'Alsace Bossue. Il s'agira d'analyser de tenter d'identifier la population qui va à l'hôpital,

le recours aux soins hospitaliers, l'accessibilité géographique des patients à l'hôpital et leur parcours de soins. Nous nous intéresserons à l'hôpital classique « médecine-chirurgie-obstétrique » puis aux établissements de soins de suite et de réadaptation. Cette troisième partie fera l'objet d'une revue de la littérature existante sur le sujet. Des précisions sur leur applicabilité dans un diagnostic territorial de santé seront apportées. Enfin, la dernière partie discutera des apports et limites de ce travail et de son utilisation pratique dans le cadre d'un diagnostic territorial de santé.

1 Le PMSI

1.1 Historique

Le principe du PMSI a été créé à l'université de Yale à la fin des années 70 par l'équipe du professeur Robert Fetter sous la forme des Diagnosis Related Groups (DRG). C'est le début du Prospective payment system, le remboursement des soins basé sur les tarifs. Il a ensuite été importé en France à l'initiative de Jean de Kervasdoué, alors directeur des hôpitaux, en 1982. La première classification des GHM qui marque le début opérationnel du PMSI date, elle, de 1986 (v0). Son utilisation en routine hospitalière vient d'un arrêté de septembre 1994² pour les établissements publics, il ne s'agissait alors pas encore de facturer les séjours des patients avec ce système, le PMSI servant d'outil d'aide à la gestion hospitalière. Le PMSI sera instauré dans les établissements privés en 2007. L'année 2004 vit le bouleversement majeur de la tarification des établissements de santé avec l'instauration de la T2A, le PMSI-MCO sert dès lors à facturer les séjours des patients passant à l'hôpital dans les services de médecine, chirurgie et d'obstétrique. La T2A cohabite avec l'ancien système par dotation globale jusqu'en 2008, année au cours de laquelle le système de tarification passe au « tout T2A » sous l'impulsion du président de la république.

En parallèle se développe le PMSI pour les SSR, obligatoire pour les hôpitaux publics et privés participant au service public depuis le 1^{er} juillet 1998, et pour les hôpitaux privés à but lucratif depuis le 1^{er} juillet 2003. Le PMSI en hospitalisation à domicile (HAD) est obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2005, il l'est en psychiatrie depuis 2007. Le PMSI en psychiatrie (PMSI-PSY) et en SSR (PMSI-SSR) ne donnent pas encore lieu à une facturation des séjours. Les dates de passage de la facturation des établissements SSR et PSY par le PMSI sont sans cesse repoussées (les dates de 2016 pour le SSR et 2018 pour la psychiatrie sont évoquées).

² *Arrêté Du 20 Septembre 1994 Relatif Au Recueil et Au Traitement Des Données D'activité Médicale et de Coût, Visées à L'article L. 710-5 Du Code de La Santé Publique, Par Les Établissements de Santé Publics et Privés Visés Aux Articles L. 714-1, L. 715-5 Du Code de La Santé Publique et Aux Articles L. 162-23, L. 162-23-1 et L. 162-25 Du Code de La Sécurité Sociale et à La Transmission Aux Services de L'Etat et Aux Organismes D'assurance Maladie D'informations Issues de Ces Traitements.*

De ce court historique, plusieurs messages sont à retenir :

- La lenteur de l'adoption de ces dispositifs pour la tarification, notamment en SSR, à cause de la réticence des acteurs à utiliser un outil qui nécessite une réorganisation complète des structures et dont ils ne maîtrisent pas pleinement les effets.
- Le PMSI est un outil de comptabilité analytique hospitalière développé pour le contrôle de gestion et la tarification hospitalière même si la communauté médicale participe à l'établissement de certaines modifications de classification.
- Son évolution s'est faite de façon progressive avec le développement de classifications de plus en plus détaillées et précises et surtout un recueil d'une qualité qui s'est améliorée au cours du temps.

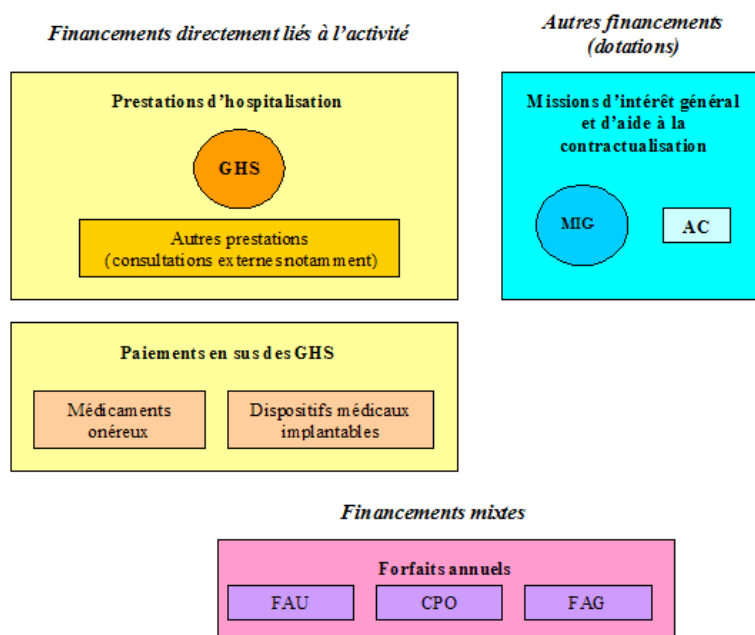
1.2 Financement

Le PMSI est étroitement associé au financement des hôpitaux si bien que son champ d'action comme son mode de production sont définis par celui-ci.

1.2.1 Champ d'action du PMSI et financement hospitalier

Pour comprendre le champ des activités couvertes par le PMSI et dissocier les notions de tarification à l'activité et tarification au séjour souvent considérés à tort comme synonymes, il nous faut examiner l'ensemble des sources de financement disponibles pour l'hôpital.

Figure 1 Mécanisme de fonctionnement du financement hospitalier



GHS : groupes homogène de séjour ; MIG : missions d'intérêt général ; AC : aides à la contractualisation ; FAU : forfait annuel Urgences ; CPO : coordination des prélèvements d'organes ; FAG : forfait annuel Greffes

Source : commission des finances, d'après le document réalisé par la mission MT2A intitulé « La tarification des établissements de santé »

1. La tarification à l'activité :

- Les Groupes homogènes de séjour (GHS) : c'est ce qui est mesuré par le PMSI. Un GHS correspond, à quelques exceptions près, au tarif d'un GHM donné.
- Les médicaments onéreux et dispositifs médicaux implantables (DMI) : ce sont les médicaments ou les prothèses considérés comme trop chers pour être intégrés dans des GHS car leur prescription ne serait pas rentable sur le plan économique pour des tarifs calculés sur un séjour standard. Les principales molécules anticancéreuses ou les prothèses de hanche typiques en font partie. Les dissocier des tarifs permet de soigner des pathologies polymorphes, où la stratégie thérapeutique doit être adaptée au patient (cancer, maladies rhumatismales, douleurs chroniques...). Cela permet également de financer l'innovation thérapeutique et de traiter des pathologies rares pour lesquelles la thérapeutique est souvent individualisée.
- Les urgences : un montant forfaitaire identique (forfait ATU : accueil et traitement des urgences) pour tout patient reçu aux urgences (25,32 euros en 2013) et non hospitalisé quelque soient la thérapeutique appliquée ou les examens pratiqués.

- Les activités de greffe et de prélèvement : par tranche de nombre de séjours, ces activités bénéficient d'un forfait dont le montant est progressif.
2. Les forfaits : urgences (forfait annuel urgences), greffe (forfait annuel greffes) et prélèvements (forfait coordination des prélèvements d'organes) bénéficient également d'un montant forfaitaire annuel dépendant de l'activité de la structure sur ce champ d'activité (nombre de greffes, personnel dévolu aux activités de prélèvement, nombre seuil de séjour aux urgences)
 3. Les activités externes : les consultations externes ne sont pas financées par les GHS. Certains actes (biopsies neuro-musculaires, ponctions d'ascite...) qui ne nécessitent pas d'hospitalisation doivent être considérées comme des actes externes sauf si l'état médical du patient justifie l'hospitalisation. La liste des actes concernés est définie par une circulaire dite « frontière ».
 4. Les missions d'intérêt général sont définies par les articles D. 162-6 à D. 162-7 ³du code de la sécurité sociale couvrent :
 - Les missions d'enseignement, recherche, référence et innovation (MERRI)
 - La participation aux missions de santé publique :
 - vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise réalisées par des centres de référence (ex : centres antipoison, observatoire national de la fin de vie, centres de coordination des soins en cancérologie...);
 - formation, soutien, coordination et évaluation des besoins du patient réalisés par des équipes pluridisciplinaires (ex : équipes mobiles de soins palliatifs);
 - collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine, pour la part non couverte par des tarifs de cession (ex : conservation des gamètes et des embryons);
 - dispositifs favorisant le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci (ex : réseaux de télésanté);

³ Code de La Sécurité Sociale. - Article D162-6, Code de la sécurité sociale.

- dépistage anonyme et gratuit (ex : centres de dépistage anonyme et gratuit – CDAG) ;
 - prévention et éducation pour la santé (ex : actions de prévention et d'éducation thérapeutique) ;
 - conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes (ex : centres nationaux d'éthique) ;
 - veille sanitaire, prévention et gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles;
 - intervention d'équipes pluridisciplinaires (ex : consultations mémoires, actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie...) ;
 - aide médicale urgente (ex : SAMU/SMUR) ;
- La participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques dans les domaines suivants :
 - politique hospitalière (ex : participation à l' Etude nationale de coûts à méthodologie commune, cf paragraphe suivant) ;
 - dialogue social dans le secteur hospitalier ;
 - coopération internationale en matière hospitalière ;
- La permanence des soins en établissement de santé ;
 - La prise en charge des femmes enceintes dans les centres périnataux de proximité ;
 - La prise en charge sanitaire des détenus (ex : unités de consultation et de soins ambulatoires) ;
 - La prise en charge des populations en difficulté par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé ;
 - La prise en charge spécifique des patients en situation de précarité.

L'investissement hospitalier et les coopérations hospitalières bénéficient d'un autre mode de rémunération : les aides à la contractualisation (AC). L'ensemble de cette enveloppe constitue les missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC).

Si la distribution des modes de financement est fortement dépendante de l'hôpital, pour exemple en 2010 au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Strasbourg, 65 % de l'activité provenait des séjours, 20 % des MIGAC, 9 % des MO et DMI, 1 % des forfaits et

les 5 % restants étaient des dotations annuelles de financement correspondant aux activités de psychiatrie et de SSR.

Comme on peut le constater, nombre d'activités assurées en majeure partie par l'hôpital public ne s'inscrivent pas dans la tarification au séjour et ne sont donc pas mesurables par le PMSI. Il sera donc plus difficile d'adapter de façon fine les moyens financiers et donc de mettre en adéquation l'offre et la demande sur ces activités et dans le cadre de ce mémoire, ces activités ne pourront être évaluées.

L'absence du PMSI de ces activités est particulièrement dommageable en ce qui concerne les activités de prévention et d'éducation thérapeutique du patient qui sont toujours majoritairement effectuées à l'hôpital et pour lesquelles la visibilité sur les besoins et les apports en termes sanitaires reste faible alors qu'il existe une réelle demande de la part des tutelles de visibilité ne serait-ce qu'en termes de file active de patients concernés. Cela pose ainsi la question de toutes ces activités ou thérapeutiques difficilement intégrables aux séjours puisque pas appliquées à tous les patients.

Il convient d'évoquer de façon annexe le nouveau fonds d'intervention régionale (FIR) qui reprend un certain nombre de champs autrefois dans les MIG ou le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Il cherche ainsi à décroquer la préférence et le soin, médecine hospitalière et ambulatoire mais aussi le champ sanitaire et médico-social. Les limites de son champ d'action restent toutefois peu lisibles notamment sur sa contribution au financement hospitalier. Lors de son audition à la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS), Frédéric Van Roeyckeghem, directeur de la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dit : *« Le FIR est un outil intéressant pour le lien entre médico-social et établissements de santé mais nous devons élargir la question à la médecine de ville et aux liens entre ambulatoire et hôpital. Force est de reconnaître que le pilotage financier n'est pas en ligne avec les objectifs politiques essentiels de parcours de soins ou d'accompagnement des malades chroniques, des personnes âgées et, plus largement, des sorties d'hospitalisation »*.

1.2.2 Etude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC)

Les unités de production associées aux séjours, les groupes homogènes de malades, sont également définies en partie par le financement. C'est en effet un motif d'homogénéité aussi bien financière que médicale qui associe à une prise en charge un tarif donné. Les tarifs des GHM sont définis au cours de l'ENCC, enquête annuelle menée sous la direction de l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH). Elle analyse le coût de production de chaque séjour au sein de l'hôpital et à ce titre, elle est l'outil principal de comptabilité analytique hospitalière.

La première étude nationale des coûts a eu lieu en 1992⁴. Associant au départ un petit échantillon d'établissements publics et servant à mesurer les ancêtres des GHM, les points ISA, elle s'enrichit chaque année avec l'avènement du PMSI jusqu'à associer les établissements privés en 2006 (d'où l'ajout des mots « à méthodologie commune » à l'étude nationale des coûts) et devenir un panel représentatif d'établissements sur les dernières années (73 établissements dans l'ENCC 2011 effectuée en 2012).

Contrairement à l'Angleterre où cette échelle se fait sur l'ensemble des hôpitaux, la France a choisi de ne l'effectuer que sur un échantillon d'établissements. Au vu de l'enjeu et du recul de cette ENCC, cette méthodologie apparaît comme un outil précis de comptabilité analytique hospitalière qui sert dans les hôpitaux l'utilisant, à l'analyse de l'origine de surcoûts éventuels⁵. Ceci à tel point qu'il est désormais utilisé par certains établissements ne participant à l'ENCC. Comme la classification du PMSI, elle est enrichie chaque année par l'ATIH.

1.3 Le PMSI comme outil de gestion

Globalement, le PMSI s'inscrit comme outil du Nouveau management public (NMP). Parmi les principes du NMP on retrouve la convergence entre le public et le privé, la priorité à l'évaluation par les résultats plutôt que par les moyens, l'idée de mesurer la

⁴ *Exploitation Seconde de La Base de l'Étude Nationale de Coûts (ENC)*, Dossiers Solidarité et Santé (Drees, 2009) <<http://www.drees.sante.gouv.fr/exploitation-seconde-de-la-base-de-l-etude-nationale-de-couts-enc,5485.html>> [accès 5 Juin 2013].

⁵ *Évaluation Des Effets de La Tarification à L'activité Sur Le Management Des Établissements de Santé* (Inspection générale des affaires sociales, Mars 2012).

performance des organisations et la logique transactionnelle. Le PMSI a tenté de répondre à tout cela à la fois et s'y est quelque peu brûlé les ailes.

1.3.1 Convergence public-privé

Tout d'abord en ce qui concerne la convergence des méthodes entre le public et le privé, l'intention primaire était de considérer que les deux secteurs avaient une activité similaire ou, du moins qu'il était possible de mesurer l'effort supplémentaire à fournir par l'hôpital public et ainsi, d'appliquer les mêmes tarifs aux deux secteurs hospitaliers. Cette question a fait l'objet d'une âpre lutte entre les fédérations hospitalières (FHF pour le secteur public, FHP pour le secteur privé à but lucratif et FEHAP pour le secteur privé à but non lucratif), les hôpitaux public défendant le fait que la patientèle et les missions de l'hôpital public, en particulier dans les CHU n'étaient pas les mêmes que dans le secteur privé.

Le public et les missions de l'hôpital public ne sont évidemment pas les mêmes que dans le privé mais le secteur public est rémunéré en plus pour certaines activités par les missions d'intérêt général (MIG) dont le but est de financer les missions de service public, le tout étant de savoir si le montant en est suffisant et s'il rémunère l'ensemble des spécificités de l'hôpital public dont la patientèle est plus souvent plus âgée, polypathologique (ou avec des pathologies plus rares) et socialement défavorisée⁶. Cette convergence sera finalement abolie avec l'arrivée de la présidence socialiste en 2012 mais le débat reste encore ouvert avec un fort lobbying des fédérations hospitalières privées pour la rétablir.

1.3.2 Gestion interne de l'hôpital et performance

Le PMSI a également pour but de mesurer la performance des hôpitaux et d'en assurer l'efficience. Les termes utilisés pour définir la performance d'un système de santé par l'OMS⁷ coïncident avec les objectifs visés par le PMSI : améliorer l'état de santé de la population en assurant la réactivité du système par rapport aux attentes de la population et en assurant l'équité du financement de la santé.

⁶ *Rapport à La Commission Des Comptes de La Sécurité Sociale. Résultats 2011, Prévisions 2012 et 2013, octobre 2012.*

⁷ 'About HSP' <<http://www.who.int/health-systems-performance/about.htm>> [accès 11 Août 2013].

Le PMSI devient un outil essentiel du contrôle de gestion des hôpitaux à la frontière entre le contrôle stratégique et le contrôle opérationnel selon la classification d'Anthony (1965). Contrôleurs de gestion et médecins exerçant dans les départements d'information médicale sont sollicités par la direction ou les pôles (chaque pôle dans les CHU possède un contrôleur de gestion) pour mesurer la performance de l'hôpital à partir d'outils devenus routiniers dans les grands hôpitaux, en particulier pour ceux qui participent à l'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC). On peut citer parmi-ces-ci :

- les tableaux de bord d'activité : ils mesurent l'évolution du nombre de séjours par GHM, par actes, la durée moyenne de séjour (DMS), le pourcentage de séjours à haut niveau de sévérité, l'âge moyen ou médian des patients, etc ;
- les comptes de résultats analytiques (CREA) : Il existe une obligation réglementaire⁸ à effectuer une comptabilité analytique hospitalière qui doit être présentée au conseil de surveillance de l'établissement et constituée d'un « *tableau faisant apparaître, après répartition analytique des charges, le montant des charges d'exploitation affectées, pendant l'exercice, aux secteurs cliniques, médico-techniques et logistiques de l'établissement* »⁹. D'après l'Observatoire de la Comptabilité Analytique Hospitalière (OCAH) mis en place en 2010 par le Ministère de la Santé, 70% des établissements ont développé des outils d'analyse et mis en place des comptes de résultat par pôle ;
- les tableaux coûts-case-mix mesurent les écarts des coûts des séjours par rapport à ceux de l'ENCC. L'ATIH distribue en effet chaque année un référentiel des coûts moyens observés sur l'ENCC.

Tous ces indicateurs renseignent sur l'activité de l'hôpital. L'élément de base est le case-mix ou éventail des cas, c'est-à-dire le nombre de séjours par GHM. On peut lui associer le nombre d'actes pour certaines activités, les plus fréquemment analysés étant les actes marqueurs de chirurgie ambulatoire. L'âge moyen ou médian des patients (à risque de comorbidités et de complications), la durée moyenne de séjours, le pourcentage de haut niveau de sévérité sont également analysés en routine. Ces éléments renseignent sur le type de pathologies et l'activité dans la patientèle de l'hôpital.

⁸ Code de La Santé Publique - Article R6145-7, Code de la santé publique.

⁹ Guide Méthodologique de Comptabilité Analytique Hospitalière (Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2011) <<http://www.sante.gouv.fr/comptabilite-analytique-hospitaliere.html>> [accès 5 Juin 2013].

Ces outils sont avant tout des outils de gestion interne à l'établissement mais un diagnostic territorial de santé gagnerait à connaître les spécificités des hôpitaux environnants, leur santé financière et leurs enjeux concurrentiels. Qu'est-ce qui va faire qu'un patient choisit un hôpital plutôt qu'un autre ? Quels sont les enjeux d'avenir des hôpitaux du territoire ? L'hôpital sur le territoire est-il adapté à la demande des patients ? Ainsi, les indicateurs cités, utilisés à l'échelle d'un service hospitalier (ou d'un pôle), sont les mêmes qui serviront pour la planification régionale des soins. Nous les retrouverons donc dans la troisième partie de ce mémoire.

1.3.3 L'appui des agences sanitaires

Le NMP consacre également l'avènement des agences sanitaires. Nous avons déjà évoqué l'ATIH, deux autres agences ont trait avec le PMSI.

- L'Agence des systèmes d'information partagée en santé (Asip-santé) intervient indirectement car elle autorise les logiciels permettant l'utilisation du PMSI. Les systèmes d'information et le PMSI sont en effet étroitement liés et généralement dans les hôpitaux, les départements d'information médicale ont dans leur compétence ces deux aspects. Du développement des systèmes d'informations hospitaliers dépendront en grande partie les possibilités de développement du PMSI et l'optimisation du codage.

L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) est l'agence qui va nous intéresser particulièrement. L'une de ses missions est de développer des outils, et des indicateurs au sein de ces outils, pour améliorer la performance des hôpitaux. Une grande majorité de ces outils se servent du PMSI, ils ont pour mission d'apporter une aide à la fois en termes de gestion interne hospitalière mais aussi de planification sanitaire en appui aux ARS et au ministère.

- Hospidiag recueille des informations sur la majorité des hôpitaux français publics et privés à partir d'une liste de 90 indicateurs dont 45 sont issus du PMSI, ils concernent les parts de marché hospitalières, les taux d'occupation de l'hôpital, la DMS, le taux de césarienne ou de péridurale, de chirurgie ambulatoire, le pourcentage d'entrées en provenance des urgences ou de haut niveau de sévérité

par exemple. Des comparaisons sont possibles par rapport aux hôpitaux de même catégorie et aux hôpitaux voisins.

- Le benchmarking des blocs : il a été initié par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (*MeaH*), ancêtre de l'Anap. Cette étude analyse sur certains actes chirurgicaux issus du PMSI, la performance des blocs opératoires. Elle consiste à comparer les informations quantitatives du PMSI à des informations obtenues par questionnaire adressés aux établissements afin par exemple d'identifier les blocs ou les chirurgiens pratiquant trop ou pas assez d'actes.

1.3.4 Contractualisation

Le dernier aspect concernant le PMSI comme outil du NMP est la contractualisation. En effet, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre établissements et ARS se basent sur des objectifs de soins en grande partie établis à partir d'indicateurs fournis par le PMSI (taux de recours, taux d'occupation...). L'objectif est de mettre en adéquation l'offre avec le besoin de soins sur le territoire, ceci en considérant que l'hôpital ne fonctionne pas dans un marché de concurrence pure et parfaite. Le PMSI offre une visibilité sur la demande de soins, mais celle-ci ne correspond pas forcément aux besoins. D'autre part, comme nous l'avons vu, le PMSI ne renseigne pas sur une partie de l'activité hospitalière, en particulier dans les hôpitaux publics.

La contractualisation se développe également au sein des hôpitaux avec les contrats de pôles instaurés par la loi HPST. Ceux-ci se basent essentiellement sur les outils de gestion interne évoqués ci-dessus.

1.4 Le PMSI-MCO

Le PMSI MCO est utilisé par tous les établissements à l'exception des ex-hôpitaux locaux, dont la définition même a été abrogée par la loi HPST, pour ne plus différencier leur mode de financement des autres hôpitaux. Ces hôpitaux devaient passer eux aussi à la T2A au 1^{er} mars 2013 mais cette date semble trop précoce pour une adaptation de ces établissements aux contraintes du PMSI et a été repoussée à 2015 dans le PLFSS 2013. En

effet, celui-ci nécessite un ensemble de professionnels formés pour son utilisation, du médecin responsable du codage aux responsables du système d'information et de la tarification.

1.4.1 Mécanisme de fonctionnement du PMSI

Le PMSI se base sur plusieurs documents de référence établis au niveau national par l'ATIH et publiés au journal officiel chaque année. Le « guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale, à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie » établit les principales règles de codage valable pour l'année. Une aide complémentaire est apportée par l'ATIH sur le forum Agora regroupant des professionnels de l'agence. Le second document est le manuel de groupage des GHM qui explique le fonctionnement des algorithmes de groupage des séjours dans un GHM. Enfin, les arrêtés tarif et prestation listent les tarifs et les règles de facturation des GHM et de suppléments de tarification affectés à certains séjours.

Chaque séjour d'un patient est comptabilisé dans le PMSI. Un séjour correspond à une hospitalisation, qu'elle soit complète, en séances (chimiothérapie par exemple) ou partielle (de jour, de semaine). Le séjour correspond au passage successif dans plusieurs unités médicales correspondant en général à un service hospitalier. A chaque passage dans un service est produit un Résumé d'unité médicale (RUM), la somme de ces RUM correspond à au Résumé de sortie standardisé (RSS). L'anonymisation de ce RSS correspond au Résumé de sortie anonymisé (RSA) qui sera donc unique pour un séjour. C'est la somme de ces RSA pour la région Alsace que nous analyserons dans le cadre de ce mémoire.

Chaque passage dans une unité médicale est codé avec un diagnostic principal unique correspondant au motif d'entrée du patient dans l'unité médicale, éventuellement un diagnostic relié pour certains codes diagnostics et des diagnostics associés qui correspondent aux comorbidités pour lesquelles des moyens thérapeutiques ou diagnostics ont été consommés. Le codage se fait à l'aide de la dixième version de la classification internationale des maladies (CIM-10), celle-ci est révisée régulièrement par

l'OMS (notamment en cancérologie pour distinguer différentes formes de cancer). L'ATIH y apporte également fréquemment des changements.

Outre les diagnostics, les actes médico-techniques effectués sont recueillis. Ceux-ci sont codés à l'aide de la Classification commune des actes médicaux (CCAM), la même classification qui est utilisée pour coder une partie des actes en médecine ambulatoire.

L'ensemble de ces diagnostics et actes passe dans un logiciel groupeur dont le contenu est révisé annuellement par l'ATIH, cette information est couplée à certaines caractéristiques du patient (âge, sexe). Le résultat du passage dans ce logiciel groupeur donne le GHM qui sera associé au séjour. Le fonctionnement du logiciel groupeur est relativement transparent car la liste des algorithmes décisionnels est fournie par l'ATIH mais la complexité des algorithmes et leur multiplicité (2 649 GHM dans le public et 2 590 dans le privé) rendent leur compréhension difficile, ce qui fait que peu sont les gens à même d'en contester le contenu.

L'unité de base de production est donc le GHM, c'est-à-dire l'état de santé du patient. Peu importe le nombre d'actes qui est fait sur celui-ci. C'est ce qui différencie la tarification à l'activité de la tarification à l'acte en ambulatoire. A quelques exceptions près, chaque GHM est associé à un GHS qui donne le tarif du séjour. Le tarif du GHS est différent entre les secteurs publics et privés car les honoraires médicaux sont dissociés des tarifs dans le secteur privé. La durée de séjour, le mode de sortie du patient et son âge influencent le tarif pour un séjour donné. Ainsi, à chaque GHS est associé des bornes inférieures et supérieures correspondant à une durée de séjour considérée comme standard pour ce type de séjour. La valorisation du séjour sera la même pour une durée de séjour entre ces deux bornes. En dessous de la borne, une minoration journalière (« exonération borne basse ») du tarif est appliquée et une majoration est appliquée au-dessus de la borne (« exonération borne haute »). Garder un patient au-dessus de la durée correspondant à la borne haute revient cependant forcément à une perte financière car les journées supplémentaires sont mal rémunérées.

Aux séjours dans des unités particulières (réanimation, soins intensifs, surveillance continue, néonatalogie...) sont ajoutés des suppléments journaliers au tarif de base du GHM.

1.4.2 Limites et précautions d'emploi

A) Changements de classification

Le PMSI change de classification annuellement au 1^{er} mars de chaque année, certaines années connaissant des modifications plus importantes que d'autres. On peut citer, pour motiver le choix des années de notre analyse, le changement majeur du passage de la version 10 (v10) à la version 11 (v11a) de la classification des GHM en mars 2009. Ce passage se traduit par l'établissement des niveaux de sévérité de 1 à 4 pour une majeure partie des GHM en lieu et place des GHM avec ou sans comorbidité associée sévère (deux niveaux de sévérité). Il se traduit également par une refonte très importante de la classification des GHM. Les années suivantes, si chaque année apporte une nouvelle classification, ces modifications ne sont pas majeures et n'impacteront pas notre analyse. Avec ces modifications, il faudra donc bien entendu tenir compte des difficultés à comparer les différentes classifications : des échelles de comparaisons sont constituées mais, plus l'on associe d'années dans l'analyse, plus le risque d'introduire un biais de classification sera important.

Pour ces raisons de changement de classifications et à cause de l'absence de professionnalisation du codage avant l'arrivée de la T2A en 2004, il est illusoire de se servir des informations des classifications MCO datant d'avant cette date pour une analyse concernant des diagnostics ou des actes précis, la qualité de l'information étant plus qu'incertaine.

Un autre élément à prendre en compte est le fait que le changement de classification s'opère en mars. Les bases étant fournies par année civile, chaque année associe donc deux versions de classification.

B) Niveaux de sévérité

A chaque code diagnostic, codé en CIM-10, est associé un certain niveau de sévérité qui oriente vers un GHM de niveau de sévérité correspondant lorsque le diagnostic est posé

en diagnostic associé secondaire. Il n'y a pas de différence de valorisation du séjour à coder en diagnostic associé secondaire un code diagnostic de niveau de sévérité 1. Le PMSI ayant pour vocation majoritaire de tarifier les séjours, l'attention portée par le codeur pour ces codes diagnostics sera nulle et rend illusoire son utilisation en épidémiologie, c'est ainsi que l'hypertension ou les dyslipidémies ne peuvent pas être analysés par ce biais.

Avec les changements de classification, la liste des niveaux de sévérités associés à un code diagnostic est remise à jour, 1022 changements sont à noter entre la v11d (1^{er} mars 2012) et la v11e (1^{er} mars 2013). Par exemple, une douleur chronique irréductible en diagnostic associé oriente vers un GHM de niveau de sévérité 1 en v11d et de niveau 2 en v11e. S'il est difficile d'estimer la part de diagnostics non codés car non tarifés, il s'agira d'un élément à prendre en compte dans le choix des pathologies analysées. Par exemple, le codage des soins palliatifs est modifié à partir de la v11 avec des modifications des tarifs et des règles de codage.

C) Tarifs

La fixation du tarif du GHM est appréciée sur la base d'une analyse du cout moyen du séjour d'un échantillon représentatif d'établissements (ENCC) et réévalué lui aussi à chaque changement de classification. Cependant, le tarif fixé au final n'est pas issu que de cette comptabilité analytique, la fixation du tarif est souvent un acte politique en fonction des priorités affichées par les pouvoirs publics sans réelle lisibilité avec une perte de la logique médicale derrière la logique économique¹⁰. En effet, les tarifs se doivent d'entrer en cohérence avec l'Objectif national de dépense de l'Assurance maladie (Ondam) et les prévisions de croissance de l'activité, ce qui laisse une interprétation suffisamment floue de cette réévaluation des tarifs pour que des ajustements puissent être apportés sur certaines pathologies aux dépens d'autres. Le tarif du GHM peut, en théorie et à la marge impacter le codage des diagnostics même si cela n'a jamais été prouvé. L'analyse comparative d'une année à l'autre des séjours devra en tenir compte.

¹⁰ *Evaluation de La Tarification Des Soins Hospitaliers et Des Actes Médicaux* (Inspection générale des finances, 2011).

D) Codage et codeurs

Il faut également tenir compte du fait qu'avec l'importance du nombre de codes diagnostics et de règles permettant leur mise en application, il est difficile de tous les connaître, même pour les professionnels du codage, ce qui peut expliquer des divergences de pratiques de codage. Les pratiques montrent qu'un certain nombre de services hospitaliers procède avec des listes de codes usuels pas forcément remis à jour destinés à coder l'ensemble des séjours. Pour les professionnels du codage, certaines « niches » apparaissent avec le passage de codes diagnostics à un niveau de sévérité supérieur ou avec leur mise en lumière par d'autres collègues. Lors de son audition à la commission des affaires sociales le 17 juillet 2013, le directeur général de la CNAMTS évoque une multiplication par 3,3 des patients en carence de vitamine D et par deux des patients en état de malnutrition en 2 ans. De même, une étude récente de l'Atih ¹¹ montre qu'entre 2006 et 2012, le nombre de séjours de niveau de sévérité 1 a diminué de plus de 10 % et le nombre de séjours en niveau 3 et 4 a doublé entre 2002 et 2012. De telles variations ne peuvent s'expliquer par une modification de la pratique médicale.

Le codage est placé sous la responsabilité du médecin responsable du département d'information médicale qui est le garant de la qualité des données mais en pratique, il s'avère impossible de contrôler tous les séjours. Les personnes qui codent sont bien souvent des médecins dans les services mais en pratique, ce sont fréquemment leurs internes ou leurs secrétaires qui assurent le codage même si cela ne se fait pas de façon officielle. Il peut s'agir également de techniciens de l'information médicale formés au codage ou des médecins des départements d'information médicale. Le codage peut s'avérer donc très différent pour un même dossier selon la personne qui code et sa sensibilité au bon codage de l'information médicale mais aussi selon l'utilisation qui peut être faite des données du codage par la suite. Un utilisateur aguerri peut également tester différents codages pour évaluer la valorisation affectée au séjour selon le codage testé car, si des règles de codage sont établies annuellement et que l'ATIH intervient en soutien des codeurs pour fixer des jurisprudences de codage, chaque séjour correspond à

¹¹ Patris et De Mey, 'Évolution Du Codage Des CMA et de Leurs Effets Pendant Dix Ans Dans Les Bases PMSI Françaises. Impact de La T2A et Des Modifications de Groupage', *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61 (2013) <<http://www.em-premium.com/article/792115>> [accès 12 Juin 2013].

une situation particulière et peut être soumise à une interprétation différente des règles de codage.

La comparaison d'une année sur l'autre s'avère par exemple bien souvent hasardeuse sur des pathologies rares entre différents centres, certaines zones se retrouvant avec des prévalences de sclérodermie (niveau de sévérité 1) nettement supérieures à d'autres car les services codant ont pour intention de faire des études épidémiologiques sur le sujet¹². L'intérêt à coder peut être un intérêt de recherche mais il peut également être un intérêt de valorisation de l'activité : un praticien qui veut faire ouvrir un lit de soins palliatif dans son service aura tout intérêt à coder un maximum de soins palliatifs pour ses patients. Un service qui se sait contrôlé par sa tutelle pour une certaine activité aura tendance à avoir une exhaustivité et une qualité de codage supérieure.

De même, si l'on va dans la précision du codage, les codes CIM-10 sont de plus en plus précis pour décrire certaines nuances de pathologies pour laisser la possibilité à certains spécialistes du domaine de faire de l'épidémiologie précise sur une pathologie là où la majorité des praticiens vont coder avec un code moins précis. Il s'avèrera donc plus hasardeux de comparer les résultats de deux centres si l'on s'aventure dans des diagnostics très précis.

Il convient également de faire attention aux pathologies qui font l'objet d'une attention particulière de l'ATIH et du ministère (pathologies liées à la naissance par exemple) pour lesquelles le codage d'informations supplémentaires est indiqué (date des dernières règles, poids à la naissance...) ce qui pourrait inciter à un meilleur codage. La communauté médicale via les sociétés savantes est un bon relais de remontée d'information pour signaler l'absence d'un code diagnostic ou acte dans les classifications.

Tout cela se résume simplement en disant que le codage du PMSI est un acte infiniment humain par des personnes de cursus, de niveau de professionnalisation et d'implication divers.

¹² V Le Guern et al, 'Prevalence of Systemic Sclerosis in a French Multi-ethnic County', *Rheumatology (Oxford, England)*, 43 (2004), 1129–1137 <doi:10.1093/rheumatology/keh253>.

E) Actes et diagnostics traceurs

Pour pouvoir suivre l'activité sur certaines pathologies, il faut définir des codes diagnostics ou des actes traceurs, c'est-à-dire suffisamment spécifiques d'une pathologie donnée. En effet, les codes diagnostics sont suffisamment sensibles, c'est-à-dire que quasiment toutes les pathologies dans leurs formes fréquentes ont un code diagnostic correspondant, encore faut-il que le libellé du code soit suffisamment explicite pour être intelligible par le codeur (exemple de urémie extra-rénale pour désigner une insuffisance rénale fonctionnelle ou néphrite tubulo-interstitielle pour une pyélonéphrite). Par contre, certaines pathologies extrêmement fréquentes ne possèdent pas de code diagnostic propre. Un exemple étant celui de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)¹³. Plusieurs codes pour cette pathologie sont communs avec d'autres pathologies respiratoires obstructives. Les codes d'emphysème ou de bronchite chronique peuvent correspondre ou non aux critères d'une BPCO. Les codes d'exacerbation englobent également toutes les pathologies respiratoires obstructives hors asthme et bronchectasies. De même, la BPCO peut s'inscrire dans le cadre d'une insuffisance respiratoire chronique (J96.1). Il existe donc toute une série de codes englobant la BPCO mais non spécifiques de la pathologie.

L'exemple de la BPCO fait réfléchir sur un autre biais qui est la règle du code à placer en position de diagnostic principal (DP) par rapport aux diagnostics associés car en règle générale, on étudie uniquement les DP pour garder l'information uniquement sur le motif d'admission. Hors, dans le cadre d'une BPCO avec insuffisance respiratoire aigüe, quel est le motif d'admission, l'insuffisance respiratoire ou la BPCO ? Si des règles de codage tentent de s'adapter à ces situations, il n'est pas garanti qu'elles soient connues de tous et appliquées. Ceci nous amène à dire que certaines pathologies, moins aisément traçables, conduiront nécessairement à des mesures de leur incidence hospitalière biaisée. L'incidence des accouchements hospitaliers sera, par exemple, plus certaine que celle d'autres pathologies.

L'incidence sera également faussée pour des pathologies pour lesquelles aucun moyen diagnostique ou thérapeutique n'aura été engagé lors de l'hospitalisation du patient.

¹³ Fuhrman C et Delmas MC, *Hospitalisations Pour Exacerbations de BPCO. Comment Les Identifier à Partir Des Données Du Programme de Médicalisation Des Systèmes D'information (PMSI) ?* (Institut de veille sanitaire, 2009) <http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=966> [accès 12 Juin 2013].

Ces problèmes d'incidence faussée sont adressés par la technique statistique de capture-recapture qui consiste à partir du recoupement de plusieurs sources de données (registres, déclarations obligatoires, admissions hospitalières...) à estimer une incidence corrigée des cas manquants dans les sources de données disponibles. Il ne s'agit que d'estimer les cas manquants donc cela ne permet pas d'adresser un éventuel surcodage des pathologies dans le PMSI et ses résultats restent relativement arbitraires.

Dans le cadre d'un diagnostic territorial de santé, plusieurs éléments sont à retenir :

- Certaines pathologies ne pourront être retenues car le codage en est trop aléatoire.
- Des gros regroupements de séjour pourront contenir des pathologies hétérogènes mais limiteront les biais liés au codage
- Les comparaisons sur plusieurs années augmenteront le risque de biais, en particulier sur les années de gros changements de classification (2008 à 2009 par exemple) et dans tous les cas avant le passage à la T2A en 2004

1.4.3 Limites liées à la tarification à l'activité

A ces limites liées au codage, s'ajoutent des limites inhérentes au mode de fonctionnement de la T2A :

- La segmentation des séjours est le reproche le plus fréquemment fait au PMSI. En effet, il est très souvent (mais pas toujours) avantageux financièrement de découper un séjour en plusieurs que ce soit de façon effective (hospitaliser un patient, le faire sortir pour le faire revenir pour un examen le lendemain par exemple) ou administrative (profiter d'une permission de sortie accordée au patient pour la journée pour considérer le retour du patient comme un deuxième séjour). Sur le même principe que la segmentation des séjours, peut s'observer la multiplication de ceux-ci : hospitaliser un patient pour une consultation de suivi ;
- La stagnation des pratiques : l'innovation est mal récompensée par la T2A puisque les tarifs sont standards que ce soit pour de nouvelles techniques chirurgicales ou de nouvelles thérapeutiques. Ceci vaut également pour les innovations en termes de réorganisation d'équipes, pour de la délégation de tâches par exemple, en

sachant que le temps infirmier est mal rémunéré par la T2A. Cela peut avoir des conséquences sur la restructuration hospitalière en empêchant le développement de nouvelles activités, a fortiori si ces activités risquent de rallonger la durée de séjour (prévention notamment). La qualité des soins peut donc être affectée si les tarifs n'évoluent pas pour une innovation qui serait devenue la référence du juste soin ;

- La concurrence entre hôpitaux : la T2A met en concurrence les hôpitaux dans une logique qui rappelle le monde de l'entreprise. Elle ne favorise pas les coopérations entre ceux-ci ;
- La sélection de patients à bas risque : c'est-à-dire un patient jeune et sans comorbidité qui vient pour un acte technique programmé par rapport à un patient âgé porteur de multiples maladies chroniques sans diagnostic précis à l'entrée. Une altération de l'état général, une confusion ou des chutes à répétition pour une personne âgée sont des motifs très fréquents d'hospitalisation via les urgences et seront peu valorisés. On peut considérer que dans leur ensemble les activités de gériatrie ou de médecine interne seront peu rentables avec les conséquences que cela entraîne en termes de gestion hospitalière et d'allocation budgétaire dans une gouvernance hospitalière qui met en concurrence les pôles d'activité.

Le transfert précoce du patient ou son renvoi prématuré au domicile participent également de ce type d'effets pervers.

Si en pratique la segmentation des séjours n'a jamais été prouvée et que l'effet de la stagnation des pratiques est difficilement identifiable, la mise en concurrence des hôpitaux et la sélection de patients à bas risque sont des phénomènes observables au quotidien.

Celle-ci se manifeste dans les cliniques privées. En effet, une activité non rémunératrice n'intéressera pas le secteur privé, en particulier dans un contexte tendu au niveau économique avec un quart des cliniques privées en déficit d'exploitation sur trois des cinq dernières années¹⁴. Si le secteur public a une obligation légale de ne pas mettre fin à une activité sans obtenir l'aval de l'ARS, le secteur privé le peut, ce qui fait que le secteur privé

¹⁴ Bénédicte Boisguérin et Christelle Minodier, *Le Panorama Des Établissements de Santé - Édition 2012*, Collection Études et Statistiques (Drees, 2012), p. 172 <<http://www.drees.sante.gouv.fr/le-panorama-des-etablissements-de-sante-edition-2012,11051.html>> [accès 12 Juin 2013].

se concentre aujourd'hui en grande majorité sur la chirurgie et les activités « de niche ». Le corolaire est vrai dans le sens où l'ARS peut privilégier les autorisations d'activité dans le secteur public et ainsi conduire à la fermeture d'une clinique privée. C'est ce qui s'est passé en 2012 pour les activités de chirurgie dans les cliniques de Paray-le-Monial en Saône-et-Loire et de cardiologie interventionnelle dans la clinique du Colombier à Limoges ¹⁵.

Ces réorientations d'activité en fonction de critères économiques et de délivrance d'autorisations par la tutelle jouent potentiellement sur l'accès (financier et spatial) aux soins, leur qualité et leur sécurité mais l'effet délétère de ces pratiques n'est pas démontré sur les indicateurs utilisés comme critères de substitution que sont le taux de mortalité et de réadmission à 30 jours ¹⁶. L'effet est également sur l'ensemble de ce qui gravite autour de la santé et de son impact en termes d'activité économique sur le territoire (premier employeur du territoire en général, multiplicité des partenaires...). Cette pensée est à l'origine d'une discipline là aussi plus en vogue à l'étranger (Suisse, Canada) qu'en France : la métronomie ¹⁷ dont le but est d'analyser l'ensemble de l'impact de la filière santé sur l'économie du territoire.

La T2A a eu également pour effet de diminuer les DMS ¹⁸. Les indicateurs de comparaison des DMS produits au niveau régional par les ARS sont l'un des principaux outils de mise en concurrence des établissements.

1.4.4 Qualité, sécurité des soins et PMSI

L'une des intentions premières de la T2A était d'évaluer l'ensemble des outils du contrôle de gestion à savoir les coûts mais également la qualité, la sécurité des soins et les délais de soins. En effet, dans un marché efficient, les acheteurs choisissent leur fournisseur

¹⁵ 'Après La Fermeture de Paray-le-Monial, Rebelote Dans Le Limousin | Le Quotidien Du Medecin' <<http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/hopital/apres-la-fermeture-de-paray-le-monial-rebelote-dans-le-limousin>> [accès 12 Juin 2013].

¹⁶ Zeynep Or et al, *Activité, Productivité et Qualité Des Soins Des Hôpitaux Avant et Après La T2A* (Irdes, Avril 2013).

¹⁷ Antoine S. Bailly et Michel-E. Périat, *Métronomie: une nouvelle approche de la Santé* (Economica, 1995).

¹⁸ *Rapport 2010 Au Parlement Sur La Tarification à L'activité (T2A)*.

principalement en fonction du prix et de la qualité de la prestation¹⁹. Or, à l'hôpital, les soins sont la plupart du temps gratuits pour le patient et les prix sont contrôlés.

En ce qui concerne la qualité et la sécurité des soins, ces critères restent difficilement objectivables. Il est possible de les aborder en développant des indicateurs de suivis, cependant il existe de nombreuses limites à cette approche et le PMSI pas plus que d'autres indicateurs ne rend entière satisfaction. Si certains codes diagnostics existent notamment au sujet de complications de soins, d'infections nosocomiales ou d'événements indésirables médicamenteux, ils sont bien souvent ignorés car non valorisés par la tarification (niveau de sévérité 1) ou valorisés uniquement dans certaines situations restrictives qui ne permettent pas d'en suivre l'exhaustivité. Par exemple, les codes de résistance aux antibiotiques sont codés uniquement en cas d'atteinte du patient par une infection dans la nouvelle classification v11e alors que, précédemment, il suffisait d'être porteur d'un germe résistant pour que le codage soit autorisé. Sur les principaux indicateurs de suivi de la qualité et de la sécurité des soins (ICALIN, IPAQSS) et sur les référentiels de certification, aucun ne contient d'information issue du PMSI. A l'heure actuelle, la base PMSI d'un hôpital ne sert qu'à faire le tirage au sort de dossiers médicaux qui seront analysés « sur papier ». D'autres pays ont intégrés les critères de qualité des soins dans la T2A²⁰ désignés dans la littérature internationale comme PSI (patient safety indicators). Les pionniers sont les Etats-Unis qui ont introduit dans leur pratique ces PSI depuis le début des années 2000 mais plusieurs autres pays qui fonctionnent par DRG les utilisent également (Belgique, Allemagne, Angleterre...). C'est ainsi que le groupe de recherche français CLARTE (Consortium Loire-atlantique Aquitaine Rhône-alpes pour la production d'indicateurs en sanTE) s'est vu chargé par la Haute autorité de santé (HAS) d'expérimenter une vingtaine d'indicateurs. Leurs conclusions ont fait l'objet d'un rapport en juin 2012²¹ qui démontre l'aspect prometteur mais non abouti de l'utilisation du PMSI pour juger de la qualité des soins avec certains indicateurs probablement plus prêts à l'emploi que d'autres (« corps étranger oublié lors d'une intervention chirurgicale », « pneumothorax iatrogène », « détresse respiratoire post-opératoire », « embolie

¹⁹ Zeynep Or et Unto Häkkinen, *Qualité Des Soins et T2A : Pour Le Meilleur et Pour Le Pire ?* (Irdes, Décembre 2012).

²⁰ Or et Häkkinen.

²¹ *Modalités D'utilisation et de Diffusion Des PSI (indicateurs de Sécurité Des Soins Hospitaliers) Dans Les Pays de l'OCDE* (Haute Autorité de Santé, Juin 2012) <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1262821/fr/modalites-dutilisation-et-de-diffusion-des-psi-indicateurs-de-securite-des-soins-hospitaliers-dans-les-pays-de-locde-juin-2012> [accès 18 Juin 2013].

pulmonaire ou thrombose veineuse profonde post-opératoire »...). La première partie du rapport met avant tout en garde sur l'utilisation possible de ces indicateurs.

« Les PSI ne sont ni des mesures épidémiologiques des complications hospitalières ni une mesure exhaustive de la qualité et de la sécurité des soins. Ils doivent être considérés comme des outils de dépistage d'évènements indésirables ciblés, associés à un défaut de qualité des soins, et donc potentiellement évitables. Ils permettent également d'identifier des différences systématiques de qualité des soins entre les établissements hospitaliers, d'assurer un suivi temporel de la fréquence des EIS à partir des bases de données de routine nationales et régionales et de mettre en évidence une éventuelle tendance temporelle de ces taux d'incidence. ».

En Angleterre et aux Etats-Unis, ces critères de qualité mesurables par les DRGs sont intégrés au financement des hôpitaux. Les caisses d'assurance maladie américaines (Centers for medical service) diminueront les paiements des établissements avec des taux de réadmission pour insuffisance cardiaque, pneumonie et infarctus du myocarde jusqu'à 1 % par exemple ²².

Là où l'introduction du PMSI, ou plus généralement de la T2A, participe à l'amélioration de la qualité, c'est sur la tenue du dossier patient. En effet, les établissements sont contrôlés par l'Assurance maladie pour justifier du juste codage et de la juste tarification des soins apportés. Or, les contrôleurs se basent sur les informations contenues dans les dossiers médicaux pour établir s'il y a eu consommation de ressources diagnostiques ou thérapeutiques pour un élément codé : une information non présente dans un dossier ne peut être tarifée et l'établissement qui ne peut justifier de la réalité de la prise en charge se voit notifier des indus voire des sanctions financières supplémentaires en fonction de ces indus.

1.4.5 Possibilités d'avenir pour le PMSI

Nous avons vu que la nature même du financement au tarif laisse peu de réactivité face à l'innovation ce qui fait que celle-ci reste en général financée au forfait (télémédecine) ou par l'investissement hospitalier (achat de matériels coûteux d'imagerie ou de chirurgie). Cependant, rien n'empêche la facturation et le PMSI de s'adapter aux questions

²² Or et Häkkinen.

d'actualité. On peut penser à la notification de certains médicaments sous surveillance de la Haute Autorité de Santé, particulièrement depuis l'affaire Médiator et les publications fortement médiatisées qui ont suivi cette affaire ²³. Les médicaments onéreux et dispositifs médicamenteux sont rattachés à un séjour, il serait en théorie possible pour les pharmacies hospitalières de notifier certains traitements particuliers non-inscrits sur les listes de médicaments onéreux et dispositifs médicaux implantables (avec des informations sur la durée du traitement par exemple) afin d'appuyer des associations statistiques avec des pathologies suspectées plutôt que d'agir rétrospectivement.

De même, on pourrait penser que le codage CIM-10 puisse réserver des codes qui n'existeraient pas en temps normal pour tracer certaines pathologies liées aux crises sanitaires. Il s'agirait lors d'une épidémie (hospitalisation pour grippe de type H1N1 par exemple) d'informer les établissements le moment venu que toute hospitalisation pour un séjour de cette nature doit être codée avec ce code précis. Ce procédé a été initié en 2012 pour les maladies rares et les prothèses PIP avec la création d'une zone « Enquête » dans le fichier FICHCOMP qui sert habituellement au codage des médicaments onéreux et DMI ²⁴. Ce moyen d'action gagnerait sans doute à être utilisé davantage.

En termes de planification, il serait possible de signaler si un patient a été suivi dans le cadre d'un réseau (et ainsi financer la part hospitalière de la file active d'un réseau), s'il a suivi des ateliers d'éducation thérapeutique ou a bénéficié d'une téléconsultation.

Pour la gestion du temps de travail infirmier non rémunéré par la T2A, il serait possible de mentionner les séances d'apprentissage des gestes liés à certaines pathologies comme les inhalateurs pour l'asthme ou l'insuline pour le diabète. Ces actions ont été regroupées sous la dénomination d'actions d'« accompagnement » dans la loi HPST. C'est en particulier ce qui motive la création d'une CCAM clinique évoquée dans la mission d'Edouard Couty sur le pacte de confiance pour l'hôpital ²⁵.

Toutes ces possibilités d'implémentation demandent du temps pour les professionnels pour coder et relayer les informations, néanmoins, cela montre les possibilités que peut apporter le PMSI dans les grands enjeux de santé actuels liés à l'hôpital.

²³ Philippe EVEN et Professeur Bernard DEBRÉ, *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux: Au service des malades et des praticiens* (Le Cherche Midi, 2012).

²⁴ *Instruction DGOS/PF2/DGS/PP DSS/SD1-1A Relative à L'organisation Régionale Des Prises En Charge, Aux Conditions de Couverture Par L'assurance Maladie et Aux Modalités de Codage PMSI Concernant Les Femmes Porteuses de Prothèses Mammaires de La Société Poly Implant Prothèse (PIP).*, 2012.

²⁵ Edouard Couty, *Le Pacte de Confiance Avec Les Hospitaliers - Ministère Des Affaires Sociales et de La Santé*, 2012 <<http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-de-confiance-avec-les-hospitaliers.html>> [accès 9 Juin 2013].

La gynécologie-obstétrique est probablement la discipline qui s'adapte le mieux aux possibilités du PMSI en termes de recueil d'indicateurs de santé publique avec l'intégration de plusieurs données qui n'entrent pas dans le calcul des tarifs à savoir l'âge gestationnel (une mention sur la prématurité est déjà intégrée au codage), l'âge en jours pour les nouveaux-nés, le poids du nouveau-né ou la date des dernières règles. Certaines questions se posent sur la qualité de ces données et les possibilités de les utiliser en pratique ²⁶. Par exemple, on peut se poser la question de l'utilité de la date des dernières règles pour les patientes enceintes car elle est souvent méconnue par les patientes et donc implémentée automatiquement à partir de l'âge gestationnel. De même, les utilisations à visée épidémiologique de ces variables sont peu fréquentes dans la littérature ou pour la planification. Elles semblent cependant ne pas faire l'objet d'une remise en question.

Cela montre aussi la possibilité pour d'autres disciplines, plutôt que de développer des indicateurs propres à un hôpital donné afin de caractériser la population du service, et ainsi valoriser l'activité du service par rapport aux services concurrents du territoire, d'intégrer des indicateurs qui seraient communs au niveau national et intégrés au PMSI (HbA1c pour les patients diabétiques, statut tabagique). Dans un autre domaine, on pourrait imaginer intégrer des données sociales comme le caractère sans domicile fixe du patient, le statut juridique (tutelle/curatelle) ou le nombre de refus de transfert vers un autre établissement.

On sait que, si ces informations ne servent pas directement à la facturation, elles ne seront pas correctement remplies. Néanmoins, le développement des systèmes d'informations intégrés qui relient le circuit du médicament, les analyses biologiques, la logistique, l'imagerie, le dossier patient et les données de facturation devraient permettre dans quelques années si les pouvoirs publics se donnent les moyens, d'adapter les systèmes d'information pour l'intégration automatique de ces données. Il paraît réalisable, en tout cas dans les grands hôpitaux, d'auto-implémenter certaines données dans le PMSI (données biologiques ou traitement en particulier), même si cela devrait prendre plus d'une décennie. En ce qui concerne les données sur le nombre de refus de transfert, les logiciels d'orientation des patients (d'un service MCO vers le SSR) dont le plus connu est l'outil Trajectoire développé par les hospices civils de Lyon, pourraient être

²⁶ A. Chantry et M.-H. Bouvier-Colle, 'Validation de L'utilisation Épidémiologique Du PMSI En Obstétrique : Le Projet Grace', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58 (2010), S13 <doi:10.1016/j.respe.2010.02.028>.

nationalisés (récupérés par l'Anap, l'ATIH ou la CNAMTS dans le cadre du développement de Prado-SSR) et mis en compatibilité avec le PMSI. Cela constituerait une première étape dans le développement de la réflexion sur le parcours de soins.

Outre l'adaptation technique des logiciels, cela pose la question de la protection de données qui seraient de moins en moins anonymes.

Par ailleurs, l'utilisation des données de facturation en complémentarité avec le PMSI pourrait apporter quelques informations. Celles-ci permettent de connaître notamment la base de remboursement des séjours sans préciser toutefois si le remboursement à 100% est du fait d'une Affection longue durée (ALD), de la Couverture maladie universelle (CMU) ou de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c). Elles indiquent également le statut juridique de l'établissement, le régime d'affiliation ainsi que la discipline médico-tarifaire (spécialité du service d'accueil). Elles permettent surtout de connaître les actes et consultations externes effectués à l'hôpital. Ainsi, ces données renseignent notamment sur les dépassements d'honoraires pratiqués mais également sur certaines pratiques (hospitalisation dans certains hôpitaux ou consultation externe dans d'autres pour un même type de séjour). Elles sont intégrées dans les bases de données de consommation libérale dont les informations restent disponibles uniquement dans les services de l'Assurance maladie au niveau régional. Hors, nous verrons la difficulté d'accès à ces données, notamment pour ce qui est de faire le lien avec l'hospitalisation (cf paragraphe L'accessibilité aux données page 70). Il pourrait être pertinent que les hôpitaux qui ont accès aux bases régionales hospitalières aient accès à ces bases qui les concernent.

Enfin, avec l'évolution des structures médico-sociales qui se calquent sur le modèle du sanitaire avec un temps de retard (schémas régionaux d'organisation médico-sociale, CPOM, systèmes d'information partagés, outils de performance...), on peut imaginer qu'un jour, ces structures se dotent elles-mêmes d'une tarification à l'activité sur le modèle du PMSI SSR par exemple (tarification à la semaine). L'exemple de l'introduction de la T2A en SSR nous montre cependant que cette perspective paraît très lointaine mais ce serait là encore une étape de plus vers une analyse possible de l'ensemble du parcours de soins et ceci paraît d'autant plus pertinent que le secteur médico-social revêt un enjeu financier très important pour l'Assurance maladie via le forfait soins en EHPAD (10 000 à

15 000 euros par an par patient ²⁷ et donc une source potentielle d'économies considérable en l'absence d'outil de suivi au séjour actuellement.

Cette même question peut également se poser pour les maisons de naissance. Elle se pose à l'heure actuelle pour les hôpitaux locaux qui doivent passer à la T2A avec les difficultés déjà évoquées.

1.5 Le PMSI-SSR

Outre le fait qu'il ne soit pas utilisé à visée de tarification, le PMSI-SSR se caractérise par un fonctionnement très différent de celui du PMSI-MCO. Les résumés sont constitués par semaine calendaire, soit du lundi au dimanche. Ainsi un séjour hospitalier en SSR est couvert par un ou plusieurs résumés hebdomadaires standardisés (RHS).

De la même manière que les diagnostics ne sont pas fiables pour le MCO avant le passage à la T2A en 2004, les informations sur les diagnostics en SSR sont incertaines. Le PMSI-SSR intègre plusieurs données qui lui sont propres telles le niveau de dépendance du patient, le nombre de jours de présence en semaine et le week-end. Il distingue également la « Finalité principale de prise en charge » de la « Manifestation morbide principale » et de « l'affection étiologique ».

1.6 Synthèse

Le PMSI est avant tout un outil de gestion médico-économique destiné au fonctionnement interne de l'hôpital. Il ne couvre qu'une partie de la production hospitalière. En particulier, il n'informe pas sur les activités propres à l'hôpital public et sur la prévention ou l'éducation thérapeutique du patient. Son mode de fonctionnement est relativement complexe et nécessite de se l'approprier pour en comprendre les limites et précautions d'emploi. La recherche s'emploie à mieux maîtriser ce qu'il est possible d'exploiter ou non. Ainsi, il regorge d'informations exploitables sans risque de biais majeur.

²⁷ *Charges et Produits Pour L'année 2014 de La CNAMTS, 2013.*

D'autre part, il est en perpétuel mouvement, ce qui lui permet de s'adapter à des situations nouvelles même si les principaux enjeux du futur (parcours de soin, exigence de qualité et de sécurité des soins, etc.) font que les plus grands défis restent à venir.

Dans le cadre d'un diagnostic territorial de santé, une attention particulière devra être portée sur le choix des pathologies et de leur regroupement. De nombreux regroupements sont construits à l'heure actuelle, il s'agira d'en évaluer la pertinence. Il conviendra également d'intégrer qu'une partie des hôpitaux ne sont pas sous T2A. Enfin, il s'agira d'inverser la logique du PMSI qui part de l'hôpital pour l'orienter vers l'utilisateur.

2 Diagnostic territorial de santé

2.1 Contexte

Ce mémoire porte sur les diagnostics territoriaux de santé dans leur ensemble en prenant pour exemple un diagnostic local de santé.

La loi HPST a ouvert la porte à une plus grande contractualisation au niveau territorial car elle prévoit que la mise en œuvre du projet régional de santé puisse faire l'objet de Contrats locaux de santé (CLS). La circulaire du 20 janvier 2009²⁸ indiquant que ce contrat pourrait trouver une application particulière dans les territoires prioritaires.

Ainsi, alors qu'avec le contexte économique contraint, on aurait pu penser que les phases de diagnostic puissent être escamotées, on s'oriente au contraire vers une plus grande réflexion avant d'engager des fonds publics, ce qui amène à moins négliger la phase préliminaire de diagnostic.

Pour examiner de façon précise l'offre et les besoins d'un territoire, cela passe par une phase d'état des lieux. Et pour éviter l'accumulation d'états des lieux non suivis de propositions d'action donc non opérationnels, il est proposé de recourir de plus en plus

²⁸ *Lettre-circulaire Interministérielle DGS/DIV/DP1 n° 2009-68 Du 20 Janvier 2009 Relative à La Consolidation Des Dynamiques Territoriales de Santé Au Sein Des Contrats Urbains de Cohésion Sociale et à La Préparation de La Mise En Place Des Contrats Locaux de Santé.*

aux diagnostics territoriaux de santé. Leur objectif est de partir de cette première phase d'état des lieux pour l'orienter vers une prise de décision facilitée.

Lorsque l'on entame la réflexion sur ces diagnostics territoriaux de santé, plusieurs questions se posent pour lesquelles nous tenterons d'apporter les éléments nécessaires à la réflexion :

- Quel est l'objectif de l'analyse territoriale ?
- Qui sont les commanditaires ?
- Qui est l'opérateur de ce diagnostic et quels sont ses liens avec le commanditaire ?
- Sur quels problématiques et public doit il porter ?
- Quels sont les partenaires identifiés au niveau local et institutionnel ?
- Quel est le territoire étudié ?

2.2 Quel est l'objectif ?

La vision du commanditaire sur l'objectif poursuivi dans un diagnostic territorial oriente fortement son contenu. Il s'agit de déterminer si l'on entre dans une visée politique de planification ou dans une simple photographie de la situation sanitaire.

Si l'on est dans une visée de planification, quelle approche prendre en compte ? Equité égalitariste (selon l'accessibilité pour les patients) ou différentielle (selon les besoins de la population). Cette question a fait l'objet d'un changement de paradigme en 2012 lors de la redéfinition des objectifs quantifiés de l'offre de soins qui sont passés d'une visée basée sur une offre égalitaire sur les territoire de santé à une offre basée sur les taux de recours de la population. Si cette approche est sans doute plus flexible et intéressante sur le plan de l'efficience, elle ne prend pas en compte la demande induite par l'offre de soins (ou l'absence de demande induite par l'absence d'offre).

Le diagnostic territorial de santé est cependant souvent déconnecté des questions de planification puisque les opérateurs les plus courants, que sont les ORS et les Instances régionales en éducation et promotion de la santé (Ireps), n'ont pas forcément une vision complète sur les enjeux de celle-ci. C'est donc lors du passage à la phase de

contractualisation que le raisonnement en termes de planification apparaît, ce qui semble dommageable.

2.3 Pourquoi ?

2.3.1 Un intérêt croissant pour la territorialisation

L'approche par territoire des questions de santé suscite un intérêt croissant de la part des pouvoirs publics et des médias. Avec les crises sanitaires (grippe A, médiateur...), la question des inégalités spatiales de santé et des déserts médicaux est l'un des deux sujets récurrents évoqués dans les médias généralistes lorsque l'on parle de santé. Elle a été un enjeu de débat lors de la dernière élection présidentielle alors que sur la plupart des autres questions de santé, la médiatisation était très faible (en partie, cela dit, car les points de vue convergeaient). Depuis cette élection, le ministère en charge de la santé a mis en place son Pacte territoire-santé largement médiatisé pour lutter contre les déserts médicaux.

On peut penser que les enjeux politiques et la multiplicité d'acteurs influents sur le plan médiatique (syndicats de médecins, élus locaux, associations d'usagers) participent à une certaine sur-médiatisation d'un problème réel, mais circonscrit à de rares territoires ²⁹, qui est la question de l'accès géographique aux soins. Quoi qu'il en soit, il existe un réel engouement et une certaine préoccupation pour la question de l'accès géographique aux soins aussi bien dans le champ de l'action publique et des médias que de la population. En effet, deux récentes enquêtes évoquent ces points :

- Le baromètre d'opinion de la Drees 2013 ³⁰ suit l'évolution de l'opinion des français à l'égard de la santé. Il montre que 70 % des sondés estiment que « tout le monde peut être soigné quel que soit le lieu où il habite » (ce sondage englobe l'accès aux soins hospitalier et ambulatoire) et 41 % seulement estiment que l'on a la même qualité de soins quel que soit le lieu où l'on habite ».

²⁹ *La Sécurité Sociale* (Cour des comptes, Septembre 2011); Muriel Barlet et Clémentine Collin, *Localisation Des Professionnels de Santé Libéraux - Comptes Nationaux de La Santé 2009* • (Drees, 2010).

³⁰ *Le Baromètre D'opinion de La Drees* (Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2013) <<http://www.drees.sante.gouv.fr/le-barometre-d-opinion-de-la-drees,11136.html>> [accès 7 Juin 2013].

- Le baromètre « Les Français et l'hôpital » commandé par la FHF en mai 2013 ³¹ montre que 29 % des sondés considèrent l'accès à l'hôpital quel que soit son lieu d'habitation comme leur principe le plus important vis-à-vis de l'hôpital, soit 10 points de plus qu'en 2012. L'accessibilité financière reste le principe considéré comme le plus important avec 52 % de citations mais en recul de 5 points par rapport à 2012.

En parallèle, la production d'indicateurs à l'échelon local a permis de mettre en avant d'importantes inégalités de santé entre territoires ³². Elle a également permis de mieux comprendre les mécanismes de ces inégalités et d'envisager les réponses adéquates à apporter. Selon le thème, les réponses à apporter seront plus pertinentes à un échelon local qu'au niveau régional ou départemental. Par exemple, les enjeux d'accès au praticien libéral seront plus pertinents au niveau local. Au niveau hospitalier, si la réflexion se porte globalement au niveau régional ou du territoire de santé, les hôpitaux locaux peuvent faire l'objet d'un raisonnement au niveau local notamment en ce qui concerne le lien entre les praticiens du territoire et l'hôpital local dans lequel une partie d'entre eux exerce.

Globalement, la question de la territorialisation prend de plus en plus d'importance. De la carte sanitaire (1970) aux schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (2006) en passant par le premier SROS de 1991, les différents plans et schémas de planification en santé accordent de plus en plus d'importance aux territoires jusqu'à la loi HPST qui porte la notion de territoire jusque dans son titre.

Là où dans le passé les acteurs de la santé travaillaient de façon globalisée sur un secteur (hospitalier, ambulatoire, médico-social), les questions de santé sont abordées aujourd'hui de façon transversale sur un secteur géographique donné et cela se traduit par un certain nombre d'outils à la disposition des institutions. Nous aborderons dans ce chapitre les contrats et les diagnostics locaux de santé mais il convient de citer les conférences de territoire, la définition de territoires de santé, les conférences hospitalières de territoire...

³¹ 'Baromètre « Les Français et l'HOPITAL » TNS Sofrès - Fédération Hospitalière de France (FHF)', 2013 <<http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Espace-presse/Dossiers-de-presse/Presentation-des-resultats-du-barometre-Les-Francais-et-l-HOPITAL-dans-le-cadre-des-SALONS-de-la-SANTE-et-de-l-AUTONOMIE>> [accès 12 Août 2013].

³² Alain Trugeon, Danièle Fontaine et Bernadette Lémery, *Inégalités socio-sanitaires en France: de la région au canton* (Masson, 2006).

Plus généralement, c'est une culture du raisonnement par territoire qui est mise en place dans les institutions. Il est désormais demandé aux acteurs de santé qui demandent une autorisation d'exercer ou des fonds publics (associations, réseaux...) d'indiquer sur quel territoire précis va porter leur action, ceci afin d'éviter une redondance de l'offre et d'offrir une couverture territoriale suffisante.

Le décloisonnement des différentes composantes du secteur sanitaire semble être une première étape vers un idéal qui est celui d'intégrer la santé au cœur de toutes les politiques.

2.3.2 Un outil qui s'inscrit dans une politique transversale

L'intérêt d'une approche par territoire est relativement simple, il s'agit d'aller au plus près du terrain pour répondre aux attentes et aux besoins des usagers et des acteurs. Plus l'on grossit la focale, plus l'on peut s'adapter à une demande qui s'avère spécifique et complexe ³³ et plus l'on peut développer une transversalité dans les actions et correspondre à l'idéal de décloisonnement des frontières de la santé.

Cet idéal peut être rapproché du concept de promotion de la santé dont l'objectif est de mettre en lien des usagers qui participent à la définition de leurs choix propres en matière de santé avec des acteurs institutionnels et de terrain mobilisés autour de l'utilisateur mais aussi de donner les moyens à celui-ci de développer sa santé. Cela passe par un spectre large de déterminants de la santé (sociaux, comportementaux, environnementaux, éducationnels...).

Il s'agit donc d'aller au plus près de la demande des habitants du territoire mais aussi de profiter d'acteurs comprenant le contexte local et à même de s'impliquer auprès d'acteurs institutionnels avec qui ils développent des relations de proximité.

Plus l'on développe un questionnement local, plus l'on pourra définir une stratégie précise et opérationnelle et plus les habitants se sentiront impliqués, c'est l'idée défendue dans le concept de santé communautaire qui prône au maximum la participation de la population à l'action en santé sur le terrain.

³³ Accès Aux Soins : Quels Outils Pour Les Territoires ? Actes Du Colloque Du 16 Octobre 2012 (Drees, 2013), p. 12 <<http://www.drees.sante.gouv.fr/acces-aux-soins-quels-outils-pour-les-territoires,11147.html>> [accès 15 Juin 2013].

De même, sur le plan du diagnostic, plus l'on développe une approche locale, plus l'on intégrera les approches qualitatives. A l'échelle d'un quartier, l'analyse quantitative devient de plus en plus difficile car les effectifs faibles témoignent de situations individuelles, la disponibilité des indicateurs est souvent faible et la statistique n'est bien souvent là que pour étayer des réalités connues et observées sur le terrain. En ce sens, l'approche populationnelle perd de son sens. Malgré tout, les statistiques ont le pouvoir d'apporter une caution scientifique à des faits que l'on observe et restent bien souvent nécessaires avant l'engagement de moyens financiers.

Un deuxième concept peut être évoqué pour appuyer les diagnostics concernant la santé sur un territoire, il s'agit de celui d'évaluation ou d'étude d'impact sur la santé (traduction de l'anglais health impact assessment). Elle ne s'applique pas à la santé en général mais à l'impact de la mise en œuvre d'une politique sans lien direct avec la santé sur celle-ci. Elle se base sur un processus coordonné ³⁴ avec une première phase de cadrage qui permet de définir le contexte, les enjeux, les acteurs et la population cible impliqués, ce qui ressemble à l'amorce d'un diagnostic.

Elle correspond là aussi à une volonté institutionnelle de décroisement. L'article 39 de la constitution, suite à une révision du 15 avril 2009, « impose que les projets de loi soient, sous réserve de quelques exceptions, accompagnés d'une étude d'impact ». Le cahier des charges d'application de cette loi énonce un certain nombre de domaines devant être étudiés avant l'étude de tout projet de loi, parmi lesquels figurent la santé publique et l'étude des territoires.

Ces dispositions concernent des lois organiques mais, plus généralement, le concept d'évaluation d'impact sur la santé, très développé dans les pays anglo-saxons, au Québec et en Suisse, peut être appliqué à toute mesure prise par une autorité. Les aspects de santé environnementale sont les plus étudiés ³⁵ mais elle peut toucher tous les domaines de la vie en société et de l'action politique ³⁶.

³⁴ *Guide Pour La Conduite D'une Étude de Zone* (Ineris, 2011); *Impact Sanitaire D'une Pollution Environnementale - Impact sanitaire pollution environnementale* (Anses, 2007) <<http://www.afsset.fr/index.php?pageid=797&parentid=523>> [accès 15 Juin 2013].

³⁵ Loyer et Penven, *Évaluation de L'impact Sanitaire de La Pollution Atmosphérique Urbaine Dans L'agglomération Du Mans, 2007-2009* (Institut de veille sanitaire, 2013), p. 8.

³⁶ Valérie Deschamps et al, *Facteurs Socio-économiques Associés Aux Habitudes Alimentaires, à L'activité Physique et à La Sédentarité Des Adolescents En Classe de Troisième En France (2003-2004) – Cycle Triennal D'enquêtes En Milieu Scolaire*, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (Institut de veille sanitaire, 13 Avril 2010) <<http://www.invs.sante.fr/beh/2010/13/>> [accès 15 Juin 2013].

En cohérence avec cette transversalité, les politiques sociales sont logiquement très liées aux questions de santé, mais aussi la politique du logement et d'urbanisme ou plus largement l'aménagement du territoire (constructions en dehors de zones de pollution, logement insalubre, accès aux soins sur le territoire), l'insertion et la formation (secourisme), l'enfance (restauration dans les cantines, protection maternelle infantile), la communication (télémédecine) ou la défense (prévention des addictions, épidémies massives).

Les liens entre hygiénisme et aménagement du territoire avec la nécessité de prendre en compte la santé dans le développement de normes d'urbanisme³⁷ sont à la base de la prise de conscience d'une nécessité de prise en compte de la santé publique au niveau politique.

L'idéal du diagnostic territorial de santé serait donc de pouvoir intégrer à partir des éléments observés, des recommandations qui puissent faire l'objet de décisions, applications et évaluations dans le même processus intégré de diagnostic en touchant tous les domaines de la vie car ceux-ci participent aux déterminants de la santé.

Le diagnostic territorial de santé à un échelon local plus fin permet également, grâce à des propositions concrètes issues du terrain de rééquilibrer les forces entre une approche préventive trop souvent délaissée malgré une mise en avant sur le plan politique et une approche curative pour laquelle la vision sur les mécanismes d'action efficaces et les enjeux économiques est plus directe et donc plus fiable lorsqu'il s'agit de passer aux actes. Par exemple, il est plus simple de recruter un médecin sur un territoire pour faire face à l'obésité des jeunes que d'en comprendre les origines et mécanismes d'action au niveau social, scolaire ou environnemental.

Le plus souvent, un diagnostic territorial de santé provient de commanditaires qui perçoivent au vu d'indicateurs de santé défavorables, soit qu'il s'agit d'un thème prioritaire parmi leurs nombreuses compétences, soit qu'il s'agit d'un territoire prioritaire s'ils ont la compétence sanitaire.

³⁷ Simon Richoz et al, *Santé et développement territorial: Enjeux et opportunités* (PPUR Presses polytechniques, 2010).

2.4 A l'initiative de qui ?

Les services déconcentrés de l'Etat et les collectivités territoriales sont les principaux commanditaires potentiels de diagnostics territoriaux de santé. Ce sont deux acteurs cloisonnés qui se doivent de travailler ensemble et dont le principal point commun est finalement d'être tous deux au cœur de réformes majeures. Ceci à tel point qu'un ministère de la Réforme de l'État, de la Décentralisation et de la Fonction publique a été créé.

Il convient de présenter ces deux principaux acteurs de la santé au niveau local.

2.4.1 Les collectivités territoriales

La France use et abuse de la subdivision infra-étatique avec un nombre de découpages impressionnant : région, département, arrondissement, canton, communauté de commune, EPCI, pays, commune voire même syndicats intercommunaux. Selon Béatrice Giblin, la France posséderait à elle seule le tiers des structures territoriales de l'Union Européenne ³⁸. Parmi ces découpages, régions, département, communautés de commune, commune et pays possèdent tous une administration différente, chacune étant un potentiel promoteur pour un diagnostic de santé d'où une accumulation de diagnostics territoriaux sur des échelons géographiques qui se recoupent plus ou moins.

Il convient de s'attarder sur l'origine de ces différents échelons, leurs prérogatives en lien avec la santé, l'impact de cette superposition mais aussi sur leur actualité.

Dans un rapport d'information au sénat de 2011 ³⁹, la sénatrice Marie-Thérèse Bruguière énonce trois types d'intérêts pour les collectivités territoriales qui résument la complexité de la participation des collectivités à la santé à la fois faible si l'on considère la santé au sens du soin ou au contraire très large si l'on considère la santé au sens de l'OMS :

- La santé en tant que compétence :

³⁸ Magali Reghezza-Zitt, *La France dans ses territoires* (Editions Sedes, 2011).

³⁹ Marie-Thérèse Bruguière, *Santé et Territoires : à La Recherche de L'équilibre* (délégué aux collectivités territoriales, 14 Juin 2011).

- le département peut conclure des conventions sur le dépistage des cancers (article L1423-2 du Code de la santé publique) avec l'Etat, les collectivités peuvent conclure des conventions avec l'Etat sur divers champs : la protection maternelle et infantile ⁴⁰, les vaccinations, la lutte contre la tuberculose, la lèpre, le SIDA ou les infections sexuellement transmissibles. Ces compétences ne sont cependant pas déléguées entièrement aux collectivités puisque l'Etat participe sur l'ensemble de ces champs par l'intermédiaire des ARS : co-financement des actions de dépistage, des associations de lutte contre les maladies infectieuses, collaborations en termes de veille sanitaire (semaine européenne de la vaccination), financement des réseaux de périnatalité.
- Le deuxième champ est la participation des collectivités aux différentes instances démocratiques sanitaires, souvent en contrepoids principal des ARS (conseil de surveillance des établissements de santé, conférences de territoire, Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), commissions de coordination...)
- La santé en tant qu'objectif général : la santé nécessite une approche transversale, nous l'avons vu, elle implique donc l'ensemble des compétences des collectivités :
 - Les communes ont en charge la salubrité publique (hygiène, prévention des maladies infectieuses), la qualité de l'eau, la lutte antibruit, la salubrité des habitations.
 - Les départements ont les compétences principales en matière de politiques en lien avec la santé puisqu'ils s'occupent du secteur du handicap et des personnes âgées dont un grand nombre d'institutions sont médicalisées et donc en cogestion avec les ARS (en charge de la partie sanitaire des établissements médico-sociaux). Les politiques vis-à-vis la réinsertion sociale relèvent également des conseils généraux.
 - Les régions : elles ont la charge de la formation (écoles d'infirmières) et de l'aménagement du territoire (transports)
 - Les trois échelons ont la charge de la restauration scolaire aux différents niveaux (écoles pour les communes, collège pour les départements, lycées pour les régions)

⁴⁰ Code de La Santé Publique - Article L1423-1, Code de la santé publique.

- La santé en tant que préoccupation d'ordre privé : les collectivités ont pour but de satisfaire et d'attirer les individus chez eux, ce à quoi participe de bonnes conditions sanitaires. Il est de la responsabilité des collectivités également de prendre soin de ses administrés, cela passe par exemple par l'éducation physique (prescriptions médicales de séances de vélo par la mairie de Strasbourg), par l'attention aux aînés isolés ou dans les maisons de retraite. En effet, la canicule de 2003 a mis en exergue le fait que d'une mauvaise connaissance de la situation sociale des habitants et du manque de réactivité des maisons de retraite à des conditions extrêmes pouvaient découler des catastrophes sanitaires.

L'investissement des collectivités dans le recrutement des professionnels de santé et l'amélioration de l'accès aux soins tient à la fois de la responsabilité vis-à-vis de l'état de santé de la population et de l'attractivité du territoire. Elle passe par les maisons de santé, les aides à l'installation, la formation des professionnels, la coopération entre professionnels et structures sanitaires, sociales et médico-sociales, la télémédecine...

La multiplication des échelons entraîne un risque majeur de chevauchement de prérogatives car les entités se superposent sur le plan géographique et les prérogatives ne sont pas toujours clairement définies entre collectivités. En effet, de grandes largesses sont offertes à celles-ci en matière de délégation de compétence en ce qui concerne départements, communes et intercommunalités. Ceci entraîne une implication très diverse des communes et intercommunalités notamment dans les grandes villes. Par exemple, à Strasbourg, les champs de la protection maternelle infantile, des vaccinations et de la scolarité en primaire sont délégués à la commune.

Par ailleurs, les collectivités connaissent une année charnière en 2013 avec le troisième acte de décentralisation en préparation. La création actée d'un échelon de métropole et la suppression probable des pays amèneront à redistribuer les cartes des diverses compétences. Le redécoupage des compétences en matière sociale et médico-sociale

(politique de handicap en particulier) de l'Etat vers les collectivités locales est également à l'étude ⁴¹.

De l'implication des différentes collectivités dépendront leurs compétences en santé et leur place dans la décision en santé sur leur territoire (en collaboration avec les ARS). Donc l'intérêt pour elles de réaliser un diagnostic territorial de santé mais aussi leur poids dans le cadre d'une commande portée par l'ARS (pour un contrat local de santé) et les thèmes abordés dans le cadre de ce diagnostic.

En effet, les collectivités ne sont pas qu'initiateurs mais peuvent également être partenaires d'un diagnostic territorial de santé. C'est dans ce cas, en général, les ARS qui en seront à l'initiative.

2.4.2 Les Agences régionales de santé

Dans le rapport de force entre ARS et collectivités, l'ARS par son omnipotence sur le champ de la santé, fait figure de géant.

L'échelon déconcentré de l'Etat a vu la Réforme de l'Administration Territoriale de l'Etat (REATE) en 2009 au cours de laquelle a abouti l'ARS par fusion des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), des Directions départementales et régionales de l'administration sanitaire et sociale (DDASS et DRASS), du Groupement régionale de santé publique (GRSP), des Unions régionales des caisses d'Assurance maladie (URCAM) et des Missions régionales de santé (MRS).

Les ARS ont vu leurs compétences définies par la loi HPST sur l'ensemble du secteur sanitaire et une majeure partie du secteur médico-social.

Elles sont notamment en charge de définir les priorités de santé dans la région qui feront l'objet de déclinaisons locales dans les territoires. Ces priorités sont définies dans le Projet régional de santé (PRS) dont la première phase est un état des lieux que l'on peut assimiler à un diagnostic régional de santé puisque c'est à partir de celui-ci que sont émises les recommandations d'action pour les cinq prochaines années.

⁴¹ 'La Réforme / Réforme Des Collectivités Territoriales / Archives - Ministère de l'Intérieur' <<http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Reforme-des-collectivites-territoriales/La-reforme>> [accès 23 Août 2013].

En parallèle de ce PRS, un redécoupage des territoires de santé mis en œuvre lors du SROS de troisième génération (2003) a été effectué en 2010. Ce redécoupage des territoires relève bien souvent d'une volonté politique avant de relever d'une nécessité sanitaire, une partie des régions ayant privilégié un découpage par départements pour une meilleure synergie des actions avec les conseils généraux.

En effet, en 2003, avec la préparation du SROS de troisième génération (SROS 3), le ministère de tutelle demandait aux ARH de déterminer des territoires de santé qui ne correspondraient pas à des limites administratives mais plutôt à des parcours de soins. Hors en 2010, 16 des 26 régions adoptaient un découpage par départements ou regroupements de départements, 13 d'entre elles avaient adopté un découpage par flux hospitaliers lors du SROS 3⁴².

Cet exemple du découpage des territoires de santé illustre la question politique autour des territoires. La loi HPST a instauré un mastodonte tutélaire avec les ARS qui tend à se comporter de plus en plus comme l'interlocuteur unique sur les questions de santé, la santé devenant un domaine de plus en plus étatique et centralisé, là où d'autres pays choisissent de tendre vers une politique plus décentralisée sur les questions de santé (Allemagne, Angleterre).

Les ARS se doivent cependant d'inclure les collectivités territoriales dans leurs décisions que ce soit dans les conférences de territoire, au conseil de surveillance de l'ARS ou dans la CRSA mais la voix des collectivités apparaît la plupart du temps en fin de processus. On peut penser que ces consultations viennent souvent pour valider des décisions déjà prises par les ARS. De plus, un élément marque la perte de pouvoir des collectivités avec HPST, il s'agit de la perte de la position du maire comme président du conseil de surveillance de l'hôpital. En règle générale, le maire en reste le président mais certaines villes, et notamment Paris, ont fait le choix d'élire leur président du conseil de surveillance parmi le collège des usagers.

Dans le cadre d'un diagnostic territorial de santé, l'ARS apparaît donc comme un interlocuteur incontournable. Il convient, pour les opérateurs, de connaître les politiques mises en place par les ARS pour mieux adapter la stratégie diagnostique.

⁴² Magali Coldefy et Véronique Lucas-Gabrielli, *Le Territoire, Un Outil D'organisation Des Soins et Des Politiques de Santé ? Evolution de 2003 à 2011*, Questions D'économie de La Santé (Irdes, 2012).

2.5 Sur quoi ? thèmes et partenaires

En plus des collectivités et ARS, de multiples partenaires entrent en jeu dans la maîtrise d'ouvrage des diagnostics territoriaux de santé. Outre la multitude d'acteurs de la santé sur un territoire (hôpitaux, professionnels de santé et leurs syndicats ou ordres, associations, réseaux...) qui peuvent entrer dans différents groupes de travail, de nombreux autres partenaires institutionnels sont en jeu. La santé reste étroitement liée aux questions d'environnement portées par les directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), de sport et de social portées par la Direction régionale des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) ou de la question scolaire, prérogative du rectorat pour les écoles primaires dans une vision globale de la santé. En plus des compétences spécifiques de chaque service, s'ajoutent les échelons départementaux dont les compétences sont difficiles à déterminer, c'est le cas notamment dans les ARS pour les délégations territoriales.

Se pose ainsi la question dans un diagnostic territorial de santé des thèmes abordés car les commanditaires ont besoin de collaborer avec l'ensemble des acteurs ayant autorité sur les compétences étudiées. Les acteurs en jeu, même s'ils ne sont pas les promoteurs, doivent être associés aux divers échelons des projets et la multiplication de ceux-ci entraîne une moins bonne cohésion des acteurs et souvent une moins bonne maîtrise du sujet.

Pour exemple, on peut citer la question environnementale pour laquelle des études se développent⁴³ notamment sur le lien entre cancers et pollution. Dans le cadre de ces études, les bases de données du PMSI peuvent être sollicitées. Hors, si les administrations de la santé possèdent des compétences sur le PMSI, cela ne sera pas le cas des autres partenaires institutionnels, d'où la nécessité d'un effort pédagogique encore accru lors de la production d'informations à partir de données du PMSI.

La veille sanitaire n'a sa place dans un diagnostic territorial qu'en cas de problème majeur à l'échelle locale (Chikungunya à la Réunion par exemple) mais sur ce plan, l'articulation entre les cellules de veille sanitaire des ARS, le préfet, les cellules interrégionales

⁴³ Béatrice Bois de Fer et al, 'Estimation des hospitalisations en urgence pour mesurer les effets à court terme de la pollution atmosphérique : qualité des données issues du PMSI', *Santé Publique*, Vol. 21 (2009), 147-158 <doi:10.3917/spub.092.0147>.

d'épidémiologie (CIRE) sous la double tutelle de l'InVS et de l'ARS est là aussi difficile. Les prérogatives des différents organismes restent toutefois généralement bien délimitées mais supposent une coordination des acteurs.

Ce seront autant d'interlocuteurs pour élaborer la politique régionale en santé mais également d'interlocuteurs pour les opérateurs de diagnostics territoriaux de santé.

2.6 Avec qui et comment ?

2.6.1 Les opérateurs

Les opérateurs de diagnostics territoriaux sont également nombreux et divers selon le souhait du commanditaire.

Les collectivités ou les ARS peuvent se charger elles-mêmes de ces diagnostics, en confiant souvent la partie opérationnelle à de jeunes stagiaires, ce qui laisse quelques doutes sur l'expertise et l'indépendance des observateurs. D'autres structures sont, elles, spécialisées dans l'observation en santé. En voici les principales.

Les ORS créés en 1984 grâce à la loi de décentralisation de 1982, sont en majeure partie des associations loi 1901 implantés dans chaque région (jusqu'à la fermeture de l'ORS Haute-Normandie). Leurs champs d'actions sont larges puisqu'ils traitent aussi bien de santé que de questions sociales et médico-sociales. Il existe cependant des différences entre régions, selon les compétences présentes au sein de l'équipe et les financeurs. Depuis 1988, ils sont regroupés au sein de la Fédération nationale des ORS (Fnors).

Les Instances régionales en éducation et promotion de la santé (Ireps) leur sont souvent associés, c'est le cas en Alsace en ce qui concerne les diagnostics locaux de santé. Leur apport se fait sur leur connaissance du terrain associatif et des acteurs locaux sur un territoire, sur la promotion de la santé et le montage de projet en promotion de la santé ou prévention. Leur aide se matérialise essentiellement sur le plan d'enquêtes qualitatives.

Les Centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (Creai) créés en 1964 ont vu leur rôle dépasser les compétences inscrites dans leur dénomination puisque leur champ d'action touche à l'ensemble des secteurs sociaux et médico-sociaux. Avec le renforcement des liens entre les secteurs médico-sociaux et sanitaires dans les parcours

de soins, on peut se poser la question de leur rôle futur dans l'observation sur le champ sanitaire.

Afin de coordonner l'observation de ces différentes structures, des plateformes d'observation sociale et sanitaire ont vu le jour en 1999 (confirmées en 2006), elles sont basées dans les DRJSCS et sont financées par la Drees⁴⁴ mais leur champ d'action reste relativement limité.

Le cas de ces associations dans l'observation en santé pose la question de l'indépendance de l'observation vis-à-vis de tutelles qui les financent en grande partie (ARS pour la plupart des ORS, conseil généraux ou régionaux pour certains). Leur situation financière n'étant pas pérennisée (fermeture de l'ORS Haute-Normandie en 2013, fusion des CREAL et ORS Languedoc-Roussillon en 2012), les diagnostics se font, sous couvert d'institution indépendante, à partir de modalités choisies par la tutelle (indicateurs, calendrier, acteurs rencontrés...) et dans un esprit principalement d'observation sans pouvoir forcément formuler des propositions qui iraient à l'encontre de la politique mise en place.

Il n'existe pas d'organisme en capacité de démontrer l'inutilité ou le mauvais fondement d'une politique menée au niveau local. Le pouvoir d'analyse de l'action publique, hormis la cour régionale des comptes sur certains sujets précis, est ainsi porté par des organismes qui n'ont pas les moyens financiers indépendants des tutelles ou les capacités de recherche (syndicats de professionnels de santé, URPS, ordre professionnels, association d'utilisateurs) pour avoir une analyse objective et étayée. De même, les instances démocratiques en place (conseil de surveillance des ARS, commissions de coordination, CRSA, conférences de territoire) n'ont pas les moyens de financer des études ou d'analyser les données existantes en santé.

Il faut bien entendu également faire avec le contexte politique local qui ne permet pas de bouleversements au vu d'enjeux politiques et financiers majeurs. On peut citer, par exemple, la répartition des CHU sur le territoire avec deux CHU dans les régions Pays de la

⁴⁴ Yvette Rayssiguier, Josianne Jégu et Michel Laforcade, *Politiques sociales et de santé: Comprendre et agir* (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2012).

Loire (Nantes et Angers) et Languedoc-Roussillon (Nîmes et Montpellier) alors que la région Nord Pas de Calais nettement plus peuplée n'en a qu'un⁴⁵.

Les principales forces d'opposition de la politique publique mise en place par les tutelles disposant de moyens d'analyse restent l'Assurance maladie, l'hôpital et les autres tutelles (ARS pour les collectivités et vice-versa) mais les enjeux de partenariats empêchent la liberté complète de parole et leur champ d'action reste limité à leurs prérogatives. Avec la possibilité de coupler les données du PMSI avec celles de la consommation de soins en ambulatoire, l'Assurance maladie possède un trésor de données sous exploité. Cependant, l'orientation politique nationale actuelle de la CNAMTS réduit la part d'analyse à partir des bases de données du PMSI en région pour concentrer les compétences des services statistiques principalement sur le contrôle du financement des hôpitaux et des prestations aux assurés.

L'accès des hôpitaux aux bases régionales du PMSI leur confèrent des possibilités d'analyse importantes avec les structures de recherche qui leur sont souvent associées. Sur ce domaine donc, l'hôpital (et principalement les grands hôpitaux publics) possède l'avantage de pouvoir apporter une « caution scientifique » à leurs idées qui n'existe pas dans le monde ambulatoire.

L'observation faite à l'échelon national par la cour des comptes, les structures de recherche (Inserm, Irdes) les agences sanitaires ou les organismes consultatifs nationaux (HCSP, HCAAM...) est finalement plus libre car ces organismes disposent de moyens financiers (ou de personnes compétentes sur le plan scientifique), de capacités d'accès aux bases de données ou de prérogatives inscrites dans la loi qui leur permettent une liberté d'action supplémentaire. De même, les fédérations hospitalières disposent d'un pouvoir d'opposition réel dont ils font preuve régulièrement avec efficacité⁴⁶.

⁴⁵ Béatrice Giblin, 'Santé publique et territoires', *Hérodote*, n° 143 (2011), 3–12 <doi:10.3917/her.143.0003>.

⁴⁶ Gabriel Nisand, 'EMOIS Nancy 2011 - Analyse Du Guide Des Contrôles Externes et Proposition de 10 Axes D'amélioration', <http://www.canal-u.tv/video/canal_u_medecine/emois_nancy_2011_analyse_du_guide_des_controls_externes_et_proposition_de_10_axes_d_amelioration.6841> [accès 12 Août 2013]; *Rapport D'évaluation de La T2A* (Fédération hospitalière de France, 2013) <<http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Achats-Finances/reforme-du-mode-de-financement-de-l-hospitalisation-tarification-a-l-activite/La-FHF-rend-publication-rapport-d-evaluation-sur-la-T2A>> [accès 4 Juillet 2013].

Les ORS ont vu l'affirmation de leur rôle d'observation par une mention dans la loi HPST, le pacte de confiance pour l'hôpital parle de créer un observatoire des besoins de santé sur la base des ORS. Leur intégration est également évoquée depuis plusieurs années dans les ARS. Le futur de ces observatoires est donc incertain, ce qui est sûr, c'est que leur intégration dans les ARS marquerait une absence de volonté de regard extérieur sur les problèmes qui peuvent se poser au niveau local en matière de santé alors que l'on peut penser que l'observation en santé est d'autant plus efficace à l'échelon local.

Si l'indépendance de l'observation n'est pas forcément assurée, l'observation est de plus en plus présente et de plus en plus de diagnostics territoriaux de santé sont commandés, ceci avec l'apparition de nouveaux outils dans la loi HPST, les contrats locaux de santé, dont le diagnostic local de santé est la phase préliminaire.

2.6.2 Les outils

A) Diagnostic local de santé

Le diagnostic local de santé n'est pas un « label officiel », il n'en existe donc pas de définition réglementaire.

La définition ci-dessous est issue du « Guide à destination des opérateurs d'un diagnostic local de santé » édité par la Fnors en mai 2012.

Un diagnostic local de santé [...] est une démarche d'analyse de situation donnant lieu à concertation et qui s'inscrit dans un processus débouchant sur des interventions concrètes mises en place dans la continuité du diagnostic lui-même. Il se distingue ainsi d'un simple état des lieux reposant sur la collecte et l'analyse des informations disponibles pour le territoire, même si cet état des lieux est considéré ici comme une des composantes de la démarche de diagnostic. Un diagnostic est un outil d'aide à la planification qui s'inscrit dans une démarche de projet.

Le DLS s'inscrit à un niveau infra-départemental, il peut donc concerner tous les échelons administratifs (commune, pays, cantons, communautés de commune...).

La notion de diagnostic local de santé évoque une action en aval et donc en théorie, un financement prévu pour porter les actions imaginées lors de la phase de diagnostic. Elle

nécessite un financement relativement conséquent porté par un financeur institutionnel au niveau local disposant d'une compétence en santé. Si les deux principaux porteurs de projet de santé au niveau local sont les collectivités territoriales et l'ARS, une enquête réalisée en 2010 auprès du réseau des ORS recensant les diagnostics territoriaux infradépartementaux cite également les établissements de santé et l'Urcam (absorbées depuis en partie par les ARS) parmi les promoteurs.

L'enquête réalisée dans les ORS évoque ainsi 220 travaux menés entre 2000 et 2009 comportant une déclinaison infra-départementale d'indicateurs dont 90 correspondant à l'analyse de la situation sanitaire d'un territoire infradépartemental, ce qui s'apparente au diagnostic local de santé. Parmi ces 90 travaux, près de la moitié ont été effectués en 2007 ou 2008. On peut penser que depuis 2009 et la loi HPST, ce chiffre a probablement encore augmenté.

En Alsace, plusieurs diagnostics territoriaux de santé ont été confiés à l'ORS. Parmi ceux-ci, deux contrats locaux de santé ont fait l'objet de diagnostics locaux de santé au préalable. Il s'agissait des territoires du Val d'Argent (10 245 habitants) et de la Vallée de la Bruche (21 622 habitants). Un diagnostic communal a été établi sur la commune de Wittenheim (14 194 habitants). D'autres diagnostics territoriaux au niveau local sont en cours sur des territoires infracommunaux de la ville de Strasbourg.

B) Contrat local de santé

Les contrats locaux de santé sont la suite logique du diagnostic territorial de santé et doivent en être l'application concrète même si, en pratique, diagnostic local de santé ne rime pas forcément avec contrat local de santé derrière. L'article L.1434-17⁴⁷ du Code de la santé publique stipule que « *La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social* ». Il s'agit donc, selon la loi, d'appliquer sur un territoire la politique mise en place par l'ARS au niveau régional. En pratique, une évaluation de 36 CLS portés par des villes du réseau ville-santé de l'OMS⁴⁸

⁴⁷ Code de La Santé Publique - Article L1434-17, Code de la santé publique.

⁴⁸ 'Principaux Résultats de L'étude D'approfondissement Sur Les Contrats Locaux de Santé' (Réseau français des villes-santé de l'OMS, 2012).

montre que, dans 65 % des cas, l'initiative a été prise par la collectivité, et le pilotage politique et opérationnel est porté par l'ARS, la collectivité co-signataire, mais aussi d'autres partenaires institutionnels. Les thématiques sont bien entendu essentiellement les thématiques des compétences des collectivités territoriales ; vaccination, santé mentale, enfance, personnes âgées, cancer (dépistage), nutrition...

Ce que l'on retient cependant de la démarche préconisée par le guide « Eléments de référence sur les contrats locaux de santé (CLS) Présentation, périmètre et modalités d'élaboration des CLS. » élaboré par l'ARS Ile de France ⁴⁹ est que les phases de diagnostic servent à identifier des territoires pertinents pour un CLS et à élaborer des modalités d'application des stratégies voulues par le comité de pilotage. Il est mentionné ainsi que, si c'est l'ARS qui est à l'initiative du CLS, il s'agira de mettre en œuvre les enjeux prioritaires du PRS. En d'autres termes, le diagnostic est là pour appuyer les idées existantes et non en élaborer de nouvelles, plus spécifiques au contexte local. Ceci s'avèrera d'autant plus juste que l'opérateur du diagnostic est l'ARS ou la collectivité territoriale. Il convient toutefois de nuancer ces propos en ajoutant que la position de ce guide ne reflète pas forcément la vision de toutes les ARS.

La question du financement pose également des difficultés puisqu'aucun financement n'est prévu par les textes, car il s'agit d'un contrat d'objectifs et non de moyens. Si l'on peut penser que des financements sont prévus pour le pilotage et la mise en œuvre, on peut se poser la question du financement pour la phase d'évaluation. En effet, la réflexion sur les modalités d'évaluation arrive bien souvent après les faits, au lieu d'être menée en amont.

D'autre part, bien souvent les diagnostics couvrent la globalité du champ de la santé et les actions menées entrent uniquement sur les thématiques partagées avec les collectivités. Ce qui n'empêche cependant pas que, sur des sujets pour lesquels le commanditaire n'a pas de compétence, puissent être associés des partenaires compétents, sur une problématique particulière.

Cet outil apparaît donc une avancée mais plus dans le domaine du rapprochement et de la mise en cohérence des actions sanitaires entre ARS et collectivités territoriales que

⁴⁹ 'Eléments de Référence Sur Les Contrats Locaux de Santé - Présentation, Périmètre et Modalités D'élaboration Des CLS' (ARS Ile de France, 2011) <http://ars.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/3_Nos_Actions/3_PRS/1-_ARS_CLS_Elements_de_reference_Avril_2011_VF.doc> [accès 15 Juin 2013].

dans une démarche structurée et nouvelle d'action fondée sur un diagnostic local. Elle permet également à ces structures de mieux connaître l'offre locale pour le développement de partenariats.

Parmi les outils favorisés par la loi HPST, nous avons abordé les diagnostics et contrats locaux de santé car ils nous concernent directement dans le cadre de ce mémoire mais à l'interface de la politique de la ville et des politiques de santé de droit commun, les Ateliers santé ville, s'inscrivent également dans cette démarche de contractualisation et peuvent faire l'objet d'un diagnostic territorial préalable.

2.7 Quelques enjeux actuels

Le ministère engage actuellement une réflexion sur la stratégie nationale de santé pour les années futures. Nombreux sujets nous concernent. Nous porterons une attention particulière à la question du développement des parcours de soins.

2.7.1 Les nouvelles orientations stratégiques nationales

Deux rapports successifs sur les orientations stratégiques à venir en matière de santé sont parus récemment avec des recommandations similaires concernant l'hôpital, les territoires et l'observation en santé. Le premier sur le pacte de confiance pour l'hôpital ⁵⁰ a été remis en mars 2013 par Edouard Couty. Le deuxième sur la stratégie nationale de santé ⁵¹ doit être remis en septembre 2013 par Alain Cordier, mais son contenu a déjà été diffusé. Des discussions questionnent la volonté du ministère de la santé de donner suite à ce rapport donc nous développerons principalement le premier.

Le territoire évoqué par le pacte de confiance pour l'hôpital ne serait pas défini par la loi comme peut l'être le territoire de santé pour déterminer les activités de recours ou de référence, il s'agirait d'un territoire de proximité centré autour du médecin traitant et

⁵⁰ Couty.

⁵¹ 'Santé : un rapport propose de "réorganiser le pilotage national"', *Le Monde.fr* <http://www.lemonde.fr/sante/article/2013/07/16/sante-un-rapport-propose-de-reorganiser-le-pilotage-national_3448085_1651302.html> [accès 23 Août 2013].

spécifique à chaque pathologie pour un certain nombre d'entre elles (urgence, gériatrie, neurochirurgie, greffes...). Il y aurait une « obligation de coopération pour le service public hospitalier ». Les institutions parties prenantes du parcours de soins pourraient se constituer dans un nouveau groupement de coopération sanitaire (GCS) territorial.

Ce rapport réaffirme également la notion de service public hospitalier, notion disparue dans la loi HPST, et cette notion est revue sous le terme de « service public hospitalier territorial » donnant lieu à un contrat territorial de santé pour lequel, contrairement aux CLS, seraient associés opérateurs et financeurs. Cette réaffirmation de la notion de service public se traduirait par une meilleure adéquation du financement pour des activités peu valorisées par la T2A notamment sur les maladies chroniques et la permanence des soins (accessibilité géographique et financière). Il s'agirait d'augmenter la part au forfait par rapport à la T2A (évolution estimée de 65 % T2A-35 % forfaits (essentiellement MIGAC) dans les établissements publics à 60 %-40 % lors de la présentation du rapport par Edouard Couty à la commission des affaires sociales).

La préconisation n°15 du rapport nous intéresse particulièrement car elle propose la création d'observatoires des besoins de santé sur le territoire sur la base des actuels ORS. La fin de ce rapport montre les résultats d'un sondage effectué sur un panel d'acteurs représentant l'ensemble des institutions parties prenantes dans le secteur sanitaire. Il montre que tous considèrent que la T2A ne doit pas être supprimée mais 11 des 17 acteurs considèrent qu'elle doit être réduite au profit des MIGAC.

Le rapport sur la stratégie nationale de santé reprend la notion de "service public territorial de santé", le parcours de soins centré sur le médecin traitant, la modification de la tarification. Il évoque également la nécessité : de développer la pertinence des organisations et des actes en développant des indicateurs de pertinence, de regrouper les données du Système national d'informations inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) et du PMSI dans une même structure, de construire des bases de données sur les personnes résidant en EHPAD, de renforcer les capacités d'analyses médico-économiques et de donner les outils de la coordination et de la continuité ville-hôpital.

Ces rapports semblent être une étape de plus vers le décloisonnement des structures au sein du territoire et vers un raisonnement en termes de parcours de soins.

2.7.2 Le parcours de soins

La question de raisonner en termes de parcours de soins plutôt qu'à segmenter hôpital, médecine de ville et secteur médico-social, est prégnante. C'est l'une des raisons qui a poussé à la formation des ARS. En effet, après la création des ARH en 1996, il est apparu l'accroissement d'un manque de lien entre ces secteurs⁵². Désormais, les trois sont réunis sous une même enseigne et la volonté du ministère est d'expérimenter de nouveaux modes d'organisation pour optimiser les parcours de soins. Un arrêté du 20 septembre 2012⁵³ a défini un cahier des charges de financement d'expérimentations pour le parcours des personnes âgées (dispositif Paerpa) pour lesquels huit projets ont été retenus⁵⁴ et devraient démarrer en 2014. D'autres secteurs devraient suivre notamment concernant le diabète et les maladies cardiovasculaires.

Si ces expérimentations sont vues positivement par la communauté médicale et les acteurs territoriaux⁵⁵, la redéfinition de territoires pertinents pour un diagnostic territorial de santé devra faire avec ces parcours de soins. Cela risque de complexifier ces analyses puisqu'il s'agira d'analyser les trajectoires et les résultats en termes sanitaires d'un ensemble de patients pour lesquels l'information sur le suivi du parcours de soins ne sera pas disponible à moins de réaliser une enquête épidémiologique spécifique sur le sujet ou d'adapter les outils de suivi de la consommation de soins en médecine libérale et du PMSI. Les séjours ne devraient a priori pas faire l'objet de GHM puisqu'ils entreraient dans un contexte global associant médecine libérale et médecine hospitalière. Reste donc à savoir comment adapter les outils disponibles et comment analyser en même des temps des patients suivant un parcours classique et des patients suivant ces parcours du système de soins intégré. Se posera également la question du financement puisque ces

⁵² Philippe Ritter, *La création des agences régionales de santé*, 2008 <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000146/index.shtml>> [accès 7 Juin 2013].

⁵³ *Arrêté Du 30 Août 2012 Fixant Le Cahier Des Charges Relatif Aux Expérimentations Mettant En Œuvre de Nouveaux Modes D'organisation Des Soins Destinés à Optimiser Les Parcours de Soins Des Personnes Âgées En Risque de Perte D'autonomie En Prévenant Leur Hospitalisation En Établissement de Santé Avec Hébergement, En Gérant Leur Sortie D'hôpital et En Favorisant La Continuité Des Différents Modes de Prise En Charge Sanitaires et Médico-sociaux.*

⁵⁴ 'Parcours Des Personnes Âgées: Marisol Touraine Annonce Les Huit Régions Expérimentatrices', *APM International*, 2013 <<http://www.apmnews.com/lstory.php?id=26464c07435d13080115414e0141530744544e594a12425b5e5b571f0605181d42101f5e1f551b505418104f5a4d581e551d4e095b673863747d02440155524c1c154d404316401013155b4e004c001f171441034f144f02001d0909>> [accès 7 Juin 2013].

⁵⁵ 'La Gazette Santé Social - Actualité - L'actu - Nouvelles Expérimentations Pour Le Parcours de Santé Des Personnes Âgées' <<http://www.gazette-sante-social.fr/actualite/actualite-generale-nouvelles-experimentations-pour-le-parcours-de-sante-des-personnes-agees-35906.html>> [accès 23 Août 2013].

trajectoires seraient logiquement payées sur un forfait global de prise en charge sans segmenter la part hospitalière de la part libérale donc quid du renseignement et des modalités d'analyse des diagnostics et des comorbidités dans le PMSI ?

Des expérimentations pour compléter, voire remplacer à terme, la tarification à l'activité par une tarification au cycle de soins sont en cours par l'équipe TCS (Tarification et indicateurs au cycle de soins), l'objectif serait d'être suffisamment souple pour permettre aux acteurs de s'entendre sur les modalités de gouvernance ce qui pose la question de la gestion des systèmes d'information et de la place des DIM. On peut cependant penser que ces parcours de soins ne devraient pas faire l'objet d'une tarification au parcours sur le modèle de la T2A avant de nombreuses années.

Ces parcours définiront des territoires différents selon les pathologies, ceux-ci seront en quelque sorte « institutionnalisés ». Le libre choix de l'hôpital, de l'établissement de moyen séjour ou du praticien libéral pour le suivi ne seront plus possibles, à coût égal, pour les patients. En ce qui nous concerne, cela privera l'analyse territoriale des flux hospitaliers de l'analyse quantitative puis qualitative de trajectoires spontanées des patients dont nous verrons qu'elles ne suivent pas forcément une logique territoriale puisqu'une partie des soins se fait à distance alors qu'une offre de proximité existe.

D'autre part, l'analyse des effets de ces parcours en termes sanitaires sur la population demandera un recul suffisant souvent incompatible avec les exigences de résultats liés à l'enjeu politique derrière ces questions.

Cette évolution vers les systèmes de soins intégrés comme peuvent connaître les Etats-Unis ou le Canada paraît cependant inéluctable et il semble que ces parcours soient délimités sur un territoire. C'est en effet ce qui est affirmé par le pacte de confiance pour l'hôpital, rapport parlementaire remis à la ministre en mars 2013 ⁵⁶ qui parle de « passer d'une logique de structure à une logique de soin ». Ce point a été réaffirmé par le rapport sur la stratégie nationale de la santé (référence). L'idéal voulu par le concept de promotion de la santé serait ensuite de passer d'une logique de soin à une logique de prise en charge globale de santé.

⁵⁶ Couty.

2.8 Les enjeux techniques

Ces enjeux liés aux évolutions des institutions et de leurs compétences, ainsi que des orientations politiques affecteront la commande du diagnostic territorial de santé. A ces difficultés potentielles, s'ajoutent des difficultés techniques. En effet, un nombre important de choix lié au territoire d'étude et au choix des indicateurs est nécessaire.

2.8.1 L'importance du territoire d'étude

Le territoire d'étude est bien entendu de la responsabilité exclusive du commanditaire. Ce qui oblige l'opérateur à considérer plusieurs écueils potentiels lors d'une analyse territoriale et de l'approche comparative de territoires :

- Un territoire qui ne correspond pas à un découpage administratif courant ne disposera pas de données à cet échelon ;
- Les données peuvent être disponibles sur des échelons géographiques différents (différences entre les EPCI et cantons par exemple) ;
- Un territoire trop petit peut ne pas disposer de données quantitatives (échelon infracommunal) et la limite du secret statistique devient rapidement handicapante. L'apport des données qualitatives (issues d'entretiens en général) devient alors prépondérant ;
- L'analyse de données quantitatives sur des effectifs trop faibles (par échelle de temps ou d'espace trop réduite) limite la stabilité des données ;
- L'utilisation de tests statistiques ne peut pas se faire pour comparer des populations d'effectifs hétérogènes (taux de mortalité cardiovasculaire en France par rapport à une commune par exemple) ;
- Il y a un biais à comparer des territoires qui se recoupent (canton par rapport au département) même si des techniques statistiques permettent de limiter ces biais.
- Un territoire est forcément impacté par les territoires voisins. C'est notamment le cas pour les territoires limitrophes de régions (donc sous la direction d'une ARS différente).

Une autre limite de la territorialisation est d'arriver à borner des parcours de soins de façon absurde. Dans le secteur de la psychiatrie par exemple, la sectorisation implique

que des patients doivent être pris en charge dans des structures éloignées de leur domicile alors que des structures plus proches existent dans une autre région, c'est le cas de notre territoire d'analyse en Alsace Bossue. Ce problème peut également se poser pour toutes les autorisations « de niveau de recours » ou « de référence » où le centre hospitalier vers lequel est dirigé le patient est, respectivement, le centre référent du territoire de santé ou le centre hospitalier universitaire.

La situation peut s'avérer encore plus spécifique sur certaines spécialisations comme le traitement des grands brûlés qui s'opère par inter-région.

Les limites de ces territoires découpés sont en effet éminemment subjectives. Les contours des départements, par exemple, datent de l'époque napoléonienne et ne correspondent donc plus à une réalité de vie qu'elle soit sanitaire, économique ou sociale. Malheureusement, ce sont des échelons auxquels la population s'est identifiée et pour lesquels le suffrage électoral s'exerce. Les découpages qui pourraient être les plus adaptés sont les bassins de vie ou les zones d'emploi. S'ils ne sont pas adaptés à la question sanitaire, ils ont le mérite de refléter les zones de circulation des gens. Ceux-ci restent toutefois encore peu utilisés par rapport aux cantons, départements ou régions.

D'autres territoires sont créés, que ce soit pour répondre à cette non adéquation, pour répondre à une question précise (fiscalité pour les EPCI, zones franches urbaines pour favoriser l'activité dans les quartiers défavorisés...) ou pour des motifs politiques. Un découpage territorial n'a la plupart du temps pas de dimension temporelle, car rares sont ceux dont une révision régulière du découpage est prévue et au vu des enjeux politiques liés à une éventuelle suppression d'échelon, les différents échelons perdurent tant que la loi ne leur ôtera pas leurs prérogatives. Et, quand la question d'une suppression arrive à faire son chemin, elle en vient à buter sur la volonté du peuple de préserver son identité territoriale (échec de la fusion des conseils généraux et régionaux en Alsace).

Nous pouvons aborder la question de la difficulté de découpage des territoires par l'exemple du découpage des territoires de santé en 2010 déjà évoqué plus haut (cf paragraphe Les Agences régionales de santé page 48). En Alsace, le découpage a été fait selon les flux des patients vers les hôpitaux de la région légèrement modifié par la prise en compte de flux ambulatoires. Si ce découpage est logique car l'hôpital reste la plaque tournante de l'activité sanitaire d'un territoire, plusieurs problèmes se posent :

- Les flux de patients ne sont pas les mêmes quelle que soit l'activité analysée. L'activité en médecine, en chirurgie et en obstétrique sera différente, car l'offre hospitalière sera différente, et la demande du patient sera différente en fonction du caractère d'urgence du soin, de la réputation de l'hôpital et du praticien et de l'accessibilité géographique et financière au soin ;
- Ce découpage se base sur des flux hospitaliers et prend peu en compte les flux vers la médecine ambulatoire mais aussi vers les centres de moyen et long séjour. L'évolution vers les parcours de soins devrait remettre en cause cette approche ;
- D'un point de vue pratique, le découpage effectué en 2010 a été effectué en même temps que la phase d'état des lieux du projet régional de santé : les recommandations du projet régional de santé en cours se basent donc sur les anciens territoires de santé (issus du SROS 3).

Enfin, l'interrogation est plus philosophique mais la notion de territoire a-t-elle encore le même sens aujourd'hui alors que les usagers du système bénéficient d'une plus grande mobilité ⁵⁷. Il convient, dans tous les cas, de prendre en compte cette notion dans le cadre d'un diagnostic territorial. Nous en approcherons un des aspects par la question des distances d'accès aux soins et des choix opérés par les usagers de s'orienter vers un hôpital donné alors qu'un autre plus proche existe.

2.8.2 Les indicateurs

Nous avons vu que, selon le territoire d'analyse, un indicateur peut se révéler pertinent ou non. Il convient donc d'explicitier le choix de ces indicateurs et les précautions d'usage à leur emploi.

Les indicateurs, comme les cartes issues de ces indicateurs, sont des outils au service de l'action publique. Leur production permet d'amener un éclairage et une caution scientifique, mais ils peuvent être également considérés comme générateurs de problèmes publics. Leur disponibilité actuellement par des outils automatisés pousse à une mauvaise interprétation par des professionnels non aguerris, alors même qu'un

⁵⁷ Jean-Marc Benoit, Philippe Benoit et Daniel Pucci, *La France à 20 minutes (et plus): la révolution de la proximité* (Belin, 2002), p. 20.

indicateur ne reflète, par définition, qu'une vision agrégée d'un problème hétérogène, et doit donc à ce titre être sujet à caution. L'indicateur doit posséder certaines caractéristiques (critères SMART : spécifique, mesurable, accepté, reproductible, temporalité définie), ces caractéristiques n'étant valables que pour une situation donnée, il convient de réévaluer leur pertinence dès que le contexte pour lequel il a été validé change. C'est notamment le cas de scores composites mêlant plusieurs indicateurs (score de déprivation, accessibilité potentielle localisée). La meilleure performance des outils statistiques et informatiques, et l'émergence de bases de données de plus en plus complètes, permettent également la multiplication d'indicateurs et de manipulations statistiques de ces indicateurs. Il y a une course à la création du nouvel indicateur qui stimule la recherche mais multiplie les erreurs potentielles d'interprétations. Le point positif est que cette mise en concurrence oblige à une meilleure transparence dans la production de l'indicateur ⁵⁸.

Au sujet du choix des indicateurs d'un diagnostic territorial de santé, celui-ci va dépendre de l'observateur, du commanditaire, du contexte socio-politique et du territoire d'analyse.

En ce qui concerne le territoire d'analyse, il va de soi qu'un indicateur n'a de sens que s'il concerne une population homogène sur le sujet traité et plus l'on s'intéresse à un territoire précis pour une pathologie précise, plus il sera difficile d'avoir des effectifs suffisants pour mesurer un état de santé ou une évolution selon les années. Ce caractère populationnel vaut également pour les corrélations qui pourraient être faites entre indicateurs, par exemple lorsque l'on cherche à mettre en relation les données socio-économiques avec les données hospitalières (corrélation entre des scores de déprivation et des taux de recours au soin à l'échelle d'une commune par exemple). C'est ce qui pousse les opérateurs d'observation en santé à développer de plus en plus l'analyse de données à l'échelle la plus fine possible. Ceci a notamment permis le développement des analyses au niveau infracommunal. Dans notre cas, le PMSI ne reflétant que les séjours hospitaliers, il n'y aurait de sens à l'exploiter à l'échelon infracommunal que dans les grandes villes françaises, à l'échelle de quartiers par exemple.

⁵⁸ Claude Gilbert et Emmanuel Henry, *Comment se construisent les problèmes de santé publique* (Editions La Découverte, 2009).

Le contexte socio-politique actuel cherche, lui, à appréhender plusieurs aspects, parmi lesquels, le parcours de soins, l'accès aux soins, et la performance et la pertinence des soins (ou moins diplomatiquement, les économies potentielles à réaliser sans entraver la qualité des soins). Cela implique de développer la recherche dans ces domaines et de produire des indicateurs associés. Pour exemple, le dernier rapport sur les charges et produits de l'Assurance maladie 2014 ⁵⁹ passe d'une logique par secteur (hospitalier, ambulatoire et médico-social) à une approche sur l'ensemble du parcours de soins en calculant la dépense décloisonnée par pathologie sur l'ensemble des trois secteurs.

Le commanditaire pourra par ailleurs orienter la recherche d'indicateurs sur certains aspects plus opérationnels pour lui, à savoir la production d'indicateurs de planification. Il peut fournir une liste d'indicateurs désirés à l'opérateur, il conviendra à celui-ci d'en évaluer la pertinence.

Enfin, l'opérateur est en charge des questions purement techniques et de la fiabilité des informations qu'il produit. Cela implique des choix méthodologiques pour définir des indicateurs permettant d'objectiver des situations complexes :

- comment délimiter une pathologie : les démences s'apparentent-elles à des problèmes psychiatriques ou du système nerveux ? le diabète aux pathologies cardiovasculaires ?
- comment définir le caractère chronique d'une pathologie ou son lien avec le vieillissement ? peut-on classer un cancer métastasé du poumon de très mauvais pronostic dans la même catégorie qu'un mélanome bénin ?
- comment relier une hospitalisation avec un séjour en SSR ou avec des dépenses ambulatoires ? y'a-t-il un lien entre les séjours pour un patient hospitalisé qui rentre chez lui et revient deux mois plus tard en SSR ? des dépenses de kinésithérapies effectuées deux ans après un séjour hospitalier peuvent-elles lui être affectées ?
- comment fixer des limites adéquates aux indicateurs ? sur les filières de soins, à partir de quel pourcentage de patients adressés par un hôpital à un établissement SSR ou à un réseau considère-t-on qu'il existe un lien privilégié entre les structures (ou le conventionnement entre les structures prévaut-il) ? Ou autrement dit, en

⁵⁹ *Charges et Produits Pour L'année 2014 de La CNAMTS.*

arrivera-t-on à fixer des limites d'adressage pour définir un parcours sur un territoire quitte à réduire drastiquement les parts de marché de l'hôpital ou de ses structures d'aval ?

En plus des indicateurs liés au PMSI que nous explorerons dans la troisième partie de ce mémoire, il convient de faire le lien avec les indicateurs habituellement présents dans un diagnostic territorial de santé.

A) Indicateurs mobilisables

Comme nous l'avons vu précédemment, les indicateurs intégrés actuellement dans les diagnostics territoriaux de santé n'ont pas trait à l'hôpital. En voici les principaux, avec les gestionnaires des bases de données intégrant ces indicateurs pour lesquels une demande d'accès est nécessaire.

Une grande partie est issue des bases de données de l'Insee obtenues lors des recensements de population. Les recensements sont faits chaque année sur cinq ans sur un cinquième des communes depuis 2005, ce qui fait que les données fournies sur une année actuellement sont des extrapolations. La majorité de ces données sont en libre accès. Les informations sur l'âge, les caractéristiques des logements, l'emploi des ménages, les revenus des ménages ou la distribution des catégories socio-professionnelles sont particulièrement informatives pour caractériser la population. D'autres informations sur la taille de la population, la composition des ménages ou les migrations résidentielles sont également utilisées. L'Insee fournit également plusieurs indicateurs calculés: une typologie en aires urbaines des communes, des indices de vieillissement ou d'inégalités de revenus.

Les données sur les prestations sociales versées aux assurés éclairent sur la situation sociale et la prévalence du handicap dans un territoire. Elles ont l'inconvénient d'être la propriété des organismes divers, qui en assurent la délivrance, même si l'Insee en récupère une partie. Il s'agit de la Caisse d'allocations familiales pour les prestations familles et logement, le Conseil général pour les prestations vieillesse et handicap et l'Assurance maladie pour les prestations maladie et risque professionnel. En ce qui

concerne celles-ci, nous verrons dans le prochain paragraphe qu'elles sont les plus difficiles à obtenir.

Outre les données sur les prestations, l'Assurance maladie possède des données sur la consommation et l'offre de soins en libéral. Certaines données sur le recours à certains praticiens (généralistes, dentistes, infirmiers, kinés) sont fournies, par canton, sur des outils en libre accès (Cartosanté). Les données de consommation médicamenteuses doivent être demandées.

L'offre en termes de structures de soins est assurée par l'ARS ou le Conseil général selon le titulaire de la délivrance d'autorisation d'exercice. Certaines données sur les structures sont disponibles en libre accès via le répertoire Finess mais celui-ci n'est pas toujours à jour. De même, les données de la Statistique annuelle des établissements (SAE) permettent de caractériser l'offre sanitaire mais sont sujettes à caution car essentiellement déclaratives. Les infrastructures sportives et de loisirs sont, elles, disponibles en accès libre par la DRJSCS.

Parmi les autres données utilisées, le Conseil général possède les informations de la Protection maternelle infantile (PMI) sur les certificats des nourrissons au huitième jour (vaccinations, allaitement). Les données des dépistages de cancers sont obtenues directement auprès des associations qui les assurent. L'offre en termes de prévention est centralisée dans les plateformes-ressources en prévention-promotion de la santé dont les Ireps assurent la gestion.

En ce qui concerne l'état de santé de la population à proprement parler, les effectifs, souvent faibles, doivent faire mesurer la pertinence de chaque indicateur à un échelon donné. L'on distingue les données de mortalité, celles de morbidité et celles sur les comportements en santé. Les données de mortalité sont centralisées au niveau national par le Cépidc-Inserm à partir des certificats de décès remplis par les médecins. Le recueil en est fiable, le biais principal est, comme pour le PMSI, celui du codage par des médecins non aguerris.

Les données de morbidité sont celles des affections de longue durée (Assurance maladie) avec plusieurs biais connus. Le premier est celui de la sous-déclaration des pathologies pour les patients ne nécessitant pas ou peu de soins ou déjà remboursés à 100 %. Le deuxième est que, la fin du remboursement est signifiée à l'assuré à partir de la consolidation de la maladie (passage en invalidité). Ainsi, ces données restent peu fiables

et ne peuvent en aucun cas être utilisées pour estimer la prévalence d'une maladie en population, uniquement une incidence probablement sous-estimée.

Certaines enquêtes nationales sont, dès lors, plus à même de fournir des informations utiles.. Elles permettent en outre, souvent, de combiner des données de morbidité avec des données sur le comportement en santé (Obépi, HBSC, Baromètre-santé, enquête Santé-protection sociale, etc.). De même, les grandes cohortes nationales (Elfe, Epipages, Constances, Nutrinet, etc.) offrent des données encore plus fiables méthodologiquement. Toutefois, si elles développent fréquemment une approche locale ⁶⁰, celle-ci ne sera pas toujours reconstituable sur un territoire précis dans le cadre d'un diagnostic territorial de santé, même en demandant l'accès aux bases de données.

Certaines pathologies (cancers, sclérose en plaque, etc.) bénéficient des informations disponibles dans les registres avec des données sur l'incidence et la survie notamment.

La difficulté avec ces données est donc de manier des indicateurs disponibles à des échelons différents, quand ils sont en accès libre, sur des bases de données appartenant à différents organismes avec des limites d'exploitation différentes.

B) Le choix des indicateurs du PMSI

Les données hospitalières sont peu disponibles en libre accès. Les parts de marché des hôpitaux par catégorie majeure de diagnostic, les flux hospitaliers et le case-mix des hôpitaux sont disponibles par l'ATIH. Certains indicateurs, comme les taux de recours ne sont disponibles que pour les établissements de santé. Les autres indicateurs sont à chercher dans les bases.

Par ailleurs, le PMSI est suffisamment obscur pour le profane, pour pouvoir lui faire dire ce que l'on veut sous couvert d'expertise sur le sujet. Il convient d'explicitement les choix effectués. En effet, entre les diagnostics CIM-10, les GHM, les actes CCAM et les regroupements de ceux-ci, il est possible d'analyser un même sujet à partir d'angles très différents. Les GHM et regroupements de ceux-ci seront a priori particulièrement pertinents sur les questions économiques, les diagnostics sur le plan épidémiologique, les

⁶⁰ Alfred Spira, 'Apport Des Cohortes à La Connaissance de La Santé', *Actualité et dossier en santé publique*, 2012, 56.

actes CCAM sur le plan de la pertinence des actes techniques. Mais cette règle n'est pas immuable. Ces éléments font également l'objet, comme nous l'avons déjà souligné, de nombreux faux positifs et négatifs qu'il conviendra d'appréhender.

Dans un contexte épidémiologique, il convient d'analyser la pertinence de ce choix au cas par cas. Le contexte d'une observation plus globale des choses dans un diagnostic territorial de santé permet d'être moins restrictif. Nous tenterons d'explicitier au maximum les choix effectués dans notre analyse du PMSI.

Un exemple est celui de l'étude de la pertinence des soins hospitaliers. Ce sujet fait l'objet de recherches actuellement et se heurte à un écueil qui est la pertinence du choix de l'indicateur. Les études menées par la DGOS ⁶¹ ou l'ARS Midi-Pyrénées ⁶² identifient sur des pathologies un taux de recours standardisé (définition paragraphe Taux de recours page 89) pour approcher la notion de pertinence des soins. Ce taux de recours est ensuite relié à une morbidité supérieure ou des anomalies de codage pouvant expliquer cette différence de recours. S'il n'y a pas d'explication trouvée, cette différence est ensuite analysée de manière qualitative. Ainsi, il va s'agir de définir des actes ou prises en charge suffisamment précis pour pouvoir dire qu'ils ne sont pas pertinents.

Deux autres questions peuvent par ailleurs se poser : Comment définir un sur ou un sous-recours ? Comment relier d'éventuels facteurs explicatifs à un taux de recours sur des critères non quantifiables (anomalies de codage) ou agrégés (morbidité) ?

La recherche de facteurs explicatifs à ces taux de recours permet d'aborder la question de la complémentarité entre les informations des parties habituellement traitées dans un diagnostic territorial et les données hospitalières.

C) La complémentarité des indicateurs

Il est tentant de chercher à corréliser les informations issues du PMSI avec celles d'autres parties du diagnostic territorial de santé. Ces comparaisons sont cependant très délicates

⁶¹ *Guide Méthodologique Pour L'amélioration de La Pertinence Des Soins* (DGOS, Décembre 2012) <<http://www.sante.gouv.fr/pertinence-des-soins.html>> [accès 9 Juin 2013].

⁶² Florence Leymarie, 'Journées EMOIS Nancy 2013 : Pertinence Des Soins En Midi Pyrénées : Avec Acte et Mesure !' <http://www.canal-u.tv/video/canal_u_medecine/journees_emois_nancy_2013_pertinence_des_soins_en_midi_pyrenees_avec_acte_et_mesure.11810> [accès 6 Août 2013].

puisque le recours à l'hôpital ne concerne qu'une faible partie de la population et que les informations permettant de caractériser les individus dans le PMSI restent rudimentaires (âge, sexe, code géographique de résidence). Au sujet de l'incidence ou de la mortalité, le découpage des pathologies par le PMSI et les ALD, les registres ou le Cépidc-Inserm sont différents rendant les comparaisons hasardeuses.

Comparer le recours hospitalier avec des éléments des scores de déprivation (taux de chômage chez les actifs, surpopulation des ménages, proportion de ménages propriétaires de logements ou de voitures) ou avec l'offre sanitaire (en praticiens libéraux, en associations et réseaux de soins, en places dans les structures environnantes) peut être intéressant dans le cadre d'une modélisation⁶³ mais se heurte, là aussi, aux limites de l'étude à l'échelle populationnelle. Plus l'on compare de données à l'échelle populationnelle entre elles, plus l'on introduit un biais dans l'analyse.

Ces analyses permettent également de voir les flux territoriaux pour évaluer si les territoires définis pour la santé sont compatibles avec les territoires de vie des habitants. Nous avons vu la difficulté pour définir ces territoires de santé.

Cependant, ces analyses permettent de faire émerger des hypothèses à vérifier et approfondir.

2.8.3 L'accessibilité aux données

Avec la production d'indicateurs, se pose la question de la disponibilité de données de santé. Si l'Insee rend publique la majeure partie de ses données disponibles sur le plan socio-démographique ou s'il est relativement aisé d'obtenir les données de mortalité (Cépidc Inserm), de morbidité (bases de données ALD, Assurance maladie) ou le PMSI, il est beaucoup plus fastidieux, pour des organismes de recherche, d'obtenir les bases de consommation de soins de l'Assurance maladie (Sniiram) avec la base permettant le chaînage avec les données PMSI (DCIR, Données de consommation inter-régimes).

Les bases de données actuelles permettent, en effet, une analyse complète du parcours de soins des patients assurés dans les trois grands régimes d'Assurance maladie (régime général, agricole et régime des professions libérales) grâce aux données de l'Assurance

⁶³ Vincent Coevoet et al, 'Socioeconomic Deprivation et Hospital Length of Stay', *Medical Care*, 51 (2013), 548-554 <doi:10.1097/MLR.0b013e3182928f84>.

maladie qui couplent les données de consommation de soins ambulatoires (base Erasme) avec les données du PMSI MCO, SSR, HAD ou PSY grâce à un numéro d'identification unique qui résulte d'une double anonymisation du NIR.

Pour le PMSI, en région, les ARS et l'Assurance maladie sont les seuls à détenir les droits d'accès sur les patients résidant dans la région ou ayant effectué des soins dans la région. Cette base de données régionale fournie par l'ATIH est également disponible sur requête motivée auprès de l'ARS pour les établissements de santé. Les ORS passent par la Fnors qui détient une autorisation d'exploitation par l'ATIH. Ce nombre important de recours, la sécurité de la confidentialité des données et le fait que ces bases ne reflètent qu'un enjeu politique mineur, fait que l'accès y est plutôt aisé.

A l'inverse, l'accès aux données de consommation de soins ambulatoire avec la base permettant le chaînage avec le PMSI, est strictement règlementé. Les bases ne sont par exemple, à l'heure actuelle, disponibles au sein des ARS, que pour les seuls agents issus de l'Assurance maladie.

En ce qui concerne l'ouverture de ces données du Sniiram pour les organismes de recherche, le législateur ⁶⁴ a souhaité ouvrir et réguler les droits d'accès en créant l'Institut des données de santé (IDS). Cependant la majorité des études passe encore par une autorisation d'exploitation de la CNAMTS, ce qui rallonge les procédures d'autorisation d'exploitation des données. Le délai moyen pour la mise à disposition des données est de 13 mois, d'après l'avis du comité d'experts de l'IDS. La base DCIR, à l'heure actuelle, reste en effet la propriété unique des régimes d'Assurance maladie obligatoire ⁶⁵. L'IDS permettant uniquement à l'heure actuelle l'accès à d'autres bases : l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) qui contient les données de consommation de soins ambulatoires d'1/99ème de la population et les datamarts qui sont des données de consommation ambulatoire agrégées.

Il est possible d'obtenir de coupler une base de données d'une étude avec les données de l'Assurance maladie que ce soit de consommation de soins ou d'hospitalisation, ceci passe par une autorisation du CCTIRS avant la déclaration à la Cnil qui reste obligatoire. Pour les études ayant obtenu un avis positif du CCTIRS et qui veulent compléter le recueil de données via le Sniiram, l'avis de l'IDS doit être demandé, mais l'autorisation est automatique, grâce à un accord entre le CCTIRS, la Cnil et l'IDS.

⁶⁴ Code de La Sécurité Sociale. - Article L161-36-5, Code de la sécurité sociale.

⁶⁵ Pour Une Meilleure Utilisation Des Bases de Données Nationales Pour La Santé Publique et La Recherche, Documents (Haut Conseil de la Santé Publique, Mars 2012).

Dans cet institut, figurent comme membres de droit l'Etat, l'Assurance maladie et ses différents régimes, le Collectif interassociatif sur la santé (CISS), les mutuelles et les fédérations hospitalières. Le comité d'experts est composé en grande majorité d'universitaires. En revanche, l'Irdes, les agences sanitaires et la Fnors qui sont les acteurs majeurs de l'utilisation indépendante de ces données ne sont que membres associés. Certaines agences sanitaires se sont toutefois obtenues un accès facilité à ces données ⁶⁶. Le débat sur l'ouverture des données de santé a connu une résonance toute particulière depuis les récentes affaires Médiateur et PIP, à tel point qu'il connaît une véritable carrière publique. Une pétition relayée par des associations de patients et des complémentaires, baptisée « Initiative transparence-santé », a été lancée faisant suite au ping-pong entre trois des plus grands experts français de santé publique : Didier Sicard et Jean de Kervasdoué d'un côté prônant une ouverture accrue aux données ⁶⁷ et Marcel Goldberg de l'autre, prônant une ouverture mais contrôlée ⁶⁸. La ministre de la santé a ainsi commandé un rapport à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) sur ce sujet et le premier ministre a, lui-même, promis un débat à l'automne sur l'ouverture des données de santé ⁶⁹.

Le débat sur la protection des données de santé permet également d'évoquer le sujet de l'externalisation du codage. Deux écoles s'affrontent au sein des hôpitaux pour la gestion du codage. D'une part un codage centralisé géré entièrement par le DIM avec des techniciens de l'information médicale assurant l'ensemble du codage et, d'autre part, un codage assuré par les médecins dans les services, le DIM servant d'appui. C'est le codage décentralisé. Un nombre croissant d'établissements choisit une troisième voie qui est celle de l'externalisation du codage par des prestataires externes, ce qui soulève le problème d'autorisations de la Cnil pour assurer ce codage ⁷⁰.

⁶⁶ Arrêté Du 19 Juillet 2013 Relatif à La Mise En Œuvre Du Système National D'information Interrégimes de L'assurance Maladie.

⁶⁷ 'Plus grave que le débat sur la pilule, l'affaire des données de santé publique', *Le Monde.fr* <http://www.lemonde.fr/idees/article/2013/01/15/plus-grave-que-le-debat-sur-la-pilule-l-affaire-des-donnees-de-sante-publique_1817187_3232.html> [accès 7 Juillet 2013].

⁶⁸ 'Non, les données de de santé publique ne sont pas cachées', *Le Monde.fr* <http://www.lemonde.fr/idees/article/2013/01/31/non-les-donnees-de-de-sante-publique-ne-sont-pas-cachees_1825582_3232.html> [accès 7 Juillet 2013].

⁶⁹ 'APM International - Ouverture Des Données de Santé: Jean-Marc Ayrault Promet Un Débat "à L'automne"' <<http://www.apmnews.com/story.php?numero=238661&ctx=8b29c9cac7ec447f5d52adf997487f6b>> [accès 5 Juillet 2013].

⁷⁰ '[Enquête & Analyse] Système D'information — L'externalisation Du Co... - HOSPIMEDIA' <http://abonnes.hospimedia.fr/enquetes_analyses/20130717-systeme-d-information-l-externalisation-du-codage-des> [accès 19 Août 2013].

2.9 Synthèse

Le diagnostic territorial de santé peut prendre des formes très diverses selon les acteurs en jeu et les enjeux liés aux thèmes abordés. L'intégration de l'ensemble des acteurs potentiellement concernés, des personnes ressources du terrain aux partenaires institutionnels est indispensable. Dans une vision large et globalisée de la santé, il conviendra de trouver le lien entre les informations apportées par le PMSI et les autres données recueillies. Toutefois, dans un diagnostic territorial, l'on se heurtera aux limites liées à l'échelle populationnelle. Avec les effectifs faibles du recours hospitalier, les corrélations devront se faire à l'échelle de territoires larges, ce qui majore le risque d'erreurs d'interprétation. L'objectif reste cependant d'arriver à créer ce lien et la déclinaison du parcours de soins du patient en est une première étape. Elle peut être entrevue avec le chaînage avec le SSR mais on peut penser que le couplage avec les données ambulatoires permettra de créer un vrai lien entre les données hospitalières et les données ambulatoires

3 Illustration sur le territoire de l'Alsace Bossue

Nous avons vu un certain nombre de limites à l'utilisation du PMSI qui font qu'il convient d'analyser des pathologies suffisamment précises pour ne pas tout mélanger et qu'à être trop précis, l'on se heurte aux pratiques divergentes de codage. Le niveau de précision maximal le plus fiable est apporté par le codage des actes techniques car celui-ci est obligatoire et qu'il rend compte, lorsqu'il est traceur d'une pathologie, fidèlement de cette pathologie, sans dépendre de règles de codage.

Le codage diagnostic est, lui, plus souvent traceur d'une pathologie mais est dépendant des règles de codage.

Le GHM est un niveau de regroupement de séjour occasionnant une consommation de ressources similaires (groupe iso-ressource) et donc pas forcément une pathologie similaire. Il correspond donc à un niveau moins précis mais c'est souvent ce qui est

cherché dans une visée de planification à l'opposé de la démarche en épidémiologie qui cherchera à être la plus précise possible.

En pratique, il y a généralement peu de différence entre ces trois modes d'analyse lorsque l'on vise une approche globale et l'avantage du GHM est qu'il existe des niveaux de classement des GHM, fournies par l'ATIH, qui permettent de classer ceux-ci en grandes familles correspondant à des activités de l'hôpital. Il en existe trois niveaux : les domaines d'activité (27), les groupes de planification (83) et les groupes d'activité (217) selon le degré de précision de l'activité. Ces niveaux de regroupement représentent une meilleure vision globale en termes de planification des soins que les regroupements de diagnostics par la première lettre du code CIM-10, par les premiers chiffres du GHM (catégorie majeure de diagnostic) ou que les regroupements par famille d'actes.

En l'absence d'accès aux bases de données ambulatoires, nous nous contenterons de l'analyse des PMSI MCO et SSR pour cette étude. Par ailleurs, la Fnors ne disposant que des années 2009 et 2010 pour l'analyse du SSR, nous nous contenterons d'analyser le le SSR et le parcours de soin sur ces deux années.

Un problème important pour l'analyse des données hospitalières dans un territoire est l'information sur le lieu de résidence du patient. Cette information est contenue dans les codes géographiques du PMSI. Ceux-ci correspondent en règle générale à des codes postaux mais il y a agrégation de codes postaux pour des territoires trop petits où le secret statistique n'est plus assuré. Ces découpages par codes postaux ne correspondent à aucun découpage administratif connu. Ceci va impacter notre analyse car plusieurs codes géographiques se retrouveront à cheval sur plusieurs territoires. Le choix sera alors fait d'affecter le code géographique au territoire dans lequel une majorité de la population réside.

De plus, ils correspondent à des territoires assez vastes. Par rapport au code commune utilisé habituellement, la perte d'information est importante mais pas irrémédiable. Le territoire de l'Alsace Bossue que nous étudierons est contenu dans cinq codes géographiques alors qu'il y a 64 communes sur le territoire. En annexe figurent les cartes comparatives des communes et des codes géographiques.

Par ailleurs, l'objectif de l'analyse étant essentiellement d'évaluer le comportement des usagers d'un territoire vis-à-vis de l'hôpital, et non de l'hôpital vis-à-vis du territoire, nous ne nous intéresserons qu'aux patients domiciliés en Alsace ayant effectué un ou plusieurs séjours dans des établissements quels qu'ils soient. Les séjours effectués par des patients domiciliés hors région dans les établissements de la région ne seront pas analysés.

3.1 Le territoire d'analyse

Comme dit précédemment, les analyses que l'on peut faire en termes d'approche de la demande de soins hospitalière sont fortement dépendantes de la taille du territoire étudié. Le territoire que nous étudierons est le territoire de l'Alsace Bossue (35115 habitants en 2010) dans le Bas-Rhin qui est l'agrégation de trois communautés de commune: la communauté de communes (CC) de l'Alsace Bossue, celle du Pays de La Petite Pierre et celle du Pays de Sarre-union. Il contient 64 communes réparties en trois cantons superposables aux trois communautés de commune à l'exception de deux communes représentant 1220 habitants.

Le territoire est semi-rural et présente des indicateurs défavorables de santé par rapport à la moyenne régionale (mortalité cardiovasculaire, par cancers, incidence des mises en affections longue durée pour diabète...), c'est pour cela qu'il a été ciblé par l'ARS comme territoire prioritaire pour un diagnostic local de santé. La population y est plus âgée et elle présente des indicateurs socio-économiques défavorables par rapport au reste de l'Alsace.

La zone est située dans le territoire de santé numéro 1 mais à distance de l'hôpital de référence du territoire, le centre hospitalier de Haguenau (cf carte ci-dessous). Aucun hôpital n'est implanté dans la zone. L'hôpital d'importance le plus proche étant le centre hospitalier de Saverne qui réunit des activités de médecine, chirurgie et obstétrique avec un total de 17410 séjours en 2011 pour 251 lits de court séjour (SAE 2011) et 22 de SSR. L'autre hôpital proche est celui d'Ingwiller (35 lits de MCO et 60 de SSR). Il n'y a pas de clinique privée proche sur les activités de médecine ou de chirurgie mis à part sur la chirurgie digestive ambulatoire via la petite clinique Endosav à Saverne qui comporte trois places. L'offre Lorraine proche en MCO est composée par le CH Sarrebourg (214 lits de MCO et 41 de soins longue durée : SLD) et celui de Sarreguemines (280 lits MCO 20 de

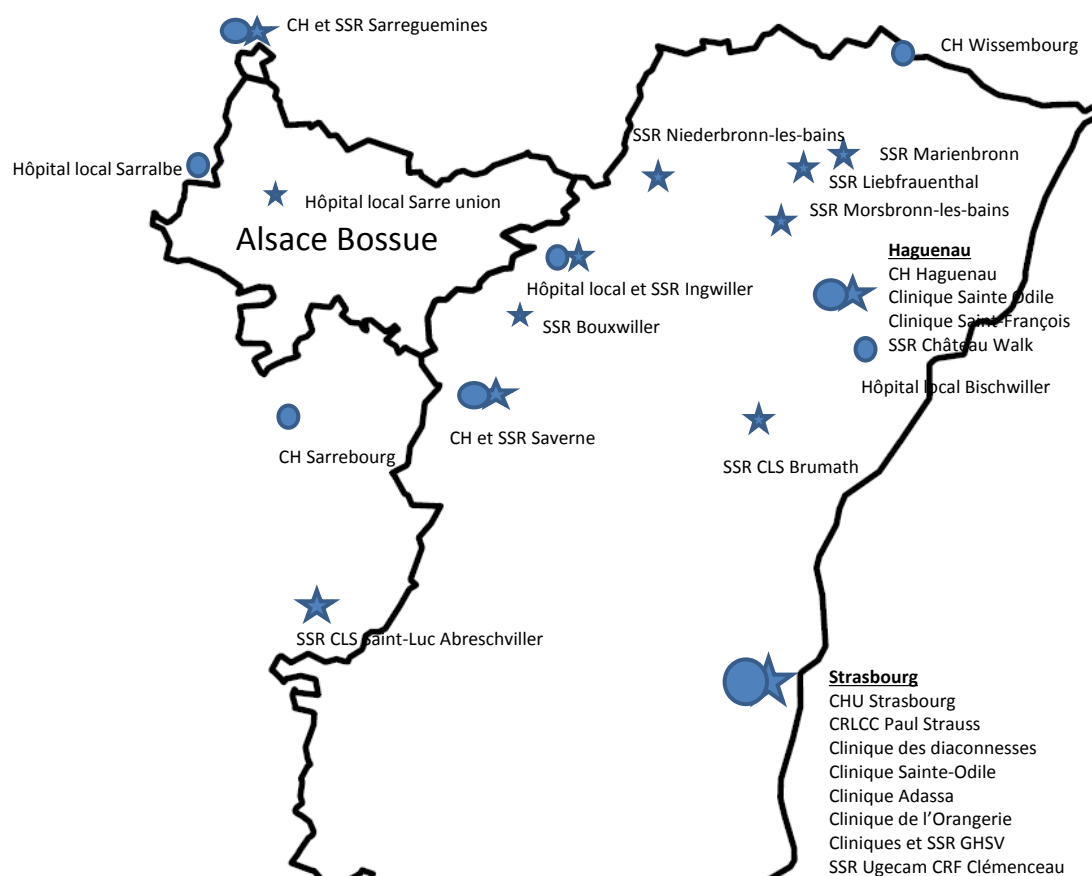
SSR et 30 de SLD). Du côté alsacien, les hôpitaux publics dans le territoire de santé n°1 sont ceux de Haguenau (403 lits MCO, 30 de SSR et 31 de SLD) et d'Ingwiller. L'offre privée lointaine est représentée par l'offre de Haguenau avec la clinique Saint-François (72 lits de chirurgie) et la clinique Sainte Odile (68 lits de chirurgie, 35 lits de médecine), et l'offre de Strasbourg avec la clinique de l'Orangerie (126 lits de chirurgie, 36 de médecine), les cliniques du Groupe hospitalier Saint-Vincent (232 lits de médecine, 154 de chirurgie et 39 de SSR), celle de la clinique Adassa (48 lits de médecine, 45 de chirurgie et 31 d'obstétrique), celle des Diaconesses (91 de chirurgie et 15 de médecine) et la clinique Sainte Odile. Ces trois dernières ont fusionné en août 2011.

En SSR, l'offre est plus importante en nombre de structures avec des SSR spécialisés sur certaines pathologies et des SSR polyvalents. Outre les SSR polyvalents de Ingwiller, Saverne et Sarreguemines adossés aux centres hospitaliers, un SSR est implanté directement en Alsace Bossue, il s'agit de l'hôpital local de Sarre Union doté de 10 places de SSR polyvalent.

Plusieurs autres SSR sont proches. Le centre de moyen long séjour de Bouxwiller est un SSR polyvalent avec une capacité d'accueil de 8 places. Il existe également un SSR polyvalent à Niederbronn les bains (70 lits).

Le SSR d'Abreschviller en Lorraine (Centre de réadaptation spécialisé (CRS) Saint-Luc) est à la fois polyvalent (52 lits), spécialisé en neurologie (54 lits partagés avec la rééducation polyvalente) et en rééducation cardiaque (54 lits). Le Centre de réadaptation fonctionnelle (CRF) de Morsbronn les bains (89 lits) est spécialisé en neurologie, rhumatologie et orthopédie ainsi que pour les états végétatifs. Deux autres SSR spécialisés à Marienbronn (65 lits) et Château-Walk (55 lits) constituent l'offre la plus proche en SSR spécialisé sur les addictions.

Figure 2 Carte de l'offre hospitalière autour de l'Alsace Bossue



3.2 Les séjours en MCO

3.2.1 Descriptif global de l'activité

La première approche pour décrire l'activité hospitalière est généraliste, sur l'ensemble des séjours, pour en voir l'évolution d'une année sur l'autre.

Sur les trois années d'étude (2009,2010 et 2011) en MCO, l'on compte 2 036 233 séjours en MCO pour des patients résidants en Alsace. Parmi ceux-ci, 34 960 ont été effectués par des patients domiciliés dans le territoire de l'Alsace Bossue, soit 1,7% des séjours.

Sur l'ensemble des séjours en Alsace, l'évolution entre 2010 et 2011 du nombre de séjours est de 0,9 % alors qu'elle était de 1,8 % entre 2009 et 2010 (2,6 % entre 2009 et 2011). La hausse de l'activité globale est importante, puisque c'est sur la base d'une

estimation pour l'année suivante de celle-ci, que sont recalculés les tarifs d'une année sur l'autre.

En Alsace Bossue, l'évolution est plus instable ce qui pousse à analyser la situation de plus près sur le territoire.

Tableau 1 Evolution de l'activité globale en Alsace Bossue et en Alsace de 2009 à 2011

Annee	Alsace Bossue		Alsace	
	Effectif	Evolution	Effectif	Evolution
2009	11 693		668 932	
2010	11 236	-3,9	680 660	1,8
2011	12 031	2,9	686 641	2,6

Ces données reflètent, en effet, des divergences considérables au sein du territoire avec une hausse importante sur la CC de l'Alsace Bossue, contrairement aux deux autres EPCI.

Tableau 2 Evolution de l'activité globale par EPCI en Alsace Bossue de 2009 à 2011

Annee	CC de l'Alsace Bossue		CC du Pays de la Petite Pierre		CC du Pays de Sarre Union	
	Effectif	Evolution	Effectif	Evolution	Effectif	Evolution
2009	4 362		2 860		4 471	
2010	4 539	4.1	2 568	-10.2	4 129	-7.6
2011	4 877	11.8	2 930	2.4	4 224	-5.5

La caractérisation des séjours passe également par l'analyse de l'éventail des cas, retranscrit ici par l'analyse des domaines d'activité.

Ce tableau permet notamment de voir l'importance des séjours répétitifs dans le case-mix en 2011 à savoir les séances (chimiothérapie, dialyse...) aussi bien en Alsace Bossue que sur l'ensemble de l'Alsace.

Tableau 3 Activité par domaine d'activité en Alsace Bossue et en Alsace en 2011

Domaine d'activité	Alsace Bossue			Alsace		
	2011	%	Evolution 2011/2010	2011	%	Evolution 2011/2010
Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	325	2,3	1,4	18 675	3,3	1,0
Autres symptômes ou motifs médicaux	253	2,3	1,1	18 555	3,6	0,9
Brûlures	6	0,0	3,0	224	0,0	0,9
Cardiologie	504	4,1	1,3	21 974	3,2	1,2
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	256	2,0	1,3	14 342	1,9	1,3
Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	100	1,3	0,8	6 926	1,1	1,2
Digestif	1 570	12,5	1,3	85 325	12,0	1,3
Douleurs chroniques, Soins palliatifs	55	0,6	0,9	3 247	0,5	1,2
Endocrinologie	230	2,1	1,1	13 106	1,9	1,2
Gynécologie - sein	247	2,5	1,0	14 848	2,2	1,2
Hématologie	144	1,5	1,0	8 248	1,4	1,1
Maladies infectieuses (dont VIH)	54	0,6	0,9	3 639	0,6	1,0
Nouveau-nés	352	3,0	1,2	22 641	3,4	1,2
Obstétrique	503	4,3	1,2	34 261	5,1	1,2
Ophthalmologie	465	3,9	1,2	25 242	3,4	1,3
ORL, Stomatologie	360	3,0	1,2	19 421	2,7	1,3
Orthopédie traumatologie	1 144	8,6	1,4	49 574	7,0	1,3
Pneumologie	529	4,2	1,3	20 938	2,9	1,3
Psychiatrie	130	1,3	1,0	12 007	1,6	1,3
Rhumatologie	154	1,3	1,2	8 505	1,3	1,2
Séances	2 960	24,3	1,3	191 595	27,2	1,3
Système nerveux	528	4,5	1,2	29 313	4,2	1,2
Tissu cutané et tissu sous-cutané	180	1,6	1,2	11 274	1,8	1,1
Toxicologie, Intoxications, Alcool	202	1,4	1,5	10 182	1,5	1,2
Transplant, d'organes	3	0,0	0,8	121	0,0	1,1
Traumatismes multiples ou complexes graves	5	0,0	1,7	213	0,0	1,0
Uro-néphrologie et génital masculin	549	4,5	1,3	30 918	4,3	1,3
Vasculaire périphérique	223	2,1	1,1	11 272	1,7	1,2

Les séances sont des séjours pour lesquelles l'activité est réglée et peu sujette à modification selon les patients, c'est pourquoi on pourrait penser qu'il puisse s'agir de l'activité principale dans les établissements privés au même titre que la chirurgie.

Hors, on constate, sur le tableau suivant, que la part dans le privé sur les séances est à peine supérieure à celle du public. C'est en effet sur les activités chirurgicales (domaine d'activité "Orthopédie-traumatologie" et "Digestif") que la part du privé est la plus importante.

Tableau 4 Activité par statut de l'établissement et domaine d'activité en Alsace en 2011

Domaine d'activité	Public			Privé		
	2011	%	Evolution 2011/2010	2011	%	Evolution 2011/2010
Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	15 290	3.1	0.8	3 353	1.7	1,0
Autres symptômes ou motifs médicaux	17 310	3.5	0.9	1 227	0.6	0.9
Brûlures	213	0,0	0.9	9	0,0	0.7
Cardiologie	18 119	3.7	1,0	3 808	1.9	0.9
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	9 266	1.9	1.1	5 062	2.6	1,0
Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	5 329	1.1	0.9	1 585	0.8	1,0
Digestif	44 125	9,0	1,0	41 050	21,0	1,0
Douleurs chroniques, Soins palliatifs	2 722	0.6	1,0	519	0.3	1.6
Endocrinologie	11 171	2.3	1,0	1 926	1,0	1,0
Gynécologie - sein	10 056	2.1	1,0	4 779	2.4	1,0
Hématologie	7 358	1.5	1,0	880	0.4	0.9
Maladies infectieuses (dont VIH)	3 395	0.7	1,0	235	0.1	1,0
Nouveau-nés	18 942	3.9	1,0	3 685	1.9	1,0
Obstétrique	29 062	5.9	1,0	5 164	2.6	1,0
Ophthalmologie	12 655	2.6	1.1	12 549	6.4	1.1
ORL, Stomatologie	12 480	2.5	1,0	6 896	3.5	1,0
Orthopédie traumatologie	26 223	5.4	1,0	23 222	11.9	1,0
Pneumologie	19 111	3.9	1,0	1 791	0.9	1,0
Psychiatrie	11 695	2.4	1.1	304	0.2	0.7
Rhumatologie	7 352	1.5	1,0	1 128	0.6	1,0
Séances	136 521	27.9	1,0	54 920	28.1	1,0
Système nerveux	26 130	5.3	1,0	3 122	1.6	1.1
Tissu cutané et tissu sous-cutané	7 592	1.5	1,0	3 654	1.9	1,0
Toxicologie, Intoxications, Alcool	9 880	2,0	1,0	274	0.1	0.8
Transplant, d'organes	121	0,0	0.9	-	-	-
Traumatismes multiples ou complexes graves	212	0,0	1.2	-	-	-
Uro-néphrologie et génital masculin	21 745	4.4	1,0	9 119	4.7	1,0
Vasculaire périphérique	5 752	1.2	0.9	5 516	2.8	1,0

Pour certains hôpitaux (correspondant à 982 séjours en 2011), il n'a pas été possible de retrouver l'information sur le caractère public ou privé de l'établissement, ces établissements ne sont pas situés en Alsace ou dans les régions limitrophes

Globalement en 2011 en Alsace, 28,6 % des séjours ont été effectués dans le privé.

Entre public et privé, la hausse a été plus importante dans le privé sur l'ensemble de l'Alsace entre 2010 et 2011 avec 1,7 % (ex-OQN) contre 0,6 % dans le secteur public (ex-DGF). A l'inverse, en Alsace Bossue, la hausse a été beaucoup plus importante dans le public après une baisse commune aux deux secteurs entre 2009 et 2010.

Tableau 5 Evolution de l'activité par statut d'établissement en Alsace Bossue et en Alsace de 2009 à 2011

Annee	Activité	Alsace		Alsace Bossue	
		Effectif	Evolution	Effectif	Evolution
2009	DGF	479 659		8 119	
2010	DGF	487 132	1,6	7 820	-3,7
2011	DGF	489 841	0,6	8 505	8,8
2009	OQN	188 218		3 565	
2010	OQN	192 484	2,3	3 405	-4,5
2011	OQN	195 817	1,7	3 518	3,3

A un niveau intermédiaire entre l'activité globale et les domaines d'activité, l'analyse par activité de soins (médecine et chirurgie) permet d'analyser les deux principaux secteurs de l'activité hospitalière.

Là encore, selon les activités de soins, les évolutions divergent entre l'Alsace et l'Alsace Bossue. Si l'activité de chirurgie a connu une hausse de 3,3 % entre 2010 et 2011 (1,6 % entre 2009 et 2010) en Alsace, celle de médecine a reculé de 3,2 % (-1,2 % entre 2009 et 2010). En Alsace Bossue, la hausse est commune aux deux secteurs après une baisse entre 2009 et 2010. Cette hausse est toutefois plus importante en médecine.

Tableau 6 Evolution de l'activité par activité de soins en Alsace Bossue et en Alsace de 2009 à 2011

Annee	Activité	Alsace		Alsace Bossue	
		Effectif	Evolution	Effectif	Evolution
2009	Chirurgie	150 357		3 045	
2010	Chirurgie	152 781	1,6	2 971	-2,4
2011	Chirurgie	157 825	3,3	3 021	1,7
2009	Médecine	215 604		3 854	
2010	Médecine	212 924	-1,2	3 724	-3,4
2011	Médecine	206 055	-3,2	3 899	4,7

Après l'analyse de l'activité, il est important de se recentrer sur le patient afin d'analyser les caractéristiques des patients hospitalisés. Peu d'éléments sont disponibles dans le PMSI sur ces caractéristiques. L'élément le plus informatif reste l'analyse de l'âge des patients.

3.2.2 Age des patients

Le premier élément permettant de rendre compte globalement des âges des patients est la répartition par classes d'âges totale en fonction des années. Sur trois années, il est difficile de voir une véritable évolution, on peut voir cependant une évolution à la hausse sur la classe d'âge des 90 ans ou plus en Alsace alors que la classe d'âge des 75-89 ans évolue peu. Les patients âgés de plus de 75 ans sont globalement plus fréquents par rapport à l'ensemble des classes d'âge sur l'ensemble de l'Alsace qu'en Alsace Bossue en 2010 et 2011.

Tableau 7 Répartition par classe d'âge de l'activité globale en Alsace Bossue et en Alsace de 2009 à 2011

	Alsace Bossue							Alsace						
	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75-89	90 et +	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75-89	90 et +
Total 2009	8,7	7,6	11,5	24,0	25,8	21,5	0,9	8,7	8,6	12,8	21,5	26,0	21,2	1,1
Total 2010	9,2	8,2	12,3	24,1	24,0	20,9	1,2	8,7	8,4	12,6	21,5	25,9	21,4	1,4
Total 2011	9,2	8,0	12,3	22,6	26,3	20,6	1,1	8,6	8,4	12,5	21,4	26,4	21,2	1,5

Sur les grandes spécialités, qui sont représentées ici par les domaines d'activité, on peut se rendre compte que les patients très âgés (90 ans et plus) font notamment plus fréquemment partie de la patientèle de cardiologie, de pneumologie et de neurologie (système nerveux). On peut donc penser que ce seront sur ces spécialités que reposeront le maximum du poids du vieillissement de la population.

Sur ces spécialités, la part des 75-89 ans dans la patientèle est supérieure en Alsace Bossue par rapport à l'ensemble de l'Alsace, on peut donc penser que ce poids supérieur sera particulièrement vrai pour les patients domiciliés en Alsace Bossue dans les prochaines années.

Nous observerons, sur le recours à l'hôpital pour les personnes âgées (cf paragraphe Médecine page 92), la différence de recours avec la population générale.

Tableau 8 Répartition par classe d'âge et domaine d'activité de l'activité globale en Alsace Bossue et en Alsace en 2011

Pathologie	Alsace Bossue							Alsace							Effectif Alsace Bossue
	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75-89	90 et +	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75-89	90 et +	
Activités inter spécialités, suivi thérapeutique	6,2	8,9	15,7	33,5	21,8	13,5	0,3	7,0	9,2	14,3	21,8	20,7	25,2	1,9	325
Autres symptômes ou motifs médicaux	14,6	4,3	10,3	13,4	22,1	33,2	2,0	9,8	7,1	9,5	14,9	21,2	34,4	3,0	253
Brûlures	33,3	0,0	33,3	16,7	16,7	0,0	0,0	42,9	14,7	10,3	15,2	9,4	7,1	0,4	6
Cardiologie	1,8	3,0	4,0	15,7	23,2	48,2	4,2	2,1	3,1	6,5	14,8	25,0	42,1	6,3	504
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	0,4	0,8	3,9	23,0	43,4	27,3	1,2	0,6	0,9	4,8	25,9	40,6	26,5	0,8	256
Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	0,0	7,0	17,0	37,0	39,0	0,0	0,0	4,3	4,0	8,5	30,7	36,8	15,4	0,1	100
Digestif	10,6	6,6	13,6	26,6	29,0	12,7	0,8	5,4	8,4	14,4	27,9	28,5	14,5	1,0	1570
Douleurs chroniques, Soins palliatifs	0,0	0,0	7,3	14,5	47,3	29,1	1,8	0,6	1,4	4,8	23,0	36,4	30,7	3,0	55
Endocrinologie	17,8	4,8	11,3	24,8	28,3	11,7	1,3	15,1	7,6	13,9	24,6	22,7	14,7	1,5	230
Gynécologie - sein	2,0	11,7	32,4	31,6	16,2	5,7	0,4	0,7	13,7	30,8	30,0	16,8	7,7	0,3	247
Hématologie	2,1	10,4	23,6	9,7	25,7	27,1	1,4	13,2	6,6	8,9	17,7	24,4	26,3	2,8	144
Maladies infectieuses (dont VIH)	24,1	7,4	16,7	13,0	22,2	16,7	0,0	11,7	8,6	18,3	22,1	19,2	18,2	2,0	54
Nouveau-nés	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	352
Obstétrique	0,2	57,9	41,7	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	53,1	46,5	0,3	0,0	0,0	0,0	503
Ophthalmologie	1,9	1,3	2,4	11,4	35,1	46,9	1,1	3,1	1,7	3,1	10,4	35,8	44,4	1,6	465
ORL, Stomatologie	31,9	25,8	10,6	14,7	10,0	6,7	0,3	35,1	21,7	13,7	14,0	9,7	5,5	0,4	360
Orthopédie traumatologie	3,7	10,7	13,5	27,5	26,5	17,3	0,8	4,4	11,5	14,9	27,2	23,4	17,0	1,6	1144
Pneumologie	13,4	1,7	3,8	13,2	23,6	38,9	5,3	14,1	4,9	6,3	15,4	23,3	31,4	4,7	529
Psychiatrie	19,2	6,9	2,3	7,7	9,2	49,2	5,4	7,1	3,5	4,1	5,4	15,0	59,1	5,8	130
Rhumatologie	4,5	5,8	15,6	20,8	26,0	26,0	1,3	5,5	5,9	13,4	23,7	22,1	26,6	2,9	154
Séances	1,3	2,3	10,4	29,8	36,8	19,4	0,0	0,6	2,1	8,1	27,2	38,9	22,6	0,5	2960
Système nerveux	8,5	5,3	7,2	18,8	20,3	36,0	4,0	8,9	7,2	11,6	18,2	19,8	30,6	3,8	528
Tissu cutané et tissu sous-cutané	17,8	13,3	12,2	17,8	13,9	23,3	1,7	7,9	13,6	13,7	18,2	18,1	25,0	3,6	180
Toxicologie, Intoxications, Alcool	5,0	16,8	23,3	42,1	9,4	3,0	0,5	4,8	19,1	27,0	32,3	11,2	5,3	0,4	202
Transplant, d'organes	33,3	0,0	0,0	66,7	0,0	0,0	0,0	3,3	12,4	19,0	38,0	27,3	0,0	0,0	3
Traumatismes multiples ou complexes graves	0,0	20,0	40,0	40,0	0,0	0,0	0,0	5,6	28,6	22,1	22,1	7,5	10,8	3,3	5
Uro-néphrologie et génital masculin	10,7	6,6	14,4	22,4	25,0	19,9	1,1	14,9	6,9	12,9	19,1	24,6	19,9	1,7	549
Vasculaire périphérique	0,4	0,9	10,8	23,8	34,1	28,3	1,8	0,2	3,0	14,1	28,0	32,3	21,0	1,5	223
Total	9,2	8,0	12,3	22,6	26,3	20,6	1,1	8,6	8,4	12,5	21,4	26,4	21,2	1,5	11447

Les pourcentages et effectifs signalés sont ceux de 2011

Si les classes d'âges informent sur la distribution des effectifs et peuvent donner des indications sur de possibles évolutions futures, la moyenne d'âge permet de synthétiser une partie de l'information sur un indicateur unique.

Celle-ci augmente légèrement sur la partie de l'Alsace en dehors du territoire de l'Alsace Bossue. Elle a également légèrement augmenté en Alsace Bossue entre 2010 et 2011 après une forte baisse entre 2009 et 2010. Les deux moyennes d'âge restent similaires si on les compare aux extrêmes des zones de proximité d'Alsace.

Tableau 9 Moyenne d'âge en Alsace Bossue et en Alsace de 2009 à 2011

Territoire	2009	2010	2011
En dehors	54,1	54,3	54,3
Alsace Bossue	54,5	53,8	53,9
Alsace	54,1	54,3	54,3
STRASBOURG	52,2	52,5	52,7
THANN	57,4	57,8	57,7

Les zones de proximité de Strasbourg et Thann représentent les valeurs moyennes minimales et maximales pour les trois années
En dehors signifie en Alsace en dehors du territoire de l'Alsace Bossue

Par activité de soins, en chirurgie, la moyenne d'âge est nettement supérieure au reste de l'Alsace sur les trois années (54,4 vs 52,0) alors qu'en médecine, la situation est inversée (57,7 vs 56,3).

Détaillons ensuite pour ces deux secteurs l'analyse de ces moyennes d'âge en prenant pour exemple un certain nombre de pathologies.

Dans la suite de ce mémoire, nous utiliserons beaucoup de regroupements de pathologies pour décrire les activités. Nous développerons le sens et la méthodologie de ces regroupements au fur et à mesure de leur apparition dans le texte.

A) Chirurgie

Pour l'année 2009, sur les groupes d'activité, les deux premiers mois de l'année ne sont pas analysés car ils ne sont pas disponibles pour la classification v10. Il a été considéré cependant qu'il n'y avait pas de raison pour que les moyennes d'âge soient différentes sur les mois de janvier et février par rapport au reste de l'année donc les données pour l'année 2009 sont présentées sur le tableau ci-dessous.

Tableau 10 Evolution de la moyenne d'âge par type d'activité en Alsace Bossue et en Alsace de 2009 à 2011 en chirurgie

Type	Pathologie	2009			2010			2011		
		En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace
Groupes d'activité	Appendicectomies	26,8	31,3	26,8	28,5	29,1	28,5	27,5	28,1	27,5
	Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires	45,8	48,2	45,9	46,4	47,9	46,5	46,6	49,7	46,6
	Cataractes	73,4	74,7	73,5	73,5	73,8	73,5	73,5	73,7	73,5
	Chirurgies majeures orthopédiques	70,9	71,6	70,9	71,1	69,8	71,1	70,8	70,3	70,8
	Chirurgies utérus / annexes	44,1	45,4	44,1	44,7	44,3	44,7	44,9	46,2	44,9
	Cholécystectomies	53,1	55,9	53,2	53,6	53,5	53,6	53,0	56,4	53,1
	Hernies	52,4	53,2	52,4	53,2	52,1	53,2	52,5	54,1	52,5
	Occlusions, sub-occlusions digestives	67,6	69,6	67,6	67,6	74,6	67,7	66,8	67,8	66,8
	Pontages coronaires	65,8	66,4	65,8	65,5	69,2	65,6	65,6	68,2	65,7
Calculé	Chirurgie ambulatoire	49,4	53,4	49,5	49,5	52,7	49,6	50,1	52,9	50,2
Actes CCAM	Canal carpien	56,8	56,1	56,8	56,8	56,3	56,8	57,6	58,6	57,6
	Ménisque	47,9	50,8	48,0	47,8	49,4	47,9	48,4	52,3	48,4
Diagnostics	Fracture du col du fémur	79,3	80,0	79,3	79,6	80,4	79,6	79,6	79,5	79,6
Activité de soins	Chirurgie	51,7	54,9	51,7	52,0	53,9	52,0	52,2	54,3	52,3

Si l'on s'intéresse aux différents types de chirurgie, on peut voir que cette moyenne d'âge supérieure en Alsace Bossue vaut sur la plupart des pathologies aussi bien pour la chirurgie programmée (cholécystectomie) et les petites chirurgies (cataracte, canal carpien, ménisque) que la chirurgie lourde en urgence (occlusions).

Parmi les pathologies sur lesquelles nous avons choisi d'insister, figurent les fractures du col du fémur. C'est une pathologie prise avec particulièrement d'intérêt avec le vieillissement de la population. Elles sont particulièrement de mauvais pronostic ⁷¹ et leur incidence est amenée à augmenter ⁷² même si elle reste stable sur les dernières années ^{73,74} et que des moyens de prévention des chutes existent. Nous avons suivi les

⁷¹ B. Abrahamsen et al, 'Excess Mortality Following Hip Fracture: a Systematic Epidemiological Review', *Osteoporosis International*, 20 (2009), 1633–1650 <doi:10.1007/s00198-009-0920-3>.

⁷² Philippe Oberlin, *Les Fractures Du Col Du Fémur En France Entre 1998 et 2007 : Quel Impact Du Vieillissement ?*, Etudes et Résultats (Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Avril 2010) <<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-fractures-du-col-du-femur-en-france-entre-1998-et-2007-quel-impact-du-vieillissement,6049.html>> [accès 7 Août 2013].

⁷³ C Cooper et al, 'Secular Trends in the Incidence of Hip et Other Osteoporotic Fractures', *Osteoporosis International: A Journal Established as Result of Cooperation Between the European Foundation for Osteoporosis et the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 22 (2011), 1277–1288 <doi:10.1007/s00198-011-1601-6>.

⁷⁴ J A Kanis et al, 'A Systematic Review of Hip Fracture Incidence et Probability of Fracture Worldwide', *Osteoporosis International: A Journal Established as Result of Cooperation Between the European Foundation for Osteoporosis et the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 2012 <doi:10.1007/s00198-012-1964-3>.

recommandations de l'article de V.Ronin ⁷⁵ en ne prenant que des diagnostics sans les croiser avec des actes CCAM. Les diagnostics choisis sont multiples comme préconisé par M.P. Bénétier ⁷⁶. Sur cet indicateur pour lesquels les patients sont particulièrement âgés, la moyenne d'âge est semblable en Alsace et en Alsace Bossue.

B) Médecine

Tableau 11 Evolution de la moyenne d'âge par type d'activité en Alsace Bossue et en Alsace de 2009 à 2011 en médecine

Type	Pathologie	2009			2010			2011		
		En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace
Groupes d'activité	AVC	71,9	73,3	71,9	72,3	72,0	72,3	72,2	74,2	72,2
	Bronchites, bronchiolites et asthme	36,5	42,3	36,7	30,4	39,7	30,5	30,4	44,7	30,7
	Coronaropathies	70,3	70,5	70,3	70,1	69,5	70,1	71,0	70,6	71,0
	Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	64,9	68,6	64,9	68,0	69,9	68,1	68,2	69,4	68,2
	Infections respiratoires	62,4	58,9	62,3	66,3	67,1	66,4	65,2	64,5	65,2
	Séances : chimiothérapie	62,2	61,9	62,2	62,6	62,1	62,6	63,0	63,7	63,0
	Septicémies	68,6	67,7	68,6	67,7	62,3	67,6	68,8	67,5	68,7
	Soins palliatifs	66,1	67,9	66,2	68,3	69,1	68,3	68,3	70,5	68,3
Diagnostiques	Cancer	62,4	62,8	62,4	62,5	63,4	62,5	62,8	60,2	62,8
Activité de soins	Médecine	57,5	56,1	57,5	57,9	56,6	57,9	57,7	56,2	57,7

En médecine, la situation est contrastée selon les pathologies et selon les années, il semble difficile de déterminer une tendance sur ces seules années.

Parmi ces pathologies, nous avons choisi d'insister sur les cancers car l'accès aux soins est souvent lointain pour cette patientèle âgée. Les cancers ont été définis par un ensemble de diagnostics considérés comme des codes diagnostics certains de prise en charge de cancer (les codes incertains ont été écartés) à partir de la méthode présentée par Christine Le Bihan-Benjamin aux journées Emois 2013 ⁷⁷.

⁷⁵ V. Ronin et al, 'Choix D'algorithmme D'identification de Cas Incidents de Fractures de L'extrémité Supérieure Du Fémur à Partir Du PMSI : Une Étude Pilote', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58 (2010), S14 <doi:10.1016/j.respe.2010.02.032>.

⁷⁶ M.-P. Bénétier et al, 'Analyse Des Bases Régionales PMSI : Comment Améliorer La Précision Des Codages', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58 (2010), S28–S29 <doi:10.1016/j.respe.2010.02.073>.

⁷⁷ 'Journées EMOIS Nancy 2013 : Identifier Les Séjours Liés à La Prise En Charge Du Cancer Dans Les Bases PMSI MCO.' <http://www.canal-u.tv/video/canal_u_medecine/journees_emois_nancy_2013_identifier_les_sejours_lies_a_la_prise_en_charge_du_cancer_dans_les_bases_pmsi_mco.11835> [accès 6 Août 2013].

Nous avons ensuite choisi d'analyser plusieurs regroupements de pathologies correspondant à des motifs de recours divers : les hospitalisations évitables et les séjours lourds.

C) Hospitalisations évitables

La littérature apporte un indicateur informatif sur les hospitalisations qui n'auraient en théorie pas été nécessaire avec une bonne prise en charge en ambulatoire par une meilleure prévention (primaire, secondaire ou tertiaire). L'indicateur a été développé aux Etats-Unis sous la dénomination d' "Avoidable hospital conditions" ⁷⁸. Il intègre 12 pathologies (Pneumopathies bactériennes, Insuffisance cardiaque, Infections peau/tissus mous, Asthme, Hypokaliémie, Pathologies à vaccination, Gangrène, Ulcère digestif compliqué, Pyélonéphrite, Diabète compliqué, Appendicite compliquée, Hypertension) traduites sous forme de codes en classification Cim-9 (ancêtre de la Cim-10) ⁷⁹. A partir de ces diagnostics, une liste de codes CIM-10 a été établie par l'équipe de Victor Rodwin (NYU Wagner) qui l'a fournie à l'ORS Pays de la Loire. C'est cette liste de diagnostics que nous utiliserons pour cette étude. Ces travaux sur les hospitalisations évitables sont encore relativement « exploratoires », dans un contexte où la méthodologie de l'indicateur n'est pas encore clairement validée au plan national. Ce point est à l'étude dans le cadre d'un groupe de travail national coordonné par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé. Néanmoins, ce sujet a fait l'objet de présentations en congrès ⁸⁰. Il s'agit certainement d'un domaine d'avenir en recherche sur les comportements de santé, des travaux tentent notamment d'étudier les liens entre ces hospitalisations évitables et les soins primaires ⁸¹.

⁷⁸ J S Weissman, C Gatsonis et A M Epstein, 'Rates of Avoidable Hospitalization by Insurance Status in Massachusetts et Maryland', *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 268 (1992), 2388–2394.

⁷⁹ Michael K. Gusmano, Victor G. Rodwin et Daniel Weisz, 'A New Way To Compare Health Systems: Avoidable Hospital Conditions In Manhattan et Paris', *Health Affairs*, 25 (2006), 510–520 <doi:10.1377/hlthaff.25.2.510>.

⁸⁰ 'Congrès Odissé « Recours Aux Soins Hospitaliers et Territoires »' (Angers, 2012); 'Congrès National Des Observatoires Régionaux de La Santé' (Bordeaux, 2013).

⁸¹ Aldo Rosano et al, 'The Relationship Between Avoidable Hospitalization et Accessibility to Primary Care: a Systematic Review', *The European Journal of Public Health*, 23 (2013), 356–360 <doi:10.1093/eurpub/cks053>.

Sur cet indicateur, la moyenne d'âge est nettement plus élevée en Alsace Bossue en 2011 sur 189 séjours (cf Tableau 12 Evolution de la moyenne d'âge par type d'activité en Alsace Bossue et en Alsace de 2009 à 2011 sur des activités spécifiques).

D) Séjours lourds

Le deuxième regroupement présenté est celui des séjours lourds. L'ATIH a catégorisé les GHM en séjours lourds et moyennement lourds ⁸² selon la consommation de ressources par séjour. L'objectif est d'apporter une alternative à la notion de sévérité des séjours (les séjours de niveau 3 et 4 sont définis comme sévères en règle générale). Lorsque l'on regarde les GHM inscrits dans cette liste de référence de séjours lourds, on se rend compte que cette consommation lourde de ressources peut sans risque de biais majeur être assimilée à une notion de pathologies sévères sur le plan clinique.

Un deuxième élément permettant de prendre en compte les séjours pour des pathologies lourdes est celui du recours à la réanimation au cours du séjour. Cette notion est recueillie dans le PMSI par les forfaits journaliers de réanimation accordés pour des patients hospitalisés en réanimation. Il existe cependant des conditions qui font que tous les séjours de réanimation n'y sont pas comptabilisés mais uniquement ceux pour les patients les plus sévères puisqu'il faut un score IGS (Indice de Gravité Simplifié, score de sévérité spécifique aux patients de réanimation) supérieur à 15 et avoir effectué une liste limitative d'actes ⁸³.

Selon ces deux catégorisations (lourds ou réanimation), on se rend compte que l'âge moyen en Alsace Bossue est supérieur à celui dans le reste de l'Alsace.

Tableau 12 Evolution de la moyenne d'âge par type d'activité en Alsace Bossue et en Alsace de 2009 à 2011 sur des activités spécifiques

Type	Pathologie	2009			2010			2011		
		En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace
Diagnostiques	Hospitalisations évitables	57,8	65,2	58,0	57,5	57,6	57,5	56,1	62,8	56,3
Suppléments	Réanimation	62,9	66,5	63,0	62,9	64,0	62,9	62,6	64,5	62,6
GHM	Lourd	62,3	66,0	62,4	63,1	66,3	63,2	63,4	65,4	63,4

⁸² 'Lourdeur de Prise En Charge' <<http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=3350>>.

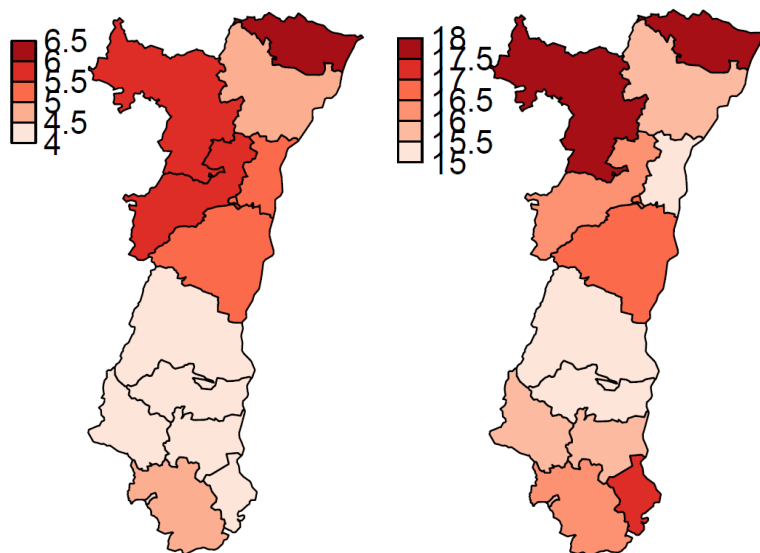
⁸³ Arrêté Du 19 Février 2009 - Article 7.

En parallèle de ces analyses sur les séjours lourds, il convenait d'analyser la proportion de patients en haut niveau de sévérité ou dans les GHM dits lourds en 2011. Cette analyse montre que la patientèle arrive à l'hôpital avec un niveau de pathologie ou de comorbidités plus important en Alsace Bossue. En effet, aussi bien pour les hauts niveaux de sévérité que pour les GHM lourds, l'Alsace Bossue est très au-dessus de la moyenne régionale et de la moyenne de toutes les zones de proximité d'Alsace. Globalement, sur les cartes ci-dessous, on se rend compte qu'il existe un gradient nord-sud de la sévérité des séjours qui vaut aussi en grande partie sur la lourdeur des séjours à part sur le territoire de santé n°4 (quart sud de l'Alsace).

Tableau 13 Pourcentage de haut niveau de sévérité et de séjours lourds en Alsace Bossue et en Alsace en 2011

Territoire	Bas	Haut	Moyennement lourd	Lourd
En dehors	95,1	4,9	84,2	15,8
Alsace Bossue	93,6	6,4	80,8	19,2
Alsace	95,1	4,9	84,2	15,8

Figure 3 Cartes par zone de proximité de la proportion parmi l'ensemble des séjours des séjours de haut niveau de sévérité (à gauche) et des séjours lourds (à droite) en 2011



Après avoir caractérisé le type de patients hospitalisé par l'intermédiaire de leur âge et de leurs niveaux de sévérité, il convient d'analyser s'ils vont plus à l'hôpital que les autres. Pour cela, nous analysons les taux de recours.

3.2.3 Taux de recours

Le taux de recours brut en MCO est défini comme le nombre de séjours rapporté à la population du territoire (en nombre de séjours pour 1 000 habitants). Les taux de recours que nous présentons sont ensuite standardisés sur l'âge et le sexe. La méthode de standardisation est la standardisation indirecte à partir d'une population de référence qui est la population française au recensement de 2009 (données Insee) répartie par âge quinquennal. Cette méthode permet de considérer les taux bruts à âge et sexe égal sur le territoire.

Ces calculs permettent d'appréhender la demande de soins hospitaliers en population. C'est l'outil majeur de planification car c'est à partir de ces taux qu'est ajustée l'offre même s'ils ne correspondent pas forcément aux besoins de soins. Leur calcul est disponible dans plusieurs outils de planification, le "kit Insee-Drees"⁸⁴ ou les outils de l'ATIH.

Taux standardisés, taux bruts et effectifs se complètent et apportent chacun une information. Le taux brut permet de rapporter la fréquence d'un évènement à la taille de la population concernée. C'est donc lui qui éclaire sur l'existence d'un problème éventuel, qu'il s'agisse d'un sous-recours aux soins, qui pourrait traduire un manque d'offre, ou d'un sur-recours, qui pourrait traduire une mauvaise prise en charge en amont de l'hospitalisation. Le taux standardisé sur l'âge et le sexe permet d'écartier d'emblée les deux facteurs explicatifs majeurs d'une différence de recours que sont l'âge et le sexe. Les effectifs permettent d'estimer la population concernée par un problème sur un territoire, ce qui revient à évaluer l'ampleur de la réponse à apporter. Si les effectifs sont très faibles avec un faible caractère de gravité et une faible exposition médiatique, le problème sera considéré comme mineur sans nécessité de réponse. Si les effectifs sont plus grands, leur nombre permettra d'ajuster la réponse en fonction des moyens à disposition.

Pour l'étude des taux de recours, comme précédemment, nous avons choisi de présenter un certain nombre de pathologies. L'objectif est d'avoir une vision large des principales pathologies et des différents types de recours (urgence, programmé).

⁸⁴ *Accès Aux Soins : Quels Outils Pour Les Territoires ? Actes Du Colloque Du 16 Octobre 2012.*

A) Chirurgie

Tableau 14 Taux de recours en Alsace Bossue et en Alsace en chirurgie

Type	Pathologie	Taux standardisés			Taux bruts 2011			Effectif 2011			Evolution 2011/2010		
		En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace
Groupes d'activité	Amygdalectomies, végétations, drains	2,84	2,62	2,84	2,78	2,36	2,77	5 029	83	5 112	1,5	10,7	1,6
	Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires	4,47	4,52	4,47	4,54	4,76	4,54	8 204	167	8 371	5,6	4,8	5,6
	Cataractes	11,27	9,98	11,24	10,44	10,31	10,44	18 875	362	19 237	7,7	-2,7	7,5
	Césariennes	2,34	2,19	2,34	2,42	1,88	2,41	4 373	66	4 439	-3,8	41,7	-3,3
	Chirurgie digestive majeure	1,41	1,29	1,41	1,34	1,34	1,34	2 428	47	2 475	2,1	-16,8	1,7
	Chirurgies majeures orthopédiques	5,45	6,77	5,48	5,07	6,95	5,10	9 157	244	9 401	5,2	9,4	5,3
	Cholécystectomies	1,80	2,07	1,80	1,78	2,11	1,79	3 218	74	3 292	2,8	-4,0	2,7
	Hernies	3,44	3,06	3,44	3,41	3,25	3,41	6 164	114	6 278	5,0	-8,5	4,8
Calculé	Chirurgie ambulatoire	34,35	33,81	34,34	33,64	34,49	33,66	60 793	1 211	62 004	8,0	8,5	8,0
Actes CCAM	Canal carpien	3,27	3,83	3,28	3,22	4,04	3,23	5 811	142	5 953	1,4	6,7	1,5
	Ménisque	2,32	2,56	2,33	2,36	2,73	2,37	4 267	96	4 363	1,7	-0,9	1,7
Diagnostics	Fracture du col du fémur	1,39	1,38	1,39	1,21	1,37	1,22	2 195	48	2 243	2,0	16,3	2,3
Activité de soins	Chirurgie	87,60	84,47	87,54	85,66	86,03	85,67	154 804	3 021	157 825	3,5	1,7	3,5

Globalement, le taux de recours standardisé à la chirurgie est moindre en Alsace Bossue par rapport au reste de l'Alsace, alors que le taux brut est supérieur. Ceci témoigne d'une patientèle plus âgée en chirurgie en Alsace Bossue.

Cependant, sur la chirurgie orthopédique (le groupe d'activité "Chirurgie majeures orthopédiques" contient principalement les opérations de la hanche, du genou et de l'épaule) et les opérations apparentées (canal carpien, ménisque, arthroscopies), le recours est supérieur. Si pour la catégorie de chirurgie majeure orthopédique, il est difficile de savoir si une opération revêt un caractère urgent, pour les opérations du canal carpien, des ménisques, ou les arthroscopies, on peut raisonnablement penser qu'il s'agit de chirurgie programmée.

Ces taux de recours standardisés sont en hausse par rapport à 2010, à part pour le ménisque (résultats non présentés).

A l'inverse, sur les principales opérations de chirurgie viscérale (chirurgie digestive majeure, hernies, cholécystectomies), l'évolution est à la baisse avec des taux de recours inférieurs pour les hernies et la chirurgie digestive majeure.

Les opérations de la cataracte représentent les principales opérations chirurgicales, en Alsace Bossue comme ailleurs en Alsace, mais le recours est inférieur à celui du reste de l'Alsace et en baisse.

Sur les fractures du col du fémur, le recours brut en Alsace Bossue est nettement plus élevé, mais l'origine en est une structure d'âge et de sexe différente puisque les taux standardisés sont identiques.

B) Chirurgie ambulatoire

Un autre regroupement de pathologies particulièrement exploité en termes de planification de soins, est le taux de recours à la chirurgie ambulatoire. Cette chirurgie, outre son caractère économique, est considérée comme moins invasive et plus confortable pour le patient.

Il existe des codes GHM spécifiques de prise en charge en ambulatoire (codes se terminant par J) mais ceux-ci ne couvrent pas l'ensemble du spectre de la chirurgie ambulatoire. Dès lors, la méthode la plus courante prend en compte les séjours de chirurgie au cours desquels le patient est sorti le même jour qu'il est rentré. C'est cette méthode que nous utiliserons. Les patients de l'Alsace Bossue ont ici un recours similaire au reste de l'Alsace à cette offre de chirurgie, à âge et sexe égal.

Sur la chirurgie ambulatoire, il est également usuel de mesurer, sur un certain nombre de gestes considérés comme relevant de la chirurgie ambulatoire, s'ils sont bien faits en ambulatoire. Pour cela, il existe également plusieurs méthodes. La méthode la plus courante est celle utilisée par l'Assurance maladie pour désigner les mises sous accords préalables (MSAP) de patients (obligation d'accord avant la pratique de l'acte par un praticien conseil de l'Assurance maladie pour être remboursé). C'est également la méthode utilisée dans les ARS dans le cadre des CPOM Etat-ARS. Elle consiste à désigner 18 gestes marqueurs et l'objectif est que sur ces gestes, 85 % soient faits en ambulatoire. La méthode que nous avons retenue est celle utilisée par l'Anap dans le cadre d'Hospidiag. Cette liste est similaire à la précédente mais est un peu plus restrictive et l'objectif est que 90 % des gestes soient pratiqués en ambulatoire dans un établissement.

On peut penser que cette liste ciblera mieux les gestes praticables assurément en ambulatoire car l'objectif de la MSAP est avant tout financier.

En Alsace Bossue, 65,6 % des patients sont pris en charge en ambulatoire sur ces gestes contre 63,2 % sur le reste de l'Alsace, ce qui témoigne d'un bon accès comparativement au reste de l'Alsace.

Tableau 15 Pourcentage de séjours en ambulatoire sur l'Alsace Bossue et le reste de l'Alsace en 2011

Type	En dehors		Alsace Bossue	
	Effectif	%	Effectif	%
Ambulatoire	149 680	63,2	3 076	65,6

C) Médecine

En médecine, si le recours de manière globale est moindre en Alsace Bossue, on est en premier frappé par des taux de recours aux cathétérismes thérapeutiques et diagnostiques vasculaires et coronariens inférieurs par rapport au reste de l'Alsace avec un recours à l'AVC et aux coronaropathies supérieures. Le sur-recours est également très important en ce qui concerne les embolies pulmonaires. S'il n'est pas possible par ces analyses d'établir un lien causal entre une prévention moindre et d'avantage de curatif, il convient de s'interroger sur les prises en charge des maladies cardiovasculaires en prévention des évènements cardiovasculaires graves.

De même, le recours pour les affections respiratoires est nettement plus élevé et en très forte hausse entre 2010 et 2011 dans une zone où il n'existe pas de réseau de soins de pneumologie permettant la prise en charge de prévention en ambulatoire des patients.

Le recours pour l'ensemble des pathologies cancéreuses ainsi que pour les séances de chimiothérapie et de radiothérapie sont très inférieurs au reste de l'Alsace. Cependant, le ratio des séances de chimiothérapie par rapport aux séances de radiothérapie est très différent entre l'Alsace Bossue et le reste de l'Alsace (0,63 vs 0,69) ce qui pose la question de tumeurs différentes prises en charge à un stade différent. Une analyse plus détaillée du case-mix apporterait des réponses.

Ce qu'il faut également souligner, c'est qu'un sous-recours pour cancer est généralement le témoin d'une mauvaise santé de la population car cela veut dire que l'on n'est pas

décédé d'autre chose avant. Ce constat peut également s'appliquer pour le sous recours observé sur les affections dégénératives du système nerveux (correspondant aux démences).

Tableau 16 Taux de recours en Alsace Bossue et en Alsace en médecine

Type	Pathologie	Taux standardisés			Taux bruts 2011			Effectif 2011			Evolution 2011/2010		
		En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace
Groupes d'activité	Affections dégénératives du système nerveux	1,46	0,68	1,44	1,38	0,65	1,37	2 495	23	2 518	-8,4	-25,4	-8,7
	AVC	2,72	3,40	2,73	2,49	3,30	2,50	4 492	116	4 608	1,2	18,0	1,6
	Bronchites, bronchiolites et asthme	1,98	2,61	1,99	1,89	2,42	1,90	3 411	85	3 496	-8,9	15,2	-8,4
	Cardiopathies, valvulopathies	3,59	4,15	3,60	3,15	3,90	3,16	5 687	137	5 824	3,1	3,9	3,2
	Cathétérismes thérapeutiques vasculaires avec endoprothèse	3,08	2,01	3,05	2,95	2,19	2,94	5 338	77	5 415	3,8	-18,0	3,4
	Cathétérismes diagnostiques vasculaires	4,01	3,66	4,00	3,87	3,93	3,87	7 001	138	7 139	7,5	21,1	7,7
	Coronaropathies	1,01	1,95	1,03	0,92	2,08	0,95	1 671	73	1 744	-7,3	-10,9	-7,3
	Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	1,86	2,95	1,88	1,72	2,79	1,74	3 108	98	3 206	-2,3	5,0	-2,1
	Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	20,32	16,10	20,24	20,19	17,06	20,13	36 484	599	37 083	6,3	7,4	6,3
	Infections respiratoires	4,33	5,93	4,36	3,94	5,58	3,97	7 121	196	7 317	9,9	30,9	10,3
	Séances : chimiothérapie	29,31	23,11	29,19	28,43	24,41	28,35	51 375	857	52 232	2,3	-2,7	2,2
	Séances : radiothérapie	42,24	36,74	42,13	41,04	38,84	41,00	74 174	1 364	75 538	-1,7	20,3	-1,4
	Soins palliatifs	1,58	1,27	1,57	1,48	1,28	1,48	2 683	45	2 728	6,9	4,6	6,9
	Toxicomanies et alcoolisme	3,03	2,87	3,02	3,11	2,99	3,11	5 618	105	5 723	-2,8	46,8	-2,2
	GHM	Accouchement normal	7,38	7,41	7,38	7,63	6,29	7,60	13 787	221	14 008	-3,5	11,6
Accouchement pathologique		4,02	3,60	4,01	4,15	3,08	4,13	7 503	108	7 611	-0,4	-1,3	-0,4
Diagnostics	Cancer	91,06	75,69	90,73	88,10	79,74	87,94	159 216	2 800	162 016	-0,3	8,4	-0,2
Activité de soins	Médecine	118,03	111,87	117,88	111,86	111,04	111,85	202 156	3 899	206 055	-3,3	4,1	-3,2

Le faible recours aux accouchements est globalement en cohérence avec une faible natalité sur la zone. Parmi ces accouchements, le recours pour accouchements pathologiques et césariennes est moindre en Alsace Bossue.

A noter en parallèle du regroupement de GHM pour les accouchements pathologiques, que des indicateurs ont été validés sur la morbidité maternelle sévère⁸⁵. L'analyse n'est pas possible dans un territoire aussi petit, faute d'effectifs, mais pourrait s'imaginer à l'échelle d'un territoire de santé par exemple.

Il faut également souligner l'importance de l'âge dans le sous-recours en médecine. En effet, les taux de recours bruts en médecine sont quasiment les mêmes entre l'Alsace Bossue et le reste de l'Alsace alors que la différence est importante sur les taux standardisés. Ce qui nous a poussés à étudier brièvement le recours selon l'âge. Chez les moins de 75 ans, le recours brut est supérieur en Alsace Bossue (75,01 vs 73,22), le recours standardisé est, lui, quasi-identique (73,29 vs 73,01). Chez les plus de 75 ans, le sous-recours est présent sur les taux bruts (36,02 vs 68,64) et est naturellement plus

⁸⁵ Anne A Chantry et al, 'Hospital Discharge Data Can Be Used for Monitoring Procedures et Intensive Care Related to Severe Maternal Morbidity', *Journal of clinical epidemiology*, 64 (2011), 1014–1022 <doi:10.1016/j.jclinepi.2010.11.015>.

important sur les taux standardisés (38,86 vs 44,74). C'est donc principalement chez les patients âgés que le recours à l'hôpital est moindre en médecine.

Sur les hospitalisations évitables, le recours en Alsace Bossue comme sur le nord de l'Alsace (territoire de santé n°1) est supérieur au reste de l'Alsace et en forte hausse (cf Figure 8 Taux de recours standardisé à l'hospitalisation évitable par zone de proximité en 2011).

Enfin, si le recours à la réanimation est relativement faible alors que le recours aux séjours lourds est important, on peut penser qu'il y a un effet d'offre en jeu puisque le recours est minimal dans les zones de proximité à distance d'un hôpital possédant un service de réanimation (Altkirch, Saint-Louis, Guebwiller, Molsheim-Schirmeck, Obernai-Selestat, carte en annexe Figure 9 Taux de recours standardisé à la réanimation par zone de proximité en 2011). C'est-à-dire qu'il est plus facile de transférer par sécurité un patient en réanimation au sein d'un même hôpital que d'un hôpital à un autre.

Tableau 17 Taux de recours en Alsace Bossue et en Alsace sur des activités spécifiques

Type	Pathologie	Taux standardisés 2011			Taux bruts 2011			Effectif 2011			Evolution 2011/2010		
		En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace
Diagnostics	Hospitalisation évitable	4,27	5,49	4,30	4,03	5,38	4,06	7 289	189	7 478	-1,5	10,2	-1,2
Suppléments	Réanimation	15,08	13,90	15,05	14,29	14,27	14,29	25 833	501	26 334	-1,0	5,2	-0,9
GHM	Lourd	45,35	50,77	45,45	42,56	50,43	42,71	76 908	1 771	78 679	1,1	6,0	1,2

Les patients en médecine, en particulier les plus âgés, vont moins à l'hôpital. Par contre, ils y vont plus pour des pathologies évitables. S'il est difficile d'en comprendre le mécanisme, nous allons tenter de comprendre comment les patients arrivent à l'hôpital, s'il s'agit d'un recours programmé ou s'ils doivent changer d'hôpital par exemple. Cela passe par l'étude des modes d'entrée des séjours.

3.2.4 Mode d'entrée des séjours

Lors de l'analyse des modes d'entrée et de sortie, il faut bien garder en tête qu'il ne s'agit pas de juger des pratiques des soignants puisque l'on ne raisonne pas à pathologie, âge

ou comorbidité égal. Il faut également garder en tête qu'un patient peut être transféré plusieurs fois donc les informations valent pour un séjour donné mais pas forcément pour un patient donné.

Le mode d'entrée des séjours renseigne sur la provenance du patient lors de son hospitalisation. Il permet donc de renseigner sur le caractère programmé ou non de l'hospitalisation même si, en pratique, dans certains cas à la marge, dont le nombre n'est pas évaluable, des hospitalisations programmées passent par les urgences. Par ailleurs, la base PMSI ne renseigne que sur les hospitalisations, donc elle ne recueille pas l'ensemble des patients passés aux urgences. Il n'y aurait donc pas de sens à calculer un taux de recours aux urgences par ce biais.

Les patients passent un peu plus par les urgences sur notre territoire d'étude en chirurgie (10,4 % vs 9,6 % sur le reste de l'Alsace) comme en médecine en 2011 (3,7 % vs 2,2 %). Ils sont également plus souvent transférés à partir d'un autre établissement. Ceci traduit une faiblesse dans le parcours de soins et peut questionner sur une éventuelle faiblesse dans la prise en charge thérapeutique en ambulatoire.

A) Chirurgie

En chirurgie, c'est notamment pour les cholécystectomies, dont la majeure partie sont programmées (car les symptômes permettent généralement d'attendre pour la réalisation de l'acte), que l'on voit une réelle différence, avec un pourcentage de passage par les urgences presque doublé en Alsace Bossue. La situation était déjà similaire en 2009 et 2010 avec des pourcentages de passage par les urgences de 26,4 % en Alsace Bossue en 2009 contre 13,7 % dans le reste de l'Alsace et 25,6 % contre 14,6 % en 2010. Pour les hernies également, le pourcentage de passage par les urgences est plus élevé. Cela ne semble pas être le cas pour des pathologies potentiellement graves pour lesquelles la prise en charge est urgente et l'aspect diagnostique moindre comme les appendicectomies et les occlusions.

En ce qui concerne les occlusions, comme pour la chirurgie du rachis, ce qui étonne est la part de transferts d'un autre établissement importante et en hausse, probablement car le plateau technique des hôpitaux à proximité ne permet pas d'opérer sur place et que le

patient reste dans son établissement de proximité le temps de stabiliser son état. Ce taux de transfert était sur la chirurgie du rachis et de la moelle en Alsace Bossue de 3,1 % en 2009, de 2,5 % en 2010 et 10,5 % en 2011 contre respectivement 0,5 %, 0,9 % et 0,5 % en dehors de l'Alsace Bossue.

Tableau 18 Répartition des principaux modes d'entrée en Alsace Bossue et en Alsace en 2011 en chirurgie

Type	Pathologie	En dehors			Alsace Bossue			Alsace			Effectif Alsace Bossue
		Domicile	Transfert MCO	Urgences	Domicile	Transfert MCO	Urgences	Domicile	Transfert MCO	Urgences	
Groupes d'activité	Amygdalectomies, végétations, drains	99,4	0,0	0,6	98,8	0,0	1,2	99,4	0,0	0,6	83
	Appendicectomies	23,6	0,5	76,0	29,6	0,0	70,4	23,7	0,5	75,9	27
	Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires	99,6	0,0	0,3	98,2	0,0	1,8	99,6	0,0	0,3	167
	Autres chirurgies ORL	90,9	0,3	8,7	93,4	0,0	6,6	90,9	0,3	8,7	61
	Cataractes	99,8	0,0	0,1	100,0	0,0	0,0	99,8	0,0	0,1	362
	Césariennes	96,7	0,3	2,8	100,0	0,0	0,0	96,8	0,3	2,8	66
	Chirurgies majeures orthopédiques	73,4	0,3	25,7	75,8	0,0	23,4	73,5	0,3	25,6	244
	Chirurgies rachis/moelle	92,2	0,5	7,0	87,7	10,5	0,0	92,1	0,7	7,0	57
	Cholécystectomies	83,5	0,2	16,3	67,6	4,1	28,4	83,1	0,2	16,6	74
	Hernies	96,0	0,0	3,9	93,9	0,0	6,1	96,0	0,0	4,0	114
	Occlusions, sub-occlusions digestives	29,6	1,9	67,4	24,0	8,0	68,0	29,5	2,0	67,4	25
Calculé	Chirurgie ambulatoire	96,2	0,0	3,7	97,0	0,2	2,8	96,3	0,0	3,7	1 211
Actes CCAM	Canal carpien	99,5	0,0	0,5	100,0	0,0	0,0	99,5	0,0	0,5	142
	Menisque	99,6	0,0	0,4	100,0	NA	NA	99,6	0,0	0,4	96
Diagnostics	Fracture du col du fémur	9,1	1,2	88,6	6,2	NA	93,8	9,1	1,2	88,7	48
Activité de soins	Chirurgie	89,9	0,4	9,6	88,1	1,2	10,4	89,9	0,4	9,6	3 021

Dans un souci de lisibilité, les modes de sortie rares (mutation à partir d'un établissement SSR/SLD, HAD, psychiatrie, établissement médico-social) ont été écartés

Les effectifs signalés sur l'Alsace Bossue sont ceux de 2011

B) Médecine

En médecine, le passage par les urgences et les transferts sont particulièrement importants en Alsace Bossue en 2011 sur les coronaropathies et valvulopathies. Pour les coronaropathies, le constat est le même que sur les pathologies chirurgicales graves nécessitant un traitement en urgence avec des taux de transfert beaucoup plus importants que la moyenne régionale. Ce qui est plus surprenant, c'est la part importante des transferts pour les cathétérismes diagnostics et la pose de stimulateurs/défibrillateurs cardiaques qui ne nécessitent que rarement une intervention en urgence.

Pour les AVC, les entrées par les urgences et transferts sont rares ce qui témoigne de l'efficacité de la filière AVC même si nous avons vu qu'il existe un sur-recours sur cette pathologie. Ceci dans un territoire où l'organisation en territoire de référence et la fermeture d'une Unité neurovasculaire (UNV) ont transformé les pratiques ces dernières années.

De même, pour les séjours pour toxicomanie ou alcoolisme, peu passent par les urgences. Sur les infections respiratoires, les infections urinaires et lithiases ou les troubles métaboliques, qui sont le lot quotidien des "petits" services d'urgence comme des médecins généralistes, la part de passage par les urgences est importante. Cela oriente soit vers un non recours volontaire aux soins ambulatoires, soit vers un problème d'orientation à l'hôpital.

Sur les cancers, là aussi, on compte un pourcentage de passage par les urgences supérieurs en Alsace Bossue, ce qui peut traduire un pourcentage de diagnostics faits aux urgences supérieur si le codage PMSI adéquat a été respecté.

Curieusement, sur les accouchements pathologiques, le taux de transferts est réellement faible dans une zone ne disposant pas de maternité possédant une unité de réanimation néonatale (niveau 3).

Tableau 19 Répartition des principaux modes d'entrée en Alsace Bossue et en Alsace en 2011 en médecine

Type	Pathologie	En dehors			Alsace Bossue			Alsace			Effectif Alsace Bossue
		Domicile	Transfert MCO	Urgences	Domicile	Transfert MCO	Urgences	Domicile	Transfert MCO	Urgences	
Groupes d'activité	AVC	28,9	5,6	65,0	32,8	6,0	60,3	28,9	5,6	64,9	116
	Bronchites, bronchiolites et asthme	26,0	1,7	72,0	36,5	2,4	61,2	26,2	1,7	71,7	85
	Cardiopathies, valvulopathies	45,1	6,1	47,7	21,2	4,4	74,5	44,5	6,1	48,3	137
	Cathétérismes thérapeutiques vasculaires avec endoprothèse	84,7	2,0	11,3	83,1	9,1	7,8	84,7	2,1	11,3	77
	Cathétérismes diagnostiques vasculaires	85,3	2,4	9,0	79,7	10,1	9,4	85,2	2,5	9,0	138
	Coronaropathies	44,7	7,5	47,1	12,3	28,8	56,2	43,3	8,4	47,5	73
	Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	32,1	4,8	61,6	32,7	9,2	56,1	32,1	4,9	61,4	98
	Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	99,7	0,0	0,2	99,2	NA	0,8	99,7	0,0	0,2	599
	Infections reins et voies urinaires, lithiases	39,9	1,6	58,1	29,4	4,0	66,7	39,6	1,6	58,3	126
	Infections respiratoires	21,3	6,3	71,1	14,3	3,6	81,1	21,1	6,3	71,4	196
	Phlébites, varices	71,2	2,0	25,9	56,5	4,3	37,7	70,8	2,0	26,2	69
	Polytraumatismes	11,5	2,9	85,6	NA	NA	100,0	11,3	2,8	85,9	5
	Séances : chimiothérapie	99,9	0,1	0,0	99,8	NA	NA	99,9	0,1	0,0	857
Séances : radiothérapie	100,0	0,0	NA	100,0	NA	NA	100,0	0,0	NA	1364	
GHM	Accouchement normal	95,0	0,3	4,7	95,9	0,5	3,6	95,0	0,3	4,7	221
	Accouchement pathologique	96,5	0,4	3,0	98,1	0,9	0,9	96,5	0,4	2,9	108
Diagnostics	Toxicomanies et alcoolisme	42,8	0,5	56,5	60,0	NA	40,0	43,1	0,5	56,2	105
	Cancer	98,0	0,4	1,4	97,0	0,8	2,1	98,0	0,4	1,5	2800
Activité de soins	Médecine	59,5	2,2	37,8	49,8	3,7	46,0	59,3	2,2	37,9	3899

Dans un souci de lisibilité, les modes de sortie rares (mutation à partir d'un établissement SSR/SLD, HAD, psychiatrie, établissement médico-social) ont été écartés

Les effectifs signalés sur l'Alsace Bossue sont ceux de 2011

En ce qui concerne les hospitalisations évitables, le passage faible par les urgences associé à un fort taux de recours peut par exemple faire penser à une hospitalisation plus importante des patients par crainte de laisser ces personnes malades seules dans les conditions du quotidien (isolement social, logement non adapté, crainte d'une abstention thérapeutique...). Les données de l'Insee nous montrent par exemple que les habitants de l'Alsace Bossue, s'ils vivent plus souvent en famille, habitent plus dans des grandes

maisons éloignées des villes et avec de plus faibles revenus pour payer d'éventuelles aides.

Tableau 20 Répartition des principaux modes d'entrée en Alsace Bossue et en Alsace en 2011 par activité spécifique

Type	Pathologie	En dehors			Alsace Bossue			Alsace			Effectif Alsace Bossue
		Domicile	Transfert MCO	Urgences	Domicile	Transfert MCO	Urgences	Domicile	Transfert MCO	Urgences	
Diagnostics	Hospitalisation évitable	45,5	2,8	50,8	50,3	3,7	45,5	45,6	2,9	50,7	189
Suppléments	Réanimation	62,1	2,7	34,6	58,9	7,2	33,3	62,0	2,8	34,6	501
GHM	Lourd	58,5	3,4	37,3	50,5	5,9	42,5	58,3	3,4	37,4	1 771

Après l'étude des modes d'entrée, vient l'étude des modes de sortie. Une partie de l'information sera nécessairement redondante avec l'étude des modes d'entrée, notamment sur les transferts.

3.2.5 Mode de sortie des séjours

Les modes de sortie apportent principalement une information par rapport aux décès. On peut voir notamment qu'un patient hospitalisé pour un AVC ou une embolie pulmonaire ou ayant effectué un séjour en réanimation a environ une chance sur dix de décéder au cours de son séjour en 2011 et que cette probabilité est supérieure en Alsace Bossue.

En ce qui concerne les AVC, moins d'une personne sur deux rentre chez elle après un AVC en Alsace Bossue (49,1 %) contre 62,1 % en dehors. Les écarts sont également très importants sur la chirurgie orthopédique et les coronaropathies. Sur toutes les pathologies étudiées à part les embolies pulmonaires, la part de retour à domicile est inférieure en Alsace Bossue.

En ce qui concerne les coronaropathies, si le pourcentage de décès est moins élevé, le taux de transfert est très largement supérieur en Alsace Bossue. On peut penser qu'une part de ces patients décèdera à son hôpital de destination.

La chirurgie orthopédique est une des activités pour laquelle les transferts vers le SSR/SLD est prépondérante. Nous présenterons de façon plus approfondie le parcours vers le SSR à l'aide de la base PMSI SSR.

Tableau 21 Répartition des principaux modes de sortie en Alsace Bossue et en Alsace en 2011

Type	Pathologie	En dehors			Alsace Bossue			Alsace			Effectif Alsace Bossue
		Décès	Domicile	Transfert MCO	Décès	Domicile	Transfert MCO	Décès	Domicile	Transfert MCO	
Groupes d'activité	AVC	8,3	62,6	10,0	10,3	49,1	17,2	8,3	62,3	10,1	116
	Cardiopathies, valvulopathies	11,5	66,7	10,6	16,8	62,0	11,7	11,6	66,6	10,6	137
	Cathétérismes thérapeutiques vasculaires avec endoprothèse	1,5	90,3	4,2	NA	72,7	26,0	1,4	90,0	4,5	77
	Cathétérismes diagnostiques vasculaires	0,6	91,3	3,8	NA	86,2	13,0	0,6	91,2	4,0	138
	Chirurgies majeures orthopédiques	1,0	39,1	7,2	0,4	29,9	8,2	1,0	38,9	7,2	244
	Chirurgies rachis/moelle	0,2	88,2	3,2	1,8	80,7	8,8	0,2	88,1	3,2	57
	Cholécystectomies	0,4	97,5	0,7	NA	91,9	5,4	0,4	97,3	0,8	74
	Coronaropathies	6,0	69,2	19,4	1,4	41,1	46,6	5,8	68,0	20,6	73
	Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	11,7	64,7	11,9	14,3	67,3	9,2	11,8	64,8	11,8	98
Suppléments	Hospitalisation évitable	2,2	86,5	4,4	3,2	83,6	4,8	2,2	86,4	4,4	189
Suppléments	Réanimation	9,7	66,7	10,3	13,6	53,9	22,0	9,8	66,4	10,5	501
GHM	Lourd	5,1	73,3	7,4	6,2	67,2	11,7	5,1	73,2	7,5	1 771
Activité de soins	Chirurgie	0,5	92,1	1,6	0,6	89,4	2,5	0,5	92,1	1,6	3 021
	Médecine	2,2	88,1	4,0	3,2	83,8	6,9	2,3	88,0	4,1	3 899

A) Décès

Ces modes de sortie permettent de calculer des taux de mortalité hospitalière. L'on s'aperçoit que la mortalité à âge et sexe égal est supérieure pour les habitants de l'Alsace Bossue et en hausse. Il est également possible de reconstituer le pourcentage de mortalité à l'hôpital par rapport au total des décès des habitants du territoire issu des données du Cépidc-Inserm (disponible uniquement pour 2009 et 2010). On s'aperçoit du caractère fluctuant de cet indicateur sur l'Alsace Bossue entre 2009 et 2010.

Tableau 22 Evolution du taux de mortalité en Alsace Bossue et en Alsace entre 2009 et 2011

Territoire	Taux standardisé			Taux brut			Effectif			% Mortalité hospitalière	
	2 009	2 010	2 011	2 009	2 010	2 011	2 009	2 010	2 011	2 009	2 010
En dehors	4,27	4,39	4,40	3,85	3,94	3,94	6 960	7 127	7 119	49,3%	50,7%
Alsace Bossue	5,66	5,01	5,34	5,50	4,76	5,07	193	167	178	52,2%	43,9%
Alsace	4,30	4,40	4,41	3,88	3,96	3,96	7 153	7 294	7 297	49,4%	50,6%

Source dénominateur de la mortalité hospitalière : Cépidc-Inserm

Après avoir étudié les caractéristiques des patients et leur mode de recours à l'hôpital, nous abordons la question de l'accès géographique aux soins. La première partie sera une analyse générale sur les lieux d'hospitalisation des patients en fonction de l'offre sur le territoire. La deuxième ira plus en profondeur dans l'analyse des temps de trajet.

3.2.6 Lieu d'hospitalisation des patients

A) Taux de fuites et parts de marché

L'offre autour de l'Alsace Bossue étant particulièrement riche et à cheval entre deux régions (Alsace et Lorraine), il est réellement intéressant de regarder le taux de fuite hors-région, c'est-à-dire le pourcentage de séjours effectués en dehors de l'Alsace.

De même, nous avons vu que l'ARS définit des territoires de santé utilisés pour définir les autorisations d'exercice sur un territoire donné. Il en existe en théorie huit niveaux différents correspondant à différentes activités cliniques. En pratique, en Alsace et dans la plupart des régions, seules les activités de greffes, de traitement des grands brûlés, de chirurgie cardiaque, neurochirurgie et radiologie interventionnelle en neurologie font l'objet d'un autre découpage car elles sont considérées comme des activités de référence. Le découpage est ainsi interrégional.

Nous parlerons de parts de marché pour désigner la part (sur l'ensemble des séjours) des séjours effectués dans les établissements d'un territoire pour les patients d'Alsace Bossue ou du reste d'Alsace.

On peut voir que la part de marché des établissements du Bas-Rhin correspondant à peu près aux territoires de santé n°1 et 2, diminue en médecine au profit des établissements de Moselle (57) en ce qui concerne les patients de l'Alsace Bossue. En chirurgie comme en médecine, c'est la part de marché des établissements du territoire n°2 (Strasbourg) qui est en baisse pour les patients d'Alsace Bossue alors qu'elle est légèrement en hausse sur le restant de l'Alsace. La quasi-totalité des parts de marché alsaciennes des établissements de Moselle se fait avec des patients d'Alsace Bossue.

Tableau 23 Evolution des parts de marché sur le territoire en Alsace Bossue et en Alsace par activité de soins entre 2009 et 2011

Territoire	En dehors						Alsace Bossue					
	Chirurgie			Médecine			Chirurgie			Médecine		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
1	13.5	13.7	13.5	12.9	13.1	12.3	42,0	40.4	41.3	51.5	51.6	48.8
2	44.1	44.3	44.4	38.9	39.3	40.8	34.4	32.7	32.4	27.2	24,0	25.2
3	23.8	23.3	23.4	26.4	25.3	24.8	0.2	0,0	0.1	0,0	0.1	0.1
4	17,0	17.1	17.2	20.1	20.6	20.4	NA	NA	NA	0.1	0,0	0.3
57	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	21.5	25.2	24,0	19,0	22.3	22.6
Autre	1.5	1.5	1.4	1.7	1.6	1.7	1.8	1.7	2.1	2.2	2,0	3.1

1,2,3,4 désignent les territoires de santé alsaciens, 57 désigne les séjours effectués en Moselle, Autre les séjours dans les autres départements de France

B) Etablissements

Si l'on regarde plus précisément par établissement pour les patients d'Alsace Bossue, l'hôpital de Saverne reste l'hôpital de recours majoritaire mais perd des parts de marché aussi bien en chirurgie qu'en médecine. Les bénéficiaires sont les centres hospitaliers environnants (Haguenau, Sarreguemines et Sarrebourg) en médecine. Ces mêmes hôpitaux plus la clinique privée Saint-François de Haguenau récupèrent les parts de marché en chirurgie.

Les hôpitaux universitaires de Strasbourg sont l'établissement de destination de près d'un cinquième des séjours en médecine alors qu'il existe huit établissements plus proches de l'Alsace Bossue.

Tableau 24 Evolution des parts de marché pour les patients de l'Alsace Bossue par établissement et activité de soins entre 2009 et 2011

Etablissement	Chirurgie			Médecine		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
CENTRE HOSPITALIER DE SAVERNE	22,5	21,2	19,9	43,4	43,3	41,1
HOPITAL CIVIL / NOUVEL HOPITAL CIVIL	14,8	14,1	14,8	21,9	18,2	20,9
CENTRE HOSPITALIER ROBERT PAX	13,6	14,5	14,1	10,8	14,1	13,6
CENTRE HOSPITALIER - SARREBOURG	5,7	7,8	7,5	6,4	6,4	7,1
CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU	3,3	3,6	4,3	4,5	5,2	5,3
AUTRE	4,4	4,0	5,0	2,8	3,3	3,4
C.H.U. DE NANCY	0,5	0,8	0,8	1,2	0,8	1,8
CRLCC 'PAUL STRAUSS'	1,8	1,8	1,2	1,9	2,8	1,7
CLINIQUE DE L ORANGERIE STRASB.	3,6	4,1	3,9	0,9	0,8	1,1
GROUPE HOSPITALIER SAINT-VINCENT DE STRASBOURG	3,3	2,6	2,9	1,2	1,7	1,1
HOPITAL-MAISON DE RETRAITE LE NEUENBERG	0,0	0,0	0,0	1,7	1,3	1,0
CLINIQUE SAINT-FRANCOIS HAGUENAU	6,6	6,3	7,8	0,9	0,9	0,9
CLINIQUE SAINTE ODILE HAGUENAU	9,6	9,3	9,3	0,9	0,9	0,6
CLINIQUE SAINT NABOR	1,4	1,9	1,2	0,2	0,1	0,2
ETS DES DIACONESSES STRASBOURG	5,2	4,7	5,1	0,6	0,2	0,2
CLINIQUE SAINTE-ODILE STRASBOURG	3,7	3,3	2,1	0,4	0,1	0,0

Par EPCI, sur l'ensemble de l'activité, on peut voir que la situation est très différente. Les habitants de la CC du Pays de Sarre Union vont majoritairement à Sarreguemines alors que ceux du Pays de La Petite Pierre préféreront aller à Haguenau.

A noter le poids très important du Centre Paul Strauss dans cette analyse sur l'activité globale. Ceci est dû essentiellement aux séances de chimiothérapie. Le Centre ne représente en effet par exemple que 2,0 % de l'activité en médecine et chirurgie sur la CC du Pays de La Petite Pierre en 2011 (16,7 % toutes activités confondues).

Tableau 25 Evolution des parts de marché pour les patients de l'Alsace Bossue par EPCI et par établissement entre 2009 et 2011

Etablissement	CC de l'Alsace Bossue			CC du Pays de la Petite Pierre			CC du Pays de Sarre Union		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
CENTRE HOSPITALIER DE SAVERNE	35 9	32 9	30 8	27 4	31 7	29 7	19 4	20 2	18 4
HOPITAL CIVIL / NOUVEL HOPITAL CIVIL	14 7	12 8	14 9	15 5	14 3	12 2	12 4	11 3	12 7
CRLCC 'PAUL STRAUSS'	10 9	15 8	14 1	15 2	10 6	16 7	18 5	18 1	14 1
CENTRE HOSPITALIER - SARREBOURG	7 5	8 8	8 5	1 4	0 6	1 1	4 8	5 3	5 2
CENTRE HOSPITALIER ROBERT PAX	5 1	6 4	6 0	0 7	1 6	1 1	20 1	24 0	26 4
CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU	3,0	2 6	5 8	8 7	10 6	13 3	2,0	2,0	4 1
AUTRE	5,0	4 7	4 8	4 4	5 4	4 0	5 7	5 9	7 2
GRUPE HOSPITALIER SAINT-VINCENT DE STRASBOURG	5 4	4 4	3 3	6 7	5 6	5 3	5 6	2 8	2 3
CLINIQUE SAINTE ODILE HAGUENAU	2 8	3 1	3 0	5 6	5 7	4 7	1 4	1 2	1 1
CLINIQUE SAINT-FRANCOIS HAGUENAU	2 4	2 3	2 9	6 3	5 8	5 7	1 1	0 8	1 0
CLINIQUE DE L ORANGERIE STRASB.	2 8	1 9	2 6	1 9	2 9	2 3	3 5	2 9	1 9
ETS DES DIACONESSES STRASBOURG	2 0	1 4	1 4	2 0	2 0	2 1	1 6	1 5	1 6
C.H.U. DE NANCY	0 6	0 9	0 9	0 2	0 1	0 1	0 7	0 7	1 5
CLINIQUE SAINTE-ODILE STRASBOURG	1 1	1 1	0 6	1 5	1 6	0 5	1 2	0 9	0 5
HOPITAL-MAISON DE RETRAITE LE NEUENBERG	0 3	0 3	0 2	2 3	1 5	1 1	0 0	0 1	0 0
CLINIQUE SAINT NABOR	0 5	0 5	0 2	0 0	0 1	0 0	2 0	2 1	1 8

Il paraissait intéressant d'analyser de plus près ces séances de chimiothérapie. En 2011 sur le territoire de l'Alsace Bossue (2576 séjours), 35,7 % des séances de chimiothérapie ont été effectuées au Centre Paul Strauss (données non représentées) et 22,6 % au Groupe hospitalier Saint-Vincent pour seulement 21,2 % au CH Saverne, même si cette part est en forte hausse (12,5 % en 2010), et 9,2 % à Sarreguemines. Au total en 2011, 68,5 % des séances pour des patients de l'Alsace Bossue ont été effectuées à Strasbourg. On peut penser qu'une partie de ces séances de routine, après stabilisation de l'état du patient, pourraient être déléguées vers des hôpitaux plus proches.

Lors de l'analyse des parts de marché par type d'hôpital, on se rend compte de la part importante en privé des séjours correspondant à de la réanimation en Alsace en 2011 (24,7 % en additionnant cliniques et établissements privés d'intérêt collectif) ou à des soins palliatifs (33,2 %) alors que ce ne sont pas des activités réglées.

La part d'hospitalisation privée est globalement moins importante sur toutes les pathologies en Alsace Bossue par rapport au reste de l'Alsace, mais avec de grandes divergences quant aux écarts sur les différentes pathologies. Par exemple, sur les cholécystectomies, 8,2 % en Alsace Bossue dans le privé pour 46,1 % sur le reste de l'Alsace alors que sur les arthroscopies 58,1 % en Alsace Bossue contre 69,0 % sur le reste de l'Alsace.

Tableau 26 Parts de marché selon le statut de l'établissement par activité en 2011 en Alsace Bossue et sur le reste de l'Alsace

Pathologie	En dehors					Alsace Bossue					Effectif Alsace Bossue 2011
	CH	CHU	CLCC	Clinique	ESPIC	CH	CHU	CLCC	Clinique	ESPIC	
Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires	20,4	10,6	0,0	59,6	9,4	29,9	12,0	0,0	51,5	6,6	167
AVC	57,0	33,3	0,0	5,5	4,1	73,3	19,0	0,0	0,9	6,9	116
Bronchites, bronchiolites et asthme	65,2	26,2	0,1	5,4	3,2	89,4	9,4	0,0	0,0	1,2	85
Cataractes	27,9	6,1	0,0	55,3	10,7	51,4	2,5	0,0	45,3	0,8	362
Cathéthérismes diagnostiques vasculaires	31,6	24,7	0,0	34,5	9,2	57,2	17,4	0,0	25,4	0,0	138
Chirurgies majeures orthopédiques	36,2	17,6	0,0	41,7	4,6	57,8	7,4	0,0	34,8	0,0	244
Cholécystectomies	38,8	15,1	0,1	38,5	7,6	87,7	4,1	0,0	8,2	0,0	74
Coronaropathies	45,3	30,4	0,0	17,5	6,8	94,5	2,7	0,0	1,4	1,4	73
Embolies pulmonaires et détresses resp.	48,9	36,5	0,6	9,2	4,7	84,7	10,2	1,0	0,0	4,1	98
Endoscopies digestives	10,9	1,9	0,0	71,7	15,4	35,2	1,2	0,0	62,3	1,3	599
Infections respiratoires	59,4	26,7	0,5	6,7	6,8	93,9	3,1	0,0	0,5	2,6	196
Occlusions, sub-occlusions digestives	49,1	23,8	2,6	20,5	3,9	84,0	8,0	0,0	8,0	0,0	25
Séances : chimiothérapie	44,9	3,8	16,5	15,9	18,8	30,9	4,7	36,2	5,6	22,6	857
Séances : radiothérapie	55,3	0,1	44,6	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	1 364
Soins palliatifs	44,9	10,8	11,0	4,8	28,4	64,4	4,4	4,4	2,2	24,4	45
Toxicomanies et alcoolisme	74,1	22,4	0,0	1,9	1,6	98,1	1,9	0,0	0,0	0,0	105
Trauma crâniens	51,4	44,7	0,1	2,0	1,8	86,6	12,2	0,0	0,0	1,2	82
Traumatologie	50,7	37,9	0,0	6,6	4,8	54,2	37,5	0,0	0,0	8,3	24
GHM	44,0	25,5	0,0	17,7	12,8	90,0	4,5	0,0	2,7	2,7	221
Accouchement pathologique	42,9	29,0	0,0	16,3	11,8	84,3	12,0	0,0	1,9	1,9	108
Actes CCAM	12,0	14,2	0,0	66,4	7,3	28,2	11,3	0,0	59,2	1,4	2 800
Chirurgie ambulatoire	21,5	11,9	0,0	56,1	10,5	45,8	9,2	0,0	43,0	1,9	1 211
Cancer	48,2	7,0	27,3	9,3	8,2	17,5	8,2	60,4	4,9	9,0	142
Diagnostics	59,3	32,4	0,0	8,0	0,4	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	48
Fracture du col du fémur	46,9	25,3	0,1	19,0	8,8	61,4	15,3	0,0	20,1	3,2	189
Hospitalisation évitable											
Suppléments	38,0	37,2	0,1	18,3	6,4	50,7	36,3	0,2	9,2	3,6	501
Réanimation											
Activité de soins	27,8	17,8	0,6	44,3	9,4	46,5	15,9	1,2	33,1	3,3	3 021
Chirurgie											
Médecine	49,8	31,8	1,4	9,9	7,1	67,9	23,4	2,0	3,3	3,3	3 899

C) Zone des destinations principales

Un moyen graphique de représenter la destination des séjours des patients est d'afficher la zone de destinations principales, c'est-à-dire que l'on affiche pour chaque code géographique l'établissement qui possède la plus grande part de marché. Cela permet à une échelle plus large d'aborder les enjeux concurrentiels des différents hôpitaux du secteur et leurs limites en termes de territoire d'attractivité.

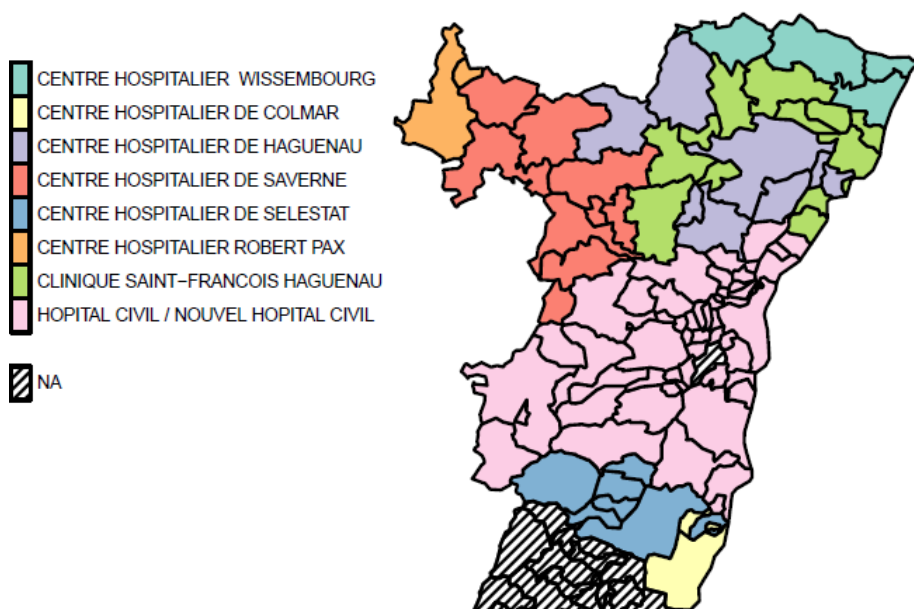
Sur la carte ci-dessous représentant la zone des destinations principales en 2011 en médecine pour le Bas-Rhin, on remarque la vaste part de marché de l'hôpital de Saverne et de celui de Wissembourg sur le territoire de santé n°1 dont ils ne sont pas l'hôpital de référence (CH Haguenau).

Figure 4 Zone des destinations principales sur le Bas-Rhin en 2011 en médecine



En chirurgie, le CH Saverne perd une grosse part de son attractivité par rapport à la médecine. Ce notamment en Alsace Bossue, au profit du CH Robert Pax de Sarreguemines en Lorraine, des hôpitaux publics de Haguenau et Strasbourg mais aussi de la clinique Saint-François de Haguenau.

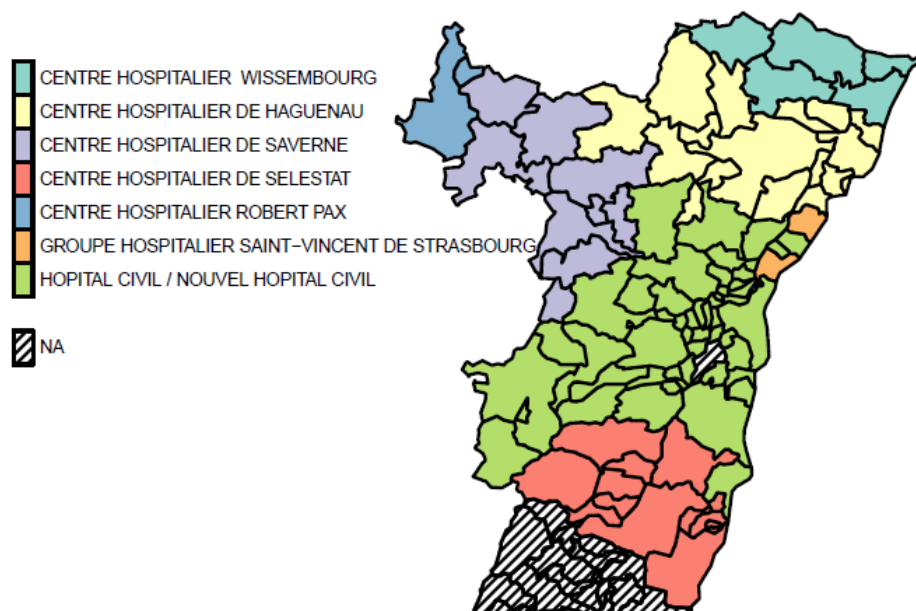
Figure 5 Zone des destinations principales sur le Bas-Rhin en 2011 en chirurgie



En obstétrique, la situation est similaire à celle de la chirurgie avec un nouvel acteur en jeu, le groupe hospitalier privé Saint-Vincent. La clinique Saint-François de Haguenau qui

n'exerce pas en obstétrique laisse la majorité de ses parts de marché au centre hospitalier de Haguenau.

Figure 6 Zone des destinations principales sur le Bas-Rhin en 2011 en obstétrique



Nous avons vu que les patients domiciliés en Alsace Bossue n'hésitaient pas à aller dans des hôpitaux relativement lointains, même pour des urgences. Il convient d'analyser cela plus en détail à partir des temps de trajet du domicile à l'hôpital.

3.2.7 Accès géographique aux soins

A) Temps de trajets

L'accès géographique aux soins hospitaliers s'exprime d'abord par la distance qu'effectue le patient pour aller à l'hôpital de son choix.

Pour établir ces distances d'accès, nous utiliserons le logiciel Odomatrix développé par l'Inra qui détermine la distance entre deux communes. Le choix est laissé entre une distance kilométrique calculée à vol d'oiseau, la distance moyenne routière entre les deux communes ou les temps d'accès en heures creuses et en heures pleines.

A la différence de F.Evain ⁸⁶, nous avons décidé de ne considérer que les séjours effectués dans des établissements de la région ou des régions limitrophes. En effet, les séjours effectués dans d'autres régions correspondent la plupart du temps à des hospitalisations au cours de vacances qui ne reflètent pas réellement les situations d'accès aux soins. Ainsi, plutôt que de considérer l'accès médian, qui serait plus logique sur l'ensemble des séjours, nous avons considéré l'accès moyen, plus précis dans le cas de distances d'accès forcément limitées.

Le souci que n'avons déjà évoqué avec le PMSI est que lors de l'anonymisation des séjours, la commune de résidence est perdue pour laisser place à un code géographique qui détermine une surface plus large. Nous avons décidé de nous placer dans l'hypothèse du biais maximum, c'est-à-dire que nous considérerons la distance minimale que peut effectuer le patient au sein de ce code géographique avec la commune de l'hôpital où il effectue son séjour. Pour cette même raison, nous choisirons les distances en heures creuses. Les temps de trajets que nous évoquerons seront donc les temps de trajet minimums. Sur ce point là aussi, la méthode choisie est différente de celle de l'article sus-cité qui considérait une imputation aléatoire des communes de résidence.

Lors de la comparaison avec le reste de l'Alsace, il faut considérer que le temps de trajet au sein d'une grande ville est automatiquement considéré comme nul. Les écarts présentés ci-dessous entre l'Alsace Bossue et le reste d l'Alsace sont donc potentiellement majorés de quelques minutes.

L'hôpital de séjour du patient, et donc le temps de trajet ou la distance qu'il effectue depuis son domicile, sont fonction de plusieurs paramètres que nous ne pourrons pas individualiser mais qu'il faut garder en tête :

- Le choix du patient d'aller dans un hôpital plutôt qu'un autre ;
- Les transferts entre établissements ;
- Les adressages par le SAMU/SMUR ou les praticiens en ambulatoire ;
- Le suivi d'un séjour effectué généralement dans l'hôpital de traitement.

Comme auparavant, nous allons différencier les séjours de chirurgie, de médecine et certains découpages. Ici également, il a été considéré qu'il n'y avait pas de raison pour que les temps de trajet (uniques sur l'année dans le logiciel) soient différents sur les mois

⁸⁶ F. Evain et C. Minodier, 'À Quelle Distance de Chez Soi Se Fait-on Hospitaliser ?', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 59 (2011), S47 <doi:10.1016/j.respe.2011.03.015>.

de janvier et février par rapport au reste de l'année donc les données pour l'année 2009 sont présentées.

a) *Chirurgie*

En chirurgie, le temps de trajet à l'hôpital pour les patients de l'Alsace Bossue est proche du double de celui des patients sur le restant de l'Alsace. Surtout, il est au minimum de trente minutes pour la majorité des pathologies considérées, y compris les pathologies relevant d'une urgence vitale comme les occlusions, ou d'une urgence relative comme la traumatologie.

Tableau 27 Evolution des temps de trajet entre le domicile et l'hôpital en Alsace Bossue et en Alsace entre 2009 et 2011 en chirurgie

Type	Pathologie	2009			2010			2011			Effectif Alsace Bossue 2011
		En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace	
Groupes d'activité	Amygdalectomies, végétations, drains	17,74	25,45	17,84	18,02	26,57	18,15	17,69	25,65	17,83	83
	Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires	21,25	44,10	21,73	21,47	42,94	21,92	21,79	41,04	22,19	167
	Cataractes	17,27	33,24	17,62	17,53	32,44	17,84	17,70	31,85	17,97	362
	Césariennes	14,23	24,80	14,34	13,97	26,38	14,10	13,64	26,70	13,85	66
	Chirurgie digestive majeure	17,92	35,24	18,33	18,08	36,95	18,52	18,55	32,28	18,82	47
	Chirurgies majeures orthopédiques	18,45	32,25	18,84	18,23	33,30	18,62	18,46	33,79	18,88	244
	Cholécystectomies	14,71	23,99	14,97	14,62	24,74	14,87	14,53	23,99	14,75	74
	Hernies	15,85	29,45	16,18	16,14	26,80	16,37	16,36	25,59	16,53	114
	Occlusions, sub-occlusions digestives	14,36	33,29	14,75	15,56	25,11	15,83	14,39	28,28	14,67	25
Traumatologie	17,30	32,56	17,57	18,04	31,70	18,37	17,28	31,79	17,79	24	
Actes CCAM	Chirurgie ambulatoire	18,25	34,83	18,60	18,35	33,68	18,66	18,46	34,34	18,78	1 211
	Canal carpien	20,44	37,02	20,84	20,30	35,71	20,65	20,31	37,92	20,73	142
	Menisque	19,68	40,30	20,15	19,28	38,48	19,74	19,86	37,63	20,27	96
Diagnostics	Fracture du col du fémur	13,04	24,02	13,29	12,47	21,55	12,64	12,64	22,92	12,87	48
Activité de soins	Chirurgie	19,49	36,23	19,84	19,46	35,59	19,78	19,57	35,98	19,89	3 021

b) Médecine

En médecine, les écarts sont à peu près les mêmes. Là aussi, on note de gros écarts avec le reste de l'Alsace sur des pathologies relevant de l'urgence (AVC, traumatismes crâniens, embolies pulmonaires). Les patients sont également hospitalisés très loin de leur domicile pour leurs angioplasties (cathétérismes thérapeutiques vasculaires avec endoprothèse) ou pour leur cancer et pour les séances qui s'ensuivent. C'est en particulier le cas pour les séances de radiothérapie pour lesquelles le Centre Paul Strauss à Strasbourg est le principal fournisseur de soins.

C'est finalement sur l'obstétrique que les temps de trajet sont minimums, sans réelle différence entre les accouchements normaux et pathologiques. Paradoxalement, le motif de recours pour lequel le temps de trajet est minimal en Alsace parmi les groupes d'activité (à l'exception des rares explorations pour troubles mentaux) est l'interruption volontaire de grossesse.

Sur la réanimation, qui englobe des séjours de chirurgie et de médecine, dont certains peuvent être programmés, les temps de trajet sont également doublés en Alsace Bossue.

Tableau 28 Evolution des temps de trajet entre le domicile et l'hôpital en Alsace Bossue et en Alsace entre 2009 et 2011 en médecine

Type	Pathologie	2009			2010			2011			Effectif Alsace Bossue 2011
		En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace	
Groupes d'activité	Affections dégénératives du système nerveux	19,55	36,31	19,80	17,69	37,31	17,92	17,84	38,00	18,01	23
	AVC	15,59	27,09	15,86	15,52	29,85	15,86	16,39	30,42	16,75	116
	Bronchites, bronchiolites et asthme	14,78	22,97	15,01	14,36	22,68	14,52	14,00	24,07	14,25	85
	Cardiopathies, valvulopathies	14,45	27,01	14,75	14,81	26,45	15,08	14,66	24,95	14,91	137
	Cathétérismes thérapeutiques vasculaires avec endoprothèse	17,97	46,99	18,49	17,24	47,52	17,80	17,35	48,18	17,80	77
	Cathétérismes diagnostiques vasculaires	20,10	46,09	20,58	19,94	47,67	20,43	19,59	47,92	20,15	138
	Coronaropathies	14,34	23,79	14,80	13,83	25,57	14,35	14,46	25,97	14,96	73
	Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	14,42	23,98	14,63	14,92	26,42	15,27	15,13	25,35	15,45	98
	Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	15,60	30,10	15,84	15,77	28,79	15,98	15,71	28,21	15,92	599
	Infections respiratoires	13,41	24,11	13,66	13,71	22,28	13,90	13,92	23,43	14,18	196
	IVG	11,82	28,24	12,01	11,71	24,31	11,85	11,49	23,57	11,63	51
	Séances : chimiothérapie	20,04	42,93	20,54	20,41	44,07	20,83	20,68	40,65	21,01	857
	Séances : radiothérapie	20,82	50,58	21,31	21,23	50,34	21,66	22,15	51,17	22,67	1 364
	Soins palliatifs	14,60	30,25	14,98	15,66	31,76	15,94	15,01	29,58	15,26	45
	Toxicomanies et alcoolisme	12,65	24,92	12,83	13,03	23,93	13,16	13,27	24,48	13,48	105
	Trauma crâniens	13,74	25,78	13,97	14,05	26,24	14,28	14,51	27,10	14,81	82
GHM	Accouchement normal	13,02	25,05	13,19	12,84	25,05	13,01	12,99	24,31	13,18	221
	Accouchement pathologique	13,85	24,82	14,02	13,78	24,49	13,94	13,43	26,28	13,62	108
Diagnostics	Cancer	20,78	45,41	21,25	21,18	46,12	21,58	21,36	45,41	21,78	2 800
	Hospitalisation évitable	15,07	36,63	15,63	15,10	32,52	15,51	15,02	33,68	15,51	21
Activité de soins	Médecine	16,29	31,58	16,57	16,54	30,82	16,79	16,64	31,90	16,94	3 899
Suppléments	Réanimation	19,97	38,00	20,32	19,28	38,91	19,64	20,16	39,67	20,54	9

Si l'on regarde les temps de trajet avec le seul motif d'entrée par le domicile (données non représentées), les temps de trajet moyen entre le domicile et l'hôpital sont

légèrement supérieurs, ce qui montre le souci d'un rapprochement du domicile dans les hôpitaux lors des transferts alors que l'on aurait pu penser que les transferts iraient plutôt dans le sens d'une surspécialisation donc vers les établissements de référence. Pour exemple, sur les GHM de médecine, le temps de trajet moyen est de 37,69 minutes en Alsace Bossue (17,99 minutes sur le reste de l'Alsace). En chirurgie, il est de 37,09 minutes (19,79 sur le reste de l'Alsace).

Outre les temps de trajet effectués par les patients, il est intéressant d'analyser le temps pour aller à l'hôpital le plus proche et en particulier au service d'urgence. Ce travail ayant été déjà fait par l'ARS, nous ne le référons pas. D'après les données de la SAE, seuls 3 % des français sont situés à plus de 30 minutes d'un service d'urgences⁸⁷. En Alsace, ce sont 24 communes, soit 1,3 % de la population et sur le territoire de l'Alsace Bossue, seule une commune est dans ce cas⁸⁸.

B) Temps de trajet supplémentaires

On remarque, avec les temps de trajet moyens, qu'ils sont nettement supérieurs à ce que l'on pourrait supposer à partir de la carte de l'offre hospitalière et qu'il ne s'agit généralement pas d'une absence d'offre sur le territoire. Il s'agit donc d'analyser les temps parcourus en plus par les patients par rapport à une offre existante proche.

Pour cela, la méthodologie considérée initialement était de considérer qu'un hôpital exerce une activité donnée s'il compte plus de 30 séjours sur cette activité (seules des activités avec un gros volume ont été retenues) en 2011. Or, il se trouve que certains patients, en ayant tendance à se diriger vers un hôpital plus proche qui ne pouvait les prendre en charge, se retrouvaient avec des temps de trajets supplémentaires négatifs. Le choix a donc été fait de considérer que si un patient venait à un hôpital ne pouvant le prendre en charge et plus proche, c'est qu'il souhaitait aller dans l'hôpital le plus proche pouvant le prendre en charge. Le temps de trajet en plus a donc été considéré comme nulle.

⁸⁷ *Accès Aux Soins : Quels Outils Pour Les Territoires ? Actes Du Colloque Du 16 Octobre 2012.*

⁸⁸ 'Rencontre Santé' (ARS Alsace, 2013).

En dehors de l'Alsace Bossue, les patients ont accès à une offre proche et ne font en moyenne un temps de trajet supérieur que de quelques minutes. Globalement, les patients sont prêts à faire de la distance en plus de façon équivalente en chirurgie comme en médecine. Les patientes en obstétrique préfèrent accoucher près de chez elles. Ce qui est surprenant, c'est le temps de trajet faible effectué pour les cholécystectomies, qui sont pour la plupart des interventions programmées, alors que parmi les temps de trajet maximums supplémentaires, on retrouve les séjours qui finissent en réanimation.

De la même manière que les temps de trajet sont doublés en Alsace Bossue par rapport au reste de l'Alsace, les temps de trajet supplémentaires le sont aussi.

Concernant l'activité assurément programmée comme les opérations de la cataracte ou du canal carpien, les arthroscopies ou la chirurgie ambulatoire, les patients ont des temps de trajet supplémentaires très importants en Alsace Bossue.

En ce qui concerne les soins palliatifs, les patients ne voient pas d'inconvénient à décéder loin de leur domicile, avec un temps de trajet supplémentaire moyen de 18,38 minutes en Alsace Bossue.

Tableau 29 Evolution des temps de trajet entre le domicile et l'hôpital par activité en Alsace Bossue et en Alsace entre 2009 et 2011

Type	Pathologie	2009			2010			2011			Effectif Alsace Bossue
		En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace	
Groupes d'activité	Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires	9,87	27,39	10,24	10,30	26,02	10,63	10,41	24,11	10,69	154
	AVC	8,11	14,31	8,26	8,04	17,06	8,25	9,00	18,22	9,24	107
	Bronchites, bronchiolites et asthme	7,97	8,25	7,98	7,68	6,67	7,66	7,43	9,48	7,48	69
	Cataractes	3,93	15,75	4,18	3,98	14,91	4,21	3,93	14,41	4,13	236
	Cathétérismes diagnostiques vasculaires	9,00	21,94	9,24	8,78	22,91	9,03	8,29	23,09	8,58	130
	Chirurgies majeures orthopédiques	6,88	15,79	7,13	6,85	15,54	7,07	6,90	16,50	7,16	191
	Cholécystectomies	4,11	7,51	4,20	3,82	7,37	3,91	3,98	6,96	4,05	42
	Coronaropathies	7,13	12,42	7,38	6,73	13,28	7,02	7,53	13,53	7,79	72
	Embolies pulmonaires et détresses resp.	7,12	10,98	7,21	7,27	14,08	7,48	7,64	12,92	7,81	83
	Endoscopies digestives	5,26	13,55	5,40	5,47	12,01	5,58	5,38	11,38	5,48	436
	Infections respiratoires	6,52	11,82	6,64	6,51	10,06	6,59	6,77	10,78	6,88	186
	Occlusions, sub-occlusions digestives	7,05	21,05	7,34	7,75	12,16	7,88	6,83	15,48	7,01	24
	Séances : chimiothérapie	8,42	26,26	8,81	8,96	27,18	9,29	8,80	22,67	9,03	705
	Séances : radiothérapie	2,66	0,19	2,62	2,83	0,00	2,79	3,47	1,20	3,43	93
	Soins palliatifs	8,03	18,38	8,28	8,20	19,38	8,39	8,26	17,16	8,41	40
	Toxicomanies et alcoolisme	7,22	9,74	7,26	7,75	9,49	7,78	7,83	10,61	7,88	92
	Trauma crâniens	7,03	10,93	7,10	7,32	11,18	7,39	7,24	11,60	7,35	64
	Traumatologie	9,14	16,44	9,27	10,67	18,65	10,86	9,92	16,46	10,15	21
Actes CCAM	Canal carpien	8,79	18,42	9,01	8,73	18,74	8,96	8,95	20,30	9,23	120
	Chirurgie ambulatoire	7,02	17,55	7,24	7,09	16,09	7,27	7,12	16,85	7,32	926
GHM	Accouchement normal	3,88	7,96	3,94	3,63	8,47	3,70	3,69	8,00	3,76	128
	Accouchement pathologique	4,56	7,30	4,61	4,38	7,37	4,43	4,37	9,35	4,44	66
Diagnostics	Cancer	6,19	14,13	6,34	6,64	14,35	6,76	6,61	12,39	6,71	1 284
	Fracture du col du fémur	2,67	8,53	2,80	2,40	4,03	2,43	2,67	4,85	2,72	25
	Hospitalisation évitable	6,39	19,54	6,73	6,29	14,94	6,49	6,46	17,04	6,74	166
Suppléments	Réanimation	9,12	18,67	9,29	8,86	18,93	9,04	9,52	20,22	9,73	438
Activité de soins	Chirurgie	8,15	17,73	8,34	8,12	16,59	8,29	8,15	17,41	8,33	2 307
	Médecine	9,03	17,70	9,19	9,17	16,68	9,30	9,21	17,31	9,37	3 316

Il paraissait intéressant d'analyser ces trajets en plus par type d'hôpital. L'unité de mesure pour la répartition des séjours ci-dessous est la minute supplémentaire de trajet et non le séjour.

L'analyse du type d'hôpital d'orientation pour ces séjours où le temps de trajet est plus grand que possible montre logiquement un attrait pour les cliniques privées, en particulier en chirurgie. Par exemple, 70,6 % des minutes de trajet supplémentaires pour une opération du canal carpien en dehors de l'Alsace Bossue en 2011, le sont pour aller en clinique privée (75,2 % dans le privé en général).

Tableau 30 Evolution des temps de trajet entre le domicile et l'hôpital par statut de l'établissement en Alsace Bossue et en Alsace entre 2009 et 2011

Type	Pathologie	En dehors					Alsace Bossue				
		CH	CHU	CLCC	Clinique	ESPIC	CH	CHU	CLCC	Clinique	ESPIC
Groupes d'activité	Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires	14,4	20,6	0,0	55,8	9,3	11,9	17,2	0,0	62,9	8,0
	AVC	46,1	46,0	0,0	2,8	5,1	54,8	39,6	0,0	1,7	3,9
	Bronchites, bronchiolites et asthme	58,0	34,2	0,1	3,7	4,0	67,5	32,5	0,0	0,0	0,0
	Cataractes	11,5	11,3	0,0	67,5	9,8	12,7	7,5	0,0	78,4	1,4
	Cathétérismes diagnostiques vasculaires	27,9	39,1	0,0	26,6	6,5	41,2	21,5	0,0	37,3	0,0
	Chirurgies majeures orthopédiques	21,1	27,6	0,0	47,1	4,2	21,2	17,0	0,0	61,8	0,0
	Cholécystectomies	21,8	20,9	0,3	43,8	13,2	63,0	19,1	0,0	17,9	0,0
	Coronaropathies	42,8	32,9	0,0	15,8	8,5	88,5	7,1	0,0	4,5	0,0
	Embolies pulmonaires et détresses resp.	42,8	45,0	1,2	4,6	6,4	65,3	30,8	2,8	0,0	1,0
	Endoscopies digestives	8,9	3,9	0,0	65,7	21,5	16,4	3,2	0,0	77,0	3,4
	Infections respiratoires	51,3	32,9	1,1	3,9	10,8	86,7	10,2	0,0	1,1	2,0
	Occlusions, sub-occlusions digestives	38,5	28,3	9,1	18,3	5,7	63,0	23,0	0,0	14,0	0,0
	Séances : chimiothérapie	27,1	6,1	30,6	15,4	20,8	5,1	7,0	52,4	7,2	28,2
	Séances : radiothérapie	26,4	1,9	71,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
	Soins palliatifs	34,3	16,9	19,5	1,8	27,5	49,1	9,8	11,7	4,5	24,9
	Toxicomanies et alcoolisme	78,6	18,0	0,0	0,4	3,0	94,4	5,6	0,0	0,0	0,0
	Trauma crâniens	45,8	49,9	0,0	1,0	3,2	57,4	41,8	0,0	0,0	0,8
	Traumatologie	36,0	56,7	0,0	2,7	4,5	18,0	82,0	0,0	0,0	0,0
Actes CCAM	Canal carpien	6,1	18,7	0,0	70,6	4,6	6,4	17,9	0,0	74,5	1,1
	Chirurgie ambulatoire	13,3	20,0	0,0	56,4	10,4	13,3	18,2	0,0	65,5	3,0
GHM	Accouchement normal	26,5	34,7	0,0	18,5	20,3	62,5	18,4	0,0	10,3	8,8
	Accouchement pathologique	29,8	39,1	0,0	13,7	17,3	44,0	44,0	0,0	6,5	5,5
Diagnostics	Cancer	26,3	18,3	33,1	10,5	11,8	10,7	23,4	35,8	10,4	19,7
	Fracture du col du fémur	56,4	35,9	0,0	6,5	1,2	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Hospitalisation évitable	39,5	36,5	0,1	13,5	10,4	40,7	28,3	0,0	27,9	3,2
Suppléments	Réanimation	27,5	55,8	0,6	11,4	4,8	35,2	49,5	0,4	11,7	3,2
Activité de soins	Chirurgie	17,3	31,5	1,3	40,4	9,5	16,2	26,8	2,1	49,6	5,3
	Médecine	32,9	49,7	2,6	7,3	7,4	38,3	47,8	4,6	6,0	3,2

En marge de ces analyses, il convenait de présenter quelques analyses possibles, plus difficiles à mettre en œuvre et qui s'éloignent quelque peu du contexte du diagnostic territorial de santé. C'est pourquoi nous en exposerons simplement le principe.

3.2.8 Indicateurs de planification

Ces indicateurs techniquement complexes à mettre en œuvre n'ont pas pu être analysés au cours de ce mémoire sur le territoire de l'Alsace Bossue. Leur intérêt réside plus dans une démarche de caractérisation de l'offre hospitalière du point de vue de l'hôpital que du point de vue de l'utilisateur comme attendu dans un diagnostic territorial de santé mais il convient toutefois de les évoquer car ils permettent de mieux caractériser l'offre hospitalière du secteur.

Pour qu'un établissement soit l'établissement de référence sur un territoire de santé, il doit être *"équipé d'unités de chirurgie, d'une maternité et d'une réanimation ainsi que de plusieurs unités de médecine spécialisée"*⁸⁹. La loi HPST n'a pas clairement défini quelles activités relevaient du niveau de proximité, référence et recours.

Cependant, à partir du PMSI, il est possible d'évaluer quelles activités peuvent être considérées comme des activités de référence. La technique élaborée par Barrubès et al⁹⁰ considère un GHM comme référent si :

- plus de 70% des séjours classés dans ce GHM, sont réalisés dans des hôpitaux universitaires ;
- les hôpitaux universitaires traitent plus de 50% des séjours de ce GHM et si moins de 15% des séjours sont traités par de « petits » établissements (classification issue du guide d'analyse de gestion hospitalière de l'année 2000 prenant en compte le nombre de séjours pris en charge et le statut de l'hôpital);
- quelques GHM de pédiatrie sont qualifiés de référents par un groupe d'experts médicaux.

⁸⁹ 'Hôpital et territoire,. La politique hospitalière. Politiques publiques - repères - vie-publique.fr', 16:00:00 <<http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/hopital-territoire/>> [accès 6 Août 2013].

⁹⁰ Caroline Martin, Béatrice Trombert-Paviot et Paul Vercherin, 'Les prises en charge hospitalières de référence des affections cardiovasculaires', *Santé Publique*, Vol. 19 (2007), 193–202 <doi:10.3917/spub.073.0193>.

Il pourrait être intéressant dès lors de vérifier que la planification régionale par établissement unique de prise en charge sur un certain nombre d'activités spécifiques correspond au moins en grande partie à cette classification des GHM par GHM de référence.

Un autre indicateur ⁹¹ permet d'évaluer la variété d'activité de la production médicale d'un établissement, il s'agit de l'entropie. La formule relativement complexe prend en compte la part de séjours dans chaque GHM sur l'ensemble des GHM. Une baisse de celle-ci indique une spécialisation de l'établissement. Elle permet notamment pour les cliniques privées d'estimer l'abandon de certains motifs de prise en charge.

3.2.9 Réhospitalisations

Un autre indicateur que nous n'étudierons pas en pratique mais que l'on retrouve fréquemment dans la littérature est la part de réadmissions après un premier séjour. Cet indicateur est un indicateur utilisé pour juger de la qualité des soins ⁹². Il est également utilisé pour modéliser la probabilité qu'a un patient d'être réadmis en fonction de ses caractéristiques ⁹³. En planification, il peut être utilisé pour évaluer les transferts de patients entre établissements ⁹⁴. Enfin, il peut être utilisé pour évaluer les pertes économiques liées à cette réadmission : lors de son audition à la commission des affaires sociales, le directeur de la CNAMTS évoquait un taux de repose de prothèses en baisse pour expliquer une part des économies de l'année réalisées par l'Assurance maladie, tout en améliorant la qualité des soins.

Les méthodes divergent pour l'analyse de cet indicateur car plusieurs problèmes se posent. Il s'agit de considérer le délai après lequel il est pertinent de calculer la

⁹¹ Or et al.

⁹² Or et al.

⁹³ Jacques Donzé et al, 'Potentially Avoidable 30-day Hospital Readmissions in Medical Patients: Derivation et Validation of a Prediction Model', *JAMA internal medicine*, 173 (2013), 632–638 <doi:10.1001/jamainternmed.2013.3023>; R Gildersleeve et P Cooper, 'Development of an Automated, Real Time Surveillance Tool for Predicting Readmissions at a Community Hospital', *Applied clinical informatics*, 4 (2013), 153–169 <doi:10.4338/ACI-2012-12-RA-0058>.

⁹⁴ O. Grimaud et al, 'Identification Des Épisodes D'accident Vasculaire Cérébral Multi-établissements Dans La Base Du Programme de Médicalisation Des Systèmes D'information', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 59 (2011), S62 <doi:10.1016/j.respe.2011.03.052>.

réadmission. Celui-ci est généralement fixé à 30 jours (références ci-après) mais cette durée reste arbitraire. Il faut également s'assurer que la réadmission n'est pas une réadmission programmée (consultation de suivi, séance itérative, examen de contrôle, etc.) et trouver la méthode adéquate pour identifier ces réadmissions programmées⁹⁵. La méthode la meilleure semble être de ne considérer que les séjours après passage aux urgences⁹⁶. La solution alternative est de ne prendre que les réhospitalisations pour le même motif d'hospitalisation⁹⁷, c'est-à-dire avec le même diagnostic principal du GHM. D'autres algorithmes plus complexes et adaptés à des pathologies précises ont été développés⁹⁸.

Les réadmissions restent des événements rares pour une pathologie donnée. Ils nécessitent donc une pathologie suffisamment fréquente, un territoire suffisamment large et une analyse sur une durée assez longue.

Ce calcul des réhospitalisations comme indicateur de qualité vaut aussi bien pour le MCO que pour le SSR. Cependant, en SSR les durées de séjour sont nettement plus longues, ce qui fait que les effectifs sont naturellement encore plus faibles.

Ceci nous amène à l'étude du SSR. Celle-ci reprendra en grande majorité les analyses abordées en MCO avec cependant quelques spécificités.

3.3 Les séjours en SSR

Nous avons déjà abordé la question mais il est bon de rappeler que le SSR n'est pas encore passé à la tarification à l'activité. Le PMSI n'est, en effet, renseigné qu'en prévision de ce passage sans cesse repoussé. Par contre, le codage du PMSI SSR se professionnalise d'année en année et on peut considérer que son remplissage est fiable sur les données obligatoires pour les années que nous étudierons : 2009 et 2010.

⁹⁵ V. Merle et al, 'Identification Des Réadmissions Imprévues (RI) à Partir Du Système D'information Hospitalier. Étude Dans Un Centre Hospitalier Universitaire', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58 (2010), S34 <doi:10.1016/j.respe.2010.02.091>.

⁹⁶ V. Héry, J.-L. Scheydeker et J.-M. Cauvin, 'Facteurs de Risque de Réhospitalisation Non Programmée à 30 Jours', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 56 (2008), 45–46 <doi:10.1016/j.respe.2008.02.090>.

⁹⁷ Kumar Dharmarajan et al, 'Diagnoses et Timing of 30-day Readmissions after Hospitalization for Heart Failure, Acute Myocardial Infarction, or Pneumonia', *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 309 (2013), 355–363 <doi:10.1001/jama.2012.216476>.

⁹⁸ Patricia Halfon et al, 'Measuring Potentially Avoidable Hospital Readmissions', *Journal of clinical epidemiology*, 55 (2002), 573–587.

Le codage par pathologie est effectué mais le recul paraît insuffisant pour déterminer si celui est réalisé de façon correcte dans les établissements. C'est pourquoi nous n'allons pas l'aborder. D'autres ont choisi de le faire ⁹⁹.

Le mécanisme également est différent puisque d'un raisonnement au séjour, le raisonnement passe à la journée et à la semaine d'hospitalisation. Ce qui fait, par exemple que sur les bases de données dont nous disposons par année civile, des séjours sont inclus alors que le patient n'est pas sorti d'hospitalisation, ce qui n'était pas le cas en MCO.

Un autre élément à considérer, également valable en MCO mais encore plus en SSR, c'est la modification des structures. Les hôpitaux locaux deviennent peu rentables par rapport aux grosses structures environnantes qui bénéficient d'un soutien obligatoire de la tutelle au vu des enjeux en cas de fermeture. Une partie de ces hôpitaux locaux craint également le passage à une T2A car il leur sera difficile de s'adapter en termes logistique et comptable. Cela les pousse à se transformer en établissements de SSR.

Dans notre cas, il n'y a pas eu de modification en Alsace entre 2009 et 2010.

La majorité des éléments analysés sur le MCO peuvent être adaptés au SSR. Les séjours y sont par contre en moyenne beaucoup plus longs ce qui fait qu'une analyse par journée d'hospitalisation est souvent plus pertinent qu'une analyse par séjour. Nous évaluerons au cas par cas selon l'élément décrit.

L'évolution du nombre de journées en SSR entre 2009 et 2010, est marquée par une explosion de celles-ci pour les habitants de la CC du Pays de Sarre union (+16,2 %).

Tableau 31 Evolution de l'activité par EPCI en SSR entre 2009 et 2010

Annee	Alsace Bossue		Alsace		CC de l'Alsace Bossue		CC du Pays de la Petite Pierre		CC du Pays de Sarre Union	
	Effectif	Evolution	Effectif	Evolution	Effectif	Evolution	Effectif	Evolution	Effectif	Evolution
2009	20 441		984 642		7 979		4 821		7 641	
2010	21 243	3,9	1 003 541	1,9	7 810	-2,1	4 552	-5,6	8 881	16,2

⁹⁹ V. Pauly et al, 'Chaînage Des Données PMSI SSR et MCO Pour L'analyse Du Recours Aux Soins de Suite et de Réadaptation', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58 (2010), S15 <doi:10.1016/j.respe.2010.02.035>.

Pour les âges, il est plus logique de raisonner par patient. La moyenne d'âge y est nettement plus élevée, elle est supérieure à celle de la zone de proximité de Colmar qui possède la moyenne d'âge la plus élevée des zones de proximité.

Tableau 32 Evolution de la moyenne d'âge en SSR entre 2009 et 2010 en Alsace Bossue et en Alsace

Territoire	2009	2010
En dehors	68,0	68,2
Alsace Bossue	71,3	71,7
Alsace	68,1	68,3
COLMAR	71,1	71,1
STRASBOURG	66,0	66,3

La part de patients de 75 ans et plus est plus forte en Alsace Bossue (53,9 % en 2010 contre 47,0 % sur le reste de l'Alsace) mais elle diminue légèrement entre 2009 et 2010 (-0,2 % contre +0,2 % sur le reste de l'Alsace).

Tableau 33 Evolution de la répartition par classe de moyenne d'âge en Alsace Bossue et en Alsace entre 2009 et 2010 en SSR

	2009			2010		
	En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace
0-14	1,6	0,7	1,6	1,6	0,7	1,6
15-29	3,5	2,2	3,5	3,1	1,5	3,1
30-44	6,1	4,3	6,1	5,9	4,4	5,9
45-59	16,9	14,7	16,9	17,0	13,7	16,9
60-74	25,1	24,1	25,1	25,3	25,9	25,3
75-89	42,4	48,4	42,5	42,0	48,6	42,2
90 et +	4,4	5,7	4,4	5,0	5,3	5,0

Le taux de recours au SSR se calcule, lui, par journée d'hospitalisation. Il est nettement supérieur et en forte hausse en Alsace Bossue par rapport au reste de l'Alsace. Ceci peut notamment être mis en corrélation avec les faibles pourcentages de retour à domicile des patients en MCO.

Tableau 34 Taux de recours en 2010 en Alsace Bossue et en Alsace en SSR comparé à 2009

Taux standardisé	En dehors	582,21
	Alsace Bossue	600,07
	Alsace	582,48
Effectif	En dehors	982 298
	Alsace Bossue	21 243
	Alsace	1 003 541
Taux brut	En dehors	543,54
	Alsace Bossue	604,96
	Alsace	544,71
Evolution 2010/2009	En dehors	2,0
	Alsace Bossue	2,9
	Alsace	2,0

En ce qui concerne la mortalité en SSR, puisqu'un certain nombre de séjours n'est pas terminé fin 2009, il serait erroné de comparer les années. En 2009, en Alsace Bossue 11 décès (taux standardisé de mortalité de 0,31/1 000) ont été recensés contre 1111 sur le restant de l'Alsace (0,70/1 000). Au vu de la faiblesse des effectifs, il serait cependant hâtif de tirer des conclusions sur ces taux de recours.

La difficulté, pour évaluer la destination des séjours en SSR, est que, si la majorité des SSR sont polyvalents, certains sont spécialisés pour des pathologies précises (AVC, addictions, nutrition, etc.). D'autres encore, comme le CRS Saint-Luc, ont une partie de leurs lits réservés pour une patientèle spécialisée, en l'occurrence de réadaptation cardiaque et de neurologie, et d'autres lits qui sont polyvalents. Il faut également considérer que, comme dans un service de médecine traditionnelle, si l'établissement est spécialisé, cela ne l'empêche que de recueillir quelques patients dont la pathologie est sans rapport avec la spécialisation du SSR. Un patient âgé dont l'état général est altéré peut être hospitalisé en SSR spécialisé pour AVC par exemple. De la même manière, les patients avec un AVC peuvent être adressés à un SSR polyvalent faute de places disponibles en SSR spécialisé.

Il existe une variable dans le PMSI SSR signalant le type d'autorisation de l'établissement mais celle-ci n'est renseignée que pour les patients pédiatriques.

Ceci fait qu'il est difficile de comparer les destinations des séjours entre les EPCI sur le tableau ci-dessous puisque nous ne savons pas si nous travaillons à pathologie égale.

Tableau 35 Evolution des parts de marché des établissements SSR entre 2009 et 2010 par EPCI

Etablissement	CC de l'Alsace Bossue		CC du Pays de la Petite Pierre		CC du Pays de Sarre Union	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
HÔPITAL DE SARRE UNION	15,9	20,3	4,5	6,6	30,3	46,0
LE HOEBERG SARREGUEMINES	4,8	4,1	0,0	0,0	12,9	14,1
CRS ST LUC ABRESCHVILLER	19,3	13,6	4,5	5,0	11,0	6,9
HOPITAL - SARRALBE	0,0	3,2	0,0	0,0	7,1	5,2
HOPITAL-MAISON DE RETRAITE "LE NEUENBERG"	15,1	22,8	46,7	44,5	2,7	5,0
HOME SAINT-JOSEPH	11,2	7,5	5,7	6,6	6,6	4,5
UGECAM-C.R.F. CLEMENCEAU STRASBOURG	5,2	3,5	4,2	4,4	4,4	3,9
CENTRE HOSPITALIER ROBERT PAX	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	2,3
CENTRE HOSPITALIER DE SAVERNE	4,0	5,6	4,5	4,7	1,9	1,9
CENTRE DE READAPTATION DE SCHIRMECK	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0
CRF DE MORSBRONN LES BAINS	6,6	3,9	8,5	6,0	0,0	0,0
CENTRE MEDICAL DE NIEDERBRONN LES BAINS	3,6	0,0	5,7	0,0	0,0	0,0
CRF HOSPITALOR FORBACH	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0
ETABLISSEMENT MEDICAL DE LIEBFRAUENTHAL	2,6	2,1	0,0	3,2	0,0	0,0
HÔPITAL LOCAL DE BOUXWILLER	0,0	0,0	5,1	5,7	0,0	0,0
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG	2,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0
AUTRE	9,8	11,6	7,6	13,2	17,1	10,3

Le territoire de santé en SSR est le même qu'en MCO. Théoriquement, chaque territoire de santé abrite un SSR spécialisé et un ou plusieurs SSR polyvalents, ce qui fait qu'il n'y a pas de raison pour qu'il y ait des fuites vers d'autres territoires ou d'autres régions.

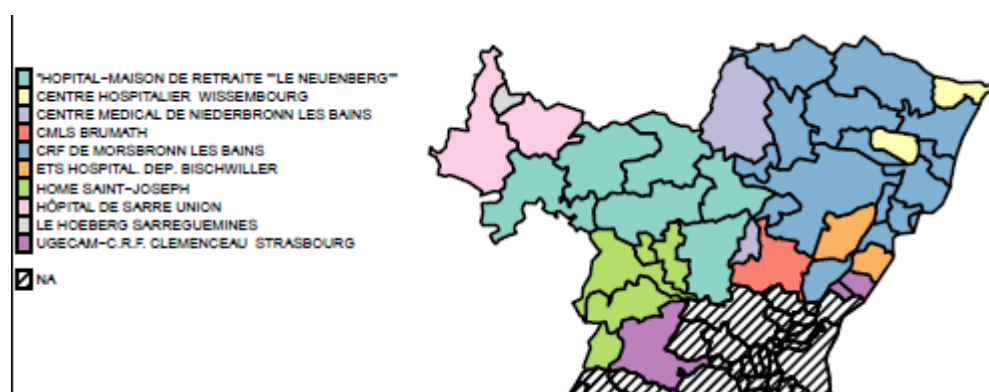
La fuite vers la Moselle (57) en Alsace Bossue est similaire à celle observée en MCO. En revanche, la fuite vers le territoire n°2 est beaucoup plus faible. La part de marché des établissements SSR du territoire n°1 pour les patients d'Alsace Bossue est en hausse de 60,0 % à 66,0 % aux dépens de la Moselle et des territoires n°2 et n°3.

Tableau 36 Evolution des parts de marché par territoire en Alsace Bossue et sur le reste de l'Alsace entre 2009 et 2010 en SSR

Territoire	En dehors		Alsace Bossue	
	2009	2010	2009	2010
1	17,6	17,3	60,0	66,0
2	27,2	26,6	10,2	7,5
3	25,3	28,3	2,1	1,6
4	25,7	24,1	0,0	0,0
57	0,6	0,6	25,8	22,8
Autre	3,5	3,1	1,9	2,2

La zone des destinations principales en SSR sur le territoire de santé n°1 montre une forte concurrence sur les zones proches de Strasbourg entre les établissements gérés par l'Union générale des Caisses d'Assurance maladie (Ugecam) à Morsbronn et Strasbourg et les établissements publics du Centre moyen-long séjour de Brumath et l'hôpital local de Bischwiller. Sur les zones plus éloignées, la concurrence est forte au nord-ouest, là aussi, entre les établissements gérés par l'Ugecam de Morsbronn et Niederbronn et le centre hospitalier de Wissembourg. En Alsace Bossue, la concurrence est moins forte car chaque établissement a, plus ou moins, son territoire d'influence. Elle se fait entre trois établissements : Sarre Union, Sarreguemines et Ingwiller (le Neuenberg). A noter que sur le territoire n°1, il n'y a pas d'établissement SSR privé. Les établissements gérés par l'Ugecam ont cependant un statut particulier puisqu'appartenant à l'Assurance maladie.

Tableau 37 Zone des destinations principales en SSR en 2010 sur le territoire de santé n°1



Contrairement à ce que l'on observait en MCO, les temps de trajet au SSR sont similaires en Alsace Bossue et sur le reste de l'Alsace. En effet, sur le reste de l'Alsace, les patients font un trajet beaucoup plus important pour accéder au SSR qu'au MCO et vice-versa en Alsace Bossue où les temps de trajet sont diminués. Il n'y a, en effet, pas assez de places disponibles sur le territoire strasbourgeois pour accueillir la population de Strasbourg par exemple. A l'inverse, avec des hôpitaux à Sarre Union, Ingwiller et Sarreguemines, l'Alsace Bossue est bien desservie.

Ces temps de trajet, en Alsace Bossue comme sur le reste de l'Alsace ont une tendance à la baisse entre 2009 et 2010, ce qui témoigne de la volonté de rapprochement du domicile. Il serait intéressant d'en analyser l'évolution lors des prochaines années ainsi que le lien avec les logiciels d'aide au placement en SSR dont le développement, souhaité par l'ARS, est intervenu au cours de cette période.

Contrairement au MCO, il ne paraît pas forcément pertinent d'analyser le temps de trajet en fonction du type d'établissement (privé ou public) car l'adressage du patient est fait selon les places disponibles que l'établissement soit privé ou public.

Tableau 38 Evolution des distances à l'établissement SSR en Alsace Bossue et en Alsace entre 2009 et 2010

	2009			2010		
	En dehors	Alsace Bossue	Alsace	En dehors	Alsace Bossue	Alsace
Distance	25,2	26,5	25,2	23,8	23,1	23,8

L'analyse du SSR permet d'évaluer le niveau de dépendance des patients hospitalisés. Cette donnée, comme l'étude des pathologies, est sujette à caution car peu évaluée mais le sujet est d'importance et mérite d'être mentionné.

Deux scores sont calculés. Le score de dépendance physique correspond à la somme des scores de dépendance à l'habillage, à l'alimentation, à la continence et au déplacement. Le score de dépendance cognitive somme la dépendance relationnelle et la dépendance comportementale.

Les scores moyens indiqués sont la moyenne par journée d'hospitalisation du score de dépendance physique ou cognitive hebdomadaires des patients. C'est-à-dire qu'à chaque journée d'hospitalisation est affecté le score de dépendance du RHA du patient.

Le score de dépendance physique pour les patients domiciliés en Alsace Bossue est supérieur à celui pour les patients du reste de l'Alsace, ce qui est en accord avec les données sur la part de patients fortement dépendants (GIR 1 et 2) parmi les bénéficiaires de l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) en Alsace Bossue.

Tableau 39 Evolution de la dépendance physique et cognitive en Alsace Bossue et sur le reste de l'Alsace entre 2009 et 2010 en SSR

Territoire	Année	Dépendance physique	Dépendance cognitive
En dehors	2009	8,75	3,39
Alsace Bossue	2009	8,96	3,22
En dehors	2010	8,77	3,37
Alsace Bossue	2010	9,15	3,47

Après avoir abordé le MCO et le SSR, nous en arrivons au parcours de soins entre les deux structures. Les éléments suivants ne présentent qu'une ébauche des possibilités d'analyses en termes de parcours de soins mais elles apportent quelques informations notamment sur les liens préférentiels entre les structures sur notre territoire d'analyse.

3.4 Parcours de soins : MCO-SSR

Le chaînage entre le PMSI MCO et le PMSI SSR est effectué grâce au numéro d'identifiant NIR anonymisé. On peut considérer que le chaînage est satisfaisant. En effet, d'après le guide de chaînage 2011 fourni par l'ATIH¹⁰⁰, en 2009, 99,2 % des séjours MCO possèdent un NIR et 98,7 % des séjours en SSR. Pour comparaison, en 2001, seuls 96,5 % des séjours en MCO et 97,6 % étaient identifiés.

Pour pouvoir identifier qu'un patient admis en SSR l'est pour la pathologie pour lequel il a fait son séjour MCO au préalable, il convient de fixer une date limite à partir de laquelle on considère qu'un séjour SSR n'est pas en lien avec ce séjour MCO. Cette date a été fixée au mois en cours plus un mois de latence. C'est la méthodologie employée par une étude préalable sur le parcours MCO-SSR chez les patients victimes d'AVC¹⁰¹.

Afin de comparer les deux années d'étude (2009 et 2010) sur le parcours du MCO vers le SSR entre l'Alsace Bossue et le reste de l'Alsace avec ce mois de latence, les mois de décembre des deux années en MCO ont été retirés de l'analyse.

L'intérêt principal de l'étude du chaînage MCO-SSR est d'évaluer les trajectoires de soins des patients sur les principales pathologies pourvoyeuses de SSR.

L'analyse la plus intéressante serait d'évaluer en lien avec la durée de séjour en MCO, le recours au SSR, à la suite d'un séjour en MCO, des patients âgés polypathologiques qui ne peuvent plus rentrer à domicile et nécessitent des soins en attendant de trouver une structure de long séjour. C'est, en effet, le cœur des problèmes de fluidification du parcours de soins pour lesquels les logiciels d'accompagnement au placement en SSR ont

¹⁰⁰ 'Aide à L'utilisation Des Informations de Chaînage', 2011 <<http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.atih.sante.fr%2Fopenfile.php%3Fid%3D3417&ei=6C8SUstHtTIOAXyt4DQBA&usg=AFQjCNG1F3t91-ozded17MayP9Co3xC93w&sig2=hzKweaR8ylkc2u8WFL7RAA&bvm=bv.50768961,d.d2k>> [accès 19 Août 2013].

¹⁰¹ C. de Peretti et al, 'Utilisation Des Données Chaînées Du PMSI SSR Pour L'étude Des Hospitalisations SSR à La Suite D'un Accident Vasculaire Cérébral En France', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58 (2010), S15 <doi:10.1016/j.respe.2010.02.033>.

été créés car ces patients, dont les structures ne veulent pas, restent bien souvent bloqués dans des structures inadaptées à leur état de santé. Malheureusement, ce champ est difficile à circonscrire et devrait faire l'objet d'une analyse à part entière pour être traité de façon correcte.

A défaut, nous avons décidé, pour illustrer le parcours du MCO vers le SSR, de prendre les fractures du fémur, pathologie la plus fortement pourvoyeuse de SSR avec de forts enjeux en termes de planification des soins. Les activités de soins Médecine et Chirurgie ont également été ajoutées pour analyser plus globalement ces pourcentages d'adressage vers le SSR.

En 2009 en Alsace Bossue, 30 hospitalisations en MCO pour fracture du col du fémur ont fait l'objet d'une hospitalisation en SSR, soit 66,7 % des séjours pour fracture du col du fémur sur le territoire. A part sur la médecine en 2009, l'adressage vers le SSR est globalement supérieur en Alsace Bossue par rapport au reste de l'Alsace et il est supérieur en 2010 par rapport à 2009.

Tableau 40 Evolution du pourcentage d'adressage en SSR depuis le MCO entre 2009 et 2010 en Alsace Bossue et sur le reste de l'Alsace par activité

Pathologie	2009				2010			
	En dehors		Alsace Bossue		En dehors		Alsace Bossue	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Chirurgie	10 560	7,8	262	9,2	11 308	8,2	261	9,4
Médecine	13 731	7,1	251	7,0	15 748	8,2	335	9,8
Fracture du col du fémur	1 171	60,7	30	66,7	1 249	63,3	25	69,4

Sur ces mêmes pathologies, on peut ensuite voir s'il y a un rapprochement vers le domicile lors du passage du MCO vers le SSR en comparant les temps de trajet entre le domicile et l'établissement MCO et entre le domicile et l'établissement SSR. Comme pour le MCO, ne sont ici considérés que les séjours dans la région ou vers une région limitrophe.

En chirurgie, le rapprochement vers le domicile est net en Alsace Bossue avec, en moyenne, 7,7 minutes de moins en 2009 entre la distance du domicile vers l'établissement SSR et celle vers l'établissement MCO précédant. Sur le reste de l'Alsace en revanche, le transfert vers le SSR correspond plutôt à un éloignement. Globalement, il

semble plus facile de rapprocher le patient de son domicile en Alsace Bossue que sur le reste de l'Alsace.

Tableau 41 Comparaison des distances depuis le domicile entre l'établissement MCO en amont et l'établissement SSR en aval en 209 et 2010 en Alsace Bossue et sur le reste de l'Alsace

Pathologie	2009				2010			
	En dehors		Alsace Bossue		En dehors		Alsace Bossue	
	Distance	Effectif	Distance	Effectif	Distance	Effectif	Distance	Effectif
Chirurgie	5,1	10 141	-7,7	262	4,9	10 867	-8,3	260
Médecine	4,9	13 036	2,3	248	4,0	14 976	-3,0	334
Fracture du col du fémur	2,9	1 089	0,5	30	2,9	1 164	2,5	25

Il est possible également de voir, pour les patients de l'Alsace Bossue, quels sont les parcours les plus fréquents et pour quelles pathologies étaient admis initialement les patients en MCO. Nous avons choisi d'illustrer ce propos en prenant les groupes d'activités pour avoir un éventail précis des activités faisant l'objet d'un adressage vers le SSR. N'étant pas disponibles sur les mois de janvier et février 2010, ces mois ne seront pas intégrés à l'analyse, le mois de décembre 2009 a été rajouté en contrepartie car nous ne sommes plus dans l'optique de comparer les années 2009 et 2010.

C'est la chirurgie orthopédique, groupe parmi lequel figure les fractures du fémur, qui est le motif d'adressage le plus fréquent. Cet adressage se fait vers les SSR voisins.

En ce qui concerne les AVC, l'adressage le plus fréquent est entre le Centre hospitalier de Saverne et le Centre de réadaptation fonctionnelle de Morsbronn pour 10 patients.

Tableau 42 Principaux adressages du MCO vers le SSR pour les patients de l'Alsace Bossue sur les deux années d'étude

Pathologie	Etablissement MCO	Etablissement SSR	Effectif
Chirurgies majeures orthopédiques	CENTRE HOSPITALIER DE SAVERNE	HOPITAL "LE NEUENBERG"	46
Chirurgies majeures orthopédiques	CENTRE HOSPITALIER DE SAVERNE	CRS ST LUC ABRESCHVILLER	37
Chirurgies majeures orthopédiques	CENTRE HOSPITALIER - SARREBOURG	CRS ST LUC ABRESCHVILLER	26
Cathétérismes thérapeutiques vasculaires avec endoprothèse	CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU	CRS ST LUC ABRESCHVILLER	18
Chirurgies majeures orthopédiques	CLINIQUE SAINT-FRANCOIS HAGUENAU	HOPITAL "LE NEUENBERG"	17
Coronaropathies	CENTRE HOSPITALIER DE SAVERNE	CRS ST LUC ABRESCHVILLER	17
Pontages coronaires	HOPITAL CIVIL / NOUVEL HOPITAL CIVIL	CRS ST LUC ABRESCHVILLER	11
Chirurgies majeures orthopédiques	CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU	HOPITAL "LE NEUENBERG"	10
AVC	CENTRE HOSPITALIER DE SAVERNE	CRF DE MORSEBRONN LES BAINS	10
Chirurgies valvulaires	HOPITAL CIVIL / NOUVEL HOPITAL CIVIL	CRS ST LUC ABRESCHVILLER	10
Chirurgies majeures orthopédiques	CENTRE HOSPITALIER ROBERT PAX	LE HOEBERG SARREGUEMINES	10
Cathétérismes diagnostiques vasculaires et coronariens	CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU	CRS ST LUC ABRESCHVILLER	9
Chirurgies majeures orthopédiques	CLINIQUE SAINTE ODILE HAGUENAU	HOPITAL "LE NEUENBERG"	8
Coronaropathies	CENTRE HOSPITALIER ROBERT PAX	CRS ST LUC ABRESCHVILLER	8
Chirurgies majeures orthopédiques	ETS DES DIACONESSES STRASBOURG	CRS ST LUC ABRESCHVILLER	8
Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux	CENTRE HOSPITALIER DE SAVERNE	HÔPITAL DE SARRE UNION	8
Chirurgies majeures orthopédiques	CLINIQUE SAINT NABOR	LE HOEBERG SARREGUEMINES	8

Les SSR spécialisés en neurologie prennent en charge en grande majorité des patients victimes d'AVC. Trois de ces SSR sont à distance respectable du territoire de l'Alsace Bossue, à Abreschviller, Morsbronn et Niederbronn. Il est donc aisé de voir si les patients sont adressés vers des SSR spécialisés. Au total, sur les 60 identifiés, la moitié (30) est pris en charge en SSR spécialisé en neurologie.

4 Discussion

L'analyse du comportement des usagers vis-à-vis de l'hôpital revêt un intérêt certain sur un territoire relativement large et atypique comme celui de l'Alsace Bossue. En effet, le cœur du territoire reste à distance d'une offre hospitalière fournie à moyenne distance, et le choix est laissé au patient d'aller où il veut.

Certains résultats paraissent intéressants à approfondir. Pourquoi la proportion de personnes d'âge supérieur à 75 ans dans la population générale n'est pas retrouvée chez les patients hospitalisés ? Pourquoi un sous-recours sur une majorité de pathologies ne nécessitant pas un recours obligatoire à l'hôpital et un sur-recours sur les pathologies graves (AVC, coronaropathies) et les pathologies correspondant à des hospitalisations évitables ? Pourquoi moins d'hospitalisations programmées et plus de transferts ? Pourquoi une surmortalité hospitalière ? Pourquoi un hôpital qui domine sur la région en médecine perd beaucoup de parts de marché en chirurgie et pourquoi perd-il globalement des parts de marché sur les dernières années au profit des établissements privés et de la région limitrophe ? Pourquoi se faire soigner beaucoup plus loin de chez soi quand une offre proche existe ? Et enfin, pourquoi un tel sur-recours au SSR ?

On se rend bien compte qu'un diagnostic, en particulier sur un territoire aussi vaste, apporte plus de questions que de réponses. Il est notamment difficile d'identifier ce qui relève de la volonté du patient, des pratiques médicales ou de la planification régionale.

Il permet toutefois d'éclairer des points qui ne transparaissent pas forcément sur des enquêtes qualitatives et amène à cibler certains points d'intérêt à explorer pour le commanditaire ou pour l'opérateur qui peut y voir l'occasion d'approfondir ses propres travaux d'où l'intérêt pour les ORS de coupler leurs enquêtes quantitatives avec les enquêtes qualitatives des Ireps.

Sur l'apport complémentaire aux données produites en routine que peut avoir l'analyse du PMSI, il convient d'être réservé, il est difficile d'établir une association entre des indicateurs en ambulatoire et ceux du PMSI sans être hasardeux. L'issue du débat pour faciliter l'accès aux données de l'Assurance maladie ne fait guère de doute et c'est l'intégration de ces données qui permettront de relier réellement ambulatoire et hospitalier. Par contre, les données du PMSI peuvent faire l'objet d'un volet hospitalier d'un diagnostic territorial et du guide à destination des opérateurs de DLS.

Le principal écueil rencontré au cours de cette analyse est la programmation statistique et l'apprentissage du logiciel d'analyse. Cependant, le script de programmation pouvant être lancé en routine, la majorité du travail est faite après le premier diagnostic effectué. Ces analyses nécessitent, en parallèle, des ordinateurs avec des grandes puissances de calcul pour gérer ces bases de données.

Cependant, à chaque diagnostic sa spécificité, et les indicateurs pertinents pour un territoire ne le seront pas forcément pour un autre, principalement pour des raisons d'échelle. Le calcul des distances d'accès aurait également paru moins pertinent sur des grandes villes, de même pour un taux de fuite régional.

Enfin, avec le renouvellement annuel des classifications, un codage diagnostic ou un regroupement de GHM ne sera pas pertinent d'une année sur l'autre. La taille de la population et sa répartition par âge et sexe ne seront pas les mêmes pour le calcul des taux standardisés. Le format des bases de données oblige également à produire des retouches de programmation. Tout ceci ne paraît pas insurmontable et la possibilité dans les logiciels d'analyse d'automatiser des rapports entiers offre des possibilités intéressantes pour la production à grande échelle de diagnostics territoriaux hospitaliers sur le modèle de ce qui est fait à l'ORS Alsace pour les portraits sanitaires et sociaux d'Alsace par zone de proximité¹⁰².

¹⁰² P. ENDERLIN et al, *Portrait Sanitaire et Social : Zone de Proximité de Thann*. (Strasbourg: ORS Alsace, 2008), p. 36p.

Conclusion

Dans le cadre de ce mémoire, l'objectif était d'identifier les informations qui pourraient être ajoutées à un diagnostic territorial de santé et donc d'explorer l'exhaustivité des approches existantes dans le domaine à partir de l'exemple de l'Alsace Bossue. Cette approche aura consisté à effleurer un ensemble de sujets sans aller en profondeur, ce qui se révèle relativement frustrant. En effet, il s'agissait d'aborder des sujets aussi vastes que l'accès aux soins, le recours ou les enjeux concurrentiels des hôpitaux sur un territoire. Tous ces sujets étaient ensuite croisés sur l'ensemble des grandes pathologies identifiées à l'hôpital.

Ce choix méthodologique était frustrant car il ne permettait pas d'aller explorer en détail les résultats obtenus. Cependant, il aura permis, je l'espère, de montrer un panorama des analyses possibles pour un opérateur de diagnostic territorial de santé peu habitué à manipuler le PMSI et désireux d'intégrer ces données. On peut également penser qu'avec l'économie du temps de programmation, il est possible d'aller explorer plus en détail certains points des bases de données qui seront des pistes pour une analyse qualitative également plus approfondie.

Le deuxième point perturbant dans ce travail était de trouver la limite entre ce qui relève purement de la planification des soins et ce qui entre dans le cadre d'un diagnostic territorial de santé, dont l'objet est de décrire la santé du point de vue de l'individu. En effet, les personnes les plus habituées à analyser le PMSI sont les établissements de santé et les planificateurs dans les ARS, d'où la prédominance, probablement en partie inconsciente, d'une réflexion en termes de planification et un plus grand développement d'indicateurs propres à la planification. Le choix a été fait de concentrer principalement les analyses opérationnelles sur ce qui pourrait intéresser aussi bien l'utilisateur qui peut potentiellement être hospitalisé que le directeur d'ARS, certains indicateurs de planification étant présentés de façon annexe. Il faut toutefois garder à l'esprit qu'au niveau hospitalier, celui qui garde la main pour mener des actions concrètes est le planificateur, donc il n'est pas de l'intérêt du diagnostic territorial de santé de trop s'éloigner des questions de planification.

Enfin, un troisième écueil à ce travail aura été de créer du lien entre les deux premières parties et la troisième. La première partie explore le PMSI aussi bien d'un point de vue interne à l'hôpital, pour en comprendre les mécanismes de production et les limites, que

d'un point de vue externe, pour l'analyse sur un territoire. La deuxième partie s'intéresse aux diagnostics territoriaux de santé en présentant les acteurs en jeu comme la problématique de la territorialisation. Ce sont donc deux très vastes domaines qui ne se recoupent que pour une faible part. Il paraissait cependant important d'en connaître les principaux enjeux même si, en pratique, les analyses de la troisième partie ne traduisent qu'une faible part des éléments de réflexion apportés dans les deux premières.

Une approche plus ciblée sur un thème donné, l'accès aux soins, par exemple, aurait permis d'explorer plus en profondeur et de façon transversale le sujet et ainsi d'intégrer des éléments entrevus plus tôt comme la multiplicité des acteurs et le lien à créer entre eux ou les divergences apportées par rapport aux orientations stratégiques des tutelles sur un territoire. Une approche sur une pathologie donnée aurait permis de mieux appréhender la problématique de l'importance du codage dans la production du PMSI et de créer plus de lien avec des indicateurs présents dans les autres parties d'un diagnostic territorial de santé.

En résumé, les possibilités offertes par le PMSI permettent de mieux comprendre le comportement des usagers vis-à-vis de l'hôpital, ainsi que le comportement de l'hôpital vis-à-vis des usagers, notamment dans le domaine de l'accès géographique aux soins. Ce domaine de recherche suscite de l'intérêt de la part des planificateurs, demandeurs d'études et d'outils automatisés pour mieux comprendre ces comportements. Il suscite également l'intérêt des chercheurs avec une recherche d'excellence en statistique notamment pour la modélisation des taux de recours ¹⁰³.

Le futur de l'analyse statistique des données de santé passe par cette production automatisée d'indicateurs permettant de développer des approches comparatives dans le temps et dans l'espace. En ce qui concerne l'hôpital, des outils sont mis en place à l'heure actuelle pour développer la planification et la performance hospitalière. Il paraît tout à fait concevable, au lieu de les orienter sur un hôpital, de les orienter sur un territoire donné que l'on pourrait construire soi-même. L'esprit actuel de l'orientation des politiques de santé qui consiste à décroquer les structures, à réfléchir en termes de

¹⁰³ N. Jay et al, 'Modèle D'estimation Des Besoins En Hospitalisation de Court Séjour de Lorrains Dans Différents Champs Médicaux', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 56 (2008), 24–25 <doi:10.1016/j.respe.2008.02.045>; H. Lefèvre, E.-A. Sauleau et P. Handschumacher, 'Approche Géographique Du Recours Aux Soins En Santé Mentale', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 59 (2011), S57–S58 <doi:10.1016/j.respe.2011.03.045>.

parcours sur un territoire, à replacer l'usager au cœur du système et à penser la santé de façon transversale, se prête à ce changement de paradigme ou, du moins, à concilier ces deux visions de l'approche de la santé.

Ces données pourraient ainsi être facilement intégrées, par des utilisateurs connaissant le PMSI et ses limites, à des diagnostics territoriaux de santé. Il convient, tout de même, de relativiser l'apport du PMSI à un diagnostic territorial de santé, puisque le recours à l'hôpital reste, fort heureusement, rare en population générale.

Ils amènent, par ailleurs, plus de questions que de réponses. Une partie de ces réponses pourra être apportée par l'association des données hospitalières et ambulatoires par les bases de données de l'Assurance maladie. Toutefois, la production statistique ne se substitue pas à la rencontre des acteurs et le lien avec une analyse qualitative reste primordial.

Bibliographie

Ouvrages

- Bailly, Antoine S., et Michel-E. Périat, *Médecimétrie: une nouvelle approche de la Santé* (Economica, 1995)
- Benoit, Jean-Marc, Philippe Benoit, et Daniel Pucci, *La France à 20 minutes (et plus): la révolution de la proximité* (Belin, 2002)
- EVEN, Philippe, et Professeur Bernard DEBRÉ, *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux: Au service des malades et des praticiens* (Le Cherche Midi, 2012)
- Rayssiguier, Yvette, Josianne Jégu, et Michel Laforcade, *Politiques sociales et de santé: Comprendre et agir* (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2012)
- Reghezza-Zitt, Magali, *La France dans ses territoires* (Editions Sedes, 2011)
- Richoz, Simon, Louis-Marie Boulianne, Jean Ruegg, et Communauté d'études pour l'aménagement du territoire, *Santé et développement territorial: Enjeux et opportunités* (PPUR Presses polytechniques, 2010)
- Trugeon, Alain, Danièle Fontaine, et Bernadette Lémery, *Inégalités socio-sanitaires en France: de la région au canton* (Masson, 2006)
- Gilbert, Claude, et Emmanuel Henry, *Comment se construisent les problèmes de santé publique* (Editions La Découverte, 2009)

Articles scientifiques

- Abrahamsen, B., T. van Staa, R. Ariely, M. Olson, et C. Cooper, 'Excess Mortality Following Hip Fracture: a Systematic Epidemiological Review', *Osteoporosis International*, 20 (2009), 1633–1650 <doi:10.1007/s00198-009-0920-3>
- Bénétiér, M.-P., S. Beaufigeau-Pulci, I. Jamet, V. Gilleron, G. Gros, et C. Peter, 'Analyse Des Bases Régionales PMSI : Comment Améliorer La Précision Des Codages', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58 (2010), S28–S29 <doi:10.1016/j.respe.2010.02.073>
- Bois de Fer, Béatrice, Sabine Host, Benoît Chardon, Édouard Chatignoux, Laure Beaujouan, Dominique Brun-Ney, et al, 'Estimation des hospitalisations en urgence pour mesurer les effets à court terme de la pollution atmosphérique : qualité des données issues du PMSI', *Santé Publique*, Vol. 21 (2009), 147–158 <doi:10.3917/spub.092.0147>
- Chantry, A., et M.-H. Bouvier-Colle, 'Validation de L'utilisation Épidémiologique Du PMSI En Obstétrique : Le Projet Grace', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58 (2010), S13 <doi:10.1016/j.respe.2010.02.028>

- Chantry, Anne A, Catherine Deneux-Tharoux, Christine Cans, Anne Ego, Catherine Quantin, Marie-Hélène Bouvier-Colle, et al, 'Hospital Discharge Data Can Be Used for Monitoring Procedures et Intensive Care Related to Severe Maternal Morbidity', *Journal of clinical epidemiology*, 64 (2011), 1014–1022 <doi:10.1016/j.jclinepi.2010.11.015>
- Coevoet, Vincent, Jeanne Fresson, Rachel Vieux, et Nicolas Jay, 'Socioeconomic Deprivation et Hospital Length of Stay', *Medical Care*, 51 (2013), 548–554 <doi:10.1097/MLR.0b013e3182928f84>
- Cooper, C, Z A Cole, C R Holroyd, S C Earl, N C Harvey, E M Dennison, et al, 'Secular Trends in the Incidence of Hip et Other Osteoporotic Fractures', *Osteoporosis International: A Journal Established as Result of Cooperation Between the European Foundation for Osteoporosis et the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 22 (2011), 1277–1288 <doi:10.1007/s00198-011-1601-6>
- Deschamps, Valérie, Benoît Salanave, Michel Vernay, Nathalie Guignon, et Katia Castetbon, *Facteurs Socio-économiques Associés Aux Habitudes Alimentaires, à L'activité Physique et à La Sédentarité Des Adolescents En Classe de Troisième En France (2003-2004) – Cycle Triennal D'enquêtes En Milieu Scolaire*, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (Institut de veille sanitaire, 13 Avril 2010) <<http://www.invs.sante.fr/beh/2010/13/>> [accès 15 Juin 2013]
- Dharmarajan, Kumar, Angela F Hsieh, Zhenqiu Lin, Héctor Bueno, Joseph S Ross, Leora I Horwitz, et al, 'Diagnoses et Timing of 30-day Readmissions after Hospitalization for Heart Failure, Acute Myocardial Infarction, or Pneumonia', *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 309 (2013), 355–363 <doi:10.1001/jama.2012.216476>
- Donzé, Jacques, Drahomir Aujesky, Deborah Williams, et Jeffrey L Schnipper, 'Potentially Avoidable 30-day Hospital Readmissions in Medical Patients: Derivation et Validation of a Prediction Model', *JAMA internal medicine*, 173 (2013), 632–638 <doi:10.1001/jamainternmed.2013.3023>
- Evain, F., et C. Minodier, 'À Quelle Distance de Chez Soi Se Fait-on Hospitaliser ?', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 59 (2011), S47 <doi:10.1016/j.respe.2011.03.015>
- Giblin, Béatrice, 'Santé publique et territoires', *Hérodote*, n° 143 (2011), 3–12 <doi:10.3917/her.143.0003>
- Gildersleeve, R, et P Cooper, 'Development of an Automated, Real Time Surveillance Tool for Predicting Readmissions at a Community Hospital', *Applied clinical informatics*, 4 (2013), 153–169 <doi:10.4338/ACI-2012-12-RA-0058>
- Grimaud, O., F. Gao, J.-F. Philippon, et A. Bar-Hen, 'Identification Des Épisodes D'accident Vasculaire Cérébral Multi-établissements Dans La Base Du Programme de Médicalisation Des Systèmes D'information', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 59 (2011), S62 <doi:10.1016/j.respe.2011.03.052>
- Le Guern, V, A Mahr, L Mouthon, D Jeanneret, M Carzon, et L Guillevin, 'Prevalence of Systemic Sclerosis in a French Multi-ethnic County', *Rheumatology (Oxford, England)*, 43 (2004), 1129–1137 <doi:10.1093/rheumatology/keh253>
- Gusmano, Michael K., Victor G. Rodwin, et Daniel Weisz, 'A New Way To Compare Health Systems: Avoidable Hospital Conditions In Manhattan et Paris', *Health Affairs*, 25 (2006), 510–520 <doi:10.1377/hlthaff.25.2.510>

- Halfon, Patricia, Yves Egli, Guy van Melle, Julia Chevalier, Jean Blaise Wasserfallen, et Bernard Burnand, 'Measuring Potentially Avoidable Hospital Readmissions', *Journal of clinical epidemiology*, 55 (2002), 573–587
- Héry, V., J.-L. Scheydeker, et J.-M. Cauvin, 'Facteurs de Risque de Réhospitalisation Non Programmée à 30 Jours', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 56 (2008), 45–46 <doi:10.1016/j.respe.2008.02.090>
- Jay, N., L. Nigue, H. Digbeu, et F. Kohler, 'Modèle D'estimation Des Besoins En Hospitalisation de Court Séjour de Lorrains Dans Différents Champs Médicaux', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 56 (2008), 24–25 <doi:10.1016/j.respe.2008.02.045>
- Kanis, J A, A Odén, E V McCloskey, H Johansson, D A Wahl, et C Cooper, 'A Systematic Review of Hip Fracture Incidence et Probability of Fracture Worldwide', *Osteoporosis International: A Journal Established as Result of Cooperation Between the European Foundation for Osteoporosis et the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 2012 <doi:10.1007/s00198-012-1964-3>
- Lefèvre, H., E.-A. Sauleau, et P. Handschumacher, 'Approche Géographique Du Recours Aux Soins En Santé Mentale', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 59 (2011), S57–S58 <doi:10.1016/j.respe.2011.03.045>
- Martin, Caroline, Béatrice Trombert-Pavot, et Paul Vercherin, 'Les prises en charge hospitalières de référence des affections cardiovasculaires', *Santé Publique*, Vol. 19 (2007), 193–202 <doi:10.3917/spub.073.0193>
- Merle, V., B. Wurtz, H. Daubert, L. Froment, V. Josset, G. Savoye, et al, 'Identification Des Réadmissions Imprévues (RI) à Partir Du Système D'information Hospitalier. Étude Dans Un Centre Hospitalier Universitaire', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58 (2010), S34 <doi:10.1016/j.respe.2010.02.091>
- Patris, et De Mey, 'Évolution Du Codage Des CMA et de Leurs Effets Pendant Dix Ans Dans Les Bases PMSI Françaises. Impact de La T2A et Des Modifications de Groupage', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61 (2013) <<http://www.em-premium.com/article/792115>> [accès 12 Juin 2013]
- Pauly, V., S. Haas, E. Vigneron, et X. Thirion, 'Chaînage Des Données PMSI SSR et MCO Pour L'analyse Du Recours Aux Soins de Suite et de Réadaptation', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58 (2010), S15 <doi:10.1016/j.respe.2010.02.035>
- De Peretti, C., J. Nicolau, J. Holstein, O. Rémy-Néris, et F. Woimant, 'Utilisation Des Données Chaînées Du PMSI SSR Pour L'étude Des Hospitalisations SSR à La Suite D'un Accident Vasculaire Cérébral En France', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58 (2010), S15 <doi:10.1016/j.respe.2010.02.033>
- Ronin, V., A. Duclos, S. Couray-Targe, S. Dargent, et A.-M. Schott, 'Choix D'algorithme D'identification de Cas Incidents de Fractures de L'extrémité Supérieure Du Fémur à Partir Du PMSI : Une Étude Pilote', *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58 (2010), S14 <doi:10.1016/j.respe.2010.02.032>
- Rosano, Aldo, Christian Abo Loha, Roberto Falvo, Jouke van der Zee, Walter Ricciardi, Gabriella Guasticchi, et al, 'The Relationship Between Avoidable Hospitalization et Accessibility to Primary Care: a Systematic Review', *The European Journal of Public Health*, 23 (2013), 356–360 <doi:10.1093/eurpub/cks053>

Spira, Alfred, 'Apport Des Cohortes à La Connaissance de La Santé', *Actualité et dossier en santé publique*, 2012, 56

Weissman, J S, C Gatsonis, et A M Epstein, 'Rates of Avoidable Hospitalization by Insurance Status in Massachusetts et Maryland', *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 268 (1992), 2388–2394

Rapports d'études

Barlet, Muriel, et Clémentine Collin, *Localisation Des Professionnels de Santé Libéraux - Comptes Nationaux de La Santé 2009* • (Drees, 2010)

Boisguérin, Bénédicte, et Christelle Minodier, *Le Panorama Des Établissements de Santé - Édition 2012*, Collection Études et Statistiques (Drees, 2012), p. 172
<<http://www.drees.sante.gouv.fr/le-panorama-des-etablissements-de-sante-edition-2012,11051.html>> [accès 12 Juin 2013]

Charges et Produits Pour L'année 2014 de La CNAMTS, 2013

Coldefy, Magali, et Véronique Lucas-Gabrielli, *Le Territoire, Un Outil D'organisation Des Soins et Des Politiques de Santé ? Evolution de 2003 à 2011*, Questions D'économie de La Santé (Irdes, 2012)

Enderlin Philippe, Imbert Frédéric, Polesi Hervé, Clauss Sylvie, Assani Corinne, et al, *Portrait Sanitaire et Social : Zone de Proximité de Thann*. (Strasbourg: ORS Alsace, 2008), p. 36p.

Exploitation Seconde de La Base de l'Étude Nationale de Coûts (ENC), Dossiers Solidarité et Santé (Drees, 2009) <<http://www.drees.sante.gouv.fr/exploitation-seconde-de-la-base-de-l-etude-nationale-de-couts-enc,5485.html>> [accès 5 Juin 2013]

Guide Pour La Conduite D'une Étude de Zone (Ineris, 2011)

Indicateurs de Suivi de L'évolution Des Inégalités Sociales de Santé Dans Les Systèmes D'information En Santé, Documents (Haut conseil de la santé publique, Juin 2013)

Loyer, et Penven, *Évaluation de L'impact Sanitaire de La Pollution Atmosphérique Urbaine Dans L'agglomération Du Mans, 2007-2009* (Institut de veille sanitaire, 2013), p. 8

Modalités D'utilisation et de Diffusion Des PSI (indicateurs de Sécurité Des Soins Hospitaliers) Dans Les Pays de l'OCDE (Haute Autorité de Santé, Juin 2012) <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1262821/fr/modalites-dutilisation-et-de-diffusion-des-psi-indicateurs-de-securite-des-soins-hospitaliers-dans-les-pays-de-locde-juin-2012> [accès 18 Juin 2013]

Oberlin, Philippe, *Les Fractures Du Col Du Fémur En France Entre 1998 et 2007 : Quel Impact Du Vieillissement ?*, Etudes et Résultats (Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Avril 2010) <<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-fractures-du-col-du-femur-en-france-entre-1998-et-2007-quel-impact-du-vieillissement,6049.html>> [accès 7 Août 2013]

Or, Zeynep, Julia Bonastre, Florence Journeau, et Clément Nestrigue, *Activité, Productivité et Qualité Des Soins Des Hôpitaux Avant et Après La T2A* (Irdes, Avril 2013)

Or, Zeynep, et Unto Häkkinen, *Qualité Des Soins et T2A : Pour Le Meilleur et Pour Le Pire ?* (Irdes, Décembre 2012)

Pour Une Meilleure Utilisation Des Bases de Données Nationales Pour La Santé Publique et La Recherche, Documents (Haut Conseil de la Santé Publique, Mars 2012)

'Principaux Résultats de L'étude D'approfondissement Sur Les Contrats Locaux de Santé' (Réseau français des villes-sante de l'OMS, 2012)

Rapport D'évaluation de La T2A (Fédération hospitalière de France, 2013)
<<http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Achats-Finances/reforme-du-mode-de-financement-de-l-hospitalisation-tarification-a-l-activite/La-FHF-rend-public-son-rapport-d-evaluation-sur-la-T2A>> [accès 4 Juillet 2013]

Rapports officiels

Bruguière, Marie-Thérèse, *Santé et Territoires : à La Recherche de L'équilibre* (délégation aux collectivités territoriales, 14 Juin 2011)

Couty, Edouard, *Le Pacte de Confiance Avec Les Hospitaliers* –(Ministère Des Affaires Sociales et de La Santé, 2012)

Evaluation de La Tarification Des Soins Hospitaliers et Des Actes Médicaux (Inspection générale des finances, 2011)

Évaluation Des Effets de La Tarification à L'activité Sur Le Management Des Établissements de Santé (Inspection générale des affaires sociales, Mars 2012)

La Sécurité Sociale (Cour des comptes, Septembre 2011)

Rapport 2010 Au Parlement Sur La Tarification à L'activité (T2A)

Rapport à La Commission Des Comptes de La Sécurité Sociale. Résultats 2011, Prévisions 2012 et 2013, octobre 2012

Ritter, Philippe, *La création des agences régionales de santé*, 2008

Références internet

'About HSP' <<http://www.who.int/health-systems-performance/about.htm>> [accès 11 Août 2013]

'Aide à L'utilisation Des Informations de Chaînage', 2011
<http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.atih.sante.fr%2Fopenfile.php%3Fid%3D3417&ei=6C8SU_s_tHtTIOAXyt4DQBA&usg=AFQjCNG1F3t91-ozded17MayP9Co3xC93w&sig2=hzKwear8ylkc2u8WFL7RAA&bvm=bv.50768961,d.d2k> [accès 19 Août 2013]

- 'APM International - Ouverture Des Données de Santé: Jean-Marc Ayrault Promet Un Débat "à L'automne"
<<http://www.apmnews.com/story.php?numero=238661&ctx=8b29c9cac7ec447f5d52adf997487f6b>> [accès 5 Juillet 2013]
- 'Après La Fermeture de Paray-le-Monial, Rebelote Dans Le Limousin | Le Quotidien Du Medecin'
<<http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/hopital/apres-la-fermeture-de-paray-le-monial-rebelote-dans-le-limousin>> [accès 12 Juin 2013]
- 'Baromètre « Les Français et l'HOPITAL » TNS Sofrès - Fédération Hospitalière de France (FHF)', 2013 <<http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Espace-presse/Dossiers-de-presse/Presentation-des-resultats-du-barometre-Les-Francais-et-l-HOPITAL-dans-le-cadre-des-SALONS-de-la-SANTE-et-de-l-AUTONOMIE>> [accès 12 Août 2013]
- 'Éléments de Référence Sur Les Contrats Locaux de Santé - Présentation, Périmètre et Modalités D'élaboration Des CLS' (ARS Ile de France, 2011) <http://ars.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/3_Nos_Actions/3_PRS/1-_ARS_CLS_Elements_de_reference_Avril_2011_VF.doc> [accès 15 Juin 2013]
- '[Enquête & Analyse] Système D'information — L'externalisation Du Co... - HOSPIMEDIA'
<http://abonnes.hospimedia.fr/enquetes_analyses/20130717-systeme-d-information-l-externalisation-du-codage-des> [accès 19 Août 2013]
- Fuhrman C, et Delmas MC, *Hospitalisations Pour Exacerbations de BPCO. Comment Les Identifier à Partir Des Données Du Programme de Médicalisation Des Systèmes D'information (PMSI) ?* (Institut de veille sanitaire, 2009)
<http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=966> [accès 12 Juin 2013]
- Guide Méthodologique de Comptabilité Analytique Hospitalière* (Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2011) <<http://www.sante.gouv.fr/comptabilite-analytique-hospitaliere.html>> [accès 5 Juin 2013]
- Guide Méthodologique Pour L'amélioration de La Pertinence Des Soins* (DGOS, Décembre 2012)
<<http://www.sante.gouv.fr/pertinence-des-soins.html>> [accès 9 Juin 2013]
- 'Hôpital et territoire,. La politique hospitalière. Politiques publiques - repères - vie-publique.fr', 16:00:00 <<http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/hopital-territoire/>> [accès 6 Août 2013]
- Impact Sanitaire D'une Pollution Environnementale* - (Anses, 2007)
<<http://www.afsset.fr/index.php?pageid=797&parentid=523>> [accès 15 Juin 2013]
- 'La Gazette Santé Social - Actualité - L'actu - Nouvelles Expérimentations Pour Le Parcours de Santé Des Personnes Âgées' <<http://www.gazette-sante-social.fr/actualite/actualite-generale-nouvelles-experimentations-pour-le-parcours-de-sante-des-personnes-agees-35906.html>> [accès 23 Août 2013]
- 'La Réforme / Réforme Des Collectivités Territoriales / Archives - Ministère de l'Intérieur'
<<http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Reforme-des-collectivites-territoriales/La-reforme>> [accès 23 Août 2013]
- Le Baromètre D'opinion de La Drees* (Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2013)
<<http://www.drees.sante.gouv.fr/le-barometre-d-opinion-de-la-drees,11136.html>> [accès 7 Juin 2013]

'Lourdeur de Prise En Charge' <<http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=3350>>

'Non, les données de de santé publique ne sont pas cachées', *Le Monde.fr*
<http://www.lemonde.fr/idees/article/2013/01/31/non-les-donnees-de-de-sante-publique-ne-sont-pas-cachees_1825582_3232.html> [accès 7 Juillet 2013]

'Plus grave que le débat sur la pilule, l'affaire des données de santé publique', *Le Monde.fr*
<http://www.lemonde.fr/idees/article/2013/01/15/plus-grave-que-le-debat-sur-la-pilule-l-affaire-des-donnees-de-sante-publique_1817187_3232.html> [accès 7 Juillet 2013]

'Parcours Des Personnes Âgées: Marisol Touraine Annonce Les Huit Régions Expérimentatrices',
APM International, 2013
<<http://www.apmnews.com/lstory.php?id=26464c07435d13080115414e0141530744544e594a12425b5e5b571f0605181d42101f5e1f551b505418104f5a4d581e551d4e095b673863747d02440155524c1c154d404316401013155b4e004c001f171441034f144f02001d0909>> [accès 7 Juin 2013]

'Santé : un rapport propose de "réorganiser le pilotage national"', *Le Monde.fr*
<http://www.lemonde.fr/sante/article/2013/07/16/sante-un-rapport-propose-de-reorganiser-le-pilotage-national_3448085_1651302.html> [accès 23 Août 2013]

Textes législatifs

Arrêté Du 19 Février 2009 - Article 7

Arrêté Du 19 Juillet 2013 Relatif à La Mise En Œuvre Du Système National D'information Interrégimes de L'assurance Maladie

Arrêté Du 20 Septembre 1994 Relatif Au Recueil et Au Traitement Des Données D'activité Médicale et de Coût, Visées à L'article L. 710-5 Du Code de La Santé Publique, Par Les Établissements de Santé Publics et Privés Visés Aux Articles L. 714-1, L. 715-5 Du Code de La Santé Publique et Aux Articles L. 162-23, L. 162-23-1 et L. 162-25 Du Code de La Sécurité Sociale et à La Transmission Aux Services de l'Etat et Aux Organismes D'assurance Maladie D'informations Issues de Ces Traitements

Arrêté Du 30 Août 2012 Fixant Le Cahier Des Charges Relatif Aux Expérimentations Mettant En Œuvre de Nouveaux Modes D'organisation Des Soins Destinés à Optimiser Les Parcours de Soins Des Personnes Âgées En Risque de Perte D'autonomie En Prévenant Leur Hospitalisation En Établissement de Santé Avec Hébergement, En Gérant Leur Sortie D'hôpital et En Favorisant La Continuité Des Différents Modes de Prise En Charge Sanitaires et Médico-sociaux

Code de La Santé Publique - Article L1423-1, Code de la santé publique

Code de La Santé Publique - Article L1434-17, Code de la santé publique

Code de La Santé Publique - Article R6145-7, Code de la santé publique

Code de La Sécurité Sociale. - Article D162-6, Code de la sécurité sociale.

Code de La Sécurité Sociale. - Article L161-36-5, Code de la sécurité sociale.

Instruction DGOS/PF2/DGS/PP DSS/SD1-1A Relative à L'organisation Régionale Des Prises En Charge, Aux Conditions de Couverture Par L'assurance Maladie et Aux Modalités de Codage PMSI Concernant Les Femmes Porteuses de Prothèses Mammaires de La Société Poly Implant Prothèse (PIP)., 2012

Lettre-circulaire Interministérielle DGS/DIV/DP1 n o 2009-68 Du 20 Janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé

Congrès et colloques

Accès Aux Soins : Quels Outils Pour Les Territoires ? Actes Du Colloque Du 16 Octobre 2012 (Drees, 2013), p. 12 <<http://www.drees.sante.gouv.fr/acces-aux-soins-quels-outils-pour-les-territoires,11147.html>> [accès 15 Juin 2013]

'Congrès National Des Observatoires Régionaux de La Santé' (Bordeaux, 2013)

'Congrès Odissé « Recours Aux Soins Hospitaliers et Territoires »' (Angers, 2012)

'Journées EMOIS Nancy 2013 : Identifier Les Séjours Liés à La Prise En Charge Du Cancer Dans Les Bases PMSI MCO.' <http://www.canal-u.tv/video/canal_u_medecine/journees_emois_nancy_2013_identifier_les_sejours_lies_a_la_prise_en_charge_du_cancer_dans_les_bases_pmsi_mco.11835> [accès 6 Août 2013]

Leymarie, Florence, 'Journées EMOIS Nancy 2013 : Pertinence Des Soins En Midi Pyrénées : Avec Acte et Mesure !' <http://www.canal-u.tv/video/canal_u_medecine/journees_emois_nancy_2013_pertinence_des_soins_en_midi_pyrenees_avec_acte_et_mesure.11810> [accès 6 Août 2013]

Nisand, Gabriel, 'EMOIS Nancy 2011 - Analyse Du Guide Des Contrôles Externes et Proposition de 10 Axes D'amélioration', 2011 <http://www.canal-u.tv/video/canal_u_medecine/emois_nancy_2011_analyse_du_guide_des_controls_externes_et_proposition_de_10_axes_d_amelioration.6841> [accès 12 Août 2013]

'Rencontre Santé' (ARS Alsace, 2013)

Annexes

Figure 7 Comparaison du maillage des communes et des codes géographiques en Alsace

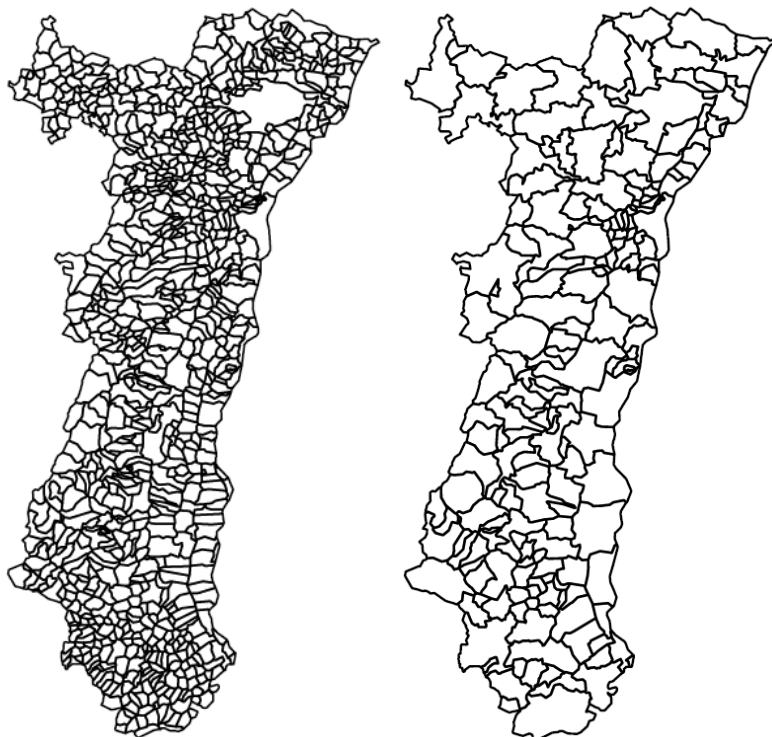


Figure 8 Taux de recours standardisé à l'hospitalisation évitable par zone de proximité en 2011

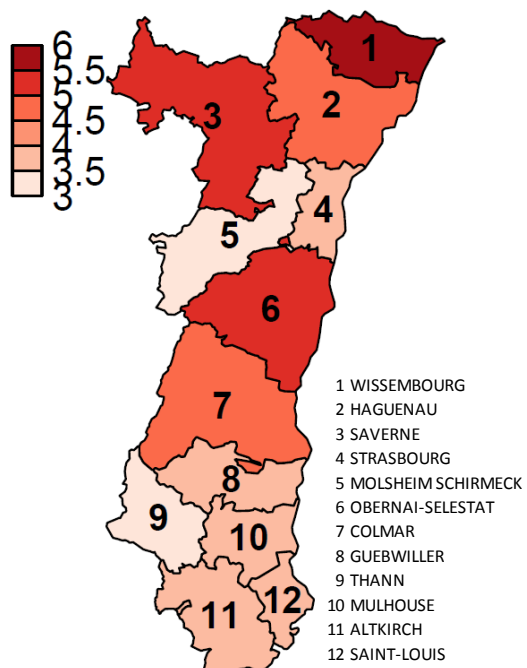
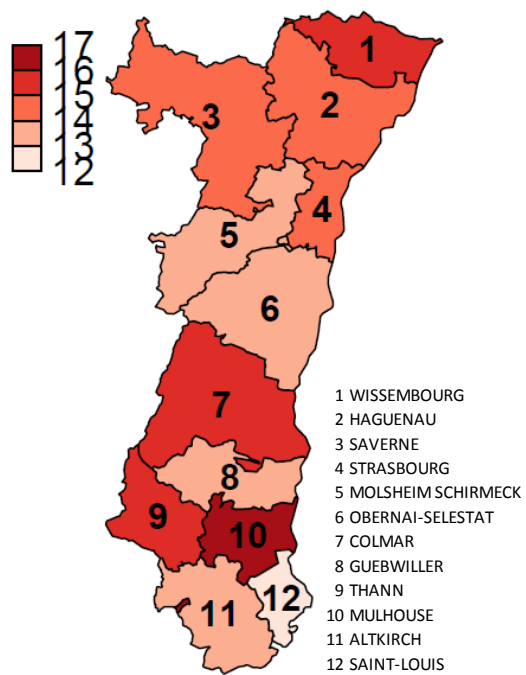


Figure 9 Taux de recours standardisé à la réanimation par zone de proximité en 2011



GAGNEUR	Etienne	Septembre 2013
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Recherche sur les applications du PMSI dans le cadre d'un diagnostic territorial de santé et mise en application		
Promotion 2012-2013		
<p>Résumé :</p> <p>Le PMSI est le principal outil d'aide à la gestion des établissements de santé. Bien qu'il n'ait pas été créé à cet emploi, son utilisation se développe en recherche pour décrire les états de santé de la population qui a recours à l'hôpital.</p> <p>L'objectif des diagnostics territoriaux de santé est de décrire globalement la santé sur un territoire du point de vue de l'utilisateur. Nous allons voir, à partir de l'exemple du diagnostic local de santé du territoire de l'Alsace Bossue, si le PMSI peut être utilisé et comment l'utiliser de façon pertinente dans le cadre d'un diagnostic territorial de santé.</p> <p>Les bases PMSI MCO 2009 à 2011 et SSR 2009 et 2010 sont utilisées séparément puis conjointement pour analyser le parcours de soins. Entre autres analyses, nous présentons les taux de recours, les temps de trajet à l'établissement et les temps de trajet supplémentaires, les modes d'entrée et de sortie, etc...</p> <p>L'analyse porte sur un ensemble large de pathologies et s'intéressera également à la notion d'hospitalisations évitables.</p> <p>Le PMSI apporte des éléments intéressants pour l'analyse du recours à l'hôpital et peut faire l'objet d'une étude dans le cadre d'un diagnostic territorial de santé. Cependant, il amène peu d'explications aux éléments observés et se doit d'être couplé avec des analyses qualitatives.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>PMSI ; diagnostic ; territoire ; SSR ; parcours de soins ; hospitalisations évitables</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		