

Indicateur n°4-9 : Recentrage de l'hospitalisation MCO sur son cœur de métier : évolution de la durée moyenne de séjour pour les séjours en médecine et en chirurgie suivis d'un séjour en soins de suite et de réadaptation ou en hospitalisation à domicile

Finalité : l'indicateur vise à évaluer l'adéquation de l'utilisation des lits hospitaliers. En effet, l'hospitalisation dans un service de soins aigus de médecine ou de chirurgie doit être justifiée par la nature des actes effectués et/ou par l'état du patient. Dans les autres cas, et si une prise en charge hospitalière est nécessaire, d'autres modalités de prise en charge adaptées à la situation du patient doivent être recherchées, soit en alternative à l'hospitalisation en service de soins aigus, soit lors de l'organisation de la sortie du patient, après un séjour en soins aigus : suivi en ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), prise en charge dans un service de soins de suite et de réadaptation (SSR).

L'objectif de l'indicateur est de suivre l'évolution de la durée moyenne de séjour (DMS) en médecine et en chirurgie pour les séjours suivis d'un séjour en SSR ou en HAD. La DMS peut être expliquée médicalement par l'état de santé du patient et la lourdeur de la charge en soins. Elle est généralement plus importante pour les patients nécessitant une poursuite de soins hospitaliers en SSR ou HAD. La DMS dépend également de l'organisation de l'aval des activités de soins de médecine et de chirurgie.

Les années 2009 et 2010 ont été caractérisées par la mise en œuvre des décrets du 17 avril 2008 relatifs à l'activité de soins de suite et de réadaptation : élaboration des volets du SROS en 2009 et délivrance des nouvelles autorisations de mai à décembre 2010. Par conséquent, cette période a été peu propice au développement de nouvelles organisations territoriales. L'année 2011 a été caractérisée par la mise en conformité des structures avec une mise à niveau des plateaux techniques et des équipes de soins.

Résultats : l'évolution annuelle de la DMS en médecine et en chirurgie pour les patients transférés en SSR ou en HAD est donnée dans le tableau suivant (en nombre de jours) :

Discipline	Secteur	2008	2009	2010	2011	Evolution de la DMS			Objectif
						2008/09	2009/10	2010/2011	
Médecine	Ex-DG	13,7	13,4	13,5	13,3	-2,5%	1,3%	-1,3%	Réduction
	Ex-OQN	10,1	10,2	10,4	10,4	1,2%	2,7%	-0,6%	
	Tous	13,2	12,9	13,1	13,0	-2,3%	1,5%	-1,2%	
Chirurgie	Ex-DG	15,6	15,1	15,0	14,7	-3,7%	-0,6%	-1,6%	
	Ex-OQN	11,0	10,8	10,6	10,4	-2,1%	-1,4%	-1,9%	
	Tous	13,6	13,2	13,1	12,8	-3,1%	-0,7%	-1,9%	

Source ATIH, PMSI.

Note de lecture : « ex-DG » : secteur antérieurement financé par dotation globale ; « ex-OQN » : secteur antérieurement financé par l'objectif quantifié national.

Une analyse tenant compte des niveaux de sévérité des séjours permet néanmoins les constats suivants :

- en médecine : la tendance à la réduction de la DMS pour les patients transférés en SSR ou en HAD résulte surtout de l'évolution de la DMS des séjours hospitaliers de faible niveau de sévérité (niveau 1) alors même que la part de ces séjours diminue et est faible (13% pour les établissements ex-DG et 24 % pour les établissements ex-OQN en 2011). Il est constaté une quasi-stagnation de la DMS générale en médecine pour les patients transférés en SSR, tous niveaux de sévérité confondus.

- en chirurgie : la tendance à la réduction de la DMS pour les patients transférés en SSR ou en HAD est constatée quel que soit le niveau de sévérité des séjours et quel que soit le statut de l'établissement. Il est à noter que la part des séjours en chirurgie de niveau 1 pour les patients transférés en SSR ou en HAD, et s'établit à 30% dans les établissements ex-DG et à 41% dans les établissements ex-OQN en 2011.

Construction de l'indicateur : l'indicateur est construit à partir du recensement (via le PMSI) des séjours d'hospitalisation en médecine ou chirurgie qui ont été suivis d'un transfert vers un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou vers une hospitalisation à domicile (HAD). L'évolution de la DMS a été calculée pour ces séjours, selon la discipline, médecine ou chirurgie, et le type d'établissement (public ou privé). Les codes PMSI des destinations de sortie retenus sont les suivants : 2 - sortie vers une unité de soins de suite et de réadaptation - et 6 - sortie avec hospitalisation à domicile.

Au regard de la fragilité des données du PMSI relatives aux situations de patients en attente de placement en SSR ou HAD ou pour lesquels une autre orientation/modalité de sortie a finalement été décidée - (retour à domicile, orientation vers le secteur médico-social...) -, l'indicateur présenté n'aborde pas l'intégralité de la problématique des inadéquations hospitalières. Cette problématique a pu être davantage objectivée par une étude nationale sur les inadéquations hospitalières lancée en 2009 par la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Cette étude met en évidence qu'en France métropolitaine, sur un jour donné au sein des établissements de santé, 10,3% des lits seraient occupés de manière inadéquate : 5% dans les services de chirurgie et 17,5% dans ceux de médecine. Ces inadéquations ont des causes variées : 3,8% des hospitalisations seraient inadéquates au moment de l'admission des patients et 12,5% des hospitalisations seraient adéquates mais comporteraient au moins une journée inadéquate. Ces journées non adaptées s'expliqueraient notamment par des problèmes d'aval : 41% des patients auraient du être pris en charge en SSR, 37% à domicile et 20% dans les structures de soins de longue durée.

Afin de donner un sens à l'indicateur national et transversal, des indicateurs complémentaires sont suivis et colligés : l'évolution annuelle du nombre de journées en SSR et en HAD et l'évolution annuelle du pourcentage des transferts vers d'autres prises en charge (SSR, USLD, HAD, médico-social).

Evolution annuelle du nombre de journées en SSR et en HAD

Secteur	Soins de suite et réadaptation				Hospitalisation à domicile			
	Nb de journées en 2011	Evolution			Nb de journées en 2011	Evolution		
		2008/09	2009/10	2010/2011		2008/09	2009/10	2010/2011
ex-DG	23 241 901	4,5%	1,2%	1%	1 998 669	9,4%	6,1%	5,0%
ex-OQN	12 005 376	6,3%	1,1%	3,6%	1 902 968	32,1%	14,8%	10,2%
Tous	35 247 277	5,1%	1,1%	1,9%	3 901 637	18,7%	10,1%	7,5%

Source : ATIH, PMSI.

Evolution annuelle des sorties vers les autres services hospitaliers ou médico-sociaux des patients hospitalisés soins aigus

		2008	2009	2010	2011	Evol. 2009/08	Evol. 2010/09	Evol. 2011/10
Secteur ex-DG	Sortie vers SSR	407 637	423 812	441 007	447 377	4%	4%	1%
	Sortie vers SLD	41 898	41 466	39 462	37 815	-1%	-5%	-4%
	Sortie vers HAD	9 244	9 141	10 964	12 249	-1%	20%	12%
	Sortie vers médico social	44 717	51 648	58 949	66 810	15%	14%	13%
	Total	503 496	526 067	550 382	564 251	4%	5%	3%
Secteur ex-OQN	Sortie vers SSR	154 052	162 169	165 074	168 872	5%	2%	2%
	Sortie vers SLD	3 079	2 727	2 850	2 540	-11%	5%	-11%
	Sortie vers HAD	738	1 234	1 592	1 843	67%	29%	16%
	Sortie vers médico social	1 109	984	1 276	1 215	-11%	30%	-5%
	Total	160 351	167 114	170 792	174 470	5%	2%	2%

Source : PMSI, traitement ATIH.

Note de lecture : « SSR » signifie soins de suite et réadaptation, « USLD » unités de soins de longue durée, « HAD » hospitalisation à domicile, et « MS », structure d'hébergement médicosociale.

Il s'agit de mettre en perspective la diversité des modes de prise en charge pouvant faire suite à une hospitalisation en médecine ou chirurgie.

Pour ces indicateurs, les codes PMSI des destinations de sortie retenus intègrent également les codes complémentaires suivants : 3 - sortie vers une unité de soins de longue durée - et 7 - sortie vers une structure d'hébergement médico-sociale.