

Résultats.– En moyenne, 47 % des patients hospitalisés ont été admis en urgences. Ce taux varie entre 38 % et 60 % par hôpital ; 116 groupes de pathologies ne sont jamais hospitalisés de manière planifiée (661 patients) et 111 groupes (3045 patients) ne sont jamais hospitalisés en urgences. L'augmentation de la durée de séjour associée à une admission en urgences est de 2,58 jours ($p < 0,001$). Cette augmentation est variable par pathologie. La durée de séjour peut, pour certaines pathologies, être moins importante lors d'une admission en urgences.

Discussion et conclusion.– À l'étranger, la tendance est le financement forfaitaire « all in » par pathologie. Selon un rapport récent, ce système de financement serait tout à fait applicable en Belgique et préférable au système actuel. Pour qu'un tel système ne détériore pas la qualité de la médecine hospitalière, il est nécessaire que le financement soit le plus proche possible des coûts réels hospitaliers, en finançant entre autres de façon appropriée les hôpitaux ayant des missions spécifiques, notamment la médecine d'urgences.

doi: 10.1016/j.respe.2011.12.085

C1-3

Typologie de l'activité des établissements français à partir des données 2008 du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

F. Seguret, C. Ferreira

CHU de Montpellier, Montpellier, France

Mots clés : Classification ; PMSI ; Typologie

Introduction.– Dans le contexte de la convergence des tarifs et compte tenu de l'insuffisance des classes disponibles pour traduire une réalité complexe, nous avons recherché une classification des établissements publics et privés, à partir des données d'activité.

Méthodes.– Sur la base 2008 des séjours hospitaliers français (BDHF-FHF, source ATIH), les variables actives ont été isolées par une classification. La partition d'établissements s'est fondée sur une classification ascendante hiérarchique puis des centres mobiles sur les axes de l'ACP.

Résultats.– L'analyse des 1075 établissements et 51 variables actives montrait trois premiers axes de lourdeur, taille et diversité et référence/recours, et conduisait à une partition en sept classes. Les établissements privés des classes 1 ($n = 432$) et 2 ($n = 55$), à forte activité de chirurgie, différaient par l'activité de maternité/pédiatrie. La classe 3 ($n = 98$) était constituée de très petits hôpitaux, avec de longs séjours gériatriques. Les petits centres hospitaliers (CH) de la classe 4 ($n = 218$), assez diversifiés, avaient un taux élevé d'entrées en urgence. La classe 5 ($n = 153$) regroupait les gros CH très diversifiés, avec beaucoup de pédiatrie/maternité, d'entrées en urgences et une activité de référence/recours élevée. En classe 6 ($n = 86$), les cliniques privées et Centres de lutte contre le cancer (CLCC) étaient peu diversifiés avec une part élevée de chirurgie, de recours. Les Centres hospitaliers universitaires (CHU) et CH de la classe 7 ($n = 33$) étaient les plus diversifiés, avec les taux les plus élevés de référence/recours et de technicité, moins de chirurgie que les cliniques privées, et de maternité/pédiatrie que les autres CH.

Discussion et conclusion.– Cette étude montre la disparité des établissements. Elle ne peut prendre en compte des particularités importantes (géographiques, conventions), mais est fondée sur des indicateurs diversifiés et semble relativement stable. Elle sera complétée par l'analyse sur 2009, sur pathologies ciblées, avec des indicateurs de patients.

doi: 10.1016/j.respe.2011.12.086

C1-4

Évolution de valorisation d'un service : effet volume ou effet tarifs ?

V. Tran Ba Loc, F. Binder-Foucard, S. Flosse, C. Weidmann, P. Wenger, G. Nisand

Service de santé publique, hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

Mots clés : T2A ; Laspeyres ; Paasche

Introduction.– Les variations ou la stabilité des valorisations d'un service suscitent des interrogations légitimes quant à leur interprétation. L'objectif de ce travail est de proposer un outil qui permette de faire la part entre les évolutions liées au service (activité et pratiques de codage) et celles liées à l'environnement national de la tarification à l'activité (classification et tarifs).

Méthodes.– À partir d'un exemple concret, l'évolution de la valorisation d'un service entre les premiers semestres 2010 et 2011, nous calculons les indices synthétiques de Laspeyres et de Paasche des tarifs et des volumes. Pour mesurer l'effet tarifs, compte tenu des changements de classification et d'échelle tarifaire qui interviennent au premier mars, nous analysons séparément les données antérieures et postérieures à cette date ; par ailleurs, nous calculons spécifiquement l'effet des bornes basses et hautes, puisqu'elles sont devenues un élément non négligeable du tarif.

Résultats.– Dans notre exemple, l'analyse montre un effet tarifs limité, et un effet volume important, à l'origine de la baisse observée de valorisation du service. Les suppléments et les moins-values liés à la durée de séjour jouent un rôle important dans l'effet tarifs entre les versions 11a et 11b de classification des groupes homogènes de malades.

Discussion et conclusion.– Les méthodes de Laspeyres et de Paasche permettent de distinguer les rôles respectifs du volume d'activité et des tarifs dans l'évolution des valorisations. Cette approche est utile pour orienter les investigations complémentaires. L'analyse de l'effet des bornes basses et hautes permet d'évaluer l'importance de leur rôle de régulateur dans chaque arrête tarifaire. Cette méthode, que nous avons appliquée à un service, pourrait également s'appliquer au niveau d'un pôle ou d'un établissement.

doi: 10.1016/j.respe.2011.12.087

C1-5

Hospitalisations et transferts à partir d'un service d'urgences d'un hôpital universitaire : comparaison des caractéristiques des patients et des recettes des séjours

P. Troude^a, S. Larib^b, P. Plaisance^b, B. Nini^a, G. Maillard^a, C. Segouin^a

^aService de santé publique et économie de la santé, hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris, France

^bService d'accueil des urgences, hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris, France

Mots clés : Urgences ; Transferts ; Valorisation

Introduction.– Un des thèmes prioritaires définis par la direction de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) est de diminuer les transferts hors AP-HP à partir des Services d'accueil des urgences (SAU). L'objectif principal de cette étude était de comparer parmi les patients consultant au SAU de notre hôpital, les caractéristiques des patients hospitalisés sur site et celles des patients transférés dans un autre établissement. L'objectif secondaire était de comparer, pour les séjours en Médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), les recettes générées par les patients hospitalisés à celles des patients transférés.

Méthodes.– L'analyse a porté sur 251 patients passés au SAU durant deux semaines consécutives en 2010 et nécessitant une hospitalisation. Pour les patients transférés, les comptes-rendus d'hospitalisation (CRH) ont été obtenus auprès des établissements d'accueil. Le codage des informations issues des CRH et le groupage fictif des séjours ont été réalisés par un médecin du Département d'information médicale (DIM). Les recettes générées par les séjours MCO des patients hospitalisés et transférés ont ainsi pu être comparées.

Résultats.– Au total, 9 % des patients ont été transférés directement à partir du SAU. Les deux tiers des patients admis dans l'hôpital ont été hospitalisés à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), parmi eux 17 % ont été secondairement transférés. Les patients transférés directement du SAU en MCO étaient plus jeunes, avaient des durées moyennes de séjour (DMS) plus courtes et relevaient plus souvent d'une prise en charge chirurgicale. La recette par jour associée à ces séjours était 2,5 fois plus importante que celle des patients hospitalisés sur site. Les patients transférés en MCO à partir de l'UHCD étaient un peu plus âgés, avaient une DMS supérieure à celle des patients hospitalisés, mais la recette moyenne par jour restait supérieure à celle des patients hospitalisés.