



Nos données
au service
de la Santé

Direction Financement et Analyse Economique
Direction Collecte des Informations de Gestion

ENC HAD 2022

Note de fin de campagne

Juillet 2024

Introduction

Les études nationales de coûts à méthodologie commune (ENC) du champ sanitaire sont des enquêtes annuelles menées par l'ATIH dans les établissements de santé publics et privés en médecine chirurgie obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et hospitalisation à domicile (HAD).

Elles collectent d'une part les informations sur les séjours/séquences issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), et d'autre part des éléments de comptabilité analytique suivant une méthodologie spécifique.

L'objectif est de calculer les coûts de prise en charge de l'hospitalisation par séjour ou par séquence de soins.

Les coûts de prise en charge obtenus sont ensuite utilisés pour :

- produire des référentiels de coûts, soit des coûts moyens nationaux par groupes homogènes de malades en MCO, groupes médico-économiques en SSR ou groupes homogènes de prise en charge en HAD
- conduire les travaux de classification médico-économique au sein de l'ATIH
- orienter les réflexions des acteurs nationaux sur les modèles de financement et comme outil de la construction tarifaire en MCO et SSR.

L'objectif de cette note est de décrire le déroulement de la campagne de l'ENC HAD 2022, l'échantillon ainsi que la méthodologie de calcul des coûts moyens par GHPC qui a été mise en œuvre.

La documentation de la campagne ENC HAD 2022 est disponible sur le site Internet de l'ATIH¹. Les établissements participants ont été sélectionnés au cours de l'été 2020.

Les coûts moyens 2022 par GHPC sont disponibles dans le fichier Excel des valeurs nationales publié en juillet 2024 sur la plateforme de restitution de l'ATIH : <https://www.scansante.fr/enc-had>.

¹ <https://www.atih.sante.fr/enc-had/documentation>

Sommaire

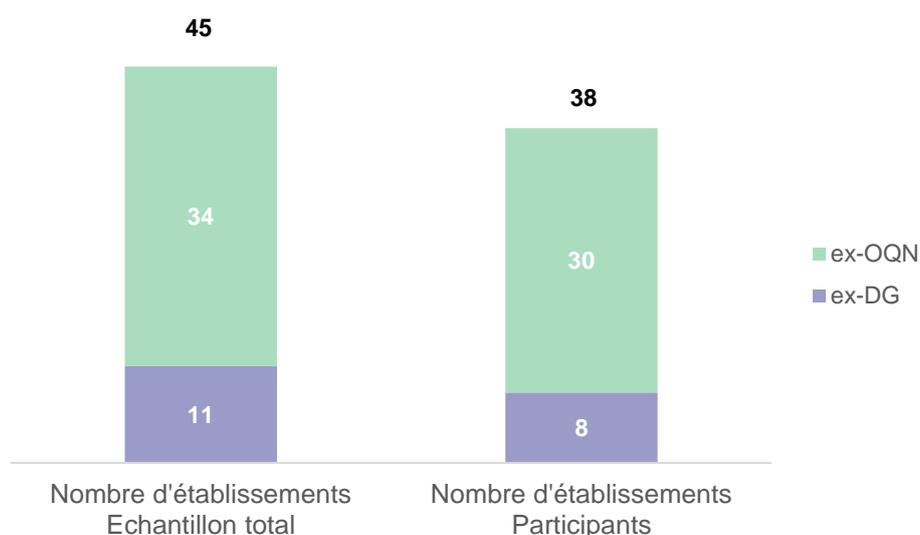
1. Déroulement de la campagne pour l'ENC 2022	4
2. Nouveautés sur la méthodologie de l'ENC 2022	4
3. Description de l'échantillon ENC 2022	4
3.1. Description globale	5
3.2. Description par GHPC	7
4. Méthodologie de calcul des coûts	8
4.1. Périmètre des coûts	8
4.2. Contrôle qualité	8
4.3. Redressement des coûts	9
Annexes	12
1. ANNEXE 1 : Liste des 38 établissements participants à l'ENC HAD en 2022 (hors abandons)	13
2. ANNEXE 2 : Calendrier de campagne	14
3. ANNEXE 3 : Les groupes de description de l'activité en HAD	15

1. Déroulement de la campagne pour l'ENC 2022

L'étude nationale de coûts repose sur un échantillon d'établissements sélectionnés par l'ATIH, volontaires et représentatifs de la diversité du secteur. Les établissements, formés par l'ATIH, sont accompagnés par un superviseur dédié.

En contrepartie des moyens matériels et humains mobilisés, les établissements sélectionnés bénéficient d'une compensation financière. Son versement est conditionné par la signature d'une convention engageant l'établissement, notamment en termes de qualité des données recueillies. Les recueils de données sont transmis à l'ATIH à partir des outils informatiques mis à disposition des établissements. Le calendrier de la campagne ENC est disponible en annexe 2.

En 2022, 45 établissements appartiennent à l'échantillon de début de campagne². Il y a eu 7 abandons, et 38 établissements ont finalement participé à l'étude³. La qualité des données recueillies a été jugée satisfaisante pour 36 des participants, qui ont donc été intégrés.



2. Nouveautés sur la méthodologie de l'ENC 2022

La méthodologie de l'étude est décrite dans le guide ENC disponible sous le lien : <https://www.atih.sante.fr/enc-had-donnees-2022>.

La méthodologie est stable par rapport à 2021.

3. Description de l'échantillon ENC 2022

L'unité de recueil dans l'ENC est la séquence.

L'indicateur de restitution est le coût moyen d'une journée. Il est calculé par Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC). Une présentation agrégée est également disponible par Mode de Prise en charge Principal (MPP) et par association des modes de prise en charge principal et associé (MPP x MPA). L'annexe 3 détaille les modes de prise de charge et le mode de construction des GHPC.

Les 2 secteurs de financement (ex-DG et ex-OQN) sont traités ensemble, il y a une seule échelle de coûts commune aux 2 secteurs.

² La liste des établissements inclus dans l'échantillon ENC HAD est disponible sur le site Internet de l'ATIH : <https://www.atih.sante.fr/enc-had-donnees-2022>.

³ La liste des 36 établissements participants est présentée en annexe 1.

Les effectifs présentés ici sont les effectifs après contrôles qualité⁴.

3.1. Description globale

T1 Taux de sondage par secteur de financement et statut juridique

		ENC 2021			ENC 2022		
		Nb établissements intégrés	Nb journées ENC	Taux de sondage	Nb établissements intégrés	Nb journées ENC	Taux de sondage
Ex-DG	CH	3	100 719	8,6%	3	107 530	9,2%
	CHU			0,0%			0,0%
	EBNL	3	808 650	47,5%	5	897 474	53,7%
	Total ex-DG	6	909 369	27,2%	8	1 005 004	30,5%
Ex-OQN	Privé lucratif	9	170 208	12,4%	9	168 777	11,6%
	EBNL	18	427 581	20,8%	19	434 309	20,9%
	Total ex-OQN	27	597 789	17,4%	28	603 086	17,1%
Total		33	1 507 158	22,3%	36	1 608 090	23,6%

Le taux de sondage 2022, c'est-à-dire le nombre de journées réalisées par les établissements de l'échantillon par rapport au nombre de journées réalisées par l'ensemble des établissements HAD est de 23,6%. Comme les années précédentes, il est plus important sur le secteur ex-DG, ce qui est notamment dû à la participation de Santé Service HAD, établissement réalisant le plus de journées au national.

Le taux de sondage est en hausse de 1.3 points sur le secteur ex-DG par rapport à l'année précédente, après une baisse de 1.2 points l'année dernière ; et en baisse de 0.3 points sur le secteur ex-OQN.

Le taux de sondage est le plus élevé pour les établissements à but non lucratif (EBNL) du secteur ex-DG⁵ (54%) et ex-OQN (21%). Pour les CH et les privés ex-OQN, il est respectivement de 9% et 12%. Il est nul pour les CHU, puisque aucun CHU ne participe à l'ENC HAD.

T2 Répartition des journées dans l'échantillon

		Echantillon		Au national	
		Nb journées	%	Nb journées	%
Ex-DG	CH	107 530	7%	1 170 377	17%
	CHU	-	0%	450 015	7%
	EBNL	897 474	56%	1 672 290	25%
Ex-OQN	Privé lucratif	168 777	10%	1 457 466	21%
	EBNL	434 309	27%	2 074 770	30%
Total		1 608 090	100%	6 824 918	100%

Les CH, les CHU et les établissements privés lucratifs sont sous-représentés dans l'échantillon. Au contraire, les EBNL du secteur ex-DG sont surreprésentés dans l'échantillon.

La part des journées réalisées par les EBNL du secteur ex-OQN est similaire dans l'échantillon et dans la population nationale.

⁴ cf. partie 4.2

⁵ dont fait partie Santé Service HAD.

T3 Taux de sondage par MPP

MPP	Libellé	Nombre de journées ENC	Taux de sondage	Evolution 2021-2022 (en nb points)
01	Assistance respiratoire	20 022	17%	-0,5
02	Nutrition parentérale	32 989	27%	2,6
03	Traitement intraveineux	96 961	25%	2,9
04	Soins palliatifs	375 515	20%	0,8
05	Chimiothérapie anti-cancéreuse	73 520	39%	1,0
06	Nutrition entérale	92 762	25%	3,7
07	Prise en charge de la douleur	60 217	19%	-0,6
08	Autres traitements	64 356	18%	-1,1
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	394 115	23%	-0,2
10	Post traitement chirurgical	66 928	43%	2,4
11	Rééducation orthopédique	25 186	32%	2,7
12	Rééducation neurologique	22 304	21%	5,5
13	Surveillance post chimiothérapie anti-cancéreuse	100 977	36%	0,8
14	Soins de nursing lourds	52 804	11%	0,2
15	Education du patient et de son entourage	41 348	53%	16,0
17	Surveillance de radiothérapie	576	12%	0,3
18	Transfusion sanguine	80	3%	0,5
19	Surveillance de grossesse à risque	50 640	39%	5,8
21	Post-partum pathologique	22 912	53%	17,3
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	13055	41%	1,3
24	Surveillance d'aplasie	784	12%	-8,7
29	Sortie précoce de chirurgie	39	2%	2,0
Total		1 608 090	24%	1,3

Le taux de sondage est supérieur à 10% pour de nombreux MPP. Par exemple sur les Soins palliatifs (MPP 04), qui représentent un quart de l'activité nationale, le nombre de journées présentes dans l'échantillon ENC correspond à 20% des journées nationales de ce MPP.

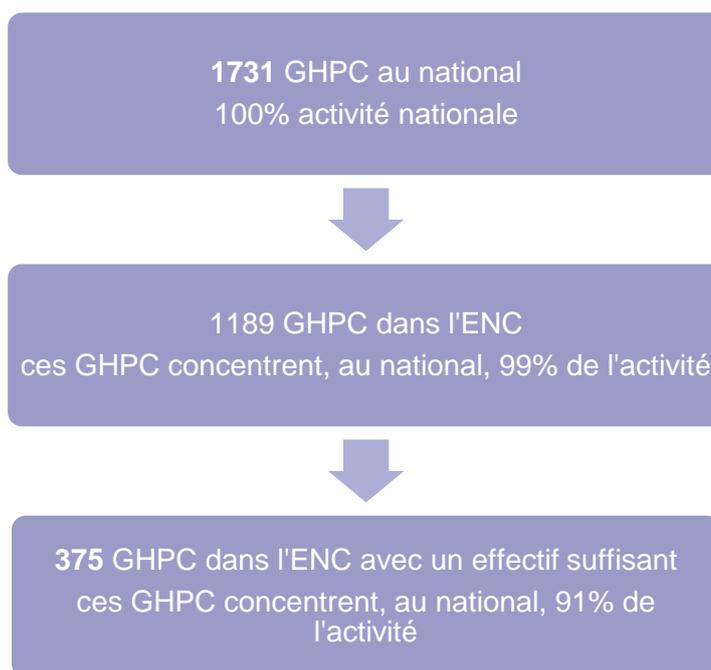
3.2. Description par GHPC

Sur les 2 777 GHPC existants en 2022, 1 731 comptent au moins une journée dans la base nationale 2022. L'activité nationale est très concentrée, puisque 10% des GHPC regroupent 80% de l'activité en nombre de journées. Ainsi, beaucoup de GHPC présentent un nombre faible ou nul de journées au niveau national et à fortiori dans l'échantillon.

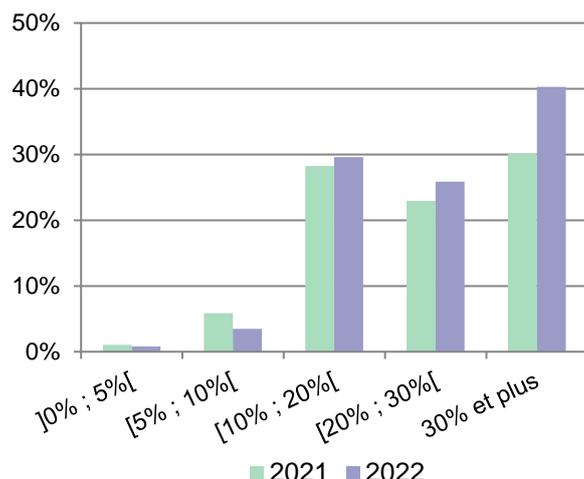
Sur les 1 731 GHPC avec au moins une journée au national, 1 189 GHPC (69%) présentent au moins une journée dans le recueil de coûts 2022. Les 31% restant ne sont pas représentés dans l'échantillon ENC (soit un taux de sondage nul), mais ils ne représentent que 1% de l'activité nationale.

Les coûts journaliers moyens sont calculés sur les GHPC avec un effectif suffisant, c'est-à-dire ayant au moins 30 séquences ou au moins 20 séquences et 500 journées. Cela concerne 375 GHPC qui regroupent, au national, 91% de l'activité.

C'est stable par rapport à 2021, où les GHPC avec un coût calculé représentaient également 89% de l'activité nationale.



F1 Part de GHPC par classe de taux de sondage



Les taux de sondage de ces 375 GHPC sont assez bons : pour 96% d'entre eux, il est supérieur à 10%. C'est en hausse par rapport à 2021 (92% des GHPC avaient un taux de sondage supérieur à 10%).

4. Méthodologie de calcul des coûts

4.1. Périmètre des coûts

Dans la mesure où certaines zones géographiques donnent lieu à des surcoûts dont il convient de ne pas répercuter l'effet dans le calcul du coût journalier moyen national, les coûts des séquences des établissements concernés sont diminués à l'aide du coefficient géographique⁶ correspondant. La composition de l'échantillon 2022 conduit à minorer ainsi de 7% les coûts des établissements de la région Ile-de-France et de 31% les coûts des établissements de la Réunion. Les charges de structure et de médecin traitant sont exclues des coûts. Les charges de structure sont exclues car elles ne peuvent pas faire l'objet d'un redressement et par voie de conséquence sont sensibles à la composition de l'échantillon. Les coûts de médecin traitant sont exclus car tous les établissements ex-OQN ne recueillent pas ces charges. Par ailleurs, les molécules onéreuses pouvant peser fortement sur le coût de certains GHPC, un coût hors molécules onéreuses⁷ est également présenté.

4.2. Contrôle qualité

Avant de calculer les coûts journaliers moyens, des contrôles sont menés sur les données de coûts pour détecter d'éventuelles atypies, et supprimer si nécessaire les séquences concernées.

⁶ Coefficient en vigueur en 2022

⁷ Spécialités pharmaceutiques facturables en sus et médicaments sous ATU (recueillis dans les charges au domicile du patient et les SAMT).

Rappel méthodologique :

Dans les valeurs nationales 2009 à 2012, les séquences à cheval sur N-1 ou N+1 ont été supprimées, pour ne garder que les séquences entières sur l'année. A partir des valeurs nationales 2013, la méthodologie de valorisation des séquences a été améliorée afin de pouvoir inclure les séquences à cheval sur N-1 dans le calcul des coûts par GHPC. Ainsi, **les valeurs nationales 2022 sont construites, pour les établissements appartenant aux études 2021 et 2022, à partir des informations de l'ensemble des séquences terminées en 2022.**

En pratique, pour les séquences commencées en 2021 et terminées en 2022, les coûts des séquences remontées dans l'étude 2021 ont été sommés aux coûts des séquences remontées dans l'étude 2022. Cette opération a été réalisée pour les établissements intégrés aux deux études, soit 33 établissements sur les 36 établissements intégrés à l'échantillon 2022. Les coûts de toutes les sections ont été sommés, à l'exception de la section « accueil et gestion des malades ». Pour celle-ci, seul le coût le plus récent a été conservé (soit le coût de 2022), afin de ne pas imputer deux fois cette charge sur la séquence.

Les séquences à cheval sur N+1 sont, elles, exclues des valeurs nationales 2022. Elles seront prises en compte dans les valeurs nationales 2022 (pour les établissements intégrés en 2022 et 2023).

Suppression des séquences à cheval : 5 280 séquences à cheval sur N+1 ou sur N-1 pour les établissements non intégrés en N-1 sont supprimées, soit 4.0% de la base initiale.

Suppression des séquences en erreur : Les 7 séquences groupées en GHPC erreur (GHPC 9999) sont supprimées.

Suppression des séquences avec passage d'un intervenant SSIAD :

Depuis 2019, les SSIAD peuvent intervenir en HAD pour des soins infirmiers. Les charges correspondantes à ces professionnels ne sont pas dans la comptabilité des HAD et les coûts des séquences concernées sont donc incomplets. 1 872 séquences sont ainsi supprimées.

Suppression des séquences dites atypiques : une procédure de détection des atypies a été mise en place de sorte d'exclure les séquences présentant des valeurs non conformes pouvant influencer la valeur moyenne. Sont ainsi supprimées :

- 1 891 séquences avec un coût intervenant très faible, c'est-à-dire un coût intervenant sur le séjour inférieur à 16€ et un coût journalier intervenant sur la séquence inférieur à 3.25€ (coût au domicile du patient, hors transport).
- 68 séquences avec plus de 10 passages d'intervenants par jour.
- 67 séquences avec un coût de LGG supérieur à 80% du coût total
- 311 séquences avec un poste de coût incohérent (des coûts de sage-femme sur un mode de prise en charge non attendu par exemple).
- 433 séquences de la Croix Saint-Simon avec des coûts de diététicien aberrant ou sans passage intervenant.

Au final, 7,7% des séquences sont supprimées de la base, dont 4,0% en raison des séquences à cheval sur deux exercices.

4.3. Redressement des coûts

L'ENC est une enquête par sondage auprès d'un échantillon d'établissements. De ce fait, les coûts moyens par GHPC ne sont que des estimations du coût national inconnu. Ces coûts sont donc sensibles à la composition de l'échantillon d'établissements. Cette variabilité peut être réduite en utilisant une technique de redressement, appelée calage sur marges. La méthodologie est détaillée dans l'encadré ci-dessous.

Le calage sur marges : pour quoi faire ?

Le principe du redressement ou calage consiste à tirer profit d'une information auxiliaire (c'est-à-dire en pratique d'un ensemble de variables corrélées au coût complet) disponible dans une base de données nationale afin de modifier les poids de sondage initiaux.

Pour comprendre la nécessité d'un redressement du coût issu d'un échantillon, un exemple est proposé :

Il s'agit de connaître le revenu moyen mensuel d'un français.

Pour cela un échantillon de 100 individus français, composé de 20 femmes et 80 hommes est constitué. Dans cet échantillon, l'âge moyen des femmes est de 32,8 ans et celui des hommes est de 55,2 ans. Le revenu moyen mensuel pour cet échantillon est de 3 078 €.

Par ailleurs, au niveau national (source INSEE), il y a 48,0% de femmes et 52,0% d'hommes, l'âge moyen des femmes est de 42,6 ans et celui des hommes est de 39,8 ans.

L'échantillon contient donc plus d'hommes plus âgés que la population française nationale.

Or on sait que le lien entre le revenu moyen, le sexe et l'âge est très fort.

Ainsi le revenu moyen d'un français ne sera certainement pas égal à 3 078 € puisque l'échantillon ne respecte pas les proportions de la population nationale concernant le sexe et l'âge. D'ailleurs le revenu moyen mensuel d'un français est estimé à 1 712 € par l'INSEE (donc bien différent de celui observé dans l'échantillon).

Il convient donc de redresser l'échantillon, et la méthode choisie est appelée calage sur marges.

Parallèle avec l'étude nationale de coûts HAD :

Tout comme dans l'exemple ci-dessus, les répartitions des caractéristiques de l'échantillon des 36 établissements intégrés à l'analyse ne sont pas égales à celles de la population de référence. Il n'est donc pas juste d'utiliser directement les données brutes pour estimer un coût de prise en charge moyen pour la population de référence. Les données de l'échantillon doivent être redressées.

Le calage sur marges : comment ça marche ?

Ce redressement ne modifie en rien les valeurs des coûts recueillis mais **il modifie la contribution de chaque donnée dans le calcul des coûts moyens.**

Le calage est réalisé en deux grandes étapes : la recherche des variables de calage puis le calcul des pondérations.

PREMIERE ETAPE : Recherche des variables de calage

Le calage peut être effectué grâce à la connaissance de certaines caractéristiques de la population nationale. Les variables connues sur l'ensemble des HAD peuvent donc être testées. Cependant, plusieurs contraintes doivent être respectées dans le choix des variables retenues :

- ◆ elles doivent être explicatives du coût que l'on cherche à estimer,
- ◆ elles ne doivent pas être corrélées entre elles,
- ◆ elles ne doivent pas être en trop grand nombre (sous peine que le calage échoue).

C'est la régression linéaire qui sert d'outil pour sélectionner les variables. Dans l'exemple sur l'estimation du revenu des français, les variables de calage sont le sexe et l'âge.

SECONDE ETAPE : Calcul des pondérations

Le but de cette étape est d'obtenir un poids à chaque observation (donc une pondération pour chacune des séquences de chaque GHPC). Les poids seront tels que, pour chaque GHPC, les caractéristiques de l'échantillon pondéré seront égales aux caractéristiques de la population de

référence. Ce système de poids est trouvé grâce à une macro SAS élaborée par l'INSEE, nommée CALMAR⁸ (pour CALage sur MARges).

Autrement dit, après calage, pour chaque GHPC, l'échantillon redressé a les mêmes caractéristiques que celles observées sur la population de référence, et cela pour l'ensemble des variables de calage conservées dans le modèle final.

Pour les valeurs nationales HAD, 3 variables de calage sont utilisées :

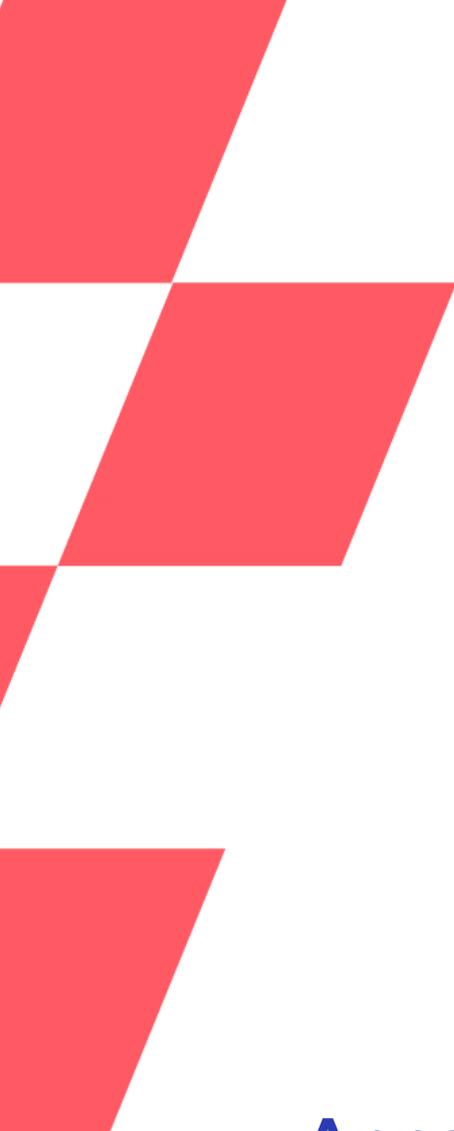
- le statut juridique : établissement public, établissement privé à but non lucratif (EBNL), établissement privé à but lucratif
- l'âge : moins de 30 ans, 30-79 ans, 80 ans et plus
- le score AVQ (la somme des 6 variables AVQ)

Le calage s'effectue GHPC par GHPC, pour les GHPC présentant un nombre suffisant de séquences (au moins 30 séquences ou au moins 20 séquences et 500 journées).

Tous les GHPC ne sont pas calés sur les 3 variables. Par exemple, si un GHPC est alimenté uniquement par des établissements privés, le statut juridique n'est pas pris en compte.

Ainsi, les valeurs nationales présentées sont des coûts « redressés », dans le but de refléter, non pas uniquement les coûts de l'échantillon, mais ceux de l'ensemble des établissements. En HAD cependant, peu de variables explicatives du coût sont disponibles au niveau national. Le redressement reste donc mineur.

⁸ Cette macro est disponible sur le site de l'INSEE dans la rubrique « Définitions, méthodes et qualité – Modèles méthodes et outils statistiques – Les outils statistiques – La macro SAS CALMAR »

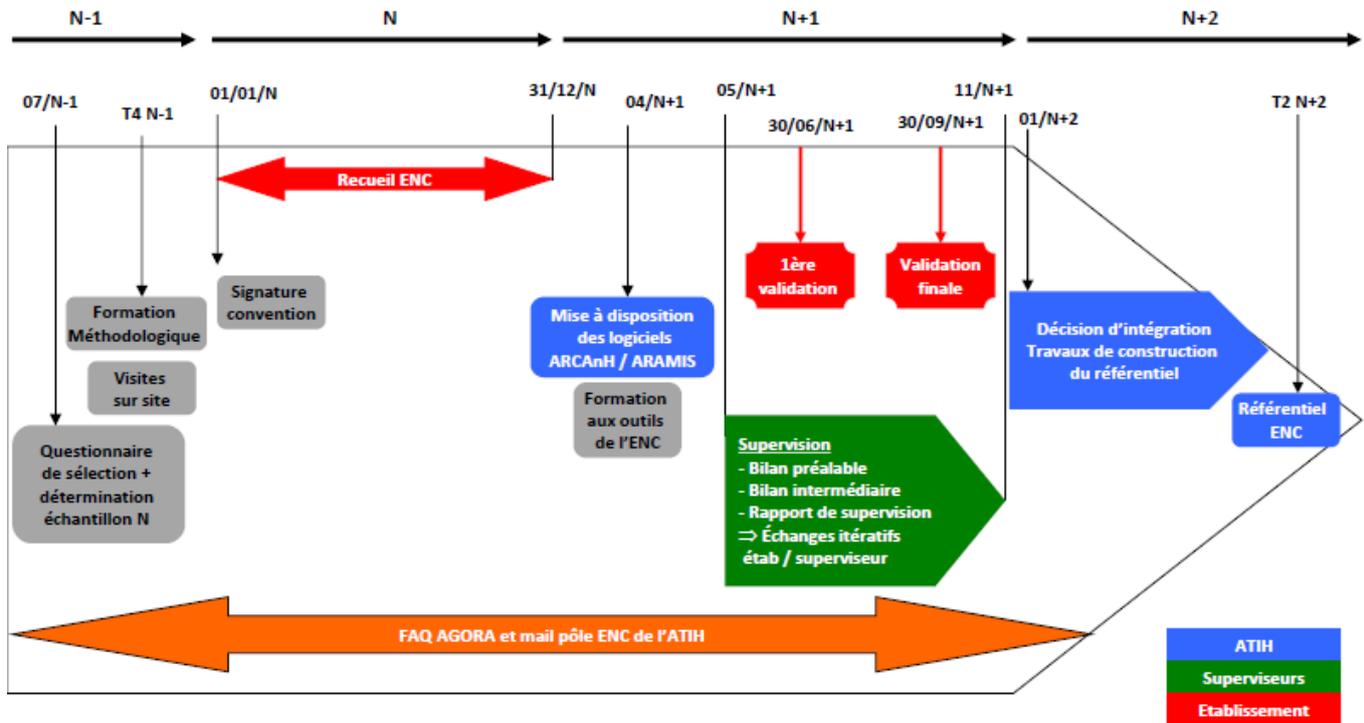


Annexes

1. ANNEXE 1 : Liste des 38 établissements participants à l'ENC HAD en 2022 (hors abandons)

Statut	Finess	Raison sociale
Ex-OQN	110005394	KORIAN PAYS DES QUATRE VENTS
Ex-OQN	130021819	HAD Clara Schumann
Ex-DG	160002036	HAD Mutualiste de la Charente
Ex-DG	170024194	Groupe Hospitalier de la Rochelle - RE - AUNIS
Ex-OQN	270016058	HAD EURE SEINE
Ex-OQN	280001678	ASSAD-HAD - EURE ET LOIR
Ex-OQN	370103673	ASSAD HAD D'INDRE ET LOIRE
Ex-DG	440012128	HAD de Nantes & Région
Ex-OQN	450018528	ASSAD-HAD - LOIRET
Ex-OQN	450018536	HAD ORLEANS MONTARGIS
Ex-OQN	470009358	HAD 47
Ex-OQN	480001825	HAD de Lozère
Ex-OQN	510020548	HAD CHALONS-EN-CHAMPAGNE
Ex-OQN	520003823	HAD CHAUMONT LANGRES
Ex-OQN	540010568	HADAN
Ex-OQN	540025046	HAD Joeuf
Ex-OQN	630010296	A.GE.S.S.A - HAD 63
Ex-OQN	670000652	Aural HAD
Ex-OQN	680007648	AHDCA
Ex-OQN	680017829	HAD Sud Alsace Mulhouse
Ex-DG	690000880	Centre Léon Bérard
Ex-DG	690788930	Soins et Santé HAD LYON
Ex-OQN	720016856	HAD du Mans et antennes
Ex-DG	750042459	HAD Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon
Ex-OQN	760020529	HAD du Cèdre
Ex-DG	800000085	HAD CHIMR MONTDIDIER
Ex-OQN	800016768	HAD PAUCHET
Ex-OQN	880006606	KORIAN PAYS DES IMAGES
Ex-OQN	890009178	HAD Sud de l'Yonne et Haut Nivernais
Ex-DG	920813623	Santé Service HAD
Ex-OQN	970403119	ASDR HAD Sud
Ex-OQN	970404711	ARAR HAD Nord
Ex-OQN	970404851	ASDR HAD Est
Ex-OQN	970405395	ARAR HAD Sud
Ex-OQN	970406625	ASDR HAD Ouest
Ex-OQN	970407318	ARAR HAD Ouest
Ex-OQN	970407656	ARAR HAD Est
Ex-OQN	970410783	ASDR HAD Nord

2. ANNEXE 2 : Calendrier de campagne



3. ANNEXE 3 : Les groupes de description de l'activité en HAD

En HAD, il n'y a pas de classification médico-économique. L'activité est décrite via des groupes homogènes de prises en charge (GHPC). Chaque séquence est classée dans un GHPC. Celui-ci est la combinaison de 3 variables du PMSI : le mode de prise en charge principal (MPP), le mode de prise en charge associé (MPA) et l'indice de Karnosky (IK).

Il y a 22 MPP, 22 MPA et 10 valeurs d'IK possibles.

MPP	MPA	IK
01 - Assistance respiratoire	00 - Pas de mode de prise en charge associé	10
02 - Nutrition parentérale	01 - Assistance respiratoire	20
03 - Traitement intraveineux	02 - Nutrition parentérale	30
04 - Soins palliatifs	03 - Traitement intraveineux	40
05 - Chimiothérapie anti-cancéreuse	04 - Soins palliatifs	50
06 - Nutrition entérale	05 - Chimiothérapie anti-cancéreuse	60
07 - Prise en charge de la douleur	06 - Nutrition entérale	70
08 - Autres traitements	07 - Prise en charge de la douleur	80
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	08 - Autres traitements	90
10 - Post traitement chirurgical	09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	100
11 - Rééducation orthopédique	10 - Post traitement chirurgical	
12 - Rééducation neurologique	11 - Rééducation orthopédique	
13 - Surveillance post chimiothérapie anti-cancéreuse	12 - Rééducation neurologique	
14 - Soins de nursing lourds	13 - Surveillance post chimiothérapie anti-cancéreuse	
15 - Education du patient et de son entourage	14 - Soins de nursing lourds	
17 - Surveillance de radiothérapie	15 - Education du patient et de son entourage	
18 - Transfusion sanguine	17 - Surveillance de radiothérapie	
19 - Surveillance de grossesse à risque	18 - Transfusion sanguine	
21 - Post-partum pathologique	19 - Surveillance de grossesse à risque	
22 - Prise en charge du nouveau-né à risque	21 - Post-partum pathologique	
24 - Surveillance d'aplasie	22 - Prise en charge du nouveau-né à risque	
29 - Sortie précoce de chirurgie	24 - Surveillance d'aplasie	

Toutes les combinaisons MPP x MPA x IK ne sont pas possibles. En 2022, 2 777 GHPC sont autorisés.