



Études et Résultats

N° 785 • novembre 2011

Évolution des parts de marché dans le court-séjour entre 2005 et 2009

La généralisation de la tarification à l'activité en 2005 a conduit les établissements de santé à repenser leur mode de fonctionnement. Les ressources qui leur sont octroyées sont désormais fondées à la fois sur la nature et le volume de leurs activités. L'enveloppe globale destinée au financement de ces établissements étant régulée *via* un objectif national de dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique, une certaine forme de concurrence est ainsi mise en place, notamment entre les secteurs public et privé. La viabilité d'un établissement de santé dépend donc directement de son volume d'activité et de sa productivité.

Sur la période 2005-2009, l'activité de court-séjour produite par les établissements de santé a globalement augmenté, en nombre de séjours comme en montant remboursé aux établissements par l'Assurance maladie, mais les évolutions sont contrastées selon les secteurs. Ainsi, l'analyse de l'évolution des parts de marché en nombre de séjours – valorisés ou non par les tarifs – montre une augmentation de la part des établissements publics au détriment des cliniques privées. Cette progression est principalement due aux activités chirurgicales, et notamment à la chirurgie réalisée en ambulatoire, domaine dans lequel les établissements publics, traditionnellement en retard par rapport aux cliniques privées, semblent avoir fait de nets progrès.

Franck EVAIN

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État
Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale

DÉPUIS la généralisation de la tarification à l'activité (T2A) en 2005, les recettes des établissements dépendent de l'activité de soins produite, c'est-à-dire notamment du nombre de patients qu'ils accueillent et de la valorisation de leur prise en charge. Ainsi les hôpitaux, quel que soit leur statut, sont incités à faire des gains d'efficacité et à optimiser leur production en développant leur activité, maîtrisant les durées de séjour, procédant à des prises en charge ambulatoires, etc. En cela, et malgré les divergences qui subsistent en termes de financement, de patientèle accueillie et de pathologies traitées, il est intéressant de regarder l'évolution de l'activité mais surtout celle de la répartition de cette activité entre secteur public et secteur privé, parallèlement à la mise en place de la T2A.

Des cliniques privées qui perdent du terrain

En 2009, le nombre de séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie appartenant au champ retenu dans cette étude est de 16,3 millions. Par rapport à 2005, l'augmentation est de 2,2 % à champ constant. En valeur, c'est-à-dire en tenant compte du tarif auquel l'assurance-maladie valorise chaque séjour (encadré 1), l'augmentation est de 5,8 % à champ

et tarifs constants. Il y a donc eu un déplacement de l'activité vers des séjours plus chers / mieux valorisés. L'évolution globale peut ainsi se décomposer en un effet nombre de séjours (+2,2 %) et un effet structure de l'activité (+3,6 %) (tableau 1).

Le secteur public a été porté de manière équivalente par ces deux effets entre 2005 et 2009, ce qui lui a permis d'augmenter significativement son montant total de soins remboursés, à tarifs constants (+8,6 %). Cela n'a pas été le cas des établissements privés à but lucratif, qui ont notamment accueilli moins de séjours en 2009 qu'en 2005. Il résulte de ces deux trajectoires opposées une augmentation de la part de marché du secteur public, qui s'élève à 60,2 % en 2009 (+1,5 point), au détriment de la part des cliniques privées qui s'établit à 31,3 % (-1,6 point). Il n'y a pas de changement pour le secteur privé à but non lucratif, dont la part reste stable, à 8,4 % (graphique 1).

Il est à noter que sur la seule répartition du nombre de séjours, la part des établissements publics est de 56,7 % en 2009, c'est-à-dire inférieure à leur part valorisée par les tarifs. Signe que ces établissements accueillent globalement des séjours davantage valorisés, car en principe plus complexes, plus longs, et nécessitant davantage de ressources.

■ TABLEAU 1

Évolution 2005-2009 des parts de marché de chaque secteur

Secteur	Nombre de séjours 2009	Part en séjours valorisés à tarifs constants					Effet en valeur à tarifs constants	dont effet séjours	dont effet structure
		2005	2006	2007	2008	2009			
Public	9 217 000	58,7	59,0	59,6	60,3	60,2	8,6	4,1	4,5
Privé non lucratif	1 281 000	8,4	8,4	8,4	8,5	8,4	5,8	1,7	4,1
Privé lucratif	5 771 000	32,9	32,5	32,0	31,2	31,3	0,9	-0,6	1,5
Ensemble	16 269 000	100,0	99,9	100,0	100,0	99,9	5,8	2,2	3,6

Note de lecture • Entre 2005 et 2009, sur les séjours appartenant au champ de l'étude, le montant total remboursé aux établissements publics a augmenté de 8,6 %, à tarifs constants. Environ la moitié de cette augmentation (4,1 %) est due à la hausse du nombre de séjours, et l'autre moitié (4,5 %) à un effet structure, c'est-à-dire à un déplacement vers des séjours mieux remboursés. Cet accroissement, combiné à une relative stabilité dans le secteur privé à but lucratif (0,9 %), conduit logiquement à une progression de la part de marché du secteur public, qui passe de 58,7 % en 2005 à 60,2 % en 2009.

Champ • France métropolitaine et DOM, court-séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2005 à 2009, traitements DREES.

Méthode

Champ

L'évolution des parts de marché entre secteurs a été calculée à partir des bases PMSI 2005 à 2009 et ne concerne que le court-séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie). Le champ est constitué de l'ensemble des séjours, hors séances, nouveau-nés n'ayant pas nécessité de soins, séjours des hôpitaux locaux et des établissements non-MCO. De même, le Service de santé des armées, présent uniquement en 2009, a été exclu afin de travailler à champ constant. Dans la même optique, pour neutraliser l'impact de l'arrêté de 2007 sur les forfaits sécurité-environnement, les séjours ne contenant que des actes de la liste figurant dans l'arrêté ont été supprimés pour les cinq années. Les interruptions volontaires de grossesse sont, elles, incluses et valorisées à leur tarif forfaitaire 2009. En revanche, certains séjours non valorisés dans la grille des tarifs par groupe homogène de séjour (GHS), comme les interventions de chirurgie esthétique ou de confort, sont retirés du champ. De plus, afin de pallier le problème d'exhaustivité du recueil, notamment en début de période, des bases « redressées » ont été utilisées. La non-réponse de certains établissements au PMSI a ainsi été identifiée et corrigée à l'aide de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Grâce à la version 10c des GHM (Groupes homogènes de malades), à notre disposition pour les cinq années, et à la nomenclature OAP (Outil d'analyse du PMSI), il est ensuite possible de regrouper l'ensemble des séjours au sein de différents « produits » (AVC, cataractes, infections ORL, ...), et ces produits au sein de 23 « segments » correspondant la plupart du temps à des organes (digestif, pneumologie, ophtalmologie, ...). Un bémol toutefois : pour l'année 2009, la mise en place de la version 11 des GHM a modifié la règle de codage du diagnostic principal (DP), qui doit désormais être le problème de santé ayant motivé l'admission du patient. Tandis que les années précédentes, le DP était le motif de prise en charge ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical. Ainsi, pour des séjours ayant exactement les mêmes caractéristiques, on peut avoir des DP différents en 2008 et en 2009. Et par là même un GHM V10c différent. Ce changement de règle n'impacte toutefois la structure de l'activité qu'à un niveau fin. De plus, l'essentiel des évolutions constatées apparaît entre 2005 et 2008, le point 2009 étant souvent stable par rapport à 2008, que ce soit en termes de parts de marché ou d'effets structurels.

Valorisation des séjours

Le calcul du tarif de chaque séjour s'est fait en deux temps. Tout d'abord, un calcul de tarif moyen par GHM est réalisé à partir des données du PMSI sur l'année 2009 (en incluant les bornes basses, bornes hautes et les éventuels suppléments). Pour cela, on utilise uniquement les tarifs du secteur public. Car même s'il y a une forte corrélation entre la grille tarifaire du secteur public et celle du secteur privé, elles sont construites selon des méthodologies différentes et n'intègrent pas les mêmes coûts. Pour comparer facilement l'évolution des parts de marché entre les secteurs, il convient de n'utiliser qu'une seule grille afin de mesurer les mêmes concepts de chaque côté. Ce sont les tarifs du

public qui ont ainsi été choisis pour valoriser l'ensemble des séjours, y compris les séjours réalisés dans le privé. Par ailleurs, le même travail a été fait en utilisant non plus les tarifs 2009 mais ceux de 2005. Les résultats obtenus sont très proches, confirmant ainsi notre hypothèse selon laquelle l'évolution des grilles tarifaires entre 2005 et 2009 ne joue qu'à la marge sur les parts de marché.

Dans un deuxième temps, les « tarifs moyens 2009 par GHM » obtenus sont appliqués aux autres années. Ainsi, on peut calculer une évolution des parts de marché en « valeur », non seulement à champ constant, mais également à tarifs constants. Et, puisque les suppléments sont inclus dans ce tarif, à nombre et tarifs de suppléments constants. Le fait de travailler à tarifs constants permet notamment de neutraliser l'impact des changements d'enveloppe ayant lieu tous les ans, qui rendent sinon très complexe tout calcul d'évolution sur plusieurs années. Mais bien sûr, par cette méthode, on n'enregistre pas les recettes réelles des établissements sur ces années.

Sur l'année 2009, la valorisation globale de l'ensemble des séjours ainsi réalisée atteint 38 milliards d'euros, soit près des trois-quarts de l'ONDAM hospitalier sur le champ MCO. Entre autres, ne sont en effet pas prises en compte les dépenses liées aux séances, aux médicaments, aux dispositifs médicaux implantables, à l'accueil en urgence ainsi que les MIGAC.

Décomposition des effets

L'application du « tarif moyen 2009 par GHM » permet de calculer une évolution en volume de séjours valorisés aux tarifs. Cette évolution peut ensuite être décomposée en un effet correspondant à l'évolution du nombre de séjours entre 2005 et 2009 et un effet structure correspondant à un déplacement de l'activité vers des GHM valorisés à des GHS plus ou moins élevés.

$$\frac{\sum_i Q_i^{09} T_i^{09}}{\sum_i Q_i^{05} T_i^{09}} = \underbrace{\frac{\sum_i Q_i^{09}}{\sum_i Q_i^{05}}}_{\text{Effet en valeur à tarifs constants}} * \underbrace{\frac{\sum_i Q_i^{09} T_i^{09}}{\sum_i Q_i^{09}}}_{\text{Effet séjours}} * \underbrace{\frac{\sum_i Q_i^{05}}{\sum_i Q_i^{05} T_i^{09}}}_{\text{Effet structure}}$$

Avec

Q : séjours 2009

T : tarif moyen 2009 par GHM

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

L'effet en valeur à tarifs constants que l'on cherche à décomposer s'apparente ainsi à ce qui est communément dénommé « effet volume » dans les travaux sur le partage volume / prix :

$$\frac{\sum_i Q_i^{09} T_i^{09}}{\sum_i Q_i^{05} T_i^{05}} = \frac{\sum_i Q_i^{05} T_i^{09}}{\sum_i Q_i^{05} T_i^{05}} * \frac{\sum_i Q_i^{09} T_i^{09}}{\sum_i Q_i^{05} T_i^{09}}$$

Effet total Effet prix Effet « volume »

Un secteur public en forte progression dans les activités chirurgicales

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

Entre l'obstétrique et la chirurgie, les dynamiques semblent différentes. Pour l'obstétrique, l'accroissement de la part du public provient surtout d'une forte baisse du nombre de séjours dans les cliniques privées. L'évolution contraignante de la réglementation a en effet conduit de nombreuses petites maternités de proximité à fermer, car considérées comme sous-dotées en équipements et en personnels, et

présentant ainsi un risque pour la sécurité des patientes. Ces fermetures ayant majoritairement impacté le secteur privé, la part des établissements publics a mécaniquement augmenté.

Pour la chirurgie, cet accroissement est surtout dû à une forte hausse du nombre de séjours dans les établissements publics (+12,6 % sur la période). En 2009, les cliniques privées accueillent toujours la majorité des séjours chirurgicaux (54,4 %, contre 37,5 % pour le public). Mais malgré cet écart, la croissance de la part du public, couplée au fait que ce secteur accueille des séjours chirurgicaux plus complexes et donc plus coûteux, aboutit à une relative égalité des parts en valeur à tarifs constants entre établissements publics et cliniques privées (45,4 % contre 46 %).

Les cliniques privées occupent néanmoins toujours une place prépondérante dans l'hospitalisation partielle – c'est-à-dire sans nuitée – en chirurgie. La baisse importante du nombre de séjours en hospitalisation complète (-14,1 %), parallèle à la hausse de même ordre des séjours en hospitalisation partielle (+17,3 %) montre d'ailleurs une nette volonté de réduire la durée des séjours de la part des cliniques (tableau 3).

Cependant, avec sur la même période une explosion du nombre de séjours en hospitalisation partielle (+46,8 %) – sans diminution parallèle de l'hospitalisation complète – les établissements publics grignotent de plus en plus de parts de marché aux cliniques privées sur ce créneau (+4 points sur la période) [graphique 2].

Zoom sur la chirurgie : une évolution qui touche tous les segments, à des degrés divers

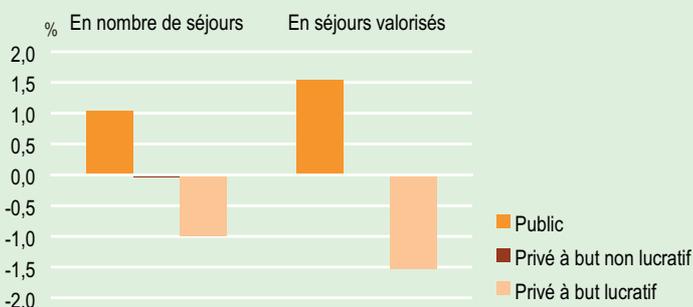
Dans le tableau 4 n'ont été conservés que les segments d'activité rassemblant un minimum de 100 000 séjours, tous secteurs d'activité confondus. Seules les évolutions des secteurs public et privé à but lucratif sont présentées.

Le premier enseignement est que la part du secteur public en séjours valorisés augmente dans quasiment tous les segments (tableau 4). Seules les interventions chirurgicales sur le système nerveux voient la part des cliniques privées augmenter, notamment en raison de la hausse du nombre d'interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques dans ces établissements.

Dans les autres segments, la progression de la part des établissements publics s'explique quasiment toujours par une hausse du nombre de séjours. Cette hausse est dans certains cas couplée à une baisse du nombre de séjours dans les cliniques privées, comme c'est le cas pour la chirurgie digestive, vasculaire périphérique, ORL et stomatologique, ou encore la chirurgie gynécologique et celle sur les tissus. Pour

GRAPHIQUE 1

Évolution 2005-2009 des parts de marché de chaque secteur

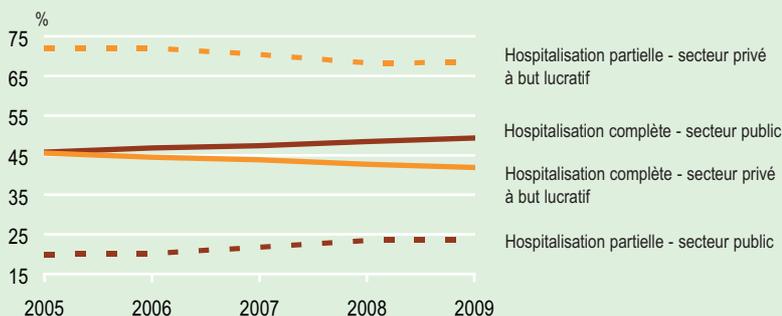


Champ • France métropolitaine et DOM, court-séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2005 à 2009, traitements DREES.

GRAPHIQUE 2

Évolution 2005-2009 des parts de marché en chirurgie selon le mode d'hospitalisation



Champ • France métropolitaine et DOM, court-séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2005 à 2009, traitements DREES.

cette dernière, l'important effet structure observé au sein des cliniques privées, qui ont tendance à accueillir en 2009 des séjours mieux rémunérés qu'en 2005 (+12 %, à tarifs 2009 constants), ne suffit pas à compenser la chute du nombre de séjours (-17,3 %).

Zooms sur quelques pathologies courantes : net repli des cliniques pour certaines pathologies

On ne se limite plus ici aux seuls séjours chirurgicaux. La baisse significative du nombre de séjours dans le secteur privé à but lucratif amène à s'interroger sur une possible marche arrière des cliniques

pour certaines pathologies très courantes. C'est potentiellement le cas des appendicectomies, mais aussi des amygdalectomies, végétations et drains transtympaniques (21 % de séjours en moins en 5 ans) [tableau 5]. Pour les pathologies concernées par ces interventions, il semble que l'on assiste à une réorientation vers des indications thérapeutiques plus pertinentes, sous l'influence des recommandations professionnelles et, pour l'appendicectomie, grâce à l'amélioration des moyens diagnostiques par l'imagerie. Les récents travaux menés par la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la pertinence des soins vont d'ailleurs dans ce sens.

S'agissant des interruptions de grossesse, on assiste également à une forte baisse du nombre de séjours dans les cliniques privées (-16,5 %), alors que ce chiffre est stable dans les établissements publics. Selon un rapport de l'Assemblée nationale¹, cette baisse « résulte d'une part des restructurations hospitalières qui se traduisent par la fermeture d'un certain nombre de cliniques qui effectuaient des IVG, mais aussi du désengagement progressif du secteur privé de la pratique d'un acte qui en raison de ses conditions de tarification et des coûts spécifiques liés à l'accompagnement des femmes n'est pas considéré comme rentable pour la structure qui le pratique ».

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

TABLEAU 2

Évolution 2005-2009 des parts de marché de chaque secteur par discipline

Discipline	Secteur	Nombre de séjours 2009	Part en séjours valorisés à tarifs constants					Effet en valeur à tarifs constants	dont effet séjours	dont effet structure
			2005	2006	2007	2008	2009			
Médecine	Public	6 107 000	72,9	72,8	73,1	73,5	73,2	6,1	1,3	4,8
	Privé non lucratif	717 000	8,4	8,4	8,3	8,4	8,4	5,1	0,4	4,7
	Privé lucratif	2 259 000	18,7	18,8	18,6	18,1	18,4	3,8	2,3	1,5
	Ensemble	9 083 000	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	5,6	1,5	4,1
Chirurgie	Public	2 196 000	42,5	43,1	43,9	44,8	45,4	13,7	12,6	1,1
	Privé non lucratif	474 000	8,6	8,7	8,7	8,8	8,6	6,1	2,6	3,5
	Privé lucratif	3 185 000	48,9	48,2	47,4	46,4	46,0	0,4	-1,5	1,9
	Ensemble	5 854 000	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	6,5	3,7	2,8
Obstétrique	Public	914 000	64,2	64,2	65,6	66,5	66,6	6,4	3,8	2,6
	Privé non lucratif	91 000	7,0	7,5	7,2	7,4	7,5	9,0	6,8	2,2
	Privé lucratif	327 000	28,8	28,3	27,2	26,1	25,9	-7,6	-10,8	3,2
	Ensemble	1 332 000	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	2,5	-0,1	2,6

Champ • France métropolitaine et DOM, court-séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2005 à 2009, traitements DREES.

TABLEAU 3

Évolution 2005-2009 des parts de marché de chaque secteur en chirurgie selon le mode d'hospitalisation

Discipline	Secteur	Nombre de séjours 2009	Part en séjours valorisés à tarifs constants					Effet en valeur à tarifs constants	dont effet séjours	dont effet structure
			2005	2006	2007	2008	2009			
Hospitalisation complète	Public	1 646 000	45,8	46,8	47,4	48,4	49,3	11,2	4,5	6,7
	Privé non lucratif	296 000	8,7	8,8	8,8	9,0	8,7	3,7	-5,0	8,7
	Privé lucratif	1 659 000	45,5	44,5	43,8	42,7	41,9	-4,7	-14,1	9,4
	Ensemble	3 601 000	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	3,3	-5,7	9,0
Hospitalisation partielle	Public	550 000	19,9	20,2	21,8	23,5	23,8	53,6	46,8	6,8
	Privé non lucratif	178 000	8,2	7,9	7,8	8,2	7,9	23,2	18,2	5,0
	Privé lucratif	1 526 000	71,9	72,0	70,4	68,3	68,4	22,1	17,3	4,8
	Ensemble	2 254 000	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	28,4	23,4	5,0

Champ • France métropolitaine et DOM, court-séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2005 à 2009, traitements DREES.

■ TABLEAU 4

Évolution 2005-2009 des parts de marché de chaque secteur en chirurgie, par segment d'activité

Segment d'activité	Secteur	Nombre de séjours 2009	Part en séjours valorisés à tarifs constants		Effet en valeur à tarifs constants	dont effet séjours	dont effet structure
			2005	2009			
Digestif	Public	306 000	46,3	48,7	8,6	8,7	-0,1
	Privé lucratif	318 000	44,1	41,4	-3,1	-5,4	2,3
Orthopédie, Rhumatologie	Public	648 000	41,3	43,5	15,0	10,1	4,9
	Privé lucratif	870 000	51,8	49,8	4,9	2,5	2,4
Uro-néphrologie	Public	148 000	37,0	38,8	14,0	18,1	-4,1
	Privé lucratif	242 000	53,9	52,1	5,4	6,7	-1,3
Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires)	Public	130 000	83,0	78,8	24,3	12,0	12,3
	Privé lucratif	24 000	12,9	16,9	72,1	59,3	12,8
Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires)	Public	64 000	57,9	60,0	19,4	22,1	-2,7
	Privé lucratif	45 000	32,5	30,2	7,0	6,0	1,0
Vasculaire périphérique	Public	75 000	31,9	34,1	7,6	8,7	-1,1
	Privé lucratif	168 000	58,5	55,8	-4,1	-7,1	3,0
ORL, Stomatologie	Public	172 000	30,0	33,5	7,9	10,9	-3,0
	Privé lucratif	467 000	62,7	59,4	-8,6	-8,5	-0,1
Ophtalmologie	Public	176 000	23,5	24,2	13,0	18,0	-5,0
	Privé lucratif	548 000	69,2	68,2	7,9	8,0	-0,1
Gynécologie	Public	178 000	34,0	37,3	4,4	3,2	1,2
	Privé lucratif	227 000	52,4	48,1	-12,7	-14,3	1,6
Tissu cutané et tissu sous-cutané	Public	155 000	38,0	44,5	24,9	19,1	5,8
	Privé lucratif	182 000	53,4	47,3	-5,3	-17,3	12,0

Champ • France métropolitaine et DOM, court-séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2005 à 2009, traitements DREES.

■ TABLEAU 5

Évolution 2005-2009 des parts de marché de chaque secteur, pour quelques pathologies courantes

Pathologie	Secteur	Nombre de séjours 2009	Part en séjours valorisés à tarifs constants		Effet en valeur à tarifs constants	dont effet séjours	dont effet structure
			2005	2009			
Appendicectomies	Public	45 000	47,9	53,5	2,3	1,0	1,3
	Privé non lucratif	6 000	6,6	6,6	-8,8	-9,3	0,5
	Privé lucratif	34 000	45,5	39,8	-19,8	-21,3	1,5
Amygdalectomies, végétations, drains trans-tympaniques	Public	43 000	19,2	23,1	0,2	-0,3	0,5
	Privé non lucratif	15 000	7,4	7,4	-16,8	-16,5	-0,3
	Privé lucratif	138 000	73,3	69,5	-21,0	-20,6	-0,4
Interruptions de grossesse	Public	192 000	66,7	69,9	-0,5	1,0	-1,5
	Privé non lucratif	12 000	5,3	5,3	-4,8	-3,6	-1,2
	Privé lucratif	55 000	28,1	24,8	-16,3	-16,5	0,2
Accidents vasculaires cérébraux	Public	101 000	89,0	90,0	2,6	0,6	2,0
	Privé non lucratif	5 000	4,5	4,8	8,9	6,7	2,2
	Privé lucratif	6 000	6,5	5,1	-19,3	-21,2	1,9
Cataractes	Public	116 000	16,8	18,4	26,9	28,2	-1,3
	Privé non lucratif	49 000	7,4	7,8	20,9	21,6	-0,7
	Privé lucratif	467 000	75,8	73,8	12,5	13,0	-0,5
Césariennes	Public	102 000	62,5	64,7	11,8	10,0	1,8
	Privé non lucratif	13 000	7,2	7,5	12,3	13,5	-1,2
	Privé lucratif	47 000	30,2	27,7	-1,1	-3,1	2,0
Accouchements par voie basse	Public	420 000	63,4	65,8	4,6	4,1	0,5
	Privé non lucratif	52 000	7,4	8,0	9,7	9,9	-0,2
	Privé lucratif	171 000	29,2	26,2	-9,4	-9,8	0,4
Interventions plastiques	Public	11 000	25,6	30,2	55,5	40,2	15,3
	Privé non lucratif	2 000	7,1	6,4	18,3	4,9	13,4
	Privé lucratif	22 000	67,3	63,4	23,9	11,9	12,0
Infections des reins et des voies urinaires, lithiases	Public	95 000	69,8	67,5	5,0	2,6	2,4
	Privé non lucratif	12 000	6,2	6,9	20,2	23,2	-3,0
	Privé lucratif	54 000	24,0	25,6	16,3	18,0	-1,7

* En dehors des interventions plastiques, les effets structure sont ici très faibles. C'est logique, car plus on observe l'activité à un niveau fin, plus les séjours sont homogènes entre eux. La déformation de la structure des séjours au sein de chaque pathologie ne peut donc qu'être faible.

Champ • France métropolitaine et DOM, court-séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2005 à 2009, traitements DREES.

Pour l'ensemble de ces pathologies, l'augmentation de la part de marché du public tient donc essentiellement à la baisse du nombre de séjours dans le privé. On ne peut cependant pas déduire de cette augmentation de la part de marché du secteur public un quelconque signe favorable pour leur rentabilité, a fortiori s'agissant des interruptions de grossesse, tant cette activité est considérée comme insuffisamment remboursée.

En ce qui concerne les accidents vasculaires cérébraux, les recommandations actuelles sont d'orienter ces patients vers des unités neuro-vasculaires, ce qui peut expliquer la diminution du nombre de séjours dans les cliniques privées. Ces dernières étant peu impliquées dans le traitement de cette pathologie, la répartition sectorielle n'est quasiment pas modifiée.

Pour certaines pathologies, la progression de la part de marché des établissements publics est due à l'accroissement du nombre de séjours dans ce secteur. C'est notamment le cas des cataractes (+28,2 % de séjours), des césariennes (+10 %) et des interventions plastiques (+40,2 %).

Accessoirement, l'augmentation du nombre de césariennes dans les établissements publics étant accompagnée d'une hausse du nombre d'accouchements par voie basse (graphique 3), cela n'entraîne qu'un faible accroissement du taux de césarienne. Ce taux connaît d'ailleurs la

même légère augmentation dans les cliniques privées, en raison de la baisse du nombre d'accouchements par voie basse.

Pour les cataractes, la dynamique est très importante dans le privé mais le public tend à compenser son « retard ». L'accroissement du nombre total d'opérations de la cataracte est la conséquence de l'augmentation de la population âgée, avec de plus un phénomène de rattrapage, car la proportion de personnes opérées au sein d'une tranche d'âge est en constante progression. Par ailleurs, la procédure de « mise sous accord préalable » mise en place par l'Assurance Maladie rend plus contraignant tout traitement de la cataracte en hospitalisation complète. Cette démarche, parallèle à une meilleure organisation des établissements publics, leur a permis d'augmenter considérablement la proportion des cataractes traitées en ambulatoire. De 89 000 séjours en 2005, ce chiffre est passé à 116 000 en 2009, tandis que la proportion de ces opérations effectuées en ambulatoire doublait de 38 % à 76 % au cours de la même période. La part des cataractes traitées en ambulatoire dans le public rejoint ainsi quasiment celle du privé à but lucratif (79 %). Pour autant, les trois-quarts des opérations de la cataracte sont encore réalisées dans les cliniques privées.

S'agissant des interventions plastiques, le quasi-doublement du nombre de séjours dans le secteur

public semble surtout lié à un nouveau positionnement de ces établissements, qui traitent désormais en nombre les gastroplasties et les autres interventions digestives pour obésité.

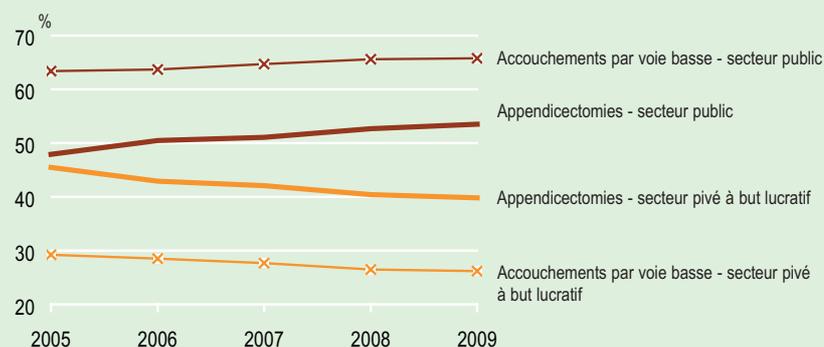
Les infections des reins, des voies urinaires et les lithiases constituent l'une des rares catégories de diagnostics pour laquelle la part des cliniques privées augmente en valeur. Ceci malgré une évolution désavantageuse en termes de coûts des séjours, puisqu'en raison d'une déformation de la structure des séjours, les cliniques accueillent en 2009 des séjours moins bien rémunérés qu'en 2005 (à tarif constant), et les établissements publics des séjours mieux rémunérés qu'en 2005. Cependant, l'évolution du nombre de séjours fait plus que compenser cette déformation du *case-mix* au sein de cette pathologie.

*
**

Sur la période 2005-2009, la part de marché du secteur public a donc augmenté au détriment des cliniques privées. Cette progression, à la fois due à une hausse du nombre de séjours et à un déplacement de la consommation vers des séjours davantage valorisés, se concentre sur les disciplines chirurgicales et obstétricales. Évolution des pratiques, recommandations professionnelles, restructurations, contraintes administratives, nouveaux positionnements des établissements publics, progrès de ces derniers dans la prise en charge en ambulatoire, ... l'analyse de quelques pathologies à un niveau fin montre que les raisons du repli du secteur privé peuvent être multiples. Une autre des explications potentielles peut provenir du codage du PMSI. La montée en puissance de la T2A a en effet fait du codage un enjeu essentiel, ce qui a pu pousser les établissements publics à s'améliorer dans ce domaine et à combler ainsi leur temps de retard par rapport aux cliniques privées. Il sera quoi qu'il en soit intéressant de suivre l'évolution de ces parts de marché sectorielles dans les années à venir, afin d'observer si la tendance actuelle se poursuit ou non.

■ GRAPHIQUE 3

Évolution 2005-2009 des parts de marché de chaque secteur, pour deux pathologies courantes

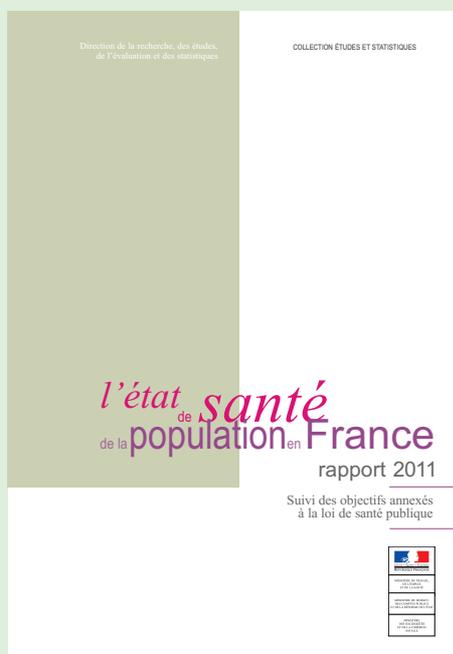


Champ • France métropolitaine et DOM, court-séjour, hors séquences.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2005 à 2009, traitements DREES.

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION EN FRANCE

rapport 2011



Ce rapport 2011 constitue le cinquième rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique de 2004. Il mobilise les données disponibles les plus récentes et donne une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France.

Il fait suite au travail d'un groupe d'experts qui, sous l'égide de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Direction des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), a réuni producteurs de données et experts pour définir les indicateurs de suivi des objectifs de chacun des thèmes retenus par la loi.

Cette édition 2011 s'est enrichie de trois dossiers thématiques apportant un éclairage sur « Les événements indésirables graves dans les établissements de santé » ; « L'État de santé et la participation sociale des adultes atteints de limitations fonctionnelles » ; « L'État de santé après 50 ans et Conditions de travail pénibles au cours de la vie professionnelle ».

La DREES a coordonné l'édition de ce rapport avec la collaboration d'une centaine d'experts et l'ensemble des institutions productrices de données Santé : ADEME, ANSES, AFDPHE, AFSSAPS, Agence de la Biomédecine, CNAMTS, CCMSA, RSI, CNRS, DARES, DGS-EA-INCa, INED, INPES, INSEE, INSERM-CépiDc, INSERM-unité 953, InVS, IRDES, OFDT, ONISR, UFSBD, IFSTTAR.

L'ouvrage complet est disponible sur le site de la DREES :
<http://www.sante.gouv.fr/recueils-ouvrage-et-rapports.htm>