

ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **décembre 2007**

**Le défi de la T2A en pédiatrie :
L'exemple des hôpitaux pédiatriques de l'AP-HP**

David TROUCHAUD

Remerciements

A l'issue de cette étude qu'il me soit permis de remercier chaleureusement Roland CASH qui a bien voulu accepter d'encadrer mon travail et dont les précieux conseils m'ont aidé à mieux appréhender le sujet et ses différentes dimensions.

Toute ma gratitude va à Emmanuel RAISON, Directeur des finances de l'hôpital TROUSSEAU qui m'a proposé de travailler sur la T2A en pédiatrie et qui a suivi la progression de ma réflexion jusqu'à ce qu'il soit appelé à d'autres fonctions et même après.

Mes remerciements vont également à l'ensemble des personnes qui m'ont accordé des entretiens et ont accepté de contribuer à ma réflexion.

Je tiens enfin à adresser un grand merci à M. Jacques MEYOHAS, Directeur de l'hôpital TROUSSEAU qui a accepté de faire une lecture critique de mon étude et à l'ensemble de l'équipe de direction qui a su me réserver un accueil chaleureux au sein de l'établissement.

Enfin, Dominique LELIEVRE, ma maître de stage a été d'un soutien précieux. Son sens des relations humaines et sa disponibilité malgré une charge de travail importante m'ont permis d'effectuer un stage très enrichissant.

Sommaire

INTRODUCTION	6
1 LE CARACTÈRE DÉFICITAIRE DU FINANCEMENT T2A DE LA PÉDIATRIE RESTE DIFFICILE À OBJECTIVER	10
1.1 LA T2A NE MÉCONNAÎT PAS LA PÉDIATRIE	10
1.2 LES LIMITES DU MODE ACTUEL DE CALCUL DES COÛTS PAR GHM SONT COMMUNES AUX HÔPITAUX POUR ADULTES ET AUX HÔPITAUX PÉDIATRIQUES.....	15
1.3 DES ÉTUDES AUX RÉSULTATS PARFOIS CONTRADICTOIRES.....	17
1.3.1 <i>Les constats tirés de ces différentes études sont parfois contradictoires</i>	18
A) L'approche par la disparité de durée de séjour inter établissements et par l'âge des patients.....	18
B) L'approche par le compte d'exploitation :.....	18
C) L'approche par la valorisation des GHM :.....	19
D) L'approche par l'analyse de l'ENC menée chaque année par l'ATIH à l'occasion des révisions de tarifs	20
E) L'approche par le contenu du « case-mix » des hôpitaux	20
1.3.2 <i>D'autres facteurs expliquent le déficit</i>	21
1.4 DES SURCOÛTS PÉDIATRIQUES SONT NÉANMOINS IDENTIFIABLES.....	22
1.4.1 <i>Les normes réglementaires en personnels soignants</i>	23
1.4.2 <i>Les spécificités pédiatriques</i>	24
A) Une densité de personnel soignant supérieure à la moyenne des spécialités adultes y compris en l'absence de norme réglementaire.....	24
B) Le développement des « sur spécialités » et des centres de références pour les maladies rares ont mécaniquement alourdi la gravité des pathologies soignées.....	25
C) L'hôpital public prend en charge une patientèle aux pathologies plus lourdes que les cliniques privées.....	26
2 LA PÉDIATRIE DE RECOURS APPARAÎT STRUCTURELLEMENT FRAGILE DANS LE CADRE D'UN FINANCEMENT T2A À 100%	30
2.1 LA PRÉVALENCE DES GHM COMMUNS AUX ADULTES ET AUX ENFANTS PÉNALISE LA PÉDIATRIE AIGUE	30
2.2 LE FAIBLE NOMBRE DE GHM SEGMENTÉS « MOINS DE 18 ANS » ASSOCIÉS À UNE CMA CONSTITUE UN FACTEUR DE SURCOÛT POUR L'ACTIVITÉ PÉDIATRIQUE DE RECOURS.....	35
2.3 LA SUR REPRÉSENTATION DES SÉJOURS D'UNE NUIT AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS PÉDIATRIQUES S'EXPLIQUE EN PARTIE PAR DES CONSIDÉRATIONS MÉDICALES ET PÈSE SUR LES FINANCES DE L'HÔPITAL CONCERNÉ.....	42
2.4 LES ACTES D'IMAGERIE ET DE BIOLOGIE SONT PLUS FRÉQUENTS QUE POUR LES ADULTES ET RÉALISÉS DANS DES CONDITIONS PLUS DIFFICILES.	44
2.5 LE MODE DE CALCUL DES GHM PÉNALISE LES SUR SPÉCIALITÉS PÉDIATRIQUES AUX COHORTES DE PATIENTS FAIBLES..	44
3 LA CONSTITUTION DE MIGAC FLÉCHÉES SUR LES ACTIVITÉS PÉDIATRIQUES DE RECOURS DÉFICITAIRES, UN AJUSTEMENT DE LA CAPACITÉ D'ACCUEIL À L'ACTIVITÉ ET UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SÉVÉRITÉ DES PATHOLOGIES POURRAIENT AMÉLIORER LA SITUATION DES ÉTABLISSEMENTS PÉDIATRIQUES.....	47

3.1 LA PÉDIATRIE DE RECOURS DOIT FAIRE L'OBJET D'UN TRAITEMENT PARTICULIER.....	47
3.1.1 La fausse piste d'une MIGAC pédiatrique interne à l'AP-HP	47
3.1.2 La nécessité de revoir le mode d'allocation des MIGAC	48
A) L'actualisation de l'enveloppe MIGAC est tributaire de mesures ponctuelles	49
B) Le calcul des MIGAC ne permet pas toujours de financer les activités non rentables de l'hôpital.....	51
3.2 LE PROJET DE VERSION 11 DE LA CLASSIFICATION DES GHM PERMETTRAIT DE MIEUX PRENDRE EN COMPTE LA SÉVÉRITÉ DES PATHOLOGIES TOUT EN RECTIFIANT LES ANOMALIES LES PLUS FLAGRANTES.....	52
3.3 UN MEILLEUR CODAGE EST À PRIVILÉGIER.....	53
A L'HÔPITAL TROUSSEAU, DES PROBLÈMES DE CODAGE IMPORTANTS ONT PU ÊTRE IDENTIFIÉS : LES SCORES D'ANOMALIES DATIM SONT CERTES EN BAISSSE ET EN DESSOUS DE LA MOYENNE AP-HP, MAIS ILS RESTENT TRÈS LARGEMENT SUPÉRIEURS À CEUX ENREGISTRÉS PAR ROBERT DEBRÉ. PAR AILLEURS, UN AUDIT A ÉTÉ EFFECTUÉ EN NOVEMBRE 2006 ET LES SCORES OBTENUS PAR L'ENSEMBLE DES SERVICES DE L'HÔPITAL ONT ÉTÉ INFÉRIEURS À LA MOYENNE COMME L'ILLUSTRE LES CONCLUSIONS DE LA MISSION SUR LE SERVICE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE : « LE NIVEAU DE CONNAISSANCE T2A EST FAIBLE TANT EN TERME DE GHM PRODUITS QUE DE GHS. LES CONSULTATIONS INTERNES (POUR LES PATIENTS HOSPITALISÉS DANS D'AUTRES SERVICES) NE SONT PAS TOUJOURS DÉCOMPTÉES, CE QUI EST GÉNÉRATEUR DE PERTE DU DE NOMBRE DE CONSULTATIONS INTERNES POUR LA GASTRO-ENTÉROLOGIE. CONCERNANT LES ACTES, LA FEUILLE DE SAISIE DES ACTES COMPORTE EN CE MOMENT UNE GRANDE MAJORITÉ D'ACTES DE PNEUMOLOGIE - LES SEULS ACTES DE GASTROENTÉROLOGIE ÉTANT LA NUTRITION ENTÉRALE ET PARENTÉRALE) ; CONCERNANT LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS, LES CMA NE SONT PAS CONNUES. LE SERVICE NE DISPOSE PAS DE LISTES DE CODES À JOUR, TANT AU NIVEAU DES DIAGNOSTICS QUE DE ACTES - OR UNE CE TYPE DE LISTE GÉNÉRERAIT UNE DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ PLUS PRÉCISE. ».....	53
EXEMPLES D'ERREURS SIGNALÉES :	53
3.4 UN AJUSTEMENT DE LA CAPACITÉ D'ACCUEIL À L'ACTIVITÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DE FILIÈRES DE SOINS DOIVENT CONSTITUER UNE PRIORITÉ.....	55
3.5 LE LOBBYING DES PROFESSIONNELS POUR UNE MEILLEURE VALORISATION DES PATHOLOGIES À PRISE EN CHARGE DIFFICILE EST À RECHERCHER.....	57
CONCLUSION.....	59
BIBLIOGRAPHIE.....	61
LISTE DES ANNEXES.....	I

SI LA PÉDIATRIE EST SOUVENT PRÉSENTÉE COMME STRUCTURELLEMENT DÉFICITAIRE EN T2A À 100%, RARES SONT LES ÉTUDES QUI PARVIENNENT À OBJECTIVER CETTE SITUATION D'AUTANT QUE LES ÉTABLISSEMENTS QUI PRENNENT EN CHARGE DES ENFANTS N'ENREGISTRENT PAS TOUS LES MÊMES RÉSULTATS. CE MÉMOIRE, RÉALISÉ SUR 3 HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE L'AP-HP (ROBERT DEBRÉ, NECKER ENFANTS MALADES ET ARMAND TROUSSEAU) SOULIGNE LES DIFFICULTÉS MÉTHODOLOGIQUES INHÉRENTES À UN TEL TRAVAIL ET IDENTIFIE UN CERTAIN NOMBRE DE SPÉCIFICITÉS PROPRES À CETTE DISCIPLINE MÉDICALE DE NATURE À GÉNÉRER DES SURCOÛTS. IL DISTINGUE LA PÉDIATRIE GÉNÉRALE PEU PÉNALISÉE PAR LA RÉFORME DE LA T2A DE LA PÉDIATRIE DE RECOURS QUI - ELLE - APPARAÎT

STRUCTURELLEMENT DÉFICITAIRE DANS LE CADRE DE CE MODE DE FINANCEMENT. CETTE SITUATION EST NOTAMMENT LIÉE À LA PRÉVALENCE DE GHM COMMUNS AUX ADULTES ET AUX ENFANTS, AUX FAIBLES NOMBRES DE GHM PÉDIATRIQUES ASSOCIÉS À UNE CMA AINSI QU'AU MODE DE CALCUL DE L'ENC QUI PÉNALISE LES SUR SPÉCIALITÉS PÉDIATRIQUES AUX COHORTES DE PATIENTS FAIBLES. UNE RÉFORME VISANT UNE PLUS JUSTE RÉPARTITION DES MOYENS (CONSTITUTION DE MIGAC FLÉCHÉES SUR LES ACTIVITÉS DE RECOURS DÉFICITAIRES ET MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SÉVÉRITÉ DES PATHOLOGIES) PERMETTRAIT D'AMÉLIORER LES RÉSULTATS DU COMPTE D'EXPLOITATION DES ÉTABLISSEMENTS PÉDIATRIQUES. MAIS LES ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS DOIVENT PARALLÈLEMENT RÉALISER DES EFFORTS DE GESTION EN ADAPTANT LEURS CAPACITÉS D'ACCUEIL ET EN DÉVELOPPANT DES FILIÈRES DE SOINS PLUS RATIONNELLES..... 27

Liste des sigles utilisés

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
AREC : Assistance respiratoire extra corporelle
ARHIF : Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France
ATIH : Agence Technique de l'Information Hospitalière
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CEC : Circulation extra corporelle
CHU : Centre hospitalier universitaire
CMA : Comorbidité associée
CMAS : Comorbidité associée sévère
CMD : Catégorie majeure de diagnostic
DATIM : Détection des Atypies de l'Information Médicale
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMS : Durée moyenne de séjour
DRG : Diagnosis related Groups
ECMO : Extracorporeal membrane oxygenation
ENC : Echelle Nationale des Coûts
GHH : Groupe Hospitalier du Havre
GHM : Groupe Homogène de malades
GHS : Groupe homogène de séjours
GLJF001 : Épuration extracorporelle du dioxyde de carbone [CO₂] par voie veineuse, par 24 heures
GLJF002 : Épuration extracorporelle du dioxyde de carbone [CO₂] par voie veinoartérielle, par 24 heures
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
ISA : Indice synthétique d'activités
MERRI : Mission d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation
MIGAC : Missions d'intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
NN : Supplément de néonatalogie
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PM : Personnels médicaux
PMCT : Poids moyen du cas traité
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PNM : Personnels non médical

RSS : Résumé de séjour standardisé

RUM : Résumé d'unité médicale

SNITEM : Syndicat national de l'industrie des technologies médicales

T2A : Tarification à l'activité

TMCT : Tarif moyen du cas traité

UAJV : Unité d'Accueil des Jeunes Victimes

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

UF : Unité fonctionnelle

INTRODUCTION :

Face aux défis que posent l'évolution des techniques médicales, les attentes des patients et l'augmentation exponentielle des dépenses de santé dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint, les pays occidentaux ont décidé de modifier le mode d'allocation des ressources des établissements de santé.

En ce début de siècle la tendance dominante consiste à médicaliser le financement, c'est-à-dire à asseoir les ressources des établissements sur les pathologies prises en charge. Concrètement, une liste de tarifs est arrêtée préalablement par les financeurs (L'Etat et l'assurance maladie en France) et elle s'applique à chaque type de séjour. Ces tarifs sont généralement nationaux (plus rarement régionaux) et ils sont détaillés pour tenir compte de la diversité des pathologies.

Inspirés des DRG¹ américains instaurés pour permettre aux assurances privées et à « Medicare », principaux bailleurs de fonds du système outre Atlantique, de mesurer les coûts d'hospitalisation, la tarification à l'activité a été introduite en France par la loi du 18 décembre 2003. L'objectif est d'inciter à une gestion appuyée sur les recettes (et non plus sur les dépenses). Les ressources sont allouées en fonction de l'activité réelle. Le dispositif est modulé par diverses mesures prenant en compte les activités non directement valorisables, transversales ou répondant à diverses priorités de santé publique.

Cette réforme qui s'inscrit en rupture totale avec les deux précédents modes de financement tente de rapprocher le monde médical et la logique financière. En effet, le prix de journée, qui a été pratiqué dans les hôpitaux publics et dans les cliniques participant au service public jusqu'en 1984, tandis qu'il a perduré jusqu'à 2005 pour les cliniques privées à but lucratif, renvoyait davantage à un financement fondé sur des données hôtelières ou d'hébergement que médicales. Quant au budget global, qui s'est appliqué durant vingt ans dans le secteur public, il n'avait par sa globalité même, qu'un lien éloigné avec l'activité médicale.

C'est sans doute une des raisons pour lesquelles même si l'instauration de la T2A corrige la plupart des effets pervers de la dotation globale, cette réforme a été et reste difficilement acceptée du monde médical.

¹ Diagnosis Related Groups

Il est vrai que la mise en œuvre de cette réforme dans les Etablissements Publics de Santé ne se fait pas sans difficulté. L'existence d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à enveloppe fermée risque de distendre le lien entre les tarifs et les coûts réels supportés par les hôpitaux. Par ailleurs l'étude nationale des coûts (ENC) présente des biais méthodologiques liés à la non imputation de certaines dépenses et au choix discutable des clés de répartition qui peuvent faire penser que le tarif ne correspond pas toujours au coût de prise en charge de la pathologie².

La mise en œuvre progressive de la réforme (10% de financement aux tarifs en 2004 et 50 % en 2007), souhaitable pour ménager une transition s'accompagne d'un inconvénient qui concerne l'ensemble des établissements publics : un financement partiel à l'activité n'encourage pas forcément les gains de productivité. Surtout, en dessous d'une certaine part financée à l'activité, la tarification ne finance pas- ou finance mal – l'activité nouvelle. Les recettes de titre 2 (ticket modérateur et forfait journalier) sont, en outre, totalement déconnectées des tarifs des GHS à la différence de pays comme l'Allemagne. Les tarifs par séjour ne sont par conséquent pas encore opposables aux patients et/ou à leurs mutuelles ce qui rend le système illisible pour le profane et très complexe pour les acteurs de santé publique.

Ces difficultés sont communes à l'ensemble des activités médicales et beaucoup de médecins ne font pas mystère de leur hostilité au nouveau système – y compris, parfois, de manière caricaturale³.

En effet, ce qui change, de façon fondamentale dans le nouveau dispositif, c'est qu'il sanctionne au sens général du terme – c'est-à-dire positivement ou négativement – l'organisation médicale existante. On voit ainsi que la réforme du financement a des implications directes dans le mode de fonctionnement des professionnels de santé.

Dans le domaine de la pédiatrie, cette hostilité liée à la crainte que l'activité spécifique de prise en charge de l'enfant soit plus mal rémunérée que celle des adultes, s'est souvent transformée en opposition frontale. La charge émotionnelle liée à « l'injustice » ou au « scandale » de la maladie infantile est souvent utilisée pour décrier la logique médico économique qui préside désormais au financement des hôpitaux y compris pédiatriques.

Or, il est particulièrement difficile d'objectiver le fait que la T2A pénalise la pédiatrie plus que d'autres secteurs. Certes, l'on constate que les Groupes Homogènes de Séjour

² Expert Patrick, La Tarification à l'activité, médecine et gestion : une dynamique nouvelle, 2006, Berger Levrault

³ Editorial de la lettre de l'infectiologue – Tome XXII – n°2 –mars – avril 2007. A. Grimaldi

(GHS) ne sont que peu segmentés dans les tranches d'âge de 0 à 18 ans sauf dans le cas de la néonatalogie où les GHS sont identifiés selon le poids de naissance. Ainsi, dans le cas de l'hôpital Robert Debré (AP-HP) moins de 40% des recettes proviennent de GHS qui ont un contour spécifiquement pédiatrique. Les activités pédiatriques, notamment celles prises en charge dans les hôpitaux universitaires, ont des coûts par journée sensiblement supérieurs en personnel non médical à ces mêmes activités pratiquées au profit d'adultes. Pour des raisons évidentes, et d'ailleurs dans certains cas normés par la réglementation, la densité de personnel nécessaire à la prise en charge des patients est en effet largement supérieure : là où le ratio de présence infirmier/lit est de 1 pour 12 à 15 lits en moyenne dans un service d'adulte, il est de 1 pour 6 à 10 dans un service pédiatrique soit 1,5 à 2 fois plus. Mais dans le même temps le recours aux médicaments est beaucoup moins fréquent et moins intensif chez les enfants et leur durée moyenne de séjour (DMS) est très inférieure à celle des adultes.

Les hôpitaux pédiatriques de l'AP-HP⁴ qui constitueront le centre de cette étude sont - quant à eux- confrontés à un déficit qui, calculé sur la base d'une T2A à 100%, varie de 5 à 26 millions d'euros⁵. Ces établissements présentent la singularité d'être des CHU totalement pédiatriques pour Robert Debré et Armand Trousseau et majoritairement pour Necker Enfants Malades. L'AP-HP a lancé une réflexion sur le sujet et a constitué un groupe de travail qui s'est réuni pour la 1^{ère} fois le 21 juin 2006. A cette occasion a été évoquée la possibilité de créer une « MIGAC (Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) interne pédiatrique » pour certains GHM afin de contrebalancer l'effet mécanique de l'application de la T2A à des hôpitaux exclusivement ou majoritairement pédiatriques.

Il est en effet probable que des hôpitaux « mono activité » comme peuvent l'être Robert Debré et Armand Trousseau, avec un « case-mix » réduit, qui assument de surcroît des spécialités qui ne sont pratiquement pas prises en charge dans le secteur privé et qui sont souvent des hôpitaux de recours à l'échelle régionale ou nationale, doivent supporter des coûts de structure mal pris en compte par l'ENC car portant sur des cohortes peu nombreuses.

Par ailleurs, le Ministère et l'ATIH qui n'ont pas à ce jour réuni d'éléments de preuve formelle sur l'impact de l'âge des patients sur les coûts des hospitalisations travaillent, quant à eux, sur une réforme de la classification des GHS afin de passer à 4 niveaux de sévérité contre 2 aujourd'hui afin de prendre en compte de manière plus fine les

⁴ Robert Debré, Necker Enfants Malades et Armand Trousseau La Roche Guyon

⁵ Chiffres 2005

problèmes de co-morbidité. Mais on peut légitimement se demander si la sévérité des pathologies influe davantage que l'âge des patients sur les coûts supportés par un hôpital pédiatrique.

Il est par conséquent opportun de s'interroger sur la réalité du déficit de financement de la « spécificité pédiatrique ». Plus précisément, l'on peut se demander si la pédiatrie constitue un ensemble homogène en terme de valorisation de séjours ou bien si des spécialités sont plus ou moins bien prises en compte par la réforme de la T2A.

Si les tarifs issus de l'ENC traduisent à bien des égards une organisation imparfaite – à moins de considérer que les 50 établissements qui l'alimentent constituent des modèles en la matière – il est également fondamental de mesurer l'impact d'autres facteurs qu'une supposée sous valorisation des séjours (l'architecture, l'adaptation des effectifs).

Faut-il totalement exclure cette spécialité médicale du champ d'application de la réforme⁶ ou bien convient-il de mieux segmenter les GHS pédiatriques avec, par exemple pour les activités éducatives concourant à la prise en charge du diabète, de l'asthme, de l'obésité, de l'hémophilie ainsi que les centres de ressource et de compétence un système spécifique éligible à un financement par les MIGAC.⁷ ?

Au-delà de ces questions qui constitueront le centre de la problématique, les hôpitaux pédiatriques font également face à une autre difficulté liée à la T2A : elle réside dans la sur représentation des séjours d'une nuit qui pénalise les finances de l'hôpital en faisant supporter des coûts d'hospitalisation complète à un séjour rémunéré en CM 24.

Dès lors, si le caractère déficitaire du financement T2A de la pédiatrie reste difficile à objectiver (I), la pédiatrie « de recours » apparaît néanmoins structurellement fragile dans le cadre d'un financement T2A à 100% (II). La constitution de MIGAC fléchées sur les activités pédiatriques de recours déficitaires, un ajustement de la capacité d'accueil à l'activité et une meilleure prise en compte de la sévérité des pathologies pourraient améliorer la situation des établissements pédiatriques (III).

⁶ Ce qui semble peu envisageable

⁷ Comme le suggère l'article paru dans la revue internationale de pédiatrie 2005, n°337, pp. 4-12 [7 page(s) (article)]: la T2A des fantasmes à la réalité l'exemple du Groupe Hospitalier du Havre

1 Le caractère déficitaire du financement T2A de la pédiatrie reste difficile à objectiver

Malgré les idées reçues, la réforme de la tarification à l'activité touche la pédiatrie dans les mêmes proportions que d'autres spécialités médicales adultes. Les différentes études menées sur le sujet, peu nombreuses, à la méthodologie variable aboutissent en fait à des résultats contradictoires qui peinent à identifier des spécificités pédiatriques. Néanmoins, des surcoûts pédiatriques objectivables ont pu être reconnus.

1.1 La T2A ne méconnaît pas la pédiatrie

En dépit des affirmations de certains pédiatres relayées parfois dans des publications scientifiques, la réforme de la tarification à l'activité a pris en compte l'existence d'activités pédiatriques au sein des hôpitaux.

C'est ainsi que malgré une durée moyenne de séjour nettement inférieure à celle des adultes, une utilisation de médicaments moins intensive et une présence des parents qui auraient pu justifier soit des tarifs moins élevés pour les enfants soit des tarifs identiques, le Ministère a décidé de segmenter un certain nombre de GHM par âge en accordant des tarifs supérieurs à ceux octroyés pour les adultes. Certes, sur 781 GHM (version octobre 2006⁸) seuls 45 sont segmentés « inférieurs à 18 ans » auxquels il faut rajouter l'ensemble de la CMD 15 (néonatalogie) soit 18 GHM eux-mêmes subdivisés en fonction des poids de naissance.

Mais le Ministère a tenté à plusieurs reprises d'améliorer la valorisation des GHS pédiatriques.

Deux études distinctes menées par l'ATIH en octobre 2003 ont permis d'apporter des améliorations pour la valorisation des séjours « pédiatriques »⁹ :

- la première consistait à repérer les disparités inter établissements sur les durées de séjour importantes et concernant des GHM « âge moins de 18 ans », puis les disparités

⁸ Ce mémoire présente le résultat d'études réalisées à des dates et par conséquent selon des versions de classifications différentes. Il a été jugé préférable pour la clarté de l'exposé et compte tenu des modifications de tarifs et des changements intervenus dans la classification, de conserver les références de GHM relatives à l'année durant laquelle s'est déroulée le travail d'investigation.

⁹ Le terme pédiatrique est entre guillemets parce que la limite d'âge qui sert à ces groupes est, dans la majorité des cas, celle de 18 ans, ce qui ne correspond pas à celle qui est retenue pour définir les patients relevant de la pédiatrie. En revanche, on sait que les RSA orientés dans ces groupes ont un âge moyen très en dessous des 15 ans et qu'il n'y a pratiquement pas d'effectif pour la tranche d'âge 15-17 ans.

dues à la présence d'une population « pédiatrique » au sein des GHM non segmentés sur « âge moins de 18 ans » ;

- Les GHM à forte disparité inter établissements sur les durées de séjour

Les GHM « âge moins de 18 ans »

Parmi tous les GHM sélectionnés pour être étudiés en détail afin de comprendre l'origine des disparités observées sur les durées de séjour, très peu de groupes spécifiquement « pédiatriques » ont été identifiés. Il y en a cinq dont deux concernent des GHM que l'on peut rencontrer dans les deux secteurs d'hospitalisation (le 081 et le 355) et trois qui sont plus spécifiques au secteur public.

Le tableau ci-dessous indique les solutions retenues dans la version 9 de la classification.

081	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	La disparité est due au fait qu'il s'agit de séjours programmés dans le secteur privé et de séjours « mixtes » dans le secteur public. L'extension de la CM 24 aux séjours de un jour entraîne une orientation des séjours programmés (des deux secteurs) dans les groupes de « moins de 2 jours », ce qui résout la disparité observée.
172	Autres interventions cardiothoraciques, âge > 1 an, ou vasculaire quel que soit l'âge, sans CEC	La disparité n'est pas due à la présence d'enfants et d'adultes dans un même groupe, mais à une mauvaise utilisation de certains codes CdAM clairement « opératoires » pour indexer des actes de radiologie interventionnelle.
217	Intervention sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum âge inférieur à 18 ans	Résolu par la création d'un GHM « chirurgie majeure des malformations digestives »
230	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans	Résolu par la création d'un GHM « chirurgie majeure des malformations digestives »

355	Fractures, entorses, luxations et dislocations du bras, de la jambe à l'exception du pied, âge inférieur à 18 ans	L'extension de la CM 24 aux séjours de un jour entraîne une orientation de nombreux RSA dans les groupes de « moins de 2 jours », ce qui résout en partie la disparité observée.
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Les GHM comprenant indifféremment des enfants et des adultes.

Il s'agit ici de GHM qui ont été étudiés en détail parce qu'ils présentaient une forte disparité interétablissements sur les durées de séjour et que l'on trouve dans les commentaires une référence à une population « jeune ».

Cette étude permet de signaler que seulement quatre GHM sont concernés et présentés dans le tableau ci-dessous

299	Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif	Les patients jeunes ont des séjours plus courts , mais la raison principale de la disparité observée n'est pas due à l'âge, elle est due à des pratiques de codage CdAM.
337	Entorses et luxations du bassin et de la hanche	La disparité est due au fait que ces lésions peuvent être associées à d'autres traumatismes. On constate que les patients jeunes ont des séjours plus courts , mais les effectifs sont insuffisants pour segmenter ce GHM.
423	Maladies métaboliques congénitales	Les enfants et les adolescents avec des maladies métaboliques héréditaires ont des séjours longs et plus coûteux . Il faudra trouver une solution pour créer un GHM avec des codes qui ne peuvent pas être utilisés dans un autre contexte.
627	Psychoses, âge inférieur à 81 ans	Les patients jeunes ont des séjours longs avec une sortie en général vers le domicile, alors que les patients âgés sont plus souvent

	transférés vers des établissements SSR et PSY, avec des séjours plus courts en MCO.
--	-------------------------------------------------------------------------------------

- **Les GHM « âge < 18 ans » segmentés sur la présence d'une CMA**

Les GHM « pédiatriques » qui ont bénéficié d'une segmentation sur la présence d'une CMA sont les suivants :

138	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans
258	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans
422	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans
456	Infections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans
572	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge inférieur à 18 ans
610	Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur 18 ans

- la deuxième a permis, grâce à des critères statistiques et une augmentation des effectifs de l'ENC, de proposer la création de nombreux GHM « avec CMA »¹⁰ y compris pour les GHM correspondant à un « âge < 18 ans » :

138	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans
258	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans
422	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans
456	Infections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans
572	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge inférieur à 18 ans
610	Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur 18 ans

Par ailleurs dans le cadre de cette étude, deux GHM concernant les patients de moins de 18 ans ont été supprimés dans la version 9 parce que les effectifs ne permettaient pas de les maintenir (difficulté de calculer des « tarifs » sur très peu de cas) et parce que la différence entre la population « plus de 17 ans » et celle de « moins de 18 ans » ne justifiait pas que l'on conserve des groupes à faible effectif. Il s'agit des GHM suivants :

483	Circoncision, âge inférieur à 18 ans (GHM fusionné avec le GHM « adulte »)
567	Interventions sur la rate, âge inférieur à 18 ans (GHM fusionné avec le GHM « adulte »)

¹⁰ Les anciens GHM « avec CMA » ont été revus pour ne retenir que ceux qui répondaient aux critères retenus, mais très peu ont été supprimés.

De plus, chaque année, à l'occasion de l'actualisation des tarifs des modifications sont réalisées pour permettre une plus juste valorisation des séjours. La pédiatrie est toujours concernée. A titre d'exemple, on peut citer en 2007 l'alignement du supplément NN3 au tarif du supplément de réanimation pédiatrique et le recalage de l'échelle NN1/NN2/NN3, mais également la création du supplément de réanimation pédiatrique à un tarif supérieur à celui de la réanimation adulte.

En outre et sur le même sujet, au cours de l'année 2005, des remarques ont été adressées à la mission T2A de la DHOS dans le but de faire évoluer les tarifs et leurs règles d'application. La publication des tarifs des GHS pour l'année 2006 permet de penser qu'une partie des demandes ont été entendues¹¹:

- les tarifs de la CMD 15 ont été très sensiblement revalorisés ;
- les suppléments journaliers de réanimation néonatale (NN3) ont augmenté de 37 % (824,91 euros) et ont été alignés sur le tarif des suppléments de réanimation polyvalente ;
- les conditions d'attribution des suppléments ont été assouplies et ne sont plus liées au classement du séjour en CMD 15. L'attribution intervient quelle que soit la CMD du séjour pour peu qu'il se déroule dans une unité autorisée (NN1 supplément attribué pour chaque journée passée dans une unité autorisée de néonatalogie ; NN2 supplément attribué pour chaque journée passée dans une unité autorisée de soins intensifs néonataux ; NN3 supplément attribué pour chaque journée passée dans une unité autorisée de réanimation néonatale). Cependant, le supplément « Néonatalogie avec soins intensifs » (NN2) est attribué pour chaque journée où l'enfant est pris en charge dans un lit d'une unité de réanimation néonatale ou pédiatrique autorisée et que les conditions d'attribution d'un supplément de réanimation néonatale (NN3) ne sont pas réunies. Ces nouvelles règles imposent de coder les actes de réanimation sous peine de voir les séjours en unité autorisée valorisés comme des séjours de soins intensifs.

En revanche, rien n'a été modifié quant à la liste des actes marqueurs de réanimation, les bornes des durées de séjours et le GHM 15Z05A.

Il serait présomptueux de penser que les évolutions des tarifs entre 2005 et 2006 soient uniquement dues aux protestations des médecins et des gestionnaires des établissements. Il est plus raisonnable de penser que les remarques faites par les équipes médico-administratives ont été étayées par un certain nombre de constats faits par les experts de la mission T2A. En dehors des décisions politiques destinées à soutenir telle ou telle mission de santé publique, il est nécessaire de se référer aux modalités de calculs des tarifs des GHS pour comprendre les variations des tarifs de ces deux dernières années. De façon très schématique, trois étapes successives aboutissent à la détermination de l'échelle des tarifs des GHS : détermination des bases budgétaires ;

¹¹ Voir l'article complet de Claudie MENGUY et Marie Hélène BLOND des séjours sur la tarification des séjours en néonatalogie

détermination par l'ATIH d'une échelle relative de pondération des GHS en s'appuyant sur les données de l'étude nationale des coûts ; détermination des tarifs des GHS.

Détermination des bases budgétaires

Au sein de l'enveloppe globale des dépenses de santé est isolée l'enveloppe MCO. Dans cette enveloppe, on identifie les dépenses payées via les GHS, les suppléments journaliers et les séances (dialyse, radiothérapie, chimiothérapie).

Détermination d'une échelle relative de pondération des GHS

Cette échelle donne la position relative des groupes entre eux. C'est à cette étape que le paiement de suppléments journaliers (réanimation, soins intensifs et surveillance continue) a un impact fort sur le tarif des GHS.

En effet, il est nécessaire d'envisager en début d'année le nombre de suppléments à financer. Le montant des suppléments sera déduit du tarif à appliquer. C'est cette donnée qui explique la très forte baisse des tarifs de la CMD 15 en 2005.

Détermination des tarifs des GHS

Un facteur de conversion dit « facteur de passage » permet de passer de l'échelle de pondération des GHS aux tarifs. Enfin, aux tarifs ainsi estimés sont appliquées les mesures de la campagne budgétaire.

Il est encore trop tôt, à ce jour, pour évaluer l'impact des modifications des tarifs, mais nul doute que des améliorations dans la valorisation des séjours de néonatalogie ont été obtenues. En fin d'année 2005, il s'est avéré que la consommation des suppléments de néonatalogie avait été surévaluée et que, dans ces conditions, les unités de néonatalogie avaient été très pénalisées dans leur financement, d'où la correction opérée en 2006. Le but est d'arriver à une stabilité qui permette de réaliser des projections budgétaires en fonction de l'activité.

1.2 Les limites du mode actuel de calcul des coûts par GHM sont communes aux hôpitaux pour adultes et aux hôpitaux pédiatriques

Si la T2A ne décrit pas toujours parfaitement une activité et/ou ne restitue pas exactement les coûts réels supportés par les services, ces défauts sont communs à l'ensemble de l'activité hospitalière sans distinction entre la pédiatrie et la prise en charge d'adultes.

Il convient de relever ici les faiblesses des modes de calcul de l'étude nationale influençant les tarifs de la T2A. Celles-ci sont essentiellement liées à des problèmes d'imputation de dépenses et d'instabilité statistiques des GHM.

L'absence d'exhaustivité de la comptabilité analytique hospitalière explique en grande partie les difficultés d'imputation de certaines dépenses. Mais il faut relever le caractère récent et relativement rapide de la réforme qui n'a pas toujours permis aux hôpitaux de trouver le temps nécessaire à la constitution de base de données consolidée. Par ailleurs l'exercice est complexe et source d'erreurs : à l'hôpital Trousseau par exemple l'activité des brûlés relève de 2 unités fonctionnelles (UF) l'une dépendant de l'anesthésie (réanimation brûlés) et l'autre de la chirurgie orthopédique. Le coordinateur médical de cette activité et son adjoint étant anesthésistes, les dépenses de personnel médical (PM) ont été imputées au service d'anesthésie et non à l'unité des brûlés qui a vu en revanche ses charges induites d'anesthésiologie augmenter de manière considérable. Néanmoins, au fil des années on constate une amélioration dans la finesse d'imputation des dépenses, même si les changements fréquents de structure viennent parfois gripper le mécanisme.

Les établissements participant à l'échelle nationale des coûts n'imputent seulement que 25 à 30% des dépenses directement aux séjours. Il s'agit des médicaments, des prothèses, des actes et des examens. Encore faut-il nuancer ce propos. Lors du 8^{ème} séminaire des établissements participant à l'échelle nationale des coûts (novembre 2004), il apparaît que dans 24% des cas la pharmacie n'était pas impliquée dans le recueil des données et que, si les médicaments dérivés du sang étaient bien tracés, en revanche les autres médicaments (l'essentiel en volume) n'étaient suivis que dans 71% des établissements participant à cette étude. Les dispositifs médicaux n'étaient pris en compte directement que dans 45% des établissements et les ligatures et les sutures dans 22% des hôpitaux participant à l'étude.

La prescription informatique, qui est la seule à autoriser une imputation fiable aux séjours, restait très peu représentée dans ces établissements.

Le reste des dépenses liées à l'activité (70 à 75%) est calculé à partir de clés de répartition discutables. Par exemple, les journées réalisées sont régulièrement retenues

pour ventiler ces dépenses. Or, l'utilisation de cette clé est contestable car la journée n'est pas une variable suffisamment représentative du coût d'un séjour ou de la charge de travail. Cela étant, il faut reconnaître qu'aujourd'hui, il est difficile de faire mieux. Cela demanderait en effet un recueil de charge de travail très lourd et probablement source de davantage d'erreurs.

Ceci explique que, pour les établissements qui participent à l'étude nationale des coûts, des variations importantes sont constatées au sein d'un même GHM. Les prix de revient observés oscillent régulièrement entre 30 et 40%.

Pour confirmer ces faiblesses, le SNITEM (Syndicat national de l'industrie des technologies médicales) a publié fin 2005 les résultats d'une étude portant sur un échantillon de 25 groupes homogènes de malades. La moitié d'entre eux présentait une grande diversité en terme de coûts sur les dispositifs médicaux. Ce syndicat s'interroge sur l'homogénéité des regroupements de malades.

En effet, les GHM ne sont pas statistiquement stables. Selon Patrick Expert près d'une centaine de GHM apparaissent comme des « fourre tout ». En outre, de nombreux GHM ne sont représentés dans l'étude nationale des coûts que par quelques dizaines de séjours seulement ce qui est insuffisant sur le plan statistique. Cette situation touche plus particulièrement le secteur pédiatrique dont les cohortes de patients sont par nature (meilleur état de santé des enfants) plus faibles que celles des adultes. Cela étant, à moins de considérer que ces GHM représentent une forte proportion du case-mix des établissements pédiatriques (ce qui n'apparaît pas être le cas), cette situation ne joue qu'à la marge sur l'équilibre coûts/recettes d'un hôpital.

1.3 Des études aux résultats parfois contradictoires

Si l'ensemble des professionnels du secteur s'accordent à penser que la pédiatrie est sous financée, la mission T2A et l'ATIH en sont moins convaincues :

- aucune étude d'ensemble sur les hôpitaux ayant des activités pédiatriques n'a été réalisée
- seules des études parcellaires à la méthodologie et à la fiabilité variable ont pu être conduites

1.3.1 Les constats tirés de ces différentes études sont parfois contradictoires :

- A) L'approche par la disparité de durée de séjour inter établissements et par l'âge des patients

Ces études, menées dans la perspective de l'élaboration de la version 9, ont corrigé un certain nombre d'anomalies et permis de résoudre les plus grandes disparités observées sur les durées de séjour des groupes « pédiatriques ». L'étude menée dans le cadre de la mise à plat de la classification des GHM a montré que le problème du patient « jeune » a été peu rencontré. Il est vrai que cette étude a porté sur les disparités de durées de séjour et non sur celles des coûts ; or le surcoût de la pédiatrie est probablement dû, pour une bonne partie, à des différences liées à la spécificité du personnel (qualification et nombre) dans ce secteur d'activité.

- B) L'approche par le compte d'exploitation :

- L'étude menée sur le Groupe Hospitalier du Havre (GHH)¹² souligne l'existence d'un compte d'exploitation excédentaire sur la pédiatrie au sein de l'établissement. Cette étude tente de démontrer que le financement de l'activité de pédiatrie n'est pas structurellement déficitaire. Le 1^{er} argument avancé souligne que l'allocation budgétaire générée par la T2A est supérieure à celle du point ISA : les recettes comparées entre la logique ISA et la T2A pour le service de pédiatrie « éclaté » par unités médicales montrent que la valeur moyenne du séjour d'un patient exprimé en points ISA est à 1406 euros; pour la T2A, en incluant toutes les sources de financement, la valeur est de 1758 euros. Cette première partie d'analyse ne paraît avoir qu'un intérêt limité dans la mesure où à l'époque du point ISA le financement des hôpitaux n'était assis que marginalement sur ce mode de valorisation de l'activité.
- En revanche, l'approche méthodologique par le compte d'exploitation semble être beaucoup plus intéressante puisqu'elle permet de vérifier ou d'infirmer l'hypothèse d'une activité pédiatrique structurellement déficitaire. Surtout, elle autorise une approche globale du financement mis en place par la réforme en réintégrant en recettes les MIGAC et molécules onéreuses T2A ce qui n'est pas possible si l'on s'en tient à l'approche par valorisation des GHS. Or, les résultats sont à rebours des idées communément admises : le compte d'exploitation de la

¹² LE LUYER B, DAIRE I, LEROUX P, GARBACCIO E, BRIQUET E La T2A, des fantasmes à la réalité : l'exemple du groupe hospitalier du Havre, *Revue internationale de pédiatrie*, 2005, n°337, pp 4-12

pédiatrie est excédentaire de 882 230 euros au sein du groupe hospitalier du Havre ce qui signifie que l'activité est rentable au moins dans cet hôpital. Il convient néanmoins de regretter que cette publication n'ait pas été assortie d'une étude sur le « case-mix » pédiatrique de l'établissement qui aurait pu nous apprendre davantage sur la situation de la pédiatrie au GHH : les sur spécialités représentées, l'existence ou non d'un service de pédiatrie générale, la place de la chirurgie.

C) L'approche par la valorisation des GHM :

- L'étude menée en 2006 par l'AP-HP sur 3 hôpitaux pédiatriques tente de démontrer en revanche l'existence d'un sous financement de la pédiatrie¹³.

Deux facteurs majeurs de sous-valorisation de l'activité pédiatrique sont à retenir :

- **la prévalence des GHM communs aux adultes et aux enfants**, pour les raisons citées supra, compte tenu des distorsions notables de moyenne d'âge et/ou de pathologies. Pour les hôpitaux Robert Debré et Necker Enfants Malades qui participent de l'ENC, ces GHM concentrent la majorité des écarts aux coûts de référence ENC
- **l'absence d'une liste de CMA spécifiques à la pédiatrie (seuls 6 GHM sur 45 segmentés moins de 18 ans sont associés à une CMA¹⁴), sachant que la non prise en compte des pathologies lourdes associées** revient à un sous-financement de 50% en moyenne pour les séjours concernés. Ce travail peut être complété par des chiffres plus actualisés : alors que la moyenne des taux de séjours avec CMA de l'AP-HP était de 47,9% de janvier à mai 2007, celle des deux hôpitaux purement pédiatriques de l'AP-HP était de 24,3% pour Trousseau et 29,5% pour Robert Debré. Necker qui réalise une activité adulte a un taux de séjours avec CMA de 41,5% sur la même période de référence. Soit les cas traités par les deux hôpitaux purement pédiatriques de l'AP-HP sont moins lourds que la moyenne des autres hôpitaux de l'Assistance publique, soit la quasi absence de GHM avec CMA parmi ceux subdivisés « moins de 18 ans » pénalise les recettes des hôpitaux pédiatriques. Certes, le nombre importants de GHM communs aux adultes et aux enfants dans le case-mix de Trousseau et de Debré vient tempérer ce raisonnement comme d'ailleurs le fait que les études de l'ATIH

¹³ Note à l'attention de M. Jean NAVARRO et de M. Frédéric GUIN relative à la T2A et surcoûts de pédiatrie en hôpital exclusivement ou majoritairement pédiatrique

¹⁴ Dans la version classification des GHM de novembre 2006

ne retrouve que très peu de CMA spécifiques dans ces travaux sur la pédiatrie, il n'en demeure pas moins que le sujet doit être creusé. Par ailleurs, 12 625 séjours soit 45% des séjours de pédiatrie de plus de 2 jours des trois hôpitaux (hors CMD 15 et 24) appartiennent à un GHM non subdivisé sur la présence de CMA ; sous-valorisation liée à la non perception d'un tarif plus élevé malgré la lourdeur des soins que ces pathologies sous-jacentes entraînent.

Cette approche par la valorisation des GHM présente néanmoins l'inconvénient de ne pas intégrer les recettes (MIGAC et remboursement des molécules onéreuses) dans le raisonnement.

- D) L'approche par l'analyse de l'ENC menée chaque année par l'ATIH à l'occasion des révisions de tarifs

Ces études mettent en évidence le fait qu'il n'existe pas de sous valorisation globale de la pédiatrie mais reconnaissent qu'un problème se pose probablement sur un petit nombre de GHM qui – compte tenu de la faiblesse des effectifs des cohortes identifiées – ne sont pas tarifés à la hauteur des coûts réellement supportés. L'ATIH insiste sur le fait que – comme cela a été évoqué plus haut - des efforts sont réalisés chaque année afin de ne pas pénaliser les séjours pédiatriques.

Néanmoins il semble que les DMS plus courtes et la moins grande consommation de médicaments fassent baisser les coûts. De plus, les GHM segmentés moins de 18 ans prennent en compte les surcoûts liés à la présence de personnel supplémentaire. S'agissant des médicaments, cette affirmation semble peu compatible avec la réalité des établissements pédiatriques confrontés à la nécessité de « fabriquer » eux-mêmes les médicaments car ni la nature ni le dosage du médicament sont adaptés à la prise en charge des nourrissons. Il est par exemple fréquent de devoir « écraser » des comprimés pour en faire des solutions buvables.

- E) L'approche par le contenu du « case-mix » des hôpitaux

Une étude comparative¹⁵ menée par l'ATIH entre l'hôpital Lénval de Nice, l'hôpital Robert Debré et l'Institut catholique de Lille portait en première analyse sur les distorsions par âge.

Ce travail démontre que si on réalise une ENC spécifique pour les moins de 16 ans et une

¹⁵ Inédite

ENC spécifique des plus de 16 ans, les coûts par GHM divergent, et ce dans les deux sens (parfois, il est beaucoup moins cher d'avoir un enfant qu'un adulte, parfois c'est l'inverse). Par ailleurs, si on applique l'ENC de moins de 16 ans au case-mix des établissements pédiatriques de l'ENC, en l'occurrence à l'hôpital Robert Debré, le budget n'est pratiquement pas modifié (données 2003) même si les résultats varient beaucoup d'un GHM à l'autre.

Ainsi, avec une échelle différenciée selon l'âge (seuil de 16 ans), les hôpitaux pédiatriques gagneraient un peu (surtout LENVAL avec 3,2%), mais pas dans des proportions très importantes. En analysant le fichier par GHM, on constate que les situations étant très différenciées selon les cas, le case-mix a un impact fort sur le résultat. Au plus ce dernier est diversifié, plus l'hôpital a de chance de lisser ses surcoûts.

	echelle v9 normale	echelle v9 +- 16ans
	produit	produit
HOPITAL LENVAL NICE	102 850 000	106 140 000
ASS INSTITUT CATHOLIQUE DE LILLE	545 340 000	546 870 000
Hôpital Robert Debré	782 630 000	797 050 000

Au total, compte tenu de la diversité des méthodologies retenues, des périodes étudiées et du caractère parfois contradictoire des résultats obtenus, il est difficile de conclure à une sous valorisation globale de la pédiatrie dans le cadre de la T2A. D'autant que les établissements pédiatriques n'enregistrent pas tous les mêmes résultats.

1.3.2 D'autres facteurs expliquent le déficit

limiter l'explication du déficit des hôpitaux pédiatriques à l'application de la T2A paraît réducteur. En effet, les hôpitaux pédiatriques de l'AP-HP ne sont pas homogènes :

Robert Debré présente un compte de résultat prévisionnel en 100% T2A à l'équilibre grâce à son architecture moderne et rationnelle, à ses ratios de personnels paramédicaux inférieurs aux deux autres hôpitaux et surtout à un recrutement plus large qui lui permet d'avoir un case-mix plus diversifié que Trousseau (506 GHM contre 472).

Necker, pourtant pavillonnaire, bénéficie de la labellisation de 18 centres de maladies rares qui lui permet de recevoir des recettes MIGAC très importantes (64 712 596 euros

en 2006 contre 39 215 699 à Robert Debré et 20 018 661 à Trousseau en 2005). Par ailleurs, l'activité adulte de cet hôpital lui permet de davantage lisser ses coûts.

Armand Trousseau – quant à lui - cumule les handicaps : hôpital pavillonnaire constitué de sur spécialités de recours purement pédiatriques, sans taille critique il est composé d'unités dispersées servies par un personnel de soins sans doute historiquement largement dimensionné (y compris en pédiatrie générale). Une étude comparative menée entre Robert Debré et Trousseau sur les effectifs de soins rapportés au nombre de séjours a montré en effet un différentiel de 60 ETP d'infirmier au profit d'Armand Trousseau (soit 2 760 000 euros au coût moyen AP-HP), et 34 ETP d'aide soignant (1 252 560 euros). Or, la sur dotation n'est pas forcément synonyme d'efficacité comme l'illustre l'exemple des épidémies hivernales : en 2000, l'hôpital comptait 75 lits « épiver » et moins 30 infirmières sur le tableau des emplois, en 2005 le programme « épiver » rassemblait 43 lits avec un tableau des emplois complet. Or, l'établissement a connu plus de difficultés à placer des malades en 2005 qu'en 2000 avec un taux de transfert supérieur. Il a du faire face à un déficit de l'ordre de 20 millions d'euros en T2A simulée à 100% en 2006. L'existence de 4 blocs opératoires (1 bloc chirurgical généraliste, 1 bloc ORL, 1 petit bloc pour les brûlés et enfin depuis le 12 juin 2007 un bloc obstétrical) pour un hôpital de 365 lits (maternité comprise) n'est sans doute pas étrangère au coût de structure important que connaît l'établissement. La marge de progression de la qualité du codage est importante : le score DATIM - bien que meilleur que le score moyen AP-HP - enregistré de janvier à mars 2007 place Trousseau avec 12,1% d'anomalies de codage loin derrière Robert Debré (2,4%) même si son taux d'exhaustivité est excellent à 99,6%. Les progrès enregistrés en matière de qualité du codage au département de gastroentérologie à l'hôpital Trousseau entre 2006 et 2007 suggèrent que les carences peuvent être vite comblées en la matière. Le case-mix de ce service montrait en effet en 2006 une sous représentation du GHM 06M01S « Affections du tube digestif avec CMAS » et une sur représentation du GHM 06M08Z « Autres affections digestives, âge inférieur à 18 ans » alors même que les diagnostics principaux réalisés sur la majorité des patients auraient du orienter les dossiers vers le GHM avec co-morbidités sévères. En 2007, sur les 6 premiers mois de l'année 28 séjours ont été codés en 06M01S contre 31 durant toute l'année 2006.

1.4 Des surcoûts pédiatriques sont néanmoins identifiables

Ces surcoûts portent essentiellement sur les dépenses de personnels médical et non médical. Il faut distinguer là, ce qui est de l'ordre réglementaire (l'encadrement en

personnel paramédical dans les services de surveillance continue, dans les salles de surveillance post interventionnelle et en réanimation pédiatrique ou néonatale), de ce qui tient à des « normes indicatives » dans les services de pédiatrie générale ou spécialisée.

1.4.1 Les normes réglementaires en personnels soignants

Pour certaines activités médicales pratiquées à l'hôpital, des textes réglementaires encadrent précisément le nombre de personnel paramédical nécessaire. Mais ces règles sont souvent communes aux services d'adultes et d'enfants (salle de surveillance post interventionnelle). Seuls quelques secteurs particuliers disposent de normes d'encadrement plus strictes que dans les services des adultes ou d'activités spécifiques. Il s'agit de :

L'unité de néonatalogie :

Elle comporte au moins 6 lits. Pour pouvoir disposer en son sein de lits de soins intensifs, l'unité de néonatalogie comprend au moins 12 lits avec présence d'au moins un infirmier diplômé d'Etat, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie pour six nouveau-nés.

Si une unité de néonatalogie comprend un secteur soins intensifs, un infirmier diplômé d'Etat, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie, pour trois nouveau-nés est nécessaire.

L'unité de réanimation néonatale :

Comprend un minimum de 6 lits de réanimation avec la présence permanente tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, d'au moins un infirmier diplômé d'Etat, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie pour deux nouveau-nés hospitalisés en réanimation néonatale et pour trois nouveau-nés hospitalisés en soins intensifs de néonatalogie ; ces personnels sont affectés exclusivement à l'unité et ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans une autre unité (Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique).

Les unités pratiquant l'hémodialyse :

Pour les séances de traitement par hémodialyse d'enfants, sont présents en permanence en cours de séance au moins un infirmier ou une infirmière, ayant une pratique de la pédiatrie et de la dialyse, pour deux enfants en cours de traitement ainsi qu'une auxiliaire de puériculture ou un aide-soignant ou une aide-soignante pour quatre enfants. Dans les

services adultes les ratios sont moindres : ils requièrent la présence permanente en cours de séance de traitement d'au moins un infirmier ou une infirmière pour quatre patients et un aide-soignant ou une aide-soignante, ou éventuellement d'un autre infirmier ou d'une autre infirmière pour huit patients.

Les unités de réanimation pédiatrique :

L'équipe paramédicale d'une unité de réanimation pédiatrique comporte au minimum deux infirmiers diplômés d'Etat pour cinq patients ; ils sont, dans la mesure du possible, diplômés en puériculture. Elle comprend au moins une puéricultrice.

L'équipe paramédicale d'une unité de réanimation pédiatrique spécialisée comporte au minimum un infirmier diplômé d'Etat, dans la mesure du possible diplômé en puériculture, pour deux patients. L'équipe comprend au moins une puéricultrice et au minimum un aide-soignant ou un auxiliaire de puériculture pour quatre patients. Cette équipe est dirigée par un cadre de santé de la filière infirmière affecté, pour tout ou partie, à l'unité de réanimation pédiatrique ou pédiatrique spécialisée.¹⁶ Dans le même temps, les services d'adultes doivent compter 2 infirmières pour 5 patients et 1 aide soignant pour 4 patients.

A ces normes réglementaires, s'ajoutent d'autres contraintes qui expliquent les écarts de ratio infirmiers/patients observés avec les services adultes.

1.4.2 Les spécificités pédiatriques

- A) Une densité de personnel soignant supérieure à la moyenne des spécialités adultes y compris en l'absence de norme réglementaire

Pour des raisons de lourdeurs de prise en charge liées souvent à l'absence d'autonomie des enfants, la densité d'infirmières et d'aides soignant nécessaire au bon fonctionnement du service est supérieure en pédiatrie. Cela tient d'abord au fait que la très grande majorité des patients soignés ont moins de 5 ans. Jusqu'à cet âge en effet mais surtout jusqu'à 3 ans, les enfants peuvent être considérés comme des personnes dépendantes. Certes, l'accompagnement des parents est primordial, mais il ne joue vraiment que sur les courts séjours de pédiatrie générale. En revanche, pour les pathologies chroniques, les parents ne peuvent pas se libérer tout le temps et cette lourdeur de prise en charge constitue un vrai facteur de surcoût. C'est ensuite lié à l'aggravation des cas pris en

¹⁶Décret n° 2006-74 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique

charge par les hôpitaux. Dans la quasi-totalité des hôpitaux ou unités pédiatriques le poids moyen du cas traité (PMCT) ou tarif moyen du cas traité (TMCT) est supérieur à celui qui existait il y a 5 ans. A titre d'exemple on peut citer les résultats d'une étude rétrospective portant sur 226 patients en néonatalogie mis en ECMO dans le service de réanimation de l'hôpital Trousseau avant leur quinzième jour de vie et pendant plus de 24 heures, durant deux périodes (groupe 1 : 1988-1993 ; groupe 2 : 1996-2003). Les auteurs ont démontré que la sévérité des cas traités s'était accrue (taux de survie de 69% versus 80% dans le groupe 1).

Cette évolution s'explique par une meilleure prise en charge des soins primaires, par des règles de remboursement par la sécurité sociale plus avantageuses que pour les adultes (absence de participation du patient aux frais médicaux) qui permet à l'hôpital d'être moins embolisé par de la « bobologie »¹⁷ et surtout par les progrès de la médecine. En effet, de nombreux patients aujourd'hui pris en charge dans des services « d'aigus » n'auraient pas survécu il y a 15 ans et sont aujourd'hui soignés avec un pronostic vital certes réservé mais qui s'améliore.

- B) Le développement des « sur spécialités » et des centres de références pour les maladies rares ont mécaniquement alourdi la gravité des pathologies soignées

Surtout, c'est le développement des « sur spécialités » et dans les CHU des centres de références pour les maladies rares qui a mécaniquement alourdi le PMCT des services au détriment de la pédiatrie générale. Les décisions stratégiques prises il y a une vingtaine d'années ont conduit les CHU à s'orienter vers les pathologies aiguës. Cette évolution s'est trouvée favorisée par le corps médical plus enclin à s'intéresser aux spécialités de recours qu'à la pédiatrie générale qui devait être laissée aux hôpitaux de proximité ou à la médecine de ville.

Dès lors, là où le ratio infirmière/lit au sein d'une activité clinique comparable est de 1 pour 12 à 15 lits en moyenne dans un service adulte, il est de 1 pour 6 à 10 dans un service pédiatrique soit 1,5 à 2 fois plus.

Par ailleurs en matière médico-technique, une radio prend en moyenne 10 minutes de plus chez l'enfant que chez l'adulte, l'interprétation d'un examen en médecine nucléaire ou en hématologie est également plus complexe. Les scanners et IRM nécessitent des anesthésies générales pour les enfants de moins de 5 ans qui représentent la grande

¹⁷Cette remarque ne vaut pas pour tous les hôpitaux pédiatriques et dépend de leur exposition au risque « précarité » plus forte à Robert Debré qu'à Trousseau ou à Necker.

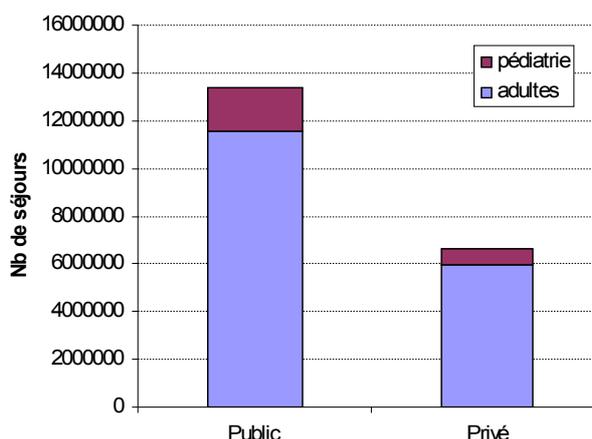
majorité des patients traités en hôpital pédiatrique.

- C) L'hôpital public prend en charge une patientèle aux pathologies plus lourdes que les cliniques privées

Illustration du rôle de « recours » assigné à l'hôpital public, la part des patients lourds et la DMS sont plus importantes que dans le secteur privé¹⁸.

En effet, l'hôpital public surtout lorsque c'est un CHU accueille des patients plus lourds que les cliniques privées avec des DMS plus importantes¹⁹ : l'activité pédiatrique représente une part comparable dans chaque secteur : 14% pour le public et 11% pour le privé. Cependant, 3 enfants sur 4 sont pris en charge dans le secteur public (figure 1).

Figure 1



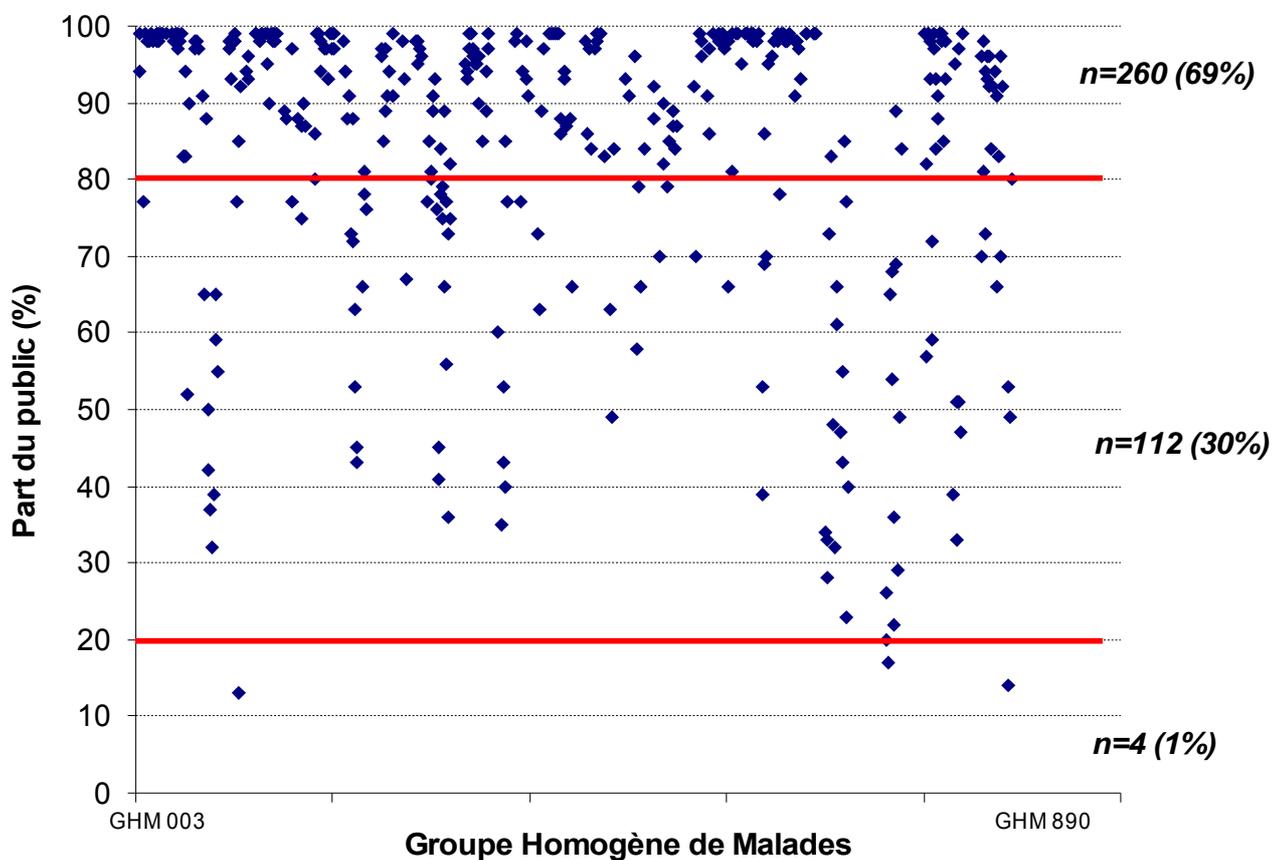
L'activité pédiatrique du secteur public est plus diversifiée que l'activité du secteur privé : 80% de l'activité est distribuée dans 59 GHM pour le public et dans seulement 15 GHM pour le privé. La figure 2 représente la part du secteur public pour chaque GHM dont l'effectif total national était supérieur à 50 séjours en 2003. Pour la plupart des GHM, le secteur public réalise plus de la moitié de l'activité. La part du secteur privé est très majoritaire pour seulement 4 GHM dont 3 sont réalisés en ambulatoire : les « Affections

¹⁸ La DMS n'est néanmoins pas toujours un indice de lourdeur de la pathologie traitée mais peut être également le signe d'une mauvaise organisation.

¹⁹ LE BIHAN Christine, BOUDAY Pascale, la classification actuelle des GHM et la convergence public/privé : impact du recrutement sur la durée de séjour en pédiatrie, 9^{ème} séminaire de l'étude nationale des coûts, Novembre 2005

de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires » (GHM 105), les « Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies, en ambulatoire » (GHM 763), les « Drains transtympaniques, en ambulatoire » (GHM 764) et les « Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire » (GHM 885). Ces GHM figurent parmi les 8 GHM les plus fréquents du secteur privé.

Figure 2



Sur l'ensemble de l'activité étudiée, il y avait 36 GHM pour lesquels la DMS des 2 secteurs différait d'au moins 2 jours avec un effectif supérieur à 30 séjours dans chaque secteur en 2003. Pour 1 GHM la DMS du secteur privé était plus longue : « Autres problèmes post-néonataux précoces » (GHM 861). Pour les 35 autres GHM la DMS du secteur public était la plus longue illustrant des prises en charge distinctes au sein d'un même GHM.

Par exemple le GHM des « Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum, âge inférieur à 18 ans » (GHM 217) regroupe des prises en charge bien distinctes. Trois grands groupes sont identifiables selon le diagnostic principal : chirurgie de la sténose du pylore, chirurgie du reflux gastro-oesophagien (RGO), et chirurgie de l'atrésie, fistule ou sténose congénitale de l'œsophage. La chirurgie de la sténose du pylore représente une part plus importante des diagnostics dans le secteur public (48%) que dans le secteur privé (14%). La durée moyenne de séjour est comparable.

La chirurgie du RGO représente 72% du GHM 217 dans le privé contre 22,5% dans le public. En revanche, la durée de séjour est plus de 5 fois plus longue dans le public. L'analyse des diagnostics associés étaye cette différence. La comparaison des durées de séjour de la chirurgie du RGO a été ajustée sur la présence ou l'absence des comorbidités associées suivantes : enfant porteur d'une stomie digestive, syndrome malformatif (cardiaque, pulmonaire, digestif, rénal, paroi abdominale, syndrome polymalformatif), prématurité, dysplasie broncho-pulmonaire, encéphalopathie, mucoviscidose, certaines maladies métaboliques, retard mental grave ou profond.

Dans le secteur public, un tiers des enfants opérés pour cure de RGO présentait une des comorbidités listées ci-dessus, versus moins de 1% dans le secteur privé. Ces comorbidités sont associées à un allongement de la durée de séjour dans le secteur public. Le recrutement scindé en 4 classes (RGO avec ou sans comorbidité associée, sténose du pylore ou autre) explique 14,7% de la variance de la durée de séjour.

Chirurgie du reflux gastro-oesophagien – caractéristiques des séjours selon les diagnostics associés

	Base Publique		Base Privée	
	sans pathologie	avec pathologie	sans pathologie	avec pathologie
	sous-jacente	sous-jacente	sous-jacente	sous-jacente
Effectif	330	166	142	1
Durée de séjour				
moyenne	16,0	47,2	3,6	-
médiane	5,0	7,0	3,0	-

Après avoir identifié un certain nombre de spécificités de la pédiatrie susceptibles de générer des surcoûts, il est nécessaire de se demander si ces derniers touchent globalement la spécialité ou se concentrent sur certaines spécialités coûteuses.

2 la pédiatrie de recours apparaît structurellement fragile dans le cadre d'un financement T2A à 100%

Si l'identification de surcoûts pédiatriques n'est pas évidente à réaliser, le mode de construction de l'ENC ainsi que les modalités de calcul du tarif des GHM pénalisent les activités coûteuses, réalisées dans des conditions de quasi monopole régional voire national, avec des files actives de patients faibles.

2.1 La prévalence des GHM communs aux adultes et aux enfants pénalise la pédiatrie aigue

Les taux d'encadrement nécessaires à la prise en charge des enfants entraînent des surcoûts avérés des services pédiatriques comparativement aux services adultes spécialement dans des services d'aigus.

L'exploitation des coûts de référence, c'est à dire des données de la **base nationale de coûts** 2004, permet d'établir des coûts journaliers par type de GHM (chirurgical ou médical, prise en compte des CMA et spécificité pédiatrique).

En isolant les seuls coûts liés aux salaires cliniques (personnel médical et paramédical affectés aux soins), **les séjours des GHM spécifiquement pédiatriques affichent un surcoût statistiquement significatif variant de 42 à 65% par rapport aux séjours des GHM spécifiquement adultes²⁰.**

Cf. Tableau 1 en annexe

Ce surcoût traduit la densité de soins nécessaire à la prise en charge des enfants, encore plus des nouveaux-nés, et qui est dans certains cas normée par la réglementation : là où le ratio infirmière/lit est de 1 pour 12 à 15 lits en moyenne dans un service adulte, il est de 1 pour 6 à 10 dans un service pédiatrique soit 1,5 à 2 fois plus.

Ces surcoûts structurels ne sont pas compensés par des sous-coûts dans les autres secteurs de dépense, l'écart de coût journalier hors structure s'expliquant en tout ou partie par l'écart sur les salaires cliniques. (cf. coûts journaliers hors salaire clinique, tableau 1 déjà cité).

²⁰ Note à l'attention de M. Jean NAVARRO et de M. Frédéric GUIN relative à la T2A et surcoûts de pédiatrie en hôpital exclusivement ou majoritairement pédiatrique

➤ **Ces surcoûts structurels ne sont majoritairement pas pris en compte dans le système de tarification**

Parmi les quatre types de GHM qui peuvent être distingués dans les case-mix pédiatriques des trois établissements, les GHM communs aux adultes et aux enfants dont la moyenne d'âge dans la base ENC est supérieure à 18 ans sont très nettement majoritaires : ils représentent 73,5% des séjours de pédiatrie de R. Debré, 76,6% de ceux d'A. Trousseau et 80,8% de ceux de Necker.

Tableau 2 REPARTITION DES SEJOURS DE PEDIATRIE PAR GRANDE CATEGORIE DE GHM

Séjours 2005 de pédiatrie (exclusion des RUM de maternité et nouveaux-nés non hospitalisés et des services adultes de Necker)	RDB		TRS		NCK		TOTAL 3 hôpitaux	
	n	%	n	%	n	%	n	%
GHM adultes	15	0,1%	38	0,2%	38	0,1%	91	0,1%
GHM communs, âge de référence >=18 ans	17 536	73,5%	17 205	76,6%	21 725	80,8%	56 466	77,1%
GHM communs, âge de référence <18 ans	1 101	4,6%	1 328	5,9%	567	2,1%	2 996	4,1%
GHM pédiatriques	5 203	21,8%	3 897	17,3%	4 558	17,0%	13 658	18,7%
TOTAL TOUS GHM DE PEDIATRIE	23 855		22 468		26 888		73 211	

Le tableau 3 en annexe fait figurer le détail des GHM concernés et leurs moyennes d'âge respectives dans la base ENC et dans le case-mix des trois hôpitaux de l'étude.

La non prise en compte du surcoût lié au taux d'encadrement justifié en pédiatrie et aux indications médicales totalement différentes de ces mêmes GHM lorsqu'il s'agit d'adultes constitue une situation fortement pénalisante pour les hôpitaux exclusivement ou très majoritairement pédiatriques qui se situent massivement sur la tranche haute des GHS **sans que des situations inverses (GHM communs avec une moyenne d'âge supérieure à l'échelle nationale par exemple) ne viennent lisser les coûts.**

Elle est au contraire accusée par le cas spécifique des nouveaux-nés (enfants de moins de 29 jours) qui représentent **8,9% des séjours pédiatriques aigus (16,7% des séjours chirurgicaux)** soit 2 649 séjours dont 399 (soit 15%) sont rémunérés par des GHS communs aux adultes et aux enfants. Seuls 52 Résumés d'Unité Médicale (soit 13%) ont été réalisés dans une structure donnant lieu à suppléments.

Tableau 4 : NN hors cmd 24

SEJOURS DE NOUVEAUX-NES - valeur et % des séjours pédiatriques

	RDB		TRS		NCK		TOTAL 3 hôpitaux	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total NN	1 118	11,3	654	7,3	877	8,0	2 649	8,9
dont NN chirurgicaux	120	10,7	72	11	250	28,6	442	16,7

➤ **Au global, cet effet explique la majorité des surcoûts des hôpitaux Robert Debré et Necker-Enfants Malades par rapport à l'ENC-CHU.**

L'analyse des données ENC 2004 de Robert Debré et Necker-Enfants Malades en comparaison avec la base de référence ENC des CHU uniquement permet d'évaluer les différences de coûts par rapport à cette référence.

Les GHM communs aux adultes et aux enfants avec un âge de référence supérieur à 18 ans, représentent :

- 8,3 M€ soit **82% du surcoût en pédiatrie de Robert Debré** par rapport à l'ENC-CHU, dont 4,0 M€ pour le seul PNM (ensemble des séjours) ;
- 15,7 M€ soit **87% du surcoût en pédiatrie de Necker Enfants Malades** par rapport à l'ENC-CHU, dont 5,6 M€ pour le seul PNM (hospitalisation aiguë seulement).

Par exemple, **la transplantation rénale pédiatrique** est à l'origine d'un allongement de la durée de séjour par rapport aux adultes (27,1 à Debré, 27,9 à Necker et 48,1 à Trousseau en 2006 alors que la DMS du GHM est à 18 jours). Or le « GHM 27C06Z » est commun aux adultes et aux enfants. Le nombre de séjour est faible (10 à Debré, 13 à Necker et 7 à Trousseau en 2006), mais chaque séjour génère un surcoût de 11 000 € par rapport à la référence en partie parce que le seuil de déclenchement des « extrêmes haut » est très élevé (46 jours) et ne permet de générer en 2006 que 5 séjours à supplément sur 30 transplantations rénales pour les trois hôpitaux pédiatriques de l'étude.

La chirurgie de l'hypospadias, malformation congénitale du pénis (GHM 476) à Debré, Necker et Trousseau est le plus souvent une chirurgie de reprise suite à une première intervention réalisée au sein de l'établissement ou dans un autre établissement. Il s'agit d'une chirurgie du petit enfant dans les trois hôpitaux pédiatriques de l'étude mais une chirurgie du jeune adulte dans la base nationale.

Les maladies métaboliques

Un surcoût important est observé pour les GHM 419 (Diabète, âge inférieur à 36 ans), 423 (Maladies métaboliques congénitales) et 427 (Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles, avec CMAS), GHM **non spécifiquement pédiatriques**. La comparaison des diagnostics principaux de Necker (centre de référence national pour les maladies métaboliques congénitales) et de la base nationale retrouve un case-mix différent.

Tableau 5 : Comparaison aux coûts de référence ENC-CHU 2004 des séjours de pédiatrie

Necker-Enfants Malades hospitalisation aigue hors services adultes et maternité

	nb de séjours		coût hors structure théorique (A)	coût hors structure observé (B)	surcoût total		% surcoût hors structure (B/A)	surcoût du PNM	
	n	%			n (B-A)	% dans le total surcoût		n	% dans le surcoût PNM total
GHM adultes	53	0,5%	258 714 €	335 105 €	76 391 €	0,4%	130%	26 220 €	0,4%
GHM communs, âge de référence <18 ans	198	1,9%	1 737 750 €	1 537 488 €	- 200 262 €	-1,1%	88%	- 18 756 €	-0,3%
GHM communs, âge de référence >=18 ans	5 865	57,4%	36 686 722 €	52 397 483 €	15 710 761 €	87,2%	143%	5 622 362 €	93,3%
GHM pédiatriques	4 101	40,1%	26 957 588 €	29 381 838 €	2 424 250 €	13,5%	109%	393 924 €	6,5%
Total	10 217	1,0	65 640 774 €	83 651 914 €	18 011 140 €		127%	6 023 750 €	

Robert Debré tous séjours hors maternité

	nb de séjours		coût hors structure théorique (A)	coût hors structure observé (B)	surcoût total		% surcoût hors structure (B/A)	surcoût du PNM	
	n	%			n (B-A)	% dans le total surcoût		n	% dans le surcoût PNM total
GHM adultes	ns								
GHM communs, âge de référence <18 ans	17 433	70,3%	38 949 621 €	47 206 822 €	8 257 201 €	81,6%	121%	4 015 261 €	77,9%
GHM communs, âge de référence >=18 ans	1 008	4,1%	2 740 544 €	2 479 607 €	- 260 937 €	-2,6%	90%	- 54 998 €	-1,1%
GHM pédiatriques	6 353	25,6%	27 228 993 €	29 354 579 €	2 125 586 €	21,0%	108%	1 197 218 €	23,2%
Total	24 794		68 919 158 €	79 041 008 €	10 121 850 €		115%	5 157 481 €	

Au delà de cette distorsion par l'âge, intervient la non-reconnaissance de pathologies lourdes associées.

2.2 Le faible nombre de GHM segmentés « moins de 18 ans » associés à une CMA constitue un facteur de surcoût pour l'activité pédiatrique de recours

La non prise en compte des CMA lors du groupage revient à refuser pour les séjours concernés la perception d'un tarif supérieur alors que les tarifs GHS exclusivement adultes sont en moyenne revalorisés de 50% en cas de CMA/CMAS.

➤ Cette distorsion concerne 12 625 séjours sur les trois hôpitaux de l'étude soit 45% des séjours pédiatriques de plus de 2 jours.

Tableau 4 : GHM non segmenté sur les CMA
(hors cmd 24 et 15)

SEJOURS DES GHM non segmentés sur les CMA

	RDB		TRS		NCK		TOTAL 3 hôpitaux	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	3 783	42,2	3 298	39,1	5 544	51,9	12 625	45,0

➤ Par ailleurs, la liste des CMA n'est pas adaptée à la pédiatrie.

Sur les trois hôpitaux de l'étude, par exemple, certaines catégories de pathologies chez l'enfant alourdissent la prise en charge mais ne sont pas reconnues comme CMA :

Tableau 5 : exemples de diagnostics associés

	RDB	TRS	NCK	TOTAL
diabète sans complication	68	11	18	97
malformations graves de l'appareil digestif	108	44	129	281
maladies métaboliques rares	83	42	102	227
malformations neurologiques graves	53	31	81	165
malformations graves de l'appareil urinaire	170	72	101	343

La concentration des cas spécifiques mal rémunérés s'accroît dans les hôpitaux de l'étude par la mise en place des centres de référence maladies rares, et constitue un effet casemix fortement pénalisant à l'échelle d'un hôpital alors même que le nombre de séjours ne constitue pas toujours par GHM à l'échelle nationale une masse critique pertinente.

L'hôpital Robert Debré participe à 13 centres de référence dont 4 comme coordonnateur (maladies endocriniennes de la croissance, anomalies du développement embryonnaire d'origine génétique, syndrome d'ondine et maladies héréditaires du métabolisme).

L'hôpital Necker-Enfants Malades participe à 25 centres labellisés, dont 12 comme coordonnateur ou co-coordonnateur (déficits immunitaires héréditaires, maladies digestives intestinales, maladies génétiques à expression cutanée, maladies rénales héréditaires, maladies métaboliques héréditaires, épilepsies rares, maladies osseuses constitutionnelles, maladies mitochondriales, arthrites congénitales, malformations cardiaques, maladies ophtalmologiques rares et dysostoses craniofaciales).

L'hôpital Armand Trousseau participe en 2007 à 18 centres de référence maladies rares dont 6 comme coordonnateur ou co-coordonnateur (surdités d'origine génétique, neurofibromatoses et maladies respiratoires rares, malformations de la face et de la cavité buccale, malformations ORL rares, malformations et maladies congénitales du cervelet).

La mise en place de ces centres de maladies rares n'est pas sans effet en terme de concentration du recrutement des services concernés sur des pathologies associées excessivement lourdes comme la drépanocytose, le déficit immunitaire, les pathologies malformatives, les anomalies chromosomiques...

Dès lors, bien souvent, le GHM vers lequel oriente le diagnostic principal est majoritairement constitué d'une population aux pathologies moins lourdes que celle rencontrée dans les trois hôpitaux de l'étude. Les exemples ci-dessous démontrent que l'inexistence de CMA ou de CMAS pénalise les hôpitaux de l'étude confrontés à la prise en charge de patients plus aigus.

L'allogreffe de moelle en pédiatrie (GHM 564)²¹

Deux facteurs concourent à générer un surcoût par rapport au coût de référence :

- activité pédiatrique (ce GHM est commun aux adultes et aux enfants) ;
- et pathologie greffée : la greffe de moelle réalisée en pédiatrie à Necker concerne des enfants atteints de déficits immunitaires, alors que partout ailleurs aussi bien en pédiatrie que chez les adultes, ce sont des hémopathies malignes.

De ce fait, la durée de ces séjours est particulièrement longue à Necker (126 jours en

²¹ LE BIHAN Christine, LANDAIS Paul, NECKER-Enfants malades : GHM coûteux – Données ENC 2003

2003).

La nature des pathologies traitées dans ce service retentit également sur les coûts observés des autres GHM d'hématologie (GHM 570 et 574).

L'hématologie pédiatrique semble mieux valorisée que l'oncologie pédiatrique

En 2006, la cure de chimiothérapie sur leucémie aigue est ainsi valorisée 2017,97 euros tandis que le tarif pour une cure de méthotrexate à haute dose dans le cadre de traitement des ostéosarcomes est de 1006,69 euros pour un cas sans CMA et de 1335,76 euros pour un patient avec CMA. Or, les deux traitements exigent un temps infirmier identique. Cette situation pénalise les hôpitaux comme Trousseau dont l'activité est à la fois hématologique et oncologique, alors que l'activité de Robert Debré qui ne traite pas les tumeurs solides est mieux prise en compte.

La chirurgie cardiaque pédiatrique

Les GHM 172, 153, 170 sont communs aux adultes et aux enfants, avec des interventions de nature très différente pour les enfants (malformations congénitales).

Pour les 2 autres GHM spécifiquement pédiatriques 169 « Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle » et 171 « Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle », et plus particulièrement le GHM 171, les pathologies de Necker sont plus lourdes que dans la base nationale. Même si sur ces deux GHM Necker et Marie Lannelongue réalisent les trois quarts de l'activité française, on constate à la lecture du tableau ci-dessous que les durées de séjours entre les secteurs publics et privés divergent très largement. Cela pourrait accréditer la thèse selon laquelle Necker constitue l'hôpital de recours pour les cas les plus graves sur ces deux GHM. Pourtant, les effectifs sont majoritairement dans le secteur public, et il apparaît anormal que l'on observe des sous coûts d'autant que Marie Lannelongue fait également partie de l'ENC. Mais une difficulté que signalent ces centres de recours, proviendrait du fait que des enfants plus âgés se font opérer ou réopérer de malformations néonatales à 3 ans et plus, et tombent dans les GHM communs aux adultes et aux enfants.

		Base publique			Base privée		
		Durée de séjour			Durée de séjour		
GHM	libellé	n	moyenne	médiane	n	moyenne	médiane
169	Autres interventions	1304	18,1	14	180	11,3	9

	cardiothoraciques, âge inf. à 2 ans, avec circulation extracorporelle						
171	Autres interventions cardiothoraciques, âge inf. à 2 ans, sans circulation extracorporelle	474	16,9	11	48	8,9	8

La chirurgie viscérale pédiatrique

Plusieurs GHM de chirurgie viscérale se trouvent parmi les GHM les plus en surcoût des établissements pédiatriques de l'AP-HP du fait de la non comparabilité des activités réalisées à Debré, Necker et Trousseau avec les autres établissements : chirurgie de pathologies malformatives, pathologies sous-jacentes non prises en compte comme CMA, chirurgie de reprise :

- L'ex GHM 213 de la version 7, par exemple, concerne à Debré, Necker et Trousseau les pathologies malformatives intestinales. Ce GHM n'est pas spécifiquement pédiatrique, dans la base nationale, il est constitué principalement de chirurgie de l'adulte pour tumeurs coliques, dont la prise en charge n'est pas comparable aux séjours réalisés à Necker. En V9, la chirurgie majeure des malformations (paroi abdominale, atrésies et fistules de l'œsophage, malformation intestinale) est maintenant groupée dans un GHM spécifique, mais il reste malgré tout une grande hétérogénéité des diagnostics pédiatriques et adultes pour le GHM 06C04W.

- Le GHM 217 de la version 7 (06C05Z), concerne à Necker Robert Debré et Trousseau des cures de reflux-gastro-oesophagien sur des enfants aux pathologies lourdes non prises en compte par le GHM (stomie digestive, syndrome malformatif, encéphalopathie, mucoviscidose...) responsables d'un allongement de la durée de séjour par rapport à la référence.

- Les cures de hernie inguinale (GHM 230 : 06C10Z) réalisées dans les 3 hôpitaux pédiatriques de l'AP-HP le sont pour de jeunes enfants (âge moyen à 1,5 ans contre 5,2 pour la référence), souvent prématurés ou de petit poids de naissance : 14% sont des nouveau-nés (moins de 28 jours), et 37% ont moins de 3 mois à Necker ; 80% ont moins d'un an à Trousseau et 66% à Debré.

La gastroentérologie pédiatrique

Dans la base de référence, le GHM 258 « Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans sans CMA » est essentiellement constitué de gastroentérites, pathologies à DMS courte. A Necker, et plus particulièrement dans le service de gastroentérologie pédiatrique, les séjours de ce GHM sont en majorité des pathologies responsables de séjours plus longs : malabsorptions digestives ou sténose de l'œsophage, ou encore des gastroentérites survenant sur un terrain particulier, majoritairement non reconnu comme une CMA.

S'agissant du GHM 261 « Autres affections digestives, âge inférieur à 18 ans », plus de la moitié des séjours de Necker pour ce GHM mentionne un diagnostic principal de malformation congénitale digestive (œsophage, grêle, colon, maladie de Hirschsprung) ou de la paroi abdominale (laparochisis). La DMS de ces séjours est de 15,2 jours. Ces pathologies ne constituent qu'un faible pourcentage des séjours de la base nationale dans laquelle les diagnostics principaux sont pour moitié des adénites mésentériques, appendicites aiguës ou hernies inguinales. Aucune de ces 3 pathologies ne figure dans le case-mix de Necker Enfants Malades pour ce GHM.

La neurologie

Les diagnostics principaux du GHM 030 sont différents à Necker par rapport à la base nationale :

- dans la base nationale : 31% de convulsions fébriles, pathologie nécessitant une hospitalisation en règle générale courte ;
- à Necker : seulement 2,5% de convulsions fébriles mais 80% d'épilepsies.

L'analyse des diagnostics associés montre que ces épilepsies sont associées à Necker à des pathologies sous-jacentes lourdes (syndromes malformatifs, maladies mentales) non prises en compte dans le groupage. Ces éléments expliquent une durée de séjour et un coût plus élevé à Necker pour ce GHM.

L'AREC (assistance respiratoire extra corporelle)

L'assistance respiratoire extra corporelle (AREC) ou ECMO (extracorporeal membrane oxygenation) est une activité thérapeutique utilisée dans la prise en charge de nouveau-nés en hypoxie réfractaire, sous couvert d'un transfert précoce qui permet de préserver des chances de survie optimales.

Technique appliquée surtout en réanimation néonatale, elle apparaît sous-valorisée :

les deux codes CCAM qui peuvent être utilisés pour la décrire ne sont pas « classant » (GLJF001 Épuration extracorporelle du dioxyde de carbone (CO₂) par voie veino-veineuse, par 24 heures ; GLJF002 Épuration extracorporelle du dioxyde de carbone (CO₂) par voie veino-artérielle, par 24 heures), contrairement aux séances de CEC (Circulation Extra Corporelle) qui orientent vers des GHM de chirurgie mieux rémunérés. En revanche, ce sont des actes marqueurs de suppléance vitale pour lesquels une occurrence suffit à rendre éligible le séjour au supplément dénommé « réanimation néonatale » (NN3) pour chaque journée où l'enfant est pris en charge dans une unité de réanimation néonatale ou pédiatrique autorisée²². Il conviendra par conséquent d'ajouter pour chaque journée d'AREC réalisée un montant de 643,73 euros²³ au GHS de réanimation concerné.

Le GHM qui est le plus souvent induit par les diagnostics principaux nécessitant le recours à une AREC est le 15Z05D, « nouveau né de 2500 grammes et plus avec problème majeur » tarifé à 3327,86 € en mars 2006 (supplément IDF de 7% inclus).

En 2006, l'hôpital TROUSSEAU qui est le seul en Ile de France à pratiquer cette technique a effectué 280 journées d'AREC pour 18 patients. Si l'on applique les tarifs au nombre de séjours, on parvient à une recette de 180 245, 352 euros²⁴. Le calcul réalisé sur les seuls coûts directs²⁵ de cette activité montre un déficit de **228 040** euros soit **12 668** euros par patient. Or, l'ENC raisonne en coût complet ce qui revient à dire que le déficit présenté est en réalité sous estimé.

En effet, les moyens mobilisés pour mettre en œuvre ce dispositif sont considérables et concernent des patients de plus en plus aigus²⁶. La canulation, la décanulation et la surveillance du nouveau né nécessitent en effet la présence d'un chirurgien et d'un réanimateur ainsi que celle d'infirmières et d'aide soignantes. Par exemple, un nouveau né placé sous assistance pendant 6 jours requiert 120 heures de temps IDE, 40 heures de temps AS et 12 heures de temps médical soit un total de 179 686,56 euros pour l'ensemble de l'activité de l'année. A cela s'ajoute le matériel à usage unique qui, sauf la canule, doit être changé tous les 6 jours ainsi que les produits sanguins et dérivés ce qui

²² Article 6 8° c) et annexe 6 de l'arrêté du 27 février 2007 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

²³ Montant pour l'année 2006 avec le supplément IDF

²⁴ Seuls les recettes de titre 1 sont prises en compte (ni les MIGAC et les remboursements de molécules onéreuses ni les recettes de titre 2 – au demeurant très faibles - ne sont incluses)

²⁵ L'activité d'AREC ne constituant qu'une partie de celle du service de réanimation pédiatrique, l'imputation des coûts induits s'est révélée difficile

²⁶ Évolution sur 15 ans de l'assistance respiratoire extra-corporelle dans la prise en charge des détresses respiratoires néonatales sévères C. Flamant, P. Nolent, F. Hallalel, C. Lardeux, J. Y. Chevalier and S. Renolleau

21 Août 2003; accepté le 2 Janvier 2004 [Archives de Pédiatrie](#) Volume 11, Issue 4, April 2004, Pages 308-314 ;

représente une somme de 278 000,28 euros²⁷.

En 2007, le Ministère a décidé d'aligner le supplément NN3 au tarif du supplément de réanimation pédiatrique adulte soit 950 euros. Dans le même temps le GHS « 15Z05D » est passé - en tenant compte du supplément IDF - de 3327,86 € à 3347,42 €. Si l'on réalise une simulation sur l'activité de 2006 avec les tarifs de 2007 on obtient une recette supplémentaire de 104 726,72 €, soit un déficit réduit à 123 313,28 €, ce qui représente une hausse de recettes significatives mais demeure insuffisant pour « équilibrer » l'activité.

Dès lors, le passage de l'activité d'AREC en MIGAC paraît pleinement se justifier. Il semble en effet impossible au vu des règles de l'assurance maladie de pouvoir la coder en circulation extra corporelle dans la mesure où le diagnostic principal doit être de nature chirurgicale afin d'inclure dans le RSS un acte de CEC. Une autre solution serait de demander que les actes d'AREC puissent orienter vers des GHM de chirurgie plus rémunérateurs en terme tarifaire.

L'étude a été réalisée en prenant en compte les coûts directs et les recettes PMSI liées à l'activité d'une AREC dispensée à un nouveau né placé sous assistance respiratoire extra corporelle pendant 6 jours. Cette activité ayant représenté 280 jours en 2006 pour 18 patients traités, les résultats obtenus ont été multipliés par 46,66 (280/6) pour trouver le coût total en dépenses de personnels²⁸ et en dépenses de matériel. Le supplément de réanimation NN3 a été multiplié par 280 et la valorisation du GHS par 18. Les deux éléments ont été affectés du coefficient de majoration IDF (7%)

Le tableau ci après reproduit le résultat de l'étude de l'écart coûts/recettes pour l'année 2006:

Personnels	Dépenses		Recettes
PM²⁹	18 476.26	Recettes PMSI 100% T2A (GHS + supplément IDF 7%)	59 901.48
		Supplément réanimation	180 245, 352

²⁷ Voir en annexe le récapitulatif des coûts et du temps d'AREC

²⁸ Les coûts en personnel médical et paramédical ont été calculés sur la base du coût moyen AP-HP.

²⁹ Hors astreinte

		néonatale NN3 + supplément IDF 7%)	
PNM	161 210,3		
Matériel	154 304.62		
Sang et dérivés	123 695.66		
Pharmacie (poche nutrition parentérale)	10500		
TOTAL	468 186,84	TOTAL	240 146, 832
DIFFERENCE	228 040		

2.3 La sur représentation des séjours d'une nuit au sein des établissements pédiatriques s'explique en partie par des considérations médicales et pèse sur les finances de l'hôpital concerné

Les séjours d'une nuit médicalement difficiles à éviter pèsent sur le budget des hôpitaux pédiatriques et particulièrement sur celui de l'hôpital TROUSSEAU. En effet, depuis le 1er janvier 2004, les hospitalisations d'une nuitée sont assimilables sur le plan de la facturation à des hospitalisations de type « ambulatoire » s'agissant de la partie T2A.

Elles entrent dans la catégorie majeure n°24 (CM24) définissant les hospitalisations de moins de 2 jours. Cette mesure est destinée à développer les hôpitaux de jour dans la mesure où les séjours d'une nuit sont valorisés comme une prise en charge ambulatoire alors que l'hôpital supporte des coûts de structure d'une hospitalisation complète.

Une étude réalisée sur 3 services du pôle pédiatrie médicale de l'hôpital TROUSSEAU montre que la perte de recettes résultant des séjours d'une nuit s'élève respectivement à 6,30% des recettes totales pour la neuropédiatrie, 3,69% pour la pneumologie et 2,99% pour la gastro-entérologie. Or, en pédiatrie -particulièrement - un certain nombre d'exams doivent être réalisés sous anesthésie générale en raison du caractère souvent « agité » des patients traités. C'est le cas des endoscopies pour la gastro-entérologie, des IRM pour la neuropédiatrie et des polysomnographies (enregistrement du sommeil) pour

la pneumologie. Les contraintes propres à l'anesthésie générale nécessitent souvent d'hospitaliser les enfants une nuit : soit afin de le préparer avant l'examen ; soit pour renforcer leur surveillance post anesthésique. Si des efforts ont été réalisés ces derniers mois pour réduire les séjours d'une nuit, il est probable que le seuil incompressible d'hospitalisation d'une nuit sera rapidement atteint. L'hôpital TROUSSEAU se situant au-delà de 20% de séjours d'une nuit, son compte de résultat s'en trouve d'autant déséquilibré.

La situation actuelle pourrait conduire à faire basculer des séjours d'une nuit vers des séjours de deux nuits sans justification médicale. L'avantage pour l'hôpital résiderait dans l'obtention de recettes supplémentaires liées à la sortie de la CM 24. Par exemple, le GHM 24M1Z « Convulsions, épilepsies et céphalées : séjours de moins de 2 jours » valorisé à 186,56 euros (66 jours en 2006) aurait pu devenir en hospitalisation complète le GHM 01M03V « Convulsions, épilepsies et céphalées, âge inférieur à 18 sans CMA » valorisé à 645,52 euros en 2006 (2 jours en 2006), soit une différence de 30 291,36 euros sur l'ensemble de l'activité de ce GHM.

Il a néanmoins été démontré dans l'étude citée infra qu'en dépit des réserves d'ordre éthique que pourraient soulever cette dérive et qu'au-delà des sanctions éventuelles par l'assurance maladie dont pourraient faire l'objet de telles pratiques, les recettes pourraient être réduites par le mécanisme des bornes basses selon le GHS concerné. Surtout, cette situation entraînerait une éventuelle embolisation de lits pour des patients plus aigus et susceptibles d'être enregistrés sur des GHM plus rémunérateurs : par exemple, les GHM 01M10V et 01M10W « Autres affections cerebrovasculaires sans CMA et avec CMA » sont respectivement tarifés 960 euros et 1460 euros.

Séjours d'une nuit passant en HDJ			
	NEURO	PNEUMO	GASTRO
Séjours PMSI	1457	2052	1649
CM 24	886	798	860
Hors CM 24	571	1254	789
TOC	75%	83%	78%
DMS	7,2	5,84	8
part des séjours de 0 et 1 nuit en HC	24%	23%	17%
PMCT Hors CM 24	3576	2871	3002
PMCT CM 24	533	576	569
Calcul de la recette supplémentaire attendue			
nombre de séjours d'1 nuit	212,64	183,54	146,2
nombre de séjours théoriques libérés en HC (2 jours)	425,28	367,08	292,4
nombre de séjours potentiels (TO)	318,96	304,6764	228,072
nombre de séjours exploitables (DMS)	44,3	52,17061644	28,509
Recettes supplémentaires attendues (DMS*PMCT)	158 416,80	149 781,84	85584,018
Calcul de la part des recettes supp/total recettes			
Recettes CM 24	472238	459648	489340
Recettes hors CM 24	2041896	3600234	2368578
Total recettes	2514134	4059882	2857918
Total recettes supplémentaires	2672550,8	4209663,84	2943502,02
Part des recettes supplémentaires/ total recettes	6,30%	3,69%	2,99%

2.4 Les actes d'imagerie et de biologie sont plus fréquents que pour les adultes et réalisés dans des conditions plus difficiles.

L'évolution des pratiques - notamment chez les jeunes médecins – entraîne un recours plus fréquent à l'aide diagnostique en particulier pour les patients très jeunes qui se dégradent. Face à l'inquiétude des parents et aux risques accrus de mise en cause de la responsabilité médicale, les praticiens ont en effet tendance à moins se fonder totalement sur l'examen clinique pour élaborer leur diagnostic dans le domaine pédiatrique. Or, pour la très grande des pathologies, les actes d'imagerie et de biologie sont pris en compte dans des groupes homogènes de malades correspondant à une tarification de groupes homogènes de séjour. Il est à noter que seuls quelques actes d'imagerie interventionnelle sont classants pour des GHM. L'impact pour les hôpitaux et les services d'imagerie de cette nouvelle tarification est que les actes réalisés antérieurement à l'application de la T2A pour les patients externes venaient en recette atténuative de l'hôpital ; maintenant ces actes sont de réelles recettes pour la structure hospitalière. Les actes d'imagerie et de biologie réalisés lors d'une hospitalisation d'un patient sont pris en compte dans les groupes homogènes de malades et la multiplication des actes d'imagerie pendant l'hospitalisation pénalise les finances de l'hôpital si ce recours à l'imagerie s'avère constamment supérieur à celui observé en moyenne dans la base nationale pour un GHM donné. Il apparaît donc très clairement qu'il est l'intérêt de tous, du patient, mais également des structures hospitalières, que les examens d'imagerie et donc l'exploration des patients soient réalisés en externe. Les hospitalisations devront devenir thérapeutiques et non plus diagnostiques³⁰.

Au terme de ce développement qui souligne la sous valorisation de certains GHM pédiatriques, il convient de se demander comment le mécanisme d'élaboration de l'ENC peut mécaniquement défavoriser l'activité de pédiatrie.

2.5 Le mode de calcul des GHM pénalise les sur spécialités pédiatriques aux cohortes de patients faibles

L'ENC raisonne en moyenne avec des effectifs nombreux. Les faibles cohortes concernées par la pédiatrie aigüe rendent difficile la création de GHS spécifiques segmentés par âge ou par CMA. Il est vrai – et c'est heureux – que les enfants sont moins touchés par la maladie – et encore moins par la maladie grave - que les adultes et que,

³⁰ T2A et imagerie, Pr Ducou Le Pointe, Archives de pédiatrie, Volume 13, numéro 6, juin 2006

dès lors, le nombre de cas spécifiquement pédiatriques répertoriés dans certains GHM communs aux adultes et aux enfants est si faible, qu'une segmentation n'aurait que peu de sens statistique. Si la pédiatrie générale ne souffre pas particulièrement de la comparaison avec les adultes, c'est que la faiblesse des DMS et une utilisation proportionnellement moins intensive des médicaments compensent les coûts de personnels. En revanche, les sur spécialités de recours qui drainent des files actives de patients peu nombreuses surtout lorsqu'elles sont adossées à des centres de recherche sur les maladies rares présentent des surcoûts très importants en personnels (1 infirmière pour 3 à 4 patients en hémato oncologie à l'hôpital Trousseau) qui par définition ne peuvent pas être pris en compte par l'ENC.

Certes, les maladies « dites » rares sont financées en MIGAC mais nous verrons plus loin que les biais méthodologiques qui président au calcul de cette dotation ne permettent pas toujours de financer les dépenses.

Les DMS sont parfois très importantes avec des écarts type dans les services aigus de l'ordre de 300 jours (Hémato oncologie, Brûlés) notamment lorsque comme à Trousseau des services ont développé des réseaux avec l'étranger. Dans ce cas, se pose le problème de l'hébergement du petit patient éloigné de sa résidence familiale et qui doit – dans le cas d'une prise en charge en hématologie – rester dans le service entre deux chimiothérapies.

Par ailleurs, il faut revenir sur les modalités d'élaboration de l'étude nationale des coûts qui inspire directement les tarifs. Pour le secteur public, une cinquantaine d'établissements y participe. C'est peu. De plus, sur le plan de la méthodologie, on a déjà mentionné plus haut que toutes les dépenses ne sont pas imputées avec précision. Si 25 à 30% d'entre elles sont bien repérées, le reste, c'est-à-dire la majorité, est ventilé selon des clefs de répartition qui n'ont qu'une très lointaine filiation avec la pathologie. Il en va ainsi des dépenses de personnel – si importantes dans la prise en charge de l'enfant - qui sont valorisées sur la base des durées de chaque séjour. Or, ce critère n'a pas de lien direct avec la pathologie ni avec la lourdeur de la prise en charge notamment en pédiatrie où en moyenne les DMS sont beaucoup plus faibles que dans le monde des adultes. Or, l'analyse comparée des données respectives de l'ENC et de la T2A permet de constater que le poids de la durée de séjour dans le calcul des tarifs est plus fort en France que dans des pays ayant développé une approche similaire : les Etats-Unis, l'Allemagne, la Nouvelle Zélande et la Suisse³¹. On observe également que les tarifs français des

³¹ De l'usage de l'étude nationale des coûts dans le dispositif de tarification à l'activité, Jean Marie FESSLER, Revue hospitalière de France ;

établissements publics de santé sont plus bas et resserrés que ceux des pays évoqués³². Cette situation expose particulièrement les hôpitaux qui prennent en charge des patients plus lourds ou dont la situation est plus complexe et moins « conforme » à la moyenne.

Enfin, le choix français de limiter le nombre de GHM (800 environ contre plus de 2000 aux Etats-Unis) permet peut être de préparer un système à la capitation mais a aussi pour conséquence de limiter la description et la prise en charge médico économique de certaines pathologies spécifiques notamment en pédiatrie. Le traitement des ostéosarcomes par exemple n'est pris en compte que par le GHM 17M06V « chimiothérapie pour autres tumeurs sans CMA » qui en plus d'être sous valorisé ne décrit pas spécialement la pathologie.

Même s'il convient d'être prudent sur les résultats d'études qui ont été réalisées dans un contexte où la comptabilité analytique hospitalière est au début d'un processus de modernisation et où la tarification évolue chaque année parfois de manière importante, on peut raisonnablement conclure que les activités drainant des files de patients peu nombreuses sont mécaniquement défavorisées par le mode d'élaboration de l'ENC. Certes, l'approche par la valorisation des GHM présente l'inconvénient de ne pas réintégrer les recettes de titre II et les MIGAC/MERRI alors que l'ENC – à la source des tarifs raisonne en coûts complets, mais la largeur du spectre des GHM étudiés permet d'affirmer sans grand risque d'erreur que c'est surtout dans le grand nombre de GHM communs aux adultes et aux enfants que se trouvent les sources de la sous valorisation de l'activité pédiatrique de recours. Les dépenses en personnel non médical liées à la différence de prise en charge entre les adultes et les enfants ne sont pas lissées - bien au contraire – par une DMS plus courte dans les sur spécialités de recours. C'est la raison pour laquelle des solutions doivent être trouvées tant par les pouvoirs publics que par les établissements publics de santé pour éviter que la pédiatrie aigue soit systématiquement défavorisée en T2A à 100%.

³² Expert Patrick, La Tarification à l'activité, médecine et gestion : une dynamique nouvelle, 2006, Berger Levrault

3 La constitution de MIGAC fléchées sur les activités pédiatriques de recours déficitaires, un ajustement de la capacité d'accueil à l'activité et une meilleure prise en compte de la sévérité des pathologies pourraient améliorer la situation des établissements pédiatriques

Préalablement à toute proposition visant à améliorer le financement des hôpitaux pédiatriques ou majoritairement pédiatriques, il convient de faire le constat de la diversité des situations que connaissent les établissements afin notamment de faire la part de ce qui relève d'un sous financement structurel par la T2A de ce qui a trait à des surcoûts spécifiques. Par ailleurs, il est nécessaire de distinguer les efforts de rationalisation de l'activité que doivent mener les hôpitaux de l'étude, d'une réforme politique visant à une plus juste allocation des moyens pour la pédiatrie.

3.1 La pédiatrie de recours doit faire l'objet d'un traitement particulier

3.1.1 La fausse piste d'une MIGAC pédiatrique interne à l'AP-HP

Généraliser le discours d'une pédiatrie déficitaire dans son ensemble n'a guère de sens. Les différentes spécialités ne sont pas valorisées de la même façon et présentent des coûts variables. Par ailleurs la situation des hôpitaux pédiatriques dépend largement du contenu de leur « case-mix ». La pédiatrie générale qui regroupe la majorité des malades n'est pas déficitaire.

En revanche, il serait tout aussi injuste de considérer que la pédiatrie dite de recours est bien décrite et correctement valorisée aujourd'hui au sein de l'ENC.

C'est la raison pour laquelle il ne semble pas pertinent de proposer la constitution d'une MIGAC interne pédiatrique à l'AP-HP comme cela avait été un temps envisagé. En revanche, des MIGAC fléchées sur quelques activités particulièrement déficitaires (cancérologie pédiatrique, AREC) et reconnues comme centre de recours permettraient à des hôpitaux comme le groupe hospitalier Armand Trousseau-La Roche-Guyon d'améliorer leur résultat du compte d'exploitation prévisionnel en 100% T2A. Cette solution n'est néanmoins pas possible à droit constant. C'est la raison pour laquelle il paraît important de revoir le mode d'allocation des MIGAC.

3.1.2 La nécessité de revoir le mode d'allocation des MIGAC

La dotation financière MIGAC a pour objectif de « maintenir des sources de financement en dehors du principe général d'une tarification à l'activité ». Il s'agit en effet de « reconnaître qu'un certain nombre de missions (activités de nature très spécifique non directement productrices de soins quantifiables à travers les données du PMSI) n'ont pas vocation à être financées par les modalités de la tarification à l'activité, car leurs ressources ne doivent pas être soumises aux variations de l'activité réalisée ».

Au total l'enveloppe MIGAC comprend :

1°) Les MERRI ou missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation. Ces activités sont valorisées à un taux fixe qui dépend essentiellement de l'intensité de la recherche dans l'établissement (13%, 12% ou 10, 5% du budget). Ces résultats dépendent du nombre d'internes dans l'établissement, du nombre de praticiens hospitalier professeurs d'université, du nombre d'essais cliniques, du nombre de recherches biomédicales, du nombre de structures labellisées (instituts de recherche, unités INSERM).

2°) L'enveloppe MIG et MERRI variables

Les conditions générales pour qu'une activité entre dans le champ de cette enveloppe sont les suivantes :

- Il doit s'agir d'une activité appartenant à la liste établie par l'arrêté du 12 Avril 2005 et mise à jour par l'arrêté du 23 mars 2007. Il est néanmoins possible de proposer d'autres activités pour les faire reconnaître par les instances ministérielles ;
- Le financement de l'activité doit relever de l'assurance maladie ;
- Seul le champ MCO est concerné, puisqu'il est le seul, pour l'instant, à être régi par la T2A, dont les MIGAC sont une des modalités.

3°) L'aide à la contractualisation est réservée au financement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens passé entre les établissements de santé et l'ARH dont ils relèvent

Pour les établissements pédiatriques souvent déficitaires en T2A 100%, cette enveloppe est très importante puisqu'elle constitue une assurance de financement déconnectée de l'activité.

Or, les MIGAC ne permettent pas de financer l'ensemble des activités non rentables de l'hôpital et l'enveloppe qui intègre son financement est encadrée par le taux d'évolution de l'ONDAM et limitée par l'importance de l'enveloppe MCO.

A) L'actualisation de l'enveloppe MIGAC est tributaire de mesures ponctuelles

Calculée à partir d'une enquête réalisée auprès des établissements en 2004, cette enveloppe a évolué de manière conséquente entre 2005 et 2006 mais reste néanmoins fortement tributaire du chiffre validé par l'ARHIF. Or, l'hôpital Trousseau n'a pas été en mesure en 2004 de recenser de manière exhaustive ses activités susceptibles d'être éligibles à un financement MIGAC. Les chiffres tirés de l'enquête initial sont éloquentes : Necker a déclaré 54 596 444 euros, Debré 33 088 000 euros et Trousseau seulement 12 002 927 euros. Néanmoins, à l'hôpital Trousseau l'enveloppe MIGAC qui n'était passée que de 16 millions d'euros en 2004 à 16,7 millions d'euros en 2005, a bénéficié d'une nette revalorisation en 2006 atteignant les 20 millions d'euros³³. Mais cette évolution est trompeuse : sur les 4 376 435 millions d'euros de mesures nouvelles, 64.35 % proviennent de plans nationaux qui constituent des mesures ponctuelles qui risquent parfois de n'être pas pérennisées. Le plan maladies rares à lui seul compte pour 31% de cette actualisation.

Extrait du compte d'exploitation 2006 du Groupe Hospitalier A.Trousseau

Total enquête 2004 validé par l'A.R.H.I.F.	12 002 927 €
Socle M.I.G. et M.E.R.R.I. variables - Armand Trousseau, LRG - 088 049	5 966 503 €
Part des mesures générales d'actualisation	1 169 400 €
Part de la dotation "Aide à la Contractualisation" (A.C.)	390 676 €
Plan Hôpital 2007	467 614 €
Plan Alzheimer	- €
Consultations Cannabis	- €
Plan Maladies rares	1 361 026 €
Mesures ciblées	- €
Plan Cancer	366 684 €

³³ Avant abattement

Plan Douleur	- €
Plan Périnatalité	189 666 €
Plan Urgences	141 077 €
Transferts inter-régionaux	- €
Prise en charge des détenus	- €
Médicaments sous A.T.U.	90 291 €
Contribution à l'E.N.C.	- €
Progrès médical, S.T.I.C., P.H.R.C.	200 000 €
Total Mesures Nouvelles 2004-2006	4 376 435 €
Différentiel AP-HP	- 708 €
Dotation M.I.G. et M.E.R.R.I. variables	10 342 229 €

Taux M.E.R.R.I.	12,0%
Socle M.E.R.R.I. fixes - Armand Trousseau, LRG - 088 049	9 291 785 €
Part des mesures générales d'actualisation	386 012 €
Total Mesures Nouvelles 2004-2006	386 012 €
Différentiel AP-HP	- 1 365 €
Dotation M.E.R.R.I. fixes	9 676 431 €

Dotations MIGAC	20 018 661 €
------------------------	---------------------

Dès lors, dans un contexte où les établissements ont besoin de pouvoir compter sur des recettes « hors tarification » prévisibles, on ne peut que s'interroger sur la pertinence d'intégrer les différents plans nationaux au dispositif MIGAC. En effet, comment pérenniser les moyens dégagés par les plans nationaux sans - à terme - peser sur les finances de l'hôpital ?

Par ailleurs, le mode de calcul des MIGAC « déclaratives » reste abscond pour le profane. Le Conseil de tutelle de l'AP-HP (DHOS, ARHIF, AP-HP) procède à un abattement forfaitaire de l'ordre de 33% des sommes déclarées en MIGAC. Le siège de l'assistance publique répercute cette baisse sur ses hôpitaux qui disposent d'une enveloppe MIGAC retenue largement inférieure au « coût net déclaré par l'hôpital ». C'est que l'enveloppe MIGAC subit le contre coup de la régulation prix volume de l'enveloppe MCO. Si on augmente l'une, l'autre baisse mécaniquement.

Enfin, sans jeter le soupçon sur la fiabilité des déclarations, on ne peut que s'interroger sur un système dont le socle repose sur une évaluation sans que cette dernière ait pu faire l'objet d'une véritable objectivation.

- B) Le calcul des MIGAC ne permet pas toujours de financer les activités non rentables de l'hôpital

Certaines activités ou structures sont implicitement exclues du champ des MIGAC. Il s'agit notamment :

- Des activités ou structures dont le financement est assuré par d'autres organismes que l'assurance maladie, que ces ressources soient suffisantes ou non. Par exemple, les Urgences Médico-Judiciaires (UMJ) qui sont financées par le Ministère de la Justice selon une nomenclature fixée par le code de procédure pénale, la P.M.I. ou l'unité d'accueil des jeunes victimes (UAJV) dont le financement est assurée par le Conseil Général. Or, dans le cas de l'hôpital Trousseau les UMJ, n'ont pas un volume d'activité suffisant pour absorber les coûts de structure importants liés souvent aux consultations multidisciplinaires nécessaires à ce type d'activité. Quant à l'UAJV, les situations particulières prises en charge ne permettent pas toujours de facturer les consultations au centre de sécurité sociale du patient.
- Des activités réalisées pour des patients dont le séjour donne lieu à la facturation d'un GHS. En effet, celles-ci sont considérées comme faisant partie de la « prise en charge », et ne peuvent donc pas donner lieu à un financement supplémentaire au tarif, même si celui-ci ne permet pas de couvrir l'ensemble des coûts engagés. Une consultation de diététique auprès d'un patient diabétique hospitalisé par exemple fait partie de la prise en charge générale du malade et est donc financée par le tarif du GHS correspondant au séjour. A l'inverse, le surcoût lié au temps consacré par la diététicienne pour cette même activité à destination de patients externes peut être considéré comme une « action de prévention » et être comptabilisé en MIGAC.

La dotation MIGAC n'a donc pas vocation à couvrir l'ensemble des surcoûts de l'activité hospitalière, mais bien à garantir les ressources nécessaires à certaines missions qui, sinon, ne seraient pas ou insuffisamment financées. Il ne s'agit donc pas d'une source de financement supplémentaire, mais de crédits permettant de couvrir les dépenses relatives à des activités déjà existantes.

Or, on touche là à une question essentielle qui porte sur le mode de financement optimal des établissements publics de santé. Si comme le veut la réforme, la tarification à l'activité correspond en 2012, à 100% des recettes de l'hôpital hors titre 2 et MIGAC, il conviendra

de permettre aux hôpitaux de maintenir leurs missions d'intérêt général. Par ailleurs, il paraît nécessaire de mener une réflexion sur les activités structurellement déficitaires : soit l'on opte pour leur maintien dans les tarifs à condition de sensiblement les réévaluer soit l'on décide que pour des raisons tenant notamment au mode de construction de l'ENC il est impossible de connaître leur coût réel. Dans ce dernier cas, la création de MIGAC sur des activités de recours déficitaires paraît s'imposer du moins à la réflexion. A moins que le gouvernement ne leur préfère le système de coefficient en vigueur dans certains pays.

3.2 Le projet de version 11 de la classification des GHM permettrait de mieux prendre en compte la sévérité des pathologies tout en rectifiant les anomalies les plus flagrantes

La version 11 des GHM ne devrait pas entrer en vigueur avant 2009 mais devrait comprendre 4 niveaux de sévérité (sans CMA, avec CMA légère, avec CMA modérée, avec CMA sévère). Par ailleurs, la CM24 devrait disparaître au profit de GHM ambulatoires spécifiques ce qui devrait régler la question préoccupante des séjours d'une nuit.

A l'instar de la plupart des pays ayant adopté le système des DRG, la France se dotera prochainement d'un classement des GHM à quatre niveaux de sévérité contre deux actuellement. Surtout, cette réforme s'appliquera à l'ensemble des GHM même ceux ne possédant que très peu d'effectifs³⁴. Mais cette nouvelle classification devrait profiter davantage à la gériatrie qu'à la pédiatrie : en effet, le niveau de sévérité maximum ne pourra pas être codé sans un séjour d'au moins 4 jours, mais surtout la DMS dans les groupes « sévères » sera beaucoup plus longue qu'avec les GHM avec CMAS actuels. Or, les DMS pédiatriques même lorsqu'elles concernent des patients aigus voire très aigus sont en moyenne plus faibles que les DMS adultes. Cela dit, pour la pédiatrie de recours, ce nouveau système de classement pourrait se révéler nettement plus rémunérateur que le précédent.

En revanche, le ministère se montre hostile à une application plus large du système des coefficients aujourd'hui en vigueur dans la plupart des pays mettant en œuvre le système des « DRG ». En France ils sont purement limités à des problématiques géographiques, mais ils pourraient utilement être étendus à des établissements universitaires confrontés à des problématiques particulières notamment pour tenir compte des surcoûts liés à la prise en charge de patients aigus. Un système de coefficient appliqué à la pédiatrie pourrait

³⁴ Rapport d'étape pour une version 11 de la classification des GHM et autres travaux, ATIH, Mai 2006

être mis en œuvre selon des critères liés par exemple au nombre de sur spécialités de recours présentes au sein de l'établissement.

3.3 Un meilleur codage est à privilégier

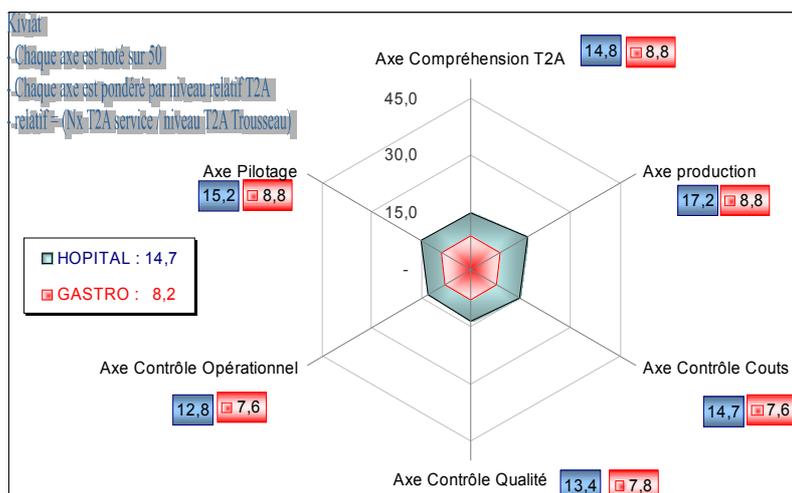
A l'hôpital TROUSSEAU, des problèmes de codage importants ont pu être identifiés : les scores d'anomalies DATIM sont certes en baisse et en dessous de la moyenne AP-HP, mais ils restent très largement supérieurs à ceux enregistrés par Robert Debré. Par ailleurs, un audit a été effectué en novembre 2006 et les scores obtenus par l'ensemble des services de l'hôpital ont été inférieurs à la moyenne comme l'illustre les conclusions de la mission sur le service de gastro-entérologie : « Le niveau de connaissance T2A est faible tant en terme de GHM produits que de GHS. Les consultations internes (pour les patients hospitalisés dans d'autres services) ne sont pas toujours décomptées, ce qui est générateur de perte du de nombre de consultations internes pour la gastro-entérologie. Concernant les actes, la feuille de saisie des actes comporte en ce moment une grande majorité d'actes de pneumologie - les seuls actes de gastroentérologie étant la nutrition entérale et parentérale) ; concernant les diagnostics associés, les CMA ne sont pas connues. Le service ne dispose pas de listes de codes à jour, tant au niveau des diagnostics que de actes - or une ce type de liste générerait une description de l'activité plus précise. »

Exemples d'erreurs signalées :

Service	n°	Libellé
Gastro-entérologie-nutrition	40	Soin susceptible d'être requalifié en externe
Gastro-entérologie-nutrition	1	Durée supérieure à la DMS du GHM en VV
Gastro-entérologie-nutrition	2	Durée supérieure à la borne haute nationale
Gastro-entérologie-nutrition	19	Diagnostic peu précis en DP
Gastro-entérologie-nutrition	46	Durée très courte pour le GHM
Gastro-entérologie-nutrition	17	GHM inattendu pour l'acte
Gastro-entérologie-nutrition	28	Comorbidité exclue par le DP

Radar ³⁵:

³⁵ Voir la méthodologie et la légende de l'étude en annexe



Cette enquête révèle aussi que les médecins ne codent que les comorbidités propres au diagnostic principal même si le patient est hospitalisé pour une autre pathologie : par exemple, pour un enfant hospitalisé pour un syndrome néphrétique avec un diabète, seul le diabète figurera sur le RUM.

Une nette amélioration passe par la mise en œuvre des moyens humains à la hauteur de l'enjeu. A l'hôpital TROUSSEAU, les moyens du DIM sont très faibles quand on les compare à ceux de Debré et de Necker. Cet établissement ne compte en effet qu'un médecin DIM et qu'une TIM à 100% contre 4 temps plein à Robert Debré.

Au-delà de cette question de moyens, se pose une problématique plus profonde liée à des questions de pratiques médicales. Une analyse du case-mix de l'hôpital Trousseau tend à montrer que cet établissement ne délivre que très peu de soins palliatifs. Or, il n'en est rien puisque le service d'hémo oncologie et l'unité fonctionnelle de pneumologie (mucoviscidoses) déclarent en réaliser plus que ce que le PMSI retrace. On peut donc s'interroger sur la ou les raisons d'un tel sous codage. Certains médecins avouent à mot couvert que l'on code peu de soins palliatifs en pédiatrie car cela signifie l'échec d'une thérapeutique. Certes, cela ne représente pas des volumes susceptibles de bouleverser l'équilibre budgétaire de l'hôpital, mais une sensibilisation du corps médical sur le sujet semble nécessaire.

Ce sujet est d'autant plus crucial pour les établissements qu'avec la mise en œuvre de la T2A la plus importante modification est la rapidité avec laquelle la « machine tourne ». Nous sommes passés d'un cycle de valorisation semestriel, voire annuel, à un cycle désormais mensuel. Cette compression du temps a un impact fort au niveau des unités de soins, justifiant de fait la production des RUM à la sortie des patients, sous peine d'une pénalisation financière. Avec le PMSI, les établissements de soins comptabilisaient

annuellement les dépenses pour calculer un budget théorique. Le delta constaté ouvrait de fait, le champ des négociations entre les établissements et leurs tutelles. Aujourd'hui, l'établissement s'engage sur une activité pour laquelle il va demander un financement suivi quadimestriellement. Ce point fondamental généré par la mise en place de la T2A impose de facturer les recettes de l'activité réalisée et non plus « d'expliquer » les dépenses constatées. Selon le principe de déclaration global de l'activité, il n'est pas possible de « facturer » au niveau du service (RUM), seul un RSS pourra être valorisé, si un RUM est manquant, le séjour entier n'est pas payé. L'exhaustivité de codage (élément déjà important) devient aujourd'hui capitale et doit être suivie au niveau du service et du pôle. Mais l'hôpital doit aussi surveiller ses recettes de titre 2 et là encore l'hôpital Trousseau se distingue par un pourcentage élevé de dossiers facturés au-delà de 31 jours après la sortie du patient (49,19% contre 31,93 à Robert Debré et 37,83 aux enfants malades). Or, l'abandon en 2007 du taux de conversion appliqué aux recettes de titre 1 qui venait minorer les produits de l'hôpital va pénaliser les hôpitaux qui n'ont pas un bon taux de recouvrement des recettes de titre 2.

3.4 Un ajustement de la capacité d'accueil à l'activité et le développement de filières de soins doivent constituer une priorité

Ce qui pénalise financièrement les hôpitaux pédiatriques est l'inadéquation entre une capacité en hospitalisation complète supérieure aux besoins sur l'ensemble de l'année et, parfois une insuffisance de lits disponibles pendant la période des épidémies hivernales.

C'est particulièrement vrai à l'hôpital TROUSSEAU, moins à Robert DEBRE et à NECKER. Dans de nombreux services, les places d'hôpital de jour ne suffisent pas à combler les besoins et les listes d'attente s'allongent. Ces hôpitaux doivent par conséquent développer leur activité ambulatoire et réduire leur capacité d'accueil en hospitalisation complète.

Car s'il est bien une idée reçue, c'est celle de la sous valorisation des activités ambulatoires par rapport à l'hospitalisation traditionnelle. Or, ce qui pénalise les hôpitaux c'est de continuer à supporter les coûts des salaires cliniques nécessaires à une capacité en lits d'hospitalisation complète sans rapport avec l'activité réelle.

Par ailleurs, et c'est sans doute le plus difficile à mettre en œuvre tant les rigidités sont fortes, il convient de travailler sur un lissage infra annuel des effectifs. C'est déjà partiellement le cas à l'Hôpital TROUSSEAU qui en raison des rythmes de recrutement

dispose de plusieurs postes vacants principalement sur la première partie de l'année. Mais d'une situation subie, il conviendrait de passer à une politique organisée de réduction des effectifs quitte à faire appel à de l'intérim pendant la période des épidémies hivernales. Les dates de sortie des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) ne sont malheureusement pas étudiées pour faire face à ses contraintes. L'hôpital Trousseau, s'efforce de limiter ces inconvénients en encourageant les prises de congés hors période hivernale et en les interdisant dans les services d'aval des urgences pendant la période épidémique.

La solution à moyen terme pour l'hôpital Trousseau est de construire un bâtiment de pédiatrie générale destiné à absorber l'aval des urgences, à drainer des files actives de patients nécessaires à l'augmentation de l'activité et à moins dépendre de contraintes architecturales en adoptant un dimensionnement des unités de soins plus efficient. Ce n'est probablement que dans cette hypothèse que les effectifs en personnel non médical pourront être revus à la baisse de manière significative. L'implantation d'un centre périnatal de type III depuis juin 2007 devrait permettre à l'établissement de dégager 800 000 euros d'excédents sur l'activité obstétrique et d'augmenter le taux d'occupation du service de néonatalogie. A noter que l'accueil de cette maternité s'est réalisé à moyen constant ce qui a permis de réduire les coûts relatifs de structure.

En outre, l'AP-HP ne pourra faire l'économie d'une réflexion liée à l'existence dans Paris intra muros de trois hôpitaux pédiatriques dont certains offrent les mêmes spécialités. Dans la mesure où – après la fermeture prévue du site de Saint Vincent de Paul- il est peu envisageable que l'un de ces trois établissements ferme, une répartition plus rationnelle de l'activité pédiatrique semble constituer une solution à envisager. Le regroupement de certaines spécialités dans des hôpitaux qui sont traditionnellement en pointe en la matière devrait être étudié. Il est par exemple peu cohérent que les 3 hôpitaux pédiatriques de l'AP-HP fassent des transplantations rénales d'autant que leur activité est homogène et faible (une dizaine par an et par établissement). Pour des impératifs de qualité, le parcours de soins des patients doit en outre être rationalisé. Un enfant brûlé hospitalisé à Trousseau, centre de recours d'île de France en pédiatrie, par exemple, devrait pouvoir - à l'avenir - recevoir les soins de reconstruction nécessaires à son état de santé. Par ailleurs, les trois services d'hématologie pédiatriques de l'AP-HP doivent pouvoir se regrouper pour offrir un parcours de soins sans interruption allant jusqu'à l'allogreffe de moelle.

Enfin, le développement de l'activité doit se situer au cœur de la stratégie des établissements de l'étude. En effet, les hôpitaux pédiatriques de l'AP-HP ne drainent que

32% de l'activité pédiatrique de la région Ile de France. La marge de progression est importante d'autant que le taux d'occupation de l'hôpital Trousseau par exemple est inférieur à 80%. Or, au sein même de l'AP-HP des hôpitaux pour adultes avec une petite activité pédiatrique transfèrent souvent leurs patients dans des hôpitaux du « régime général ». Jean Verdier n'envoie qu'1/3 de ces patients de chirurgie viscérale à Trousseau par exemple.

3.5 Le lobbying des professionnels pour une meilleure valorisation des pathologies à prise en charge difficile est à rechercher

Les hôpitaux pédiatriques doivent pouvoir s'appuyer sur les professionnels impliqués dans les soins afin de faire reconnaître les spécificités propres à certaines sur spécialités.

A titre d'exemple, en hématologie, un débat oppose la DHOS qui limite la facturation d'un supplément soins intensifs à chaque journée où le patient est pris en charge dans une chambre d'une unité d'hématologie, équipée d'un système de traitement de l'air réduisant les risques de contamination microbienne par voie aérienne reconnue par contrat³⁶, et la Collégiale des hématologistes qui souhaite élargir la définition d'un lit de soins intensifs à un lit qui accueille un patient grave avec une hospitalisation prolongée dans le cadre par exemple d'une neutropénie fébrile. Compte tenu des enjeux financiers de la question (supplément et taux d'encadrement différents) et de la gravité de l'état des patients soignés, il semble important que la position de la Collégiale des hématologistes soient prises en compte par la DHOS.

La question de la juste valorisation de la prise en charge des grands brûlés pédiatriques se pose également avec d'autant plus d'acuité qu'une nouvelle réglementation plus contraignante est récemment entrée en vigueur. L'hôpital Trousseau est le seul centre pédiatrique agréé pour le traitement des grands brûlés en Île De France. Son compte d'exploitation est déjà déficitaire d'environ 110 000 euros au titre de l'année 2006³⁷ malgré des tarifs de GHS élevés. Les nouvelles normes introduites par le décret n° 2007-1240 du 20 août 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de traitement des grands brûlés et modifiant le code de la santé publique (un infirmier et un aide soignant - dont au moins une puéricultrice et une auxiliaire de puéricultrice - pour deux patients le jour ; deux infirmiers et un aide soignant pour cinq patients la nuit ; un masseur-kinésithérapeute tous les jours de l'année) vont alourdir les charges de personnels non médical. Aujourd'hui le service fonctionne - en effet - avec 1 infirmier pour

³⁶ Circulaire du 6 mars 2007 relative à la campagne tarifaire 2007 et aux conséquences d'ordre technique en terme de production de l'information liée aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés.

³⁷ Voir en annexe le compte d'exploitation détaillé

2,75 patients. Si le décret ne s'accompagne pas d'une revalorisation des tarifs des GHS à hauteur du surcoût généré, il est à craindre que les finances de l'hôpital Trousseau continuent de se dégrader. Il est prévu que l'attention du Ministère soit appelé sur cette question à l'occasion des notes d'actualisation des tarifs envoyées chaque année par l'AP-HP à la DHOS.

Conclusion

Au total, la situation de la pédiatrie ou plutôt des sur spécialités pédiatriques n'est pas homogène en ce qui concerne le financement à l'activité. Les coûts varient d'une spécialité à l'autre, d'un service à l'autre, d'un hôpital à l'autre.

Les professionnels du secteur qui n'ont de cesse de valoriser leur sur spécialité se retrouvent paradoxalement pour dénoncer la sous valorisation des GHM pédiatriques dans leur ensemble.

Néanmoins, à l'issue de cette étude, un certain nombre de conclusions peuvent être tirées :

- les modalités de construction des tarifs sont imparfaites et nuisent particulièrement à la pédiatrie dite de recours ;
- Un « case-mix » large comportant une part importante de pédiatrie générale permet de faire face à l'aval des urgences, de développer des files actives plus importantes nécessaires à l'activité et surtout équilibre le rapport coûts/recettes ;
- Les MIGAC dans leur architecture actuelle ne permettent pas de financer certaines activités non rentables de l'hôpital et sont par trop tributaires de mesures ponctuelles ;
- Seules quelques sur spécialités doivent faire l'objet d'un traitement particulier soit par un système de MIGAC soit par un système de coefficient à l'instar de ce qui se pratique à l'étranger.

La T2A est un puissant vecteur de modernisation et de réorganisation de nos hôpitaux. Ce système incite à une plus grande efficacité de notre système de santé. Néanmoins, il ne faudrait pas que des défauts de jeunesse – au demeurant parfaitement corrigibles – viennent ternir aux yeux des professionnels un système qui a fait ses preuves ailleurs.

Reste un sujet fondamental particulièrement en pédiatrie : la prévention. Or, cette dernière en tant que telle est peu valorisée par le nouveau mode de tarification. Elle est mentionnée pour mémoire dans l'enveloppe MIGAC qui finance distinctement de l'activité les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. Mais le financement de la prévention reste difficile à isoler au sein de cette enveloppe. Certes pour les adultes, une partie de la prévention est directement financée à l'acte, pour ce qui concerne les consultations externes. Ainsi, le dépistage du cancer est-il à priori autofinancé. Néanmoins, il n'en va pas de la sorte pour toutes les activités de prévention. C'est le cas,

en particulier, pour la diététique ou pour l'éducation thérapeutique très présentes dans la prise en charge de l'enfant. L'éducation thérapeutique dont « l'école du souffle » à l'hôpital Trousseau est un exemple, constitue un enjeu majeur de santé publique, reconnu désormais par des textes officiels. Mais cette activité est souvent réalisée en pédiatrie hors de structures labellisées car il n'en existe pas encore. A l'hôpital Trousseau la quasi-totalité des services font de l'éducation thérapeutique consommatrice de temps notamment en personnel médical et non médical. Il est essentiel que ce type d'activité soit rémunéré à hauteur de la dépense réelle consentie et du bénéfice attendu pour la santé publique y compris à long terme. Cela passe, ou bien par une véritable prise en compte de cette activité au sein des MIGAC, ou bien - à un horizon plus lointain - par le passage du financement d'un épisode aigu de soins au financement d'un itinéraire de santé comprenant des aspects curatifs et préventifs, c'est-à-dire à un système de capitation.

Bibliographie

Ouvrages Généraux :

- ANGELLOZ-NICOUD M, La réforme du mode financement des établissements de santé. La T2A, les enjeux budgétaires et financiers. Les Etudes Hospitalières, 2005, 224 pages.
- EXPERT Patrick, La tarification à l'activité, médecine et gestion : une dynamique nouvelle. Collection Le point sur. Berger-Levrault, 2006, 357 pages.

Articles et périodiques :

- CASH Roland. La tarification à l'activité deuxième année de mise en œuvre, *les Cahiers Hospitaliers*, Juin 2006, p.12.
- DE POURVOUVILLE Gérard. MIGAC : financement forfaitaire ou financement à l'activité ? *Gestions hospitalières*, Novembre 2005, pp 724-732 ;
- DUCOU LE POINTE. T2A et imagerie, *Archives de pédiatrie*, Volume 13, numéro 6, juin 2006 ;
- FESSLER Jean Marie. De la T2A à l'efficience, *Enjeux hospitaliers*, avril 2007, pp 13-16 ;
- FESSLER Jean Marie. De l'usage de l'étude nationale des coûts dans le dispositif de la tarification à l'activité, *Revue hospitalière de France*, mars avril 2005, pp 62-65 ;
- FLAMANT C, NOLENT P, HALLALEL F, LARDEUX C, CHEVALIER J. Y. et RENOLLEAU S. Évolution sur 15 ans de l'assistance respiratoire extra-corporelle dans la prise en charge des détresses respiratoires néonatales sévères *Archives de pédiatrie*, volume 11, avril 2004 , avril 2004, pp 308-314
- GRIMALDI A. *Editorial de la lettre de l'infectiologue* – Tome XXII – n°2 –mars – avril 2007
- GUIDET Bertrand. Faut-il et comment dénombrer toutes les missions d'intérêt général ? *Gestions hospitalières*, Novembre 2005, pp. 732-737 ;
- HAUTEMANIERE Alexis. Fiabiliser et simplifier le codage des actes dans le cadre de la T2A, *Gestions hospitalières*, mars 2004, pp 177-183 ;

- LE BIHAN Christine, BOUDAY Pascale, la classification actuelle des GHM et la convergence public/privé : impact du recrutement sur la durée de séjour en pédiatrie, 9^{ème} séminaire de l'étude nationale des coûts, Novembre 2005.
- LE LUYER B, DAIRE I, LEROUX P, GARBACCIO E, BRIQUET E La T2A, des fantasmes à la réalité : l'exemple du groupe hospitalier du Havre, *Revue internationale de pédiatrie*, 2005, n°337, pp 4-12 ;
- MENGUY Claude, BLOND Marie-Hélène Tarification des séjours en néonatalogie, *Gestions hospitalières*, Février 2007, pp 147-152 ;
- NOBRE, CALLAMAND, MARTINEZ. L'introduction du contrôle de gestion dans les services cliniques : le cas de l'expérimentation de l'ABC dans un service de pédiatrie, *Journal d'économie médicale*, mai-juin 2006, pp 145-156 ;
- PICHETA Jean Pierre. CM 24 et plus si affinité ; Réflexions sur la valorisation des hospitalisations de moins de deux nuitées, *Gestions hospitalières*, avril 2006, pp 250-251 ;

Rapports :

- Rapport d'étape pour une version 11 de la classification des GHM et autres travaux, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), mai 2006.
- L'organisation des financements entre part à l'activité et autres modes de financement dans les systèmes étrangers de tarification à la pathologie, Mission T2A, 2005.
- Modalités de calcul des tarifs des GHS en 2005, comparaisons par rapport à la situation de 2004 ». note de la mission T2A téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH.

Textes réglementaires :

- Décret n° 2007-1240 du 20 août 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de traitement des grands brûlés et modifiant le code de la santé publique
- Circulaire du 6 mars 2007 relative à la campagne tarifaire 2007 et aux conséquences d'ordre technique en terme de production de l'information liée aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés

- Arrêté du 27 février 2007 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale
- Circulaire N°DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée
- Décret n° 2006-74 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique
- Ministère de l'Emploi et de la solidarité, manuel de la version 10 de la classification des GHM – FG 10.10 Paris, 2006, téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH
- Ministère du Travail et des affaires sociales, « additif au guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI », Paris 2004, Bulletin officiel, fascicule spécial n° 2004/2bis.

Sites Internet :

- Site du Ministère de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/>
- Site de l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH) : <http://www.atih.sante.fr/>

Documents internes à l'AP-HP :

- Audit du codage réalisé sur l'hôpital Trousseau en novembre 2006
- Note à l'attention de M. Jean NAVARRO et de M. Frédéric GUIN relative à la T2A et surcoûts de pédiatrie en hôpital exclusivement ou majoritairement pédiatrique
- LE BIHAN Christine, LANDAIS Paul, NECKER-Enfants malades : GHM coûteux – Données ENC 2003
- Tableaux de bord de l'AP-HP
- TCCM de l'AP-HP

Liste des annexes

- Annexe 1 : Liste des entretiens effectués pour la réalisation du mémoire
- Annexe 2 : Temps nécessaire pour la mise en place d'une assistance respiratoire extra corporelle
- Annexe 3 : Méthodologie de l'étude sur le codage réalisée en novembre 2006 à l'hôpital Trousseau
- Annexe 4 : Compte d'exploitation de l'unité fonctionnelle des brûlés à l'hôpital Trousseau
- Annexe 5 : Coût de la mise en place d'une assistance respiratoire extra corporelle
- Annexe 6 : Tableau 1 : coût de référence de l'ENC 2005 – calcul du coût journalier total et des salaires cliniques par type de GHM
- Annexe 7 : GHM communs, âge de référence supérieur à 18 ans : âge moyen par hôpital (Debré, Necker, Trousseau)

Annexe 1 : **Liste des personnes rencontrées pour la réalisation du mémoire :**

Au sein de l'établissement :

Jacques MEYOHAS, Directeur de l'hôpital TROUSSEAU

Emmanuel RAISON : Directeur adjoint chargé des finances à l'hôpital TROUSSEAU

Sylvain RENOLAUD : Responsable médical de l'unité de réanimation néonatale pédiatrique de l'hôpital TROUSSEAU

Olivier GALL : Responsable médical du secteur brûlés à l'hôpital TROUSSEAU

Guy LEVERGER : Responsable médical du pôle pédiatrie médicale et urgences à l'hôpital TROUSSEAU

Pierre HELARDOT : Responsable médical du pôle chirurgie et anesthésie à l'hôpital TROUSSEAU

Michèle BOULE : Responsable médical du pôle investigations bio cliniques – pharmacie à l'hôpital Trousseau

A l'extérieur de l'établissement :

Roland CASH : Mission T2A

Marion MENDELSON : Chef du service « Classifications et informations médicales » à l'ATIH

Jean PINSON : ancien directeur adjoint chargé des finances dans les hôpitaux NECKER-Enfants malades et Armand TROUSSEAU

Annexe 2 : Temps nécessaire pour la mise en place d'une assistance respiratoire extra-corporelle : Exemple d'un nouveau-né placé sous assistance pendant 6 jours

Pose de la canule J1

Temps contrôle matériel par infirmier référent	2 heures
Temps chirurgiens 1 sénior + 1 interne	3 heures
Temps réanimateurs 1 sénior + 1 interne	3 heures
Temps infirmiers 2 x 3 heures	6 heures
Temps aide soignant	2 heures

Décanulation J6

Temps chirurgiens 1 sénior + 1 interne	3 heures
Temps réanimateurs 1 sénior + 1 interne	3 heures
Temps infirmiers 1 x 2 heures	2 heures
Temps aide soignant	6 heures
Temps contrôle matériel par infirmier référent	2 heures

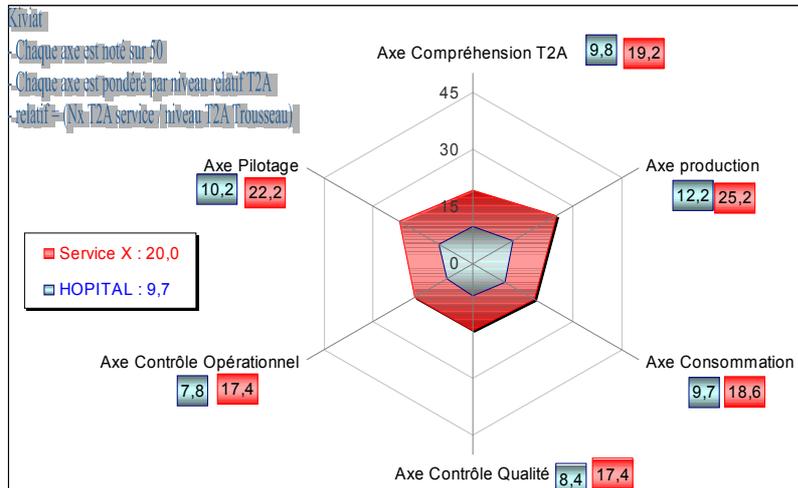
Temps IDE 24 heures x 5 = 120 heures

Temps AS 8 heures x 5 = 40 heures

TOTAL personnel paramédical : 160 heures

Annexe 3 : Méthodologie de l'étude sur le codage réalisée en novembre 2006 à l'hôpital Trousseau

Le graphique en radar (Synonymes de graphique en radar : en toile d'araignée, kiviati, spider chart, radar chart : Microsoft utilise "graphique en radar".)



Apparence

Dans le graphique en toile d'araignée, il y a autant d'axes qu'il y a de critères d'analyses. Dans notre cas, les critères d'analyse (décrits plus loin) retenus sont : Compréhension T2A, Production, Consommation, Contrôle qualité, Contrôle opérationnel, Pilotage.

L'origine de chaque axe (valeur minimum) est le point central. Ainsi, plus le service est « bon » sur un critère, plus sa note est élevée (le maximum étant de 50).

De même la surface globale donne une image de l'évaluation multi-critère du service, ou de l'hôpital. Sur le graphique, elle est située au niveau de la légende (celle de l'Hôpital est à 9,7 et celle du Service X est de 20,0 – pou un maximum à 50)

Niveau global Tarification A l'Activité (T2A) :

Ce niveau mesure la capacité du service à mettre en œuvre de façon efficiente la T2A. Ce niveau varie de 0 à 5 et pondère les autres axes

- depuis « aucune connaissance ni maîtrise des concepts T2A »

- à « une fonction information médicale présente et une culture pmsi de l'établissement, une fonction financière en vigilance et en mesure des nouveaux impacts, un contrôle de la description de l'activité médico-économique, une anticipation sur les évolutions (internes - externes – et de règles), et enfin une co-implication du corps médical au pilotage T2A ».

Liste des axes pris en compte et détail des éléments analysés

Axe compréhension T2A: mesure le savoir et la connaissance globaux du service en terme de T2A (savoir - si on code pour soi ou pour l'établissement, ce que l'on code, comment est construit un Groupe Homogène de malades [GHM] et le Groupe Homogène de Séjours [GHS], ce qui peut modifier un GHM, et connaître la valeur d'un GHM, les modalités de suivi et de rétribution de son activité, les modalités de suivi et de rétribution de l'activité de l'établissement, et enfin pouvoir expliquer la T2A à un enfant de 10 ans)

Axe production: mesure la capacité du service à coder, saisir et connaître sa production en actes, diagnostics, comorbidités associées et GHM, ainsi que son contrôle du bon envoi au Département d'Information Médicale des données recueillies avec des logiciels maîtrisés..

Axe consommation: mesure la capacité du service à identifier les éléments jouant sur les couts du GHM tels que les ratio personnel / lit, GHM et GHS, ce qui est comptabilisé dans un GHM et ce qui ne l'ait pas e(t donc qui doit être décompté par ailleurs tels que les médicaments couteux, les dispositifs médicaux implantables [DMI] , les forfaits, les Missions d'Intérêt Général et Aides à la Contractualisation [MIGAC] et les publications) et sa connaissance en terme de valorisation monétaire (connait-il ses GHS phares, sait-il s'il est considéré comme « cher » et comment est fait le calcul, sait-il si l'établissement fait partie de l'Étude Nationale de Coûts [ENC], etc..)

Axe « Contrôle Qualité : mesure la capacité du service à contrôler la bonne déclaration de son activité c'est-à-dire à contrôler que les actes/diagnostics/CMA décrits sont bien ceux réalisés, à contrôler la vraisemblance globale du case-mix et le cas échéant sa capacité à se donner les moyens de (faire) contrôler cette production en fournissant au DIM les éléments à temps, en lui demandant de contrôler et de faire un/des retours au service, afin que la validité et la qualité de la description des données soit optimale

Axe contrôle opérationnel: mesure si le service sait suivre sa production en actes, diagnostics, GHM, GHS et Chiffre d'Affaires [CA] avec les logiciels standards, au moyen de tableaux de suivis internes ou mis à sa disposition par les services médico-administratifs

Axe pilotage : mesure

- si le service pilote son activité au moyen de tableaux de bords à jour, décrivant son activité médico-économique (mix des actes, des diagnostics, des GHM, etc..) au sein de sa zone de recrutement, de concurrence, et d'adressage
- et comment il module son activité en cas de déviation par rapport à sa politique et/ou à celle de l'établissement.

Annexe 4: Compte d'exploitation de l'unité fonctionnelle des brûlés (Hôpital Trousseau)

Dépenses		Recettes PMSI (T2A 100%)	5 587 737,45
		Recettes après taux de conversion	5 227 887,16
Personnel médical	166 098	GHS	3 961 171,00
Personnel non médical	1 802 606	Supplément réa	1 169 878,00
Exploitation	510 864	Supplément soins intensifs	88 813,20
		Extrêmes haut	8 133,25
		Suppléments 7% IDF	359 742,00
Prestations médicales	1 855 649	Externes	0,00
Total des dépenses	4 335 217	Molécules	0,00
Logistique médicale	426 356	MIGAC	100 000,00
		Autres produits de l'activité hospitalière	523 536,00
		Autres produits	
Enc (TCCM)	+70%	Total recettes	5 851 423,16
Restauration	123 228		
Enc (TCCM)	+23%		
Blanchissage	53 973		
Enc (TCCM)	+34%		
Logistique générale	1 023 471		
Enc (TCCM)	+80%		
<i>Dont logistique générale hôpital</i>	<i>741 045</i>		
<i>Dont charges communes</i>	<i>282 425</i>		
Total coût complet	5 962 245		
		Ecart recettes dépenses	-110 821,98

Annexe 5 : Coût de la mise en place d'une assistance respiratoire extra-corporelle :

Exemple d'un nouveau-né placé sous assistance pendant 6 jours

Matériel :

Canule nouveau né	128
Cathéter trachéal	24
Membranes d'oxygénation	900
Circuits nouveau né	306
Kits de pression	860
Corps de pompe	256
Circuits de ventilation pour ventilateur	28
Trousse universelles	112
Blouses stériles	18
Cuvettes contrôle héparine	344
Rampes de 4 robinets	39
Rampes de 2 robinets	32
Tubulures diverses	66
Seringues diverses	87
Prolongateurs divers	27
Aiguilles diverses	20
Cathéters centraux	67
Sondes d'aspiration trachéale	39
Gants stériles	11
Fûts cartonnés pour élimination des déchets	71
TOTAL MATERIEL :	3435 Euros

Sang et dérivés :

Albumine	114
Plasma frais	385
Culots globulaires	1080
Plaquettes	1072
TOTAL	2651 Euros

TOTAL GENERAL : 6086 Euros

Annexe 6 :

Annexe 7 :

Tableau 3 : GHM communs, âge de référence > 18 ans : âge moyen par hôpital

GHM	Libellé	ENC	RDB		TRS		NCK	
		âge	n	âge	n	âge	n	âge
01C01S	Interv pour aff syst nerveux sauf craniotomies avec CMA	55	0	.	3	6.3	34	9.3
01C05V	Interv. rachis et la moelle pour des aff. neurologiques sans CMA	48	2	12.1	3	15.4	39	9.6
01C05W	Interv. rachis et la moelle pour des aff. neurologiques avec CMA	55	3	15.7	0	.	9	12.5
01C07Z	Libérations du canal carpien	60	0	.	0	.	2	10.7
01C08V	Interv. sur nerfs crâniens ou périphériques et autres interv. sur syst. nerveux inf 70 ans sans CMA	36	65	11.5	22	9.3	59	4.5
01C08W	Interv. sur nerfs crâniens ou périphériques et autres interv. sur syst. nerveux sup 69 ans et/ou CMA	59	4	10.4	3	8.2	14	5.5
01M01S	Aff. du syst. nerveux avec CMA	66	67	5.0	44	4.5	101	4.8
01M04Z	Méningites virales	25	23	3.1	24	3.5	3	3.0
01M05V	Inf. du syst. nerveux sauf méningites virales inf 70 ans sans CMA	30	14	5.0	9	9.4	16	5.7
01M05W	Inf. du syst. nerveux sauf méningites virales sup 69 ans et/ou CMA	54	7	5.1	4	3.5	6	4.2
01M06V	Tumeurs du syst. nerveux sans CMA	57	1	13.0	0	.	36	7.9
01M06W	Tumeurs du syst. nerveux avec CMA	60	0	.	0	.	9	10.5
01M08V	Maladies dégénératives du syst. nerveux inf 81 ans sans CMA	62	14	6.8	10	4.5	39	5.7
01M08W	Maladies dégénératives du syst. nerveux inf 81 ans avec CMA	65	5	3.9	15	5.1	7	3.6
01M09Z	Aff./lésions du rachis/moelle	45	9	9.9	5	7.7	29	7.7
01M10V	Autres aff. cérébrovasculaires sans CMA	64	2	9.9	0	.	12	2.9
01M10W	Autres aff. cérébrovasculaires avec CMA	70	2	9.7	2	0.8	1	0.1
01M11V	Aff. des nerfs crâniens et rachidiens inf 70 ans sans CMA	49	9	10.1	10	8.0	8	10.3
01M11W	Aff. des nerfs crâniens et rachidiens sup 69 ans et/ou CMA	69	4	10.7	1	17.4	0	.

01M12V	Autres aff. du syst. nerveux inf 70 ans sans CMA	43	20	7.6	21	8.1	72	8.7
01M12W	Autres aff. du syst. nerveux sup 69 ans et/ou CMA	73	9	9.4	4	6.7	15	5.0
01M13Z	Troubles de la conscience et comas origine non traumatique	53	0	.	5	3.3	31	6.1
01M14V	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires sans CMA	71	3	3.7	0	.	12	10.3
01M14W	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires avec CMA	74	2	7.3	0	.	3	0.2
01M16Z	Accidents ischémiques transitoires et occlusions artères précérébrales inf 81 ans	67	2	11.1	0	.	0	.
01M17V	Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse inf 70 ans sans CMA	41	3	7.1	1	12.8	7	13.0
01M17W	Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse sup 69 ans et/ou CMA	55	2	9.5	1	11.5	0	.
01M18V	Lésions traumatiques intracrâniennes sévères inf 70 ans sans CMA	37	3	11.1	0	.	16	9.0
01M18W	Lésions traumatiques intracrâniennes sévères sup 69 ans et/ou CMA	56	2	5.3	0	.	5	7.5
01M19V	Autres lésions traumatiques intracrâniennes sauf commotions inf 70 ans sans CMA	33	4	2.1	0	.	25	5.1
01M19W	Autres lésions traumatiques intracrâniennes sauf commotions sup 69 ans et/ou CMA	63	3	2.1	0	.	12	3.2
01M20V	Commotions cérébrales inf 70 ans sans CMA	33	39	4.5	6	7.0	27	6.6
01M20W	Commotions cérébrales sup 69 ans et/ou CMA	66	2	7.1	0	.	2	6.8
02C02V	Interv. rétine inf 70 ans sans CMA	53	1	0.2	0	.	27	4.8
02C03Z	Interv. sur orbite	45	10	7.6	7	5.0	37	5.9
02C04Z	Autres interv. intraoculaires	56	12	7.6	0	.	52	4.3
02C05Z	Interv. cristallin avec ou sans vitrectomie	70	33	4.4	0	.	154	3.7
02C06Z	Interv. primaires sur iris	61	1	0.7	0	.	4	0.6
02M03Z	Inf. oculaires aiguës sévères	58	0	.	0	.	4	5.1
02M04Z	Aff. oculaires origine neurologique	54	1	2.2	3	6.8	6	6.5
03C02V	Interv. majeures tête/cou sans CMA	53	21	5.6	42	4.3	3	1.9
03C02W	Interv. majeures tête/cou avec CMA	58	4	7.3	18	6.1	2	4.2
03C03Z	Exérèses de glandes salivaires	49	9	10.8	8	13.4	4	8.6
03C04Z	Interv. glandes salivaires autres que les exérèses	30	1	0.1	2	0.2	0	.
03C08V	Interv. diverses sur oreilles/nez/gorge/cou sans CMA	32	186	11.0	482	11.8	116	10.6
03C08W	Interv. diverses sur oreilles/nez/gorge/cou avec CMA	42	17	5.1	92	11.7	4	5.6
03C09Z	Rhinoplasties	32	11	16.2	20	13.6	1	16.5
03C16V	Autres interv. chirurgicales oreilles/nez/gorge/cou inf 70 ans sans CMA	31	80	10.2	129	8.3	40	7.3
03C16W	Autres interv. chirurgicales oreilles/nez/gorge/cou sup 69 ans et/ou CMA	47	10	5.7	9	5.7	11	6.0

03C17Z	Interv. bouche	44	12	5.3	21	6.3	5	6.0
03K02Z	Aff. Bouche/dents avec certaines extractions réparations et prothèses dentaires	35	53	13.8	8	11.6	2	6.9
03M02Z	Traumatismes et déformations du nez	35	1	5.0	3	6.3	2	14.7
03M05Z	Troubles de équilibre	59	4	9.4	0	.	1	7.7
03M06Z	Epistaxis	67	2	3.3	1	10.5	5	11.9
03M07V	Tumeurs malignes oreilles/nez/gorge/bouche inf 70 ans sans CMA	57	2	3.7	4	6.3	0	.
03M07W	Tumeurs malignes oreilles/nez/gorge/bouche sup 69 ans et/ou CMA	64	0	.	4	4.6	0	.
04C01S	Interv. pour aff. app. respiratoire avec CMAS	55	9	4.8	28	2.9	37	3.8
04C02V	Interv. majeures sur le thorax sans CMA	50	14	6.1	16	7.9	27	4.7
04C02W	Interv. majeures sur le thorax avec CMA	57	7	7.8	5	9.1	10	4.8
04C03V	Autres interv. chirurgicales syst. respiratoire sans CMA	50	3	14.6	4	11.7	1	14.2
04C03W	Autres interv. chirurgicales syst. respiratoire avec CMA	59	1	7.5	3	4.0	2	6.3
04M08V	Bronchopneumopathies chroniques sans CMA	67	14	10.4	94	6.2	26	8.6
04M08W	Bronchopneumopathies chroniques avec CMA	69	46	12.6	62	7.5	7	5.1
04M09V	Tumeurs app. respiratoire sans CMA	63	2	0.5	1	5.4	3	4.4
04M09W	Tumeurs app. respiratoire avec CMA	67	1	16.5	3	5.6	0	.
04M10W	Embolies pulmonaires avec CMA	69	0	.	0	.	1	13.4
04M11V	Signes et symptômes respiratoires sans CMA	58	11	4.1	10	4.5	23	7.4
04M11W	Signes et symptômes respiratoires avec CMA	66	4	8.1	8	3.4	14	10.0
04M12V	Pneumothorax sans CMA	33	2	12.1	2	12.6	1	14.7
04M12W	Pneumothorax avec CMA	54	0	.	1	10.1	3	11.6
04M13Z	Œdème pulmonaire et détresse respiratoire	64	60	3.6	151	2.8	161	3.5
04M14V	Maladies pulmonaires interstitielles sans CMA	54	2	11.4	5	8.4	31	6.1
04M14W	Maladies pulmonaires interstitielles avec CMA	66	3	7.4	2	8.5	11	7.6
04M15V	Autres diagnostics syst. respiratoire sans CMA	53	10	7.4	20	3.2	35	2.5
04M15W	Autres diagnostics syst. respiratoire avec CMA	60	7	0.4	20	4.9	16	1.2
04M17V	Epanchements pleuraux sans CMA	65	4	5.3	0	.	3	9.8
04M17W	Epanchements pleuraux avec CMA	67	6	3.8	6	5.2	3	5.1
05C03V	Remplacement valvulaire avec CEC sans cathétérisme cardiaque ni coronarographie sans CMA	65	0	.	0	.	1	11.7

05C03W	Remplacement valvulaire avec CEC sans cathétérisme cardiaque ni coronarographie avec CMA	66	0	.	0	.	9	11.7
05C06V	Autres interv. cardiothoraciques sup 1 an ou vasculaires quel que soit âge avec CEC sans CMA	39	0	.	0	.	12	5.4
05C06W	Autres interv. cardiothoraciques sup 1 an ou vasculaires quel que soit âge avec CEC avec CMA	52	0	.	0	.	176	7.3
05C08V	Autres interv. cardiothoraciques sup 1 an ou vasculaires quel que soit âge sans CEC sans CMA	64	0	.	0	.	4	8.2
05C08W	Autres interv. cardiothoraciques sup 1 an ou vasculaires quel que soit âge sans CEC avec CMA	64	0	.	0	.	19	8.2
05C10V	Chirurgie majeure de revascularisation sans CMA	66	0	.	0	.	4	2.1
05C10W	Chirurgie majeure de revascularisation avec CMA	68	0	.	1	9.5	40	1.4
05C11V	Autres interv. de chirurgie vasculaire sans CMA	67	1	15.0	0	.	3	4.2
05C11W	Autres interv. de chirurgie vasculaire avec CMA	70	0	.	0	.	1	1.5
05C14Z	Pose stimulateur cardiaque permanent avec insuffisance cardiaque	75	0	.	0	.	2	15.2
05C15Z	Pose stimulateur cardiaque permanent sans insuffisance cardiaque	73	0	.	0	.	27	8.4
05C16Z	Remplacement ou ablation chirurgicale électrodes ou de boîtier de stimulation cardiaque permanente	74	0	.	0	.	11	9.0
05C18Z	Autres interv. syst. circulatoire	61	1	0.2	7	6.7	8	3.0
05K02V	Endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques sans CMA	62	0	.	0	.	20	6.1
05K02W	Endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques avec CMA	66	0	.	0	.	6	5.8
05K03Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies avec pathologie cardiaque sévère en dehors un infarctus aigu du myocarde	65	0	.	0	.	26	7.0
05K04Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies pour une pathologie autre	62	0	.	0	.	178	4.2
05M05V	Syncopes et lipothymies inf 70 ans sans CMA	51	4	7.5	4	0.3	4	7.0
05M05W	Syncopes et lipothymies sup 69 ans et/ou CMA	77	3	8.8	0	.	1	0.4
05M07W	Thrombophlébites veineuses profondes sup 69 ans et/ou CMA	74	0	.	0	.	1	16.6
05M08V	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque inf 70 ans sans CMA	61	5	6.3	0	.	28	2.4

05M08W	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque sup 69 ans et/ou CMA	76	3	4.3	1	15.5	0	.
05M09V	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire sans CMA	78	8	6.5	3	1.0	17	2.5
05M09W	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA	78	46	2.5	1	4.4	28	2.4
05M12V	Troubles vasculaires périphériques inf 70 ans sans CMA	60	3	5.6	6	1.8	18	6.6
05M12W	Troubles vasculaires périphériques sup 69 ans et/ou CMA	74	1	15.1	0	.	7	8.1
05M13Z	Douleurs thoraciques	62	1	8.8	0	.	3	0.0
05M14Z	Arrêt cardiaque	66	0	.	2	5.4	7	0.4
05M15Z	Hypertension artérielle	65	16	8.2	13	8.4	12	10.5
05M16V	Athérosclérose coronarienne sans CMA	70	0	.	0	.	1	1.3
05M16W	Athérosclérose coronarienne avec CMA	78	0	.	0	.	1	8.1
05M17V	Autres aff. app. circulatoire sans CMA	58	32	4.5	7	6.3	41	5.9
05M17W	Autres aff. app. circulatoire avec CMA	66	32	5.3	4	3.8	16	8.2
05M18Z	Endocardites aiguës et subaiguës	62	0	.	0	.	4	10.6
06C03V	Résections rectales sans CMA	62	1	15.8	1	8.3	1	1.3
06C03W	Résections rectales avec CMA	67	1	13.1	0	.	1	1.0
06C04V	Interv. majeures intestin grêle/côlon sans CMA	59	49	2.8	24	1.5	20	4.5
06C04W	Interv. majeures intestin grêle/côlon avec CMA	66	47	3.5	16	4.9	57	3.6
06C07V	Interv. mineures intestin grêle/côlon sans CMA	51	7	4.8	2	5.3	4	1.4
06C07W	Interv. mineures intestin grêle/côlon avec CMA	55	9	2.1	4	1.8	6	6.1
06C08V	Appendicectomies compliquées inf 70 ans sans CMA	25	55	9.2	45	9.2	16	9.8
06C08W	Appendicectomies compliquées sup 69 ans et/ou CMA	48	8	11.0	10	8.9	2	3.5
06C09V	Appendicectomies non compliquées inf 70 ans sans CMA	20	50	9.9	147	9.8	97	10.5
06C09W	Appendicectomies non compliquées sup 69 ans et/ou CMA	39	4	9.3	3	8.6	2	8.2
06C13V	Libérations adhérences péritonéales inf 70 ans sans CMA	40	0	.	6	7.9	0	.
06C13W	Libérations adhérences péritonéales sup 69 ans et/ou CMA	68	1	11.4	0	.	2	2.1
06C14V	Interv. Rectum/anus autres que les résections rectales sans CMA	45	19	3.2	27	2.6	21	2.0
06C14W	Interv. Rectum/anus autres que les résections rectales avec CMA	57	1	8.0	5	5.2	5	5.9
06C15V	Autres interv. tube digestif sans CMA	48	9	8.8	1	14.9	4	6.4
06C15W	Autres interv. tube digestif avec CMA	58	3	4.9	0	.	4	9.0
06M01S	Aff. du tube digestif avec CMAS	64	112	5.5	30	5.5	36	4.4

06M04V	Hémorragies digestives inf 70 ans sans CMA	51	25	7.2	18	7.3	9	4.6
06M04W	Hémorragies digestives sup 69 ans et/ou CMA	70	4	9.5	0	.	4	5.4
06M05V	Tumeurs malignes du tube digestif inf 70 ans sans CMA	62	1	2.3	0	.	0	.
06M06V	Occlusions intestinales non dues à une hernie sans CMA	64	20	3.2	29	4.9	21	5.1
06M06W	Occlusions intestinales non dues à une hernie avec CMA	69	8	9.6	2	11.0	4	7.5
06M07V	Maladies inflammatoires de intestin sans CMA	38	15	11.2	14	13.7	31	13.0
06M07W	Maladies inflammatoires de intestin avec CMA	43	30	12.6	7	7.0	9	13.1
06M10Z	Ulcères gastroduodénaux compliqués	63	0	.	1	10.1	0	.
06M11V	Ulcères gastroduodénaux non compliqués inf 70 ans sans CMA	49	4	8.1	2	9.3	1	0.0
07C02V	Interv. foie/pancréas/veines porte ou cave sans CMA	56	0	.	1	10.6	10	5.0
07C02W	Interv. foie/pancréas/veines porte ou cave avec CMA	58	2	11.2	0	.	4	10.4
07C04V	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale sans CMA	54	8	11.2	4	9.7	2	13.6
07C04W	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale avec CMA	61	25	9.8	5	11.0	3	10.4
07C05V	Interv. voies biliaires autres que cholécystectomies sans CMA	63	1	7.9	0	.	2	5.5
07C07Z	Interv. diagnostiques syst. hépatobiliaire et pancréatique pour aff. non malignes	49	1	9.5	0	.	0	.
07M01S	Aff. du syst. hépatobiliaire et du pancréas avec CMAS	61	11	8.9	3	0.6	7	6.1
07M02V	Aff. des voies biliaires inf 70 ans sans CMA	53	3	3.5	2	2.1	8	3.2
07M02W	Aff. des voies biliaires sup 69 ans et/ou CMA	75	1	15.6	0	.	5	5.3
07M03W	Hépatites alcooliques et cirrhoses sup 69 ans et/ou CMA	58	0	.	0	.	2	10.9
07M04V	Aff. hépatiques sauf tumeurs malignes/cirrhoses/hépatites alcooliques sans CMA	48	12	7.6	3	11.1	22	6.0
07M04W	Aff. hépatiques sauf tumeurs malignes/cirrhoses/hépatites alcooliques avec CMA	57	6	13.0	1	2.5	3	6.0
07M05V	Aff. non malignes du pancréas sans CMA	51	4	11.7	3	10.5	5	12.0
07M05W	Aff. non malignes du pancréas avec CMA	51	1	13.1	2	7.9	0	.
07M06V	Aff. malignes syst. hépatobiliaire/pancréas inf 70 ans sans CMA	60	1	9.6	2	2.9	2	12.9
07M06W	Aff. malignes syst. hépatobiliaire/pancréas sup 69 ans et/ou CMA	71	0	.	1	1.4	0	.
08C01S	Interv. pour aff. app. Musculosquelettique/tissu conjonctif avec CMAS	60	34	11.7	51	12.2	226	6.5
08C03V	Interv. majeures sur les articulations et greffes de membres sans CMA	71	1	10.1	6	13.3	12	16.1
08C03W	Interv. majeures sur les articulations et greffes de membres avec CMA	74	0	.	0	.	2	9.7
08C06Z	Amputations pour aff. app. musculosquelettique et du tissu conjonctif	61	1	22.9	2	10.2	1	4.4
08C07V	Interv. rachis sans CMA	47	66	14.5	63	13.1	54	9.2

08C07W	Interv. rachis avec CMA	51	19	14.3	3	16.5	11	5.9
08C10V	Interv. genou inf 70 ans sans CMA	32	11	11.7	20	8.0	49	7.1
08C10W	Interv. genou sup 69 ans et/ou CMA	60	1	1.1	1	4.0	1	11.8
08C11V	Interv. membre sup sauf humérus/main inf 70 ans sans CMA	41	48	9.7	26	11.1	38	8.7
08C11W	Interv. membre sup sauf humérus/main sup 69 ans et/ou CMA	70	0	.	0	.	1	11.2
08C12Z	Biopsies ostéoarticulaires	33	21	8.8	19	9.7	31	7.6
08C13Z	Résections osseuses localisées et/ou ablations matériel de fixation interne hanche/fémur	33	17	12.2	25	11.1	17	11.7
08C14Z	Résections osseuses localisées et/ou ablations matériel de fixation interne sauf hanche/fémur	40	69	12.4	79	10.5	86	10.6
08C15V	Interv. pied sans CMA	46	56	9.6	53	11.0	51	11.1
08C15W	Interv. pied avec CMA	58	1	14.2	0	.	6	11.9
08C16V	Interv. tissus mous sans CMA	40	65	7.5	138	6.8	73	6.7
08C16W	Interv. tissus mous avec CMA	54	5	11.1	0	.	8	9.7
08C17Z	Interv. main/poignet pour kyste synovial	37	3	6.1	0	.	1	10.2
08C18V	Interv. main/poignet autre que kyste synovial sans CMA	40	93	5.9	23	6.6	58	4.9
08C18W	Interv. main/poignet autre que kyste synovial avec CMA	48	1	2.5	0	.	0	.
08C19Z	Arthroscopies	42	29	9.3	3	5.4	18	11.7
08C20Z	Greffes de peau pour maladie app. musculosquelettique ou du tissu conjonctif	29	4	4.3	18	4.5	2	7.5
08C21V	Autres interv. portant app. musculosquelettique/tissu conjonctif sans CMA	31	51	10.4	65	10.1	67	7.9
08C21W	Autres interv. portant app. musculosquelettique/tissu conjonctif avec CMA	46	5	14.5	2	7.6	14	1.6
08M01S	Aff. app. musculosquelettique/tissu conjonctif avec CMAS	63	17	7.3	9	10.6	42	8.0
08M04V	Fractures de la hanche et du bassin sans CMA	74	1	0.8	1	7.9	4	7.8
08M05Z	Fractures de la diaphyse de épiphyse ou une partie non précisée du fémur	30	22	2.7	20	4.9	28	4.3
08M08Z	Entorses et luxations du bassin/hanche	49	0	.	2	10.3	2	4.8
08M09Z	Arthropathies non spécifiques	49	3	4.8	1	3.5	31	4.9
08M10V	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques inf 70 ans sans CMA	47	14	8.7	14	7.9	31	7.7
08M10W	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques sup 69 ans et/ou CMA	75	0	.	1	6.1	1	5.3
08M11V	Fractures pathologiques et aff. malignes app. musculosquelettique/tissu conjonctif sans CMA	66	3	12.1	13	12.8	2	7.8

08M12V	Pathologies rachidiennes relevant un traitement médical inf 70 ans sans CMA	45	38	11.3	37	11.5	75	10.7
08M12W	Pathologies rachidiennes relevant un traitement médical sup 69 ans et/ou CMA	69	1	12.6	0	.	7	11.7
08M13Z	Signes et symptômes concernant app. musculosquelettique/tissu conjonctif	50	2	9.8	2	8.7	7	11.1
08M14V	Aff. tissu conjonctif inf 70 ans sans CMA	47	35	11.4	10	9.6	28	6.7
08M14W	Aff. tissu conjonctif sup 69 ans et/ou CMA	67	3	10.6	1	14.7	1	6.3
08M15V	Tendinites myosites et bursites inf 70 ans sans CMA	42	7	6.4	2	2.9	14	8.0
08M16Z	Ostéomyélites	37	70	5.1	13	4.3	35	3.5
08M17Z	Arthrites septiques	43	10	5.1	18	3.6	22	3.4
08M18Z	Suites de traitement après affection app. musculosquelettique/tissu conjonctif	55	5	12.2	26	10.8	37	10.8
08M19V	Autres pathologies app. musculosquelettique/tissu conjonctif sans CMA	35	100	5.9	107	6.1	124	6.6
08M19W	Autres pathologies app. musculosquelettique/tissu conjonctif avec CMA	62	2	4.5	3	6.1	7	6.4
09C02V	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite sans CMA	52	1	12.4	1	13.2	2	10.8
09C02W	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite avec CMA	56	1	0.5	0	.	0	.
09C03V	Greffes de peau et/ou parages de plaie sauf ulcères cutanés/cellulites sans CMA	48	45	7.7	155	7.3	13	6.0
09C03W	Greffes de peau et/ou parages de plaie sauf ulcères cutanés/cellulites avec CMA	61	2	11.6	4	10.2	1	14.6
09C06Z	Interv. sein pour des aff. non malignes autres que biopsie/excision locale	42	1	16.6	6	15.8	2	14.9
09C08Z	Interv. région anale et périanale	26	4	7.9	6	11.9	2	0.6
09C09Z	Interv. plastiques en dehors de la chirurgie esthétique	46	4	10.5	11	7.0	4	11.0
09C10V	Autres interv. peau/tissus souscutanés/seins sans CMA	47	50	6.8	80	5.8	63	6.0
09C10W	Autres interv. peau/tissus souscutanés/seins avec CMA	59	8	9.1	3	10.8	1	4.5
09M06Z	Ulcères cutanés	72	0	.	1	14.5	5	15.3
09M07V	Autres aff. dermatologiques inf 70 ans sans CMA	40	15	8.6	23	7.5	53	4.9
09M07W	Autres aff. dermatologiques sup 69 ans et/ou CMA	71	3	5.4	2	15.1	38	4.5
09M08V	Aff. dermatologiques sévères inf 70 ans sans CMA	43	3	1.4	3	2.7	17	5.1
09M08W	Aff. dermatologiques sévères sup 69 ans et/ou CMA	72	1	7.5	0	.	7	7.8
09M09Z	Aff. non malignes des seins	50	0	.	1	15.1	1	15.4
10C01S	Interv. pour aff. endocriniennes métaboliques et nutritionnelles avec CMAS	55	4	7.2	2	7.2	16	3.1
10C02Z	Interv. hypophyse	44	0	.	0	.	1	15.1
10C03Z	Interv. les surrénales	50	4	5.2	3	2.9	1	5.8
10C05Z	Interv. parathyroïdes	56	1	0.9	0	.	0	.

10C06V	Interv. thyroïde inf 70 ans sans CMA	47	1	13.1	2	12.4	0	.
10C06W	Interv. thyroïde sup 69 ans et/ou CMA	64	1	3.1	1	12.2	0	.
10C07Z	Interv. tractus thyroïdienne	18	21	4.9	27	6.3	16	4.5
10C08Z	Autres interv. pour troubles endocriniens métaboliques ou nutritionnels	48	2	2.8	8	1.9	9	2.2
10M01S	Aff. endocriniennes métaboliques et nutritionnelles avec CMAS	68	40	5.6	22	4.7	40	6.7
10M03Z	Diabète inf 36 ans	20	123	8.9	1	8.5	117	12.4
10M06Z	Maladies métaboliques congénitales	36	75	5.7	6	4.9	206	6.1
10M07V	Autres troubles endocriniens inf 70 ans sans CMA	47	75	8.4	9	3.9	46	8.4
10M07W	Autres troubles endocriniens sup 69 ans et/ou CMA	70	6	3.9	3	4.6	21	14.5
11C01S	Interv. pour aff. reins/voies urinaires avec CMAS	62	24	3.4	8	3.0	13	4.8
11C02V	Interv. reins/uretères et chirurgie majeure vessie pour aff tumorale sans CMA	59	6	5.4	8	5.3	8	2.3
11C02W	Interv. reins/uretères et chirurgie majeure vessie pour aff tumorale avec CMA	65	1	4.0	1	1.9	1	1.1
11C03V	Interv. reins/uretères et chirurgie majeure vessie pour aff non tumorale sans CMA	22	74	2.8	98	3.5	137	3.9
11C03W	Interv. reins/uretères et chirurgie majeure vessie pour aff non tumorale avec CMA	46	11	8.7	10	9.2	11	5.5
11C04Z	Autres interv. vessie à exception des interv. transurétrales	57	14	9.3	3	10.7	23	9.3
11C05V	Interv. transurétrales ou par voie transcutanée sans CMA	56	45	4.2	8	6.9	20	5.8
11C05W	Interv. transurétrales ou par voie transcutanée avec CMA	68	2	2.3	1	15.5	3	4.8
11C08V	Autres interv. reins/voies urinaires sans CMA	57	4	7.1	2	8.4	2	5.9
11C08W	Autres interv. reins/voies urinaires avec CMA	59	0	.	2	7.8	6	3.9
11M01S	Aff. reins/voies urinaires avec CMAS	64	44	6.2	27	6.8	18	9.4
11M02V	Lithiases urinaires inf 70 ans sans CMA	42	30	5.0	6	11.2	5	9.1
11M02W	Lithiases urinaires sup 69 ans et/ou CMA	64	1	0.7	1	0.8	0	.
11M05V	Insuffisance rénale avec dialyse inf 70 ans sans CMA	53	4	10.0	6	7.4	21	10.8
11M05W	Insuffisance rénale avec dialyse sup 69 ans et/ou CMA	66	4	14.8	12	6.4	7	13.0
11M06V	Insuffisance rénale sans dialyse inf 70 ans sans CMA	54	27	11.2	14	8.3	24	9.1
11M06W	Insuffisance rénale sans dialyse sup 69 ans et/ou CMA	72	28	7.0	14	9.6	5	4.7
11M07V	Tumeurs reins/voies urinaires sans CMA	65	3	3.6	3	5.8	7	1.9
11M10V	Rétrécissement urétral inf 70 ans sans CMA	53	1	15.2	0	.	1	5.6
12C01S	Interv. pour aff. app. génital masculin avec CMAS	71	0	.	1	2.8	1	1.8
12C02Z	Interv. pelviennes majeures chez homme	66	0	.	0	.	1	14.5

12C05Z	Interv. testicules pour des tumeurs malignes	46	0	.	3	3.8	0	.
12C08Z	Circoncisions	31	8	3.7	3	8.2	5	7.2
12C10Z	Autres interv. pour des aff. non malignes app. génital masculin	38	3	3.8	2	3.3	1	4.2
12M02V	Inf./inflammations app. génital masculin inf 70 ans sans CMA	45	7	0.8	2	12.7	0	.
12M02W	Inf./inflammations app. génital masculin sup 69 ans et/ou CMA	70	0	.	2	6.7	0	.
12M05Z	Autres aff. app. génital masculin	30	13	5.4	4	4.2	5	8.5
13C01S	Interv. pour aff. app. génital féminin avec CMAS	52	2	6.9	0	.	2	11.3
13C02V	Exentérations pelviennes hystérectomies élargies ou vulvectomies sans CMA	55	0	.	0	.	1	6.0
13C04W	Interv. réparatrices app. génital féminin sup 69 ans et/ou CMA	73	0	.	0	.	1	17.3
13C05Z	Interv. syst. utéroannexiel pour des tumeurs malignes	50	5	9.2	1	10.2	3	9.6
13C06Z	Interruptions tubaires pour des aff. non malignes	41	0	.	1	11.8	0	.
13C07V	Interv. syst. utéroannexiel pour des aff. non malignes autres que les interruptions tubaires inf 70 ans sans CMA	36	19	7.9	14	9.6	19	10.0
13C07W	Interv. syst. utéroannexiel pour des aff. non malignes autres que les interruptions tubaires sup 69 ans et/ou CMA	51	1	11.8	0	.	0	.
13C08V	Interv. vulve/vagin/col utérin inf 70 ans sans CMA	39	6	5.9	8	5.5	13	8.4
13C08W	Interv. vulve/vagin/col utérin sup 69 ans et/ou CMA	69	0	.	0	.	1	0.7
13C09Z	Laparoscopies ou cœlioscopies diagnostiques	33	1	16.7	0	.	0	.
13C13Z	Autres interv. app. génital féminin	45	1	13.8	0	.	0	.
13M02Z	Inf. app. génital féminin	34	0	.	2	13.5	0	.
13M03V	Tumeurs malignes app. génital féminin sans CMA	60	1	1.0	1	12.7	0	.
13M04V	Autres aff. app. génital féminin inf 70 ans sans CMA	41	12	9.4	2	10.2	3	9.2
13M04W	Autres aff. app. génital féminin sup 69 ans et/ou CMA	62	2	15.8	0	.	1	15.6
16C01S	Interv. pour aff. sang/organes hématopoïétiques avec CMAS	53	6	4.0	0	.	3	6.0
16C02Z	Interv. rate	42	1	12.9	7	6.5	14	7.1
16C03V	Autres interv. pour aff. sang/organes hématopoïétiques sans CMA	44	5	8.3	8	8.4	2	5.8
16C03W	Autres interv. pour aff. sang/organes hématopoïétiques avec CMA	49	0	.	2	11.2	1	12.5

16M01S	Aff. sang/organes hématopoïétiques avec CMAS	49	34	4.8	41	8.4	31	5.8
16M02V	Aff. syst. réticuloendothélial ou immunitaire sans CMA	42	28	7.7	9	7.7	45	5.7
16M02W	Aff. syst. réticuloendothélial ou immunitaire avec CMA	55	6	8.1	1	3.7	13	1.9
16M05V	Troubles coagulation inf 70 ans sans CMA	25	23	8.1	15	5.7	18	5.3
16M05W	Troubles coagulation sup 69 ans et/ou CMA	64	2	1.4	7	4.8	4	8.8
17C01S	Interv. pour aff. myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus avec CMAS	60	2	7.4	2	4.7	6	8.5
17C02V	Interv. majeures au cours de lymphomes/leucémies sans CMA	57	1	12.1	0	.	0	.
17C02W	Interv. majeures au cours de lymphomes/leucémies avec CMA	57	1	5.1	5	11.2	0	.
17C03V	Autres interv. au cours de lymphomes/leucémies sans CMA	55	2	5.4	5	11.0	8	6.6
17C03W	Autres interv. au cours de lymphomes/leucémies avec CMA	63	0	.	3	7.6	0	.
17C04V	Interv. majeures pour aff. Myéloprolifératives/tumeurs de siège imprécis ou diffus sans CMA	50	1	8.3	2	7.9	0	.
17C04W	Interv. majeures pour aff. Myéloprolifératives/tumeurs de siège imprécis ou diffus avec CMA	58	0	.	1	1.0	0	.
17C05V	Autres interv. au cours aff. Myéloprolifératives/tumeurs de siège imprécis ou diffus sans CMA	45	0	.	10	8.3	9	8.5
17C05W	Autres interv. au cours aff. Myéloprolifératives/tumeurs de siège imprécis ou diffus avec CMA	57	1	18.4	1	14.6	0	.
17M01S	Aff. myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus avec CMAS	58	25	7.4	72	8.0	1	6.2
17M04Z	Antécédents ou suspicion aff. tumorales sans exploration endoscopique	61	0	.	1	1.3	3	6.2
17M05Z	Chimiothérapie pour leucémie aiguë	24	149	7.8	170	7.6	2	11.6
17M06V	Chimiothérapie pour autre tumeur sans CMA	54	28	11.1	248	9.0	0	.
17M06W	Chimiothérapie pour autre tumeur avec CMA	59	1	12.0	13	6.9	0	.
17M07V	Autres aff. Myéloprolifératives/tumeurs de siège imprécis ou diffus inf 70 ans sans CMA	55	2	8.2	10	6.0	8	9.4
17M07W	Autres aff. Myéloprolifératives/tumeurs de siège imprécis ou diffus sup 69 ans et/ou CMA	77	0	.	1	3.3	0	.
18C02V	Interv. pour maladies infectieuses ou parasitaires sans CMA	46	0	.	1	10.6	1	0.0
18C02W	Interv. pour maladies infectieuses ou parasitaires avec CMA	56	1	6.9	0	.	2	4.3
18M05V	Inf. postopératoires et posttraumatiques sans CMA	48	0	.	1	15.2	0	.
18M08V	Autres mal infectieuses/parasitaires inf 70 ans sans CMA	30	21	5.8	13	9.6	6	6.9

18M08W	Autres mal infectieuses/parasitaires sup 69 ans et/ou CMA	54	2	1.4	2	1.7	2	2.2
18Z01S	Mal infectieuses/parasitaires avec CMAS avec/sans acte	62	58	4.9	63	7.1	16	3.2
19C02Z	Interv. chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale	62	2	12.9	4	6.7	3	5.1
19M02V	Troubles aigus de adaptation et du fonctionnement psychosocial inf 70 ans sans CMA	38	2	12.2	2	12.4	11	11.3
19M02W	Troubles aigus de adaptation et du fonctionnement psychosocial sup 69 ans et/ou CMA	73	1	8.3	0	.	1	7.9
19M03Z	Troubles de la personnalité et du comportement avec réactions impulsives	40	4	10.1	3	11.1	1	11.8
19M05Z	Psychoses inf 81 ans	50	2	5.6	1	9.9	1	7.8
19M07V	Troubles mentaux origine organique et retards mentaux inf 81 ans sans CMA	67	5	8.4	31	4.3	66	5.3
19M07W	Troubles mentaux origine organique et retards mentaux inf 81 ans avec CMA	70	12	8.5	12	7.3	5	5.0
19M09Z	Autres troubles mentaux	42	2	9.7	7	13.6	0	.
19M10Z	Névroses autres que les névroses dépressives	46	0	.	4	12.9	1	0.6
19M11V	Névroses dépressives inf 70 ans sans CMA	40	1	14.2	0	.	5	13.2
19M11W	Névroses dépressives sup 69 ans et/ou CMA	68	0	.	0	.	4	11.3
20Z03Z	Abus de drogues non éthyliques sans dépendance	43	0	.	0	.	1	13.4
20Z04Z	Ethylisme avec dépendance	45	1	14.9	0	.	0	.
20Z05Z	Ethylisme aigu	49	1	17.2	0	.	0	.
21C01S	Interv. pour traumatismes allergies et empoisonnements avec CMAS	59	1	3.2	1	15.4	4	4.8
21C02Z	Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures	41	4	5.3	6	5.5	11	4.8
21C03Z	Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures	46	0	.	1	13.1	1	8.0
21C04Z	Interv. main ou le poignet à la suite de blessures	38	6	9.6	2	3.9	4	3.3
21C05V	Autres interv. pour blessures ou complications acte sans CMA	51	7	7.2	4	10.4	5	10.5
21C05W	Autres interv. pour blessures ou complications acte avec CMA	59	2	10.9	2	12.1	3	11.1
21M01S	Traumatismes allergies et empoisonnements avec CMAS	55	19	6.1	1	14.8	2	12.5
21M08V	Autres traumatismes et effets nocifs autres que intoxications inf 70 ans sans CMA	25	8	7.5	0	.	1	14.4
21M08W	Autres traumatismes et effets nocifs autres que intoxications sup 69 ans et/ou CMA	62	1	9.5	0	.	0	.
21M09V	Complications iatrogéniques non classées ailleurs sans CMA	53	10	8.2	10	7.7	12	7.1
21M09W	Complications iatrogéniques non classées ailleurs avec CMA	58	7	5.2	1	1.1	4	10.4
22C02Z	Brûlures non étendues avec greffe cutanée	36	2	3.6	173	3.1	1	11.8
22C03Z	Brûlures non étendues avec parages de plaie ou autres interv. chirurgicales	30	1	1.7	11	3.1	0	.
22M02Z	Brûlures non étendues sans intervention chirurgicale	29	18	3.5	165	2.7	3	3.8

22Z02Z	Brûlures étendues	43	0	.	14	6.0	3	4.6
23C02Z	Interv. chirurg avec autres motifs recours services santé	46	2	1.6	26	2.7	14	9.8
23M03V	Signes et symptômes sans CMA	60	24	7.9	13	2.3	19	8.1
23M03W	Signes et symptômes avec CMA	68	6	8.0	4	9.9	24	8.4
23M04Z	Suivi thérapeutique avec antécédent aff. malignes	65	1	19.1	0	.	0	.
23M05Z	Suivi thérapeutique sans antécédent aff. malignes	52	243	9.4	3	6.3	407	6.2
23M06Z	Autres facteurs influant sur état de santé	54	121	6.8	87	7.2	181	6.1
23Z02Z	Soins palliatifs avec ou sans acte dans une USP	64	0	.	11	9.8	0	.
24C02Z	Aff. CMD01:<2 j avec autre acte opératoire CMD01	40	8	5.1	9	5.0	10	7.9
24C03Z	Interv. cristallin:<2 j	71	4	2.2	0	.	5	6.6
24C04Z	Aff. CMD02:<2 j avec autre acte opératoire CMD02	41	56	6.4	87	3.5	116	4.5
24C07Z	Aff. CMD03:<2 j avec autre acte opératoire CMD03	27	108	4.5	100	6.8	181	4.4
24C10Z	Aff. CMD05:<2 j avec autre acte opératoire CMD05	59	0	.	6	8.8	5	3.7
24C11Z	Interv. réparatrices pour hernies abdominales:<2 j	28	179	4.5	221	3.6	126	3.0
24C12Z	Interv. rectum et anus:<2 j	39	19	2.2	20	1.1	7	2.0
24C13Z	Aff. CMD06:<2 j avec autre acte opératoire CMD06	43	8	6.7	28	4.1	12	4.5
24C15Z	Résections osseuses localisées et ablations de matériel de fixation:<2 j	30	119	8.8	119	9.5	60	9.1
24C16Z	Interv. main:<2 j	39	124	4.0	123	3.5	35	6.7
24C17Z	Arthroscopies:<2 j	42	2	10.0	3	14.6	0	.
24C18Z	Aff. CMD08:<2 j avec autre acte opératoire CMD08	40	93	6.1	82	6.2	61	6.6
24C19Z	Aff. CMD09:<2 j avec acte opératoire CMD09	44	124	5.8	292	5.2	149	6.3
24C20Z	Aff. CMD10:<2 j avec acte opératoire CMD10	39	1	3.7	0	.	1	1.3
24C21Z	Interv. transurétrales sauf prostatectomie:<2 j	53	8	3.8	12	5.9	7	8.8
24C22Z	Aff. CMD11:<2 j avec autre acte opératoire CMD11	44	6	5.2	15	6.4	2	3.0
24C25Z	Aff. CMD12:<2 j avec autre acte opératoire CMD12	27	11	4.8	15	2.3	12	4.4
24C26Z	Interv. syst. utéroannexiel:<2 j	33	5	8.9	1	5.9	1	13.1
24C27Z	Interv. vulve le vagin et le col utérin:<2 j	35	8	7.6	6	5.9	7	9.0
24C29Z	Aff. CMD13:<2 j avec autre acte opératoire CMD13	44	8	8.8	0	.	0	.
24C32Z	Aff. CMD16:<2 j avec acte opératoire CMD16	46	1	7.2	3	9.7	1	5.3
24C33Z	Aff. CMD17:<2 j avec acte opératoire	50	2	14.9	4	15.3	2	4.8

24C34Z	Aff. CMD18:<2 j avec acte opératoire	34	0	.	1	19.0	5	6.6
24C36Z	Aff. CMD21:<2 j avec acte opératoire CMD21	40	14	5.0	76	5.0	55	4.8
24C37Z	Aff. CMD22:<2 j avec acte opératoire CMD22	29	0	.	3	1.4	0	.
24C38Z	Motifs de recours de CMD23:<2 j avec acte opératoire	38	14	24.4	8	3.7	20	4.8
24K02Z	Endoscopies avec anesthésie:<2 j	53	279	7.4	259	6.8	431	5.2
24K03Z	Endoscopies sans anesthésie:<2 j	48	257	2.1	134	5.6	143	3.5
24K04Z	Mise en place de certains accès vasculaires:<2 j	56	2	0.2	11	7.5	17	10.2
24K05Z	Explorations nocturnes et apparentées:<2 j	47	12	3.4	158	7.7	89	6.6
24K06Z	Aff. de la bouche et des dents avec certaines extractions réparations et prothèses dentaires:<2 j	24	105	7.0	21	12.2	5	17.8
24K07Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies:<2 j	57	0	.	0	.	30	5.2
24K08Z	Aff. CMD08:<2 j sans acte opératoire CMD08 avec anesthésie	26	199	7.6	335	8.2	159	8.9
24K09Z	Aff. CMD09:<2 j sans acte opératoire CMD09 avec anesthésie	24	378	5.1	80	6.9	87	6.2
24K11Z	Aff. CMD13:<2 j sans acte opératoire CMD13 avec anesthésie	36	2	5.3	2	2.4	1	3.2
24K13Z	Motifs de recours CMD23:<2 j sans acte opératoire avec anesthésie	23	49	7.3	11	14.4	32	6.2
24M01Z	Convulsions épilepsies et céphalées:<2 j	28	206	5.2	127	5.5	169	6.4
24M02Z	Commotions cérébrales:<2 j	25	235	4.9	70	6.2	131	6.4
24M03Z	Aff. CMD01:<2 j sans acte opératoire CMD01	48	192	7.4	404	7.5	402	5.9
24M04Z	Aff. CMD02:<2 j sans acte opératoire CMD02	44	45	4.4	66	4.0	185	3.9
24M06Z	Aff. CMD03:<2 j sans acte opératoire CMD03	36	301	5.5	259	7.7	148	5.1
24M07Z	Bronchites et asthme:<2 j	24	402	1.9	1241	4.1	933	5.3
24M08Z	Aff. CMD04:<2 j sans acte opératoire CMD04	51	170	4.2	613	8.3	191	7.1
24M09Z	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque:<2 j	60	4	15.1	3	0.4	16	5.7
24M10Z	Aff. CMD05:<2 j sans acte opératoire CMD05	51	115	7.1	56	7.6	660	3.6
24M11Z	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif:<2 j	25	820	3.8	896	4.3	152	4.0
24M12Z	Aff. CMD06:<2 j sans acte opératoire CMD06	43	128	4.6	115	5.3	159	5.0
24M13Z	Aff. CMD07:<2 j sans acte opératoire CMD07	52	9	8.6	10	3.3	50	11.6
24M14Z	Pathologies rachidiennes relevant un traitement médical:<2 j	46	88	13.5	108	12.5	91	10.2
24M15Z	Fractures entorses et luxations:<2 j sans anesthésie	32	26	6.2	27	8.8	20	6.6
24M16Z	Aff. CMD08:<2 j sans acte opératoire CMD08	46	62	8.5	103	6.9	322	8.2

24M17Z	Traumatismes de la peau et des tissus souscutanés:<2 j	31	46	5.2	12	6.0	18	4.7
24M18Z	Aff. CMD09:<2 j sans acte opératoire CMD09	46	57	6.3	55	4.7	71	7.9
24M19Z	Aff. CMD10:<2 j sans acte opératoire CMD10	35	632	8.6	624	8.9	1786	11.4
24M20Z	Lithiases urinaires:<2 j	41	3	5.5	2	11.2	15	37.4
24M21Z	Aff. CMD11:<2 j sans acte opératoire CMD11	39	843	12.0	112	6.0	424	11.7
24M22Z	Aff. CMD12:<2 j sans acte opératoire CMD12	51	32	3.8	18	5.1	47	4.4
24M23Z	Aff. CMD13:<2 j sans acte opératoire CMD13	34	26	9.6	6	5.8	34	7.3
24M26Z	Aff. CMD16:<2 j sans acte opératoire CMD16	38	494	7.1	59	8.0	586	5.8
24M27Z	Aff. CMD17:<2 j sans acte opératoire	52	141	7.7	558	8.2	103	7.7
24M28Z	Aff. CMD18:<2 j sans acte opératoire	25	216	3.9	179	3.9	411	2.3
24M29Z	Troubles aigus de adaptation/fonctionnement psychosocial:<2 j	41	2	9.0	2	10.2	4	11.7
24M30Z	Aff. CMD19:<2 j sans acte opératoire	46	54	7.1	325	6.1	291	7.1
24M31Z	Effets toxiques des médicaments et autres produits:<2 j	30	124	7.3	69	4.8	56	4.3
24M32Z	Aff. CMD21:<2 j sans acte opératoire CMD21	32	43	4.5	66	6.1	289	6.2
24M34Z	Autres motifs de recours pour infection à VIH:<2 j	40	84	11.4	299	7.4	10	13.1
24M35Z	Autres motifs de recours chez un patient diabétique:<2 j	54	357	11.6	0	.	175	12.4
24M36Z	Motifs de recours de CMD23:<2 j sans acte opératoire	50	1818	8.3	531	7.2	3133	10.3
24Z01Z	Épuration extrarénale en séances	64	1742	10.4	1414	10.6	1688	13.5
24Z02Z	Chimiothérapie pour tumeur en séances	55	279	6.8	1197	7.2	102	6.5
24Z08Z	Transfusion en séances	57	747	8.1	293	11.0	545	9.8
24Z11E	Autres décès:<2 j	70	7	3.0	14	8.1	56	4.9
24Z13Z	Brûlures avec transfert vers un autre établissement:<2 j	32	7	1.6	1	0.5	2	7.8
24Z14Z	Autres transferts:<2 j	53	268	5.2	197	4.5	180	5.9
24Z17Z	Ethylisme aigu:<2 j	41	0	.	4	15.4	1	14.2
25M02A	Autres maladies dues au VIH	43	2	14.8	0	.	3	16.0
25M02B	Maladies dues au VIH avec une seule complication infectieuse	40	4	15.4	1	21.3	4	16.2
25M02C	Maladies dues au VIH avec plusieurs complications infectieuses	40	1	13.4	0	.	0	.
25Z02E	Maladies dues au VIH avec décès	42	0	.	1	11.4	0	.
26C01S	Interv. pour traumatismes multiples graves avec CMAS	36	0	.	0	.	23	7.3
26C02Z	Interv. pour traumatismes multiples graves sans CMAS	36	0	.	0	.	3	9.4

26M01S	Traumatismes multiples graves avec CMAS	41	0	.	0	.	7	5.1
26M02Z	Traumatismes multiples graves sans CMAS	34	1	13.7	0	.	12	5.6
27C02Z	Transplantations hépatiques	48	0	.	0	.	7	2.7
27C05Z	Transplantations cardiaques	48	0	.	0	.	1	11.1
27C06Z	Transplantations rénales	45	13	10.4	7	11.5	16	11.0
27Z02Z	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques	30	23	6.7	0	.	36	2.9
27Z03Z	Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques	42	0	.	19	10.9	0	.