

les établissements
de *santé*

UN PANORAMA POUR L'ANNÉE 2006

LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
Un panorama pour l'année 2006

Édition 2008

Anissa Afrite, Séverine Arnault, Johanne Aude, Marie-Émilie Clerc, Marc Collet,
Laure Com-Ruelle, Marie Cordier, Albane Exertier, Annie Fénina, Arnaud Fizzala,
Isabelle Leroux, Philippe Lombardo, Laetitia May, Catherine Mermilliod, Myriam Mezzarobba,
Marie-Claude Mouquet, Sylvain Pichetti, Hélène Valdelièvre, Annick Vilain,
Sébastien Villeret, Engin Yilmaz.

Coordination de :
Mylène Chaleix et Albane Exertier

Édition : Nadine Gautier

Directrice de publication : Anne-Marie Brocas

N° Dicom : 09014

DREES
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris Cedex 14
Tél. : 01 40 56 81 28
Internet : www.sante.gouv.fr/drees

Sommaire

LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Un panorama pour l'année 2006

1 • Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel	7
2 • Données de cadrage	13
Les grandes catégories d'établissements de santé	14
Les capacités d'accueil à l'hôpital	16
L'activité en hospitalisation complète et partielle	18
Les autres prises en charge hospitalières	20
Emplois de médecins, odontologistes et pharmaciens	22
Sages-femmes et personnels non médicaux salariés	24
Les établissements de santé dans les DOM : activité et capacités	26
3 • Médecine, chirurgie et obstétrique	29
Médecine, chirurgie, obstétrique : activité et capacités	30
Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle	32
Médecine, chirurgie, obstétrique : motifs de recours	34
La spécialisation en médecine	36
La spécialisation en chirurgie	38
La spécialisation en obstétrique	40
4 • Les plateaux techniques	43
L'activité d'anesthésie et les équipements chirurgicaux	44
L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif	46
5 • Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière	49
La lutte contre les infections nosocomiales	50
La naissance : les maternités	52
La naissance : suivi et prise en charge	54
La satisfaction des usagères de maternités	56
L'activité des services d'urgences	58
Les personnels des services d'urgences	60
L'offre hospitalière en psychiatrie	62
Les structures d'hospitalisation à domicile	64
Les patients hospitalisés à domicile	66
Les structures pratiquant des IVG	68
Les médicaments dans les établissements de santé	70
6 • La situation économique du secteur	73
La part des établissements de santé dans la consommation de soins	74
L'évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées	76
L'évolution de la rentabilité économique des cliniques privées	78
La structure des charges et des produits des hôpitaux publics	80
Le suivi économique et financier des établissements privés anciennement sous dotation globale	82
7 • Changements organisationnels dans les établissements de santé	85
Des changements profonds dans l'organisation de l'offre de soins	86
L'évolution de l'attente des usagers des établissements de santé	88
8 • Les grandes sources de données sur les établissements de santé	91

Sigles utilisés

ANAES :	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
AP-HM :	Assistance Publique–Hôpitaux de Marseille
AP-HP :	Assistance Publique–Hôpitaux de Paris
ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation
ATIH :	Agence technique de l'information hospitalière
CCAM :	Classification commune des actes médicaux
CH :	Centre hospitalier
CHR :	Centre hospitalier régional
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CIM :	Classification internationale des maladies
CLCC :	Centre de lutte contre le cancer
CLIN :	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CMD :	Catégorie majeure de diagnostic
CMP :	Centre médico-psychologique
DAC :	Dotation annuelle complémentaire
DAF :	Dotation annuelle de financement
DOM :	Département d'outre-mer
ECN :	Épreuves classantes nationales
ETP :	Équivalent temps plein
FNEHAD :	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
GHM :	Groupe homogène de malades
GHS :	Groupe homogène de séjours
HAD :	Hospitalisation à domicile
HAS :	Haute Autorité de santé
IN :	Infections nosocomiales
IRM :	Imagerie par résonance magnétique
IVG :	Interruption volontaire de grossesse
MCO :	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCU-PH :	Maître de conférence des universités–praticien hospitalier
MIGAC :	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
OAP :	Outil d'analyse du PMSI
ONDAM :	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OQN :	Objectif quantifié national
PASS :	Permanence d'accès aux soins de santé
PMSI :	Programme de médicalisation des systèmes d'information
POSU :	Pôle spécialisé d'urgences
PSPH :	Participant au service public hospitalier
PU-PH :	Professeur des universités–praticien hospitalier
SAE :	Statistique annuelle des établissements
SAMU :	Service d'aide médicale urgente
SAU :	Service d'accueil et de traitement des urgences
SROS :	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR :	Soins de suite et de réadaptation
T2A :	Tarifification à l'activité
UPATOU :	Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences

Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel

1

● Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel

1. Des missions définies par le code de la santé publique

La mission générale des établissements hospitaliers est définie par l'art. L.6111-1 du code de la santé publique qui les dénomme « établissements de santé ».

Quel que soit leur statut, ils ont vocation à :

- « [assurer] les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient ;
- [participer] à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention ».

Ces missions doivent être accomplies dans un souci permanent de sécurité sanitaire, de qualité et d'éthique.

La nature de leur activité est définie par l'art. L.6111-2. Ils ont ainsi pour objet de « dispenser :

1. avec ou sans hébergement :

- a) des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ; le terme « court séjour » est parfois employé pour parler des activités de médecine, chirurgie et obstétrique ;
- b) « des soins de suite ou de réadaptation, dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ; ces activités sont couramment dénommées « moyen séjour ».

2. « des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien » ; ces activités sont également dénommées « long séjour ».

Ces différents groupes d'activités sont généralement dénommés « grandes disciplines ».

Les « alternatives à l'hospitalisation » ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée (art. L.6121-2). Elles comportent notamment l'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation à domicile (art. R.6121-4).

Les établissements de santé peuvent en outre créer et gérer des services et établissements sociaux et médico-sociaux (art. L.6111-3). Ceux-ci sont principalement orientés vers les personnes âgées.

2. Établissements publics, établissements privés et service public hospitalier

Les établissements de santé sont des personnes morales de droit public ou privé. Les hôpitaux publics sont rattachés, dans la plupart des cas, à des collectivités locales : principalement les communes, parfois les départements. Ces établissements sont cependant des personnes morales dotées de l'autonomie administrative et financière (art. L.6141-14). Les établissements privés sont soit à but lucratif, soit à but non lucratif. Dans ce dernier cas, ils sont généralement issus de mouvements religieux, caritatifs ou mutualistes.

Dans le cas des établissements à but lucratif, souvent dénommés « cliniques », plusieurs personnes morales peuvent co-exister : l'une possédant le patrimoine immobilier, l'autre assurant

l'activité d'hospitalisation, d'autres encore organisant ou possédant des éléments du plateau technique (appareillages de chirurgie, d'imagerie, etc.).

Tous les établissements de santé assurent une gamme de prestations plus ou moins diversifiées et/ou spécialisées.

Parmi les établissements publics, selon l'art. L.6141-2, on distingue les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux. Ces derniers, destinés à assurer une offre de proximité, comportent exclusivement des activités de médecine, de soins de suite ou de réadaptation (SSR) et de soins de longue durée (art. R.6141-18).

Les centres hospitaliers régionaux (CHR) ont une vocation régionale liée à leur spécialisation tout en assurant en outre les soins courants à la population proche.

La majeure partie des CHR sont aussi des centres hospitaliers et universitaires (CHU), centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical, pharmaceutique et post-universitaire. Les CHU participent également, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, à la recherche médicale et pharmaceutique et aux enseignements paramédicaux.

Parmi les autres centres hospitaliers, certains sont spécialisés, essentiellement en psychiatrie.

Outre les établissements publics, le service public hospitalier (SPH) englobe les établissements privés admis à assurer le service public hospitalier, souvent dénommés « participant au service public hospitalier » (PSPH), ainsi que des établissements privés, nettement moins nombreux, ayant conclu un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier (art. L.6161-9). S'y adjoignent les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ; ceux-ci assurent certaines missions des établissements de santé et du service public hospitalier, dans le domaine de la cancérologie principalement.

Le service public hospitalier concourt, au-delà des missions de l'ensemble des établissements de santé, à « l'enseignement universitaire et post-universitaire et à la recherche, à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence, aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination, [...] à l'aide médicale urgente et à la lutte contre l'exclusion sociale... » (art. L.6112-1).

Ainsi, les établissements publics ou privés du service public hospitalier ont pour mission de garantir « l'égal accès aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir jour et nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement assurant le service public. [...] Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur » (art. L.6112-2). Seuls ces établissements peuvent comporter un service d'aide médicale urgente (SAMU) (art. L.6112-5) et mettre en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) (art. L.6112-6). Les établissements privés du SPH relèvent du même régime de financement et de tutelle que les établissements publics et bénéficient des mêmes avantages pour leurs équipements (subventions notamment). Ils peuvent faire appel à des praticiens hospitaliers.

3. Les personnels travaillant dans les établissements de santé relèvent de statuts diversifiés

Les **médecins** intervenant dans les établissements publics sont très majoritairement salariés (voir tableau). Les universitaires, professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférence-praticiens hospitaliers (MCU-PH) sont des fonctionnaires de l'Éducation nationale. Les praticiens hospitaliers (PH) sont des contractuels de droit public et interviennent dans l'ensemble des centres hospitaliers. Dans les hôpitaux locaux, ceux qui interviennent en médecine relèvent du régime libéral et du paiement à l'acte. De même, dans les cliniques privées, les médecins ont très majoritairement un statut d'exercice

libéral et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent. Les établissements privés PSPH accueillent majoritairement des salariés; ils peuvent employer des salariés de droit privé ou faire appel à des PU-PH, MCU-PH ou PH par voie de détachement. Les établissements publics et PSPH accueillent en outre des médecins en cours de formation (les internes).

Les personnels non médicaux des établissements de santé publics relèvent principalement de la fonction publique hospitalière mais peuvent aussi être des personnels non fonctionnaires: contractuels à durée déterminée ou indéterminée, intérimaires, etc. La fonction publique hospitalière comprend

Statuts et lieux d'exercice des médecins : tableau théorique

Statuts		Lieux d'exercice et type d'établissement		
		Public	Privé PSPH, dont CLCC	Autre privé
salarié	fonctionnaire	PU-PH et MCU-PH	PU-PH et MCU-PH détachés (2) : peu fréquent	
	autre salarié	PH, attachés	salariés de droit privé : situation majoritaire, PH détachés (2)	peu fréquent
profession libérale		non, sauf hôpitaux locaux (1)	peu fréquent (3)	situation majoritaire
en formation		internes	internes	

Situations particulières :

(1) Articles R. 6141-24 et 6141-25 du code de la santé publique.

(2) Article R. 6161-6 du code la santé publique.

(3) Article R. 6161-5 du code de la santé publique.

LES ACTIVITÉS ET LES ÉQUIPEMENTS SOUMIS À AUTORISATION

En 2008, les activités soumises à autorisation, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, correspondront aux rubriques suivantes (art. R.6122-25):

- 1° médecine;
- 2° chirurgie;
- 3° gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale;
- 4° psychiatrie;
- 5° soins de suite et de réadaptation ;
- 7° soins de longue durée ;
- 8° transplantations d'organes et greffes de moelle osseuse ;
- 9° traitement des grands brûlés ;
- 10° chirurgie cardiaque ;
- 11° activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;
- 12° neurochirurgie ;
- 13° activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie ;
- 14° accueil et traitement des urgences ;
- 15° réanimation ;
- 16° traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
- 17° activités cliniques d'assistance médicale à la procréation, activités biologiques d'assistance médicale à la procréation, activités de recueil, traitement, conservation de gamètes et cession de gamètes issus de don, activités de diagnostic prénatal ;
- 18° traitement du cancer ;
- 19° examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

En 2008, les équipements lourds soumis à autorisation seront les suivants (art. R.6122-26):

- 1° caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;
- 2° appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;
- 3° scanographe à utilisation médicale ;
- 4° caisson hyperbare ;
- 5° cyclotron à utilisation médicale.

● Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel - suite

en outre les personnels des établissements publics exclusivement consacrés à des activités médico-sociales et sociales (hébergement de personnes âgées ou handicapées, aide sociale à l'enfance, centres d'hébergement et de réadaptation sociale), même si ces établissements sont fréquemment gérés par des collectivités territoriales. Les personnels des établissements privés relèvent pour leur part de conventions collectives distinctes selon le statut des établissements.

4. La planification sanitaire

La création, la conversion et le regroupement des activités de soins (y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation), de même que l'installation des équipements matériels lourds sont soumis à une autorisation de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Celle-ci a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de contrôler leur fonctionnement et de déterminer leurs objectifs en termes de volume d'activités. Son statut est celui d'un groupement d'intérêt public associant l'État et les organismes d'assurance maladie.

Peuvent être titulaires d'autorisation :

- un ou plusieurs médecins, éventuellement associés pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice ;
- un établissement de santé ;
- une personne morale dont l'objet porte, notamment, sur l'exploitation d'un établissement de santé, d'une activité de soins ou d'un équipement matériel lourd mentionnés à l'art. L.6122-1, ou la pratique des activités propres aux laboratoires d'analyses de biologie médicale.

L'autorisation est subordonnée au respect d'engagements relatifs aux dépenses à la charge de l'Assurance maladie ou au volume d'activité d'une part, et d'autre part, à la réalisation d'une évaluation dans des conditions fixées par décret. Elle est donnée pour une durée déterminée d'au moins 5 ans.

Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) est le cadre de référence pour l'attribution des autorisations. Établi sous l'autorité du directeur de l'ARH, selon l'art. L.6121-1, il « a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale de la population. Il inclut également l'offre de soins pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés ».

Le SROS « vise à susciter des adaptations et des complémentarités dans l'offre de soins, ainsi que des coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire ».

Il « est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et épidémiologiques, des progrès des techniques médicales et après une analyse quantitative et qualitative de l'offre de soins existante ».

Le SROS comporte, selon l'art. L.6121-2, une « annexe établie après évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé et détaillant les objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire ». À compter des SROS de 3^e génération, cette annexe, jusque-là indicative, devient opposable et est déclinée dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre les ARH et les établissements.

« Cette annexe précise :

1° les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoires de santé, par activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et par équipements matériels lourds [...] ;

2° les créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs. »

« Selon les activités et équipements, les territoires de santé constituent un espace infrarégional, régional, interrégional ou national. Les limites des territoires de santé sont définies par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour les activités et équipements relevant du schéma régional d'organisation sanitaire et par le ministre chargé de la santé pour ceux qui relèvent d'un schéma interrégional ou national. »

Mis en place dans sa version actuelle par l'ordonnance du 4 septembre 2003, ce dispositif de régulation prend définitivement le relais de la carte sanitaire qui fixait des plafonds de capacités d'accueil ou de nombre d'équipements. Il se met en place à compter de la publication des nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire dits « SROS de 3^e génération » et ce, au plus tard le 31 mars 2006.

Au cours de la dernière décennie, pour un certain nombre d'activités, l'organisation de l'offre a été aménagée dans une logique conduisant à offrir les ressources les plus spécialisées dans un nombre limité de sites, avec mise en réseau des sites concernés par ces activités. C'est notamment le cas des maternités, dont l'activité est répartie en trois niveaux hiérarchisés, et des services d'urgences.

La psychiatrie de service public a une organisation spécifique qui repose sur un maillage à la fois géographique et fonctionnel. Celui-ci doit permettre de garantir l'accessibilité, la continuité et la gradation des soins (voir la fiche « L'offre hospitalière en psychiatrie », p. 62).

5. Le financement des établissements de santé

La tarification à l'activité (T2A) a été mise en place de manière progressive à partir de 2004 pour les établissements de santé titulaires d'autorisation de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO). Pour les établissements également titulaires d'autorisations d'activités de soins de moyen séjour (SSR), de psychiatrie ou de long séjour, seule la partie des activités MCO est concernée par la T2A. En effet, les principes des deux modes de financement existant avant la T2A (la dotation globale et un système de paiement mixte à l'acte et à la journée) restent applicables aux activités non soumises aujourd'hui à la T2A.

a. La tarification à l'activité (T2A), nouveau mode de financement dont la montée en charge est progressive

Ce nouveau mode de financement concerne les établissements de santé titulaires d'autorisation de médecine, chirurgie ou d'obstétrique (MCO), quel que soit leur type d'activité (hospitalisation complète, partielle, à domicile, structure de dialyse), à l'exception des hôpitaux locaux, des établissements militaires et pénitentiaires ainsi que des centres hospitaliers de Guyane, Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

La T2A distingue deux modes de financements :

- son principe fondateur consiste en un paiement à l'activité, mais ce paiement n'est pas exclusif et une partie des dépenses hospitalières est versée sous forme de dotations ;

MODES DE FINANCEMENT LIÉS À LA MISE EN PLACE DE LA T2A

	Paielement à l'activité	Dotation
Groupe homogène de séjours (majorité des séjours)	x	
Dispositifs médicaux et médicaments facturables en sus	x	
Dialyse	x	
Interruption volontaire de grossesse (IVG)	x	
Hospitalisation à domicile (HAD)	x	
Réanimation	x	
Consultations et actes externes des praticiens des hôpitaux publics	x	
Services d'urgences autorisés	x	x
Prélèvements d'organes	x	x
Missions d'intérêt général (MIG)		x
Aides à la contractualisation (AC)		x

• le financement des séjours constitue l'essentiel de la partie financée à l'activité. Un forfait est fixé par groupe homogène de séjours (GHS), pendant tarifaire des groupes homogènes de malades (GHM), regroupement de séjours déterminé à partir de critères économiques et médicaux.

Il existe aujourd'hui deux échelles tarifaires distinctes : l'une relative aux établissements MCO, anciennement sous objectif quantifié national (OQN), l'autre relative aux établissements MCO anciennement sous dotation globale (voir paragraphe c. pour plus de détails sur ces deux notions).

Certains éléments peuvent être facturés en sus de ce forfait comme les médicaments et dispositifs médicaux implantables particulièrement coûteux ou les séjours de durée « extrême » (haute et/ou basse) qui peuvent faire l'objet d'une tarification spécifique.

D'autres activités font l'objet d'un financement à l'activité, bien que n'étant pas tarifées au GHS : la dialyse, les interruptions volontaires de grossesse (IVG), la réanimation, l'hospitalisation à domicile (HAD), les consultations et actes externes des praticiens du secteur public, les services d'urgences et les prélèvements d'organes.

Les services d'urgences et les prélèvements d'organes font l'objet d'une tarification mixte (à l'activité et sous forme de dotation) car il s'agit également pour ces services de rémunérer des charges fixes qui sont distinctes de l'activité et liées à l'organisation de la permanence des soins, que des patients soient présents ou pas.

Autre rémunération sous forme de dotation, les missions d'intérêt général (enseignement, recherche, etc.) et l'aide à la contractualisation (MIGAC) relèvent de deux enveloppes allouées contractuellement par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

b. Une réforme progressive et aménagée

La montée en charge progressive de la réforme de la T2A vise à permettre aux établissements de santé de s'adapter dans le temps aux différentes règles de cette nouvelle logique tarifaire. Pour les établissements pratiquant une activité MCO anciennement sous dotation globale, la part du financement relevant directement de l'activité a progressivement augmenté jusqu'en 2007 : 10 % en 2004, 25 % pour 2005, 35 % en 2006 et 50 % en 2007. La loi de financement de sécurité sociale (LFSS) pour 2008 a prévu que ce taux passe à 100 % dès 2008 et que la montée en charge se poursuive au travers de coefficients de transition. Ces coefficients sont calculés chaque année pour chaque établissement et visent à harmoniser, de manière progressive, les ressources qui leur sont allouées.

Les coefficients de transition sont la modalité de montée en

charge progressive de la réforme retenue dès la mise en place de la T2A pour les établissements sous OQN, soit le 1^{er} mars 2005.

c. Les autres modes de financement

Le budget global ou dotation globale s'appliquait jusqu'en 2004 à l'ensemble des établissements publics, des établissements privés participant au service public hospitalier et, depuis 1996, aux autres établissements privés à but non lucratif ayant opté pour ce régime. Ce dispositif, sous une dénomination différente, la dotation annuelle de financement (DAF), continue à s'appliquer à certains établissements (hôpitaux locaux, établissements militaires et pénitentiaires, centres hospitaliers de Guyane, Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon) ainsi qu'à certaines activités des autres établissements (moyen séjour, psychiatrie ainsi qu'à la part du long séjour financée par la sécurité sociale). L'évolution de la DAF est encadrée par un taux directeur, les dépenses annuelles d'un établissement ne devant pas dépasser le budget prévisionnel qui lui est alloué.

Le système de paiement mixte à l'acte et à la journée s'applique à tous les établissements relevant du régime de l'objectif quantifié national (OQN), essentiellement des établissements privés à but lucratif. Depuis le 1^{er} mars 2005 et la mise en place de la T2A au sein des cliniques pratiquant le MCO, l'OQN concerne presque exclusivement les établissements de moyen séjour ainsi que ceux de psychiatrie. Ce régime correspond au taux d'évolution moyen des tarifs et à l'augmentation prévisionnelle des volumes d'activité décidés chaque année dans ce cadre.

d. La part des différents financements

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), voté chaque année au parlement, permet de distinguer pour le secteur hospitalier les financements liés à la mise en place de la T2A des autres. L'enveloppe relative au secteur hospitalier (ONDAM hospitalier) concerne à la fois les hôpitaux publics, les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées. En 2006, l'ONDAM hospitalier s'élevait à 63,7 milliards d'euros. Il est divisé en plusieurs composantes :

- une partie liée à la mise en place de la T2A (72 % de l'ONDAM hospitalier), divisée en deux enveloppes :
 - l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de MCO-ODMCO (63 %) ;
 - les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) (9 %).
- une partie relative aux activités non MCO (champ DAF et OQN) qui ne sont pas concernées par la T2A (28 %). ■

Données de cadrage

- Les grandes catégories d'établissements de santé
 - Les capacités d'accueil à l'hôpital
 - L'activité en hospitalisation complète et partielle
 - Les autres prises en charge hospitalières
- Emplois de médecins, odontologistes et pharmaciens
- Sages-femmes et personnels non médicaux salariés
- Les établissements de santé dans les DOM : activité et capacités

● Les grandes catégories d'établissements de santé

Moins de 3 000 établissements assurent un accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel en France métropolitaine et dans les DOM. Parmi eux, les établissements privés, quel que soit leur statut juridique, ont vu leur nombre se réduire sous l'effet des restructurations qui ont affecté ce secteur. Leur nombre est passé de 2 250 en 1997 à un peu moins de 1 900 en 2006.

Résultant à la fois d'initiatives publiques et privées, le secteur hospitalier français présente aujourd'hui un paysage varié. Des établissements de trois types de statuts juridiques cohabitent ; ils ont des modes d'organisation et de gestion, de financement et de régulation, de participation aux missions de service public très différents. Les statuts des personnels travaillant dans ces établissements présentent la même hétérogénéité (voir chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 8).

Moins de 3 000 établissements de santé offrant 448 500 lits et 53 000 places

Au 31 décembre 2006, 2 877 établissements ou entités juridiques sanitaires disposaient de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (comptées en places), que ce soit en hôpital de jour, de nuit, en anesthésie ou en chirurgie ambulatoire. Au total, ils offraient une capacité d'accueil de 448 500 lits et 53 000 places. De plus, certains établissements autorisés dispensent des soins (comptés en séances) sans capacité d'accueil, qu'ils soient à temps complet ou partiel. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. On comptabilise à ce titre, en France, 114 entités juridiques de dialyse auxquelles sont rattachées 641 antennes.

Le nombre d'établissements s'est continuellement réduit, essentiellement en raison de la disparition d'établissements privés. Ces derniers, quel que soit leur statut juridique, ont vu leur nombre diminuer de près de 380 depuis 1997 sous l'effet des réorganisations et restructurations qui ont affecté ce secteur. Ces mouvements tiennent à de nombreux facteurs, liés aussi bien à la rationalisation de la prise en charge qu'à l'amélioration de la qualité de celle-ci.

Un paysage hospitalier très varié

Parmi les 1 006 entités juridiques publiques, coexistent trois types d'établissements qui se différencient selon leurs missions : 31 centres hospitaliers régionaux (CHR) assurent les soins les plus spécialisés à la population de la région ainsi que les soins courants à la population la plus proche ; 611 centres hospitaliers (CH), catégorie intermédiaire d'établissements, assurent la majeure partie de la prise en charge, 91 d'entre eux sont spécialisés en psychiatrie. Pour les CH non spécialisés en psychiatrie, l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique représente 93 % des entrées et 43 % des venues. Enfin, 346 hôpitaux locaux assurent pour l'essentiel une fonction d'accueil et de soins pour personnes âgées (voir tableau 1).

Les 1 871 établissements privés comportent 1 067 établissements à but lucratif, souvent dénommés « cliniques privées », 804 ayant un caractère non lucratif (voir tableau 2). Parmi ces quelque 800 établissements, 20 sont en charge de la lutte contre le cancer (CLCC). En outre, 799 établissements privés sont spécialisés dans les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, et représentent plus de la moitié des lits et places du secteur. Enfin, 781 autres établissements privés sont spécialisés dans le moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) et le long séjour, ce qui correspond quasiment à un tiers des lits du secteur et à un cinquième des places.

Le service public hospitalier regroupe les établissements publics et plus des deux tiers des établissements privés à but non lucratif. Il représente plus des trois quarts de l'ensemble des lits et places offerts par le système hospitalier. ■

■ Champ

France métropolitaine et DOM. Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou d'une place) à temps complet ou partiel. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel ; il s'agit essentiellement des centres de dialyse (114 entités juridiques auxquelles sont rattachées 641 antennes) et de radiothérapie.

■ Définitions

Le terme d'établissement de santé recouvre dans un même concept deux notions différentes :
– **L'entité juridique** (EJ) qui correspond à la définition de l'entité institutionnelle de la comptabilité publique. Elle possède un conseil

d'administration, une direction et est maîtresse de sa décision. Elle exerce une activité indépendante, perçoit des ressources et gère un patrimoine.

– **L'entité géographique** (ou établissement, ET) correspond en général au site de production, mais aussi éventuellement au site porteur du budget. Il dépend de l'entité juridique ; une même entité juridique ne pouvant, en théorie, donner lieu à plusieurs établissements qu'à la condition d'implantations géographiques ou de budgets différents.

– Dans le **secteur public**, une entité juridique peut regrouper plusieurs établissements se trouvant sur des sites relativement éloignés.

– Dans le **secteur privé**, la situation est en général plus simple : l'entité juridique représentant la

société d'exploitation (particulier ou société) reste encore très souvent rattachée à un seul établissement géographique, malgré le développement de regroupements.

– **Les différents statuts juridiques** des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement ainsi que la notion de participation au service public hospitalier sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 8.

■ Pour en savoir plus

– *Annuaire des statistiques sanitaires sociales*, éditions 1989 à 1999, SESI.
– Collectif, *Les établissements de santé*, coll. « Études et statistiques », DREES. Publications annuelle (1999, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005).

– Bousquet F. *et al.*, 2001, « Les restructurations à travers les systèmes d'information, d'une définition complexe à un suivi opérationnel », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, avril-juin, DREES.

– Kervasdoué (de) J., 2005, *L'Hôpital*, coll. « Que sais-je ? », PUF, 2^{ème} édition.

– Stingre D., 2004, *Le service public hospitalier*, coll. « Que sais-je ? », PUF.

■ Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

tableau 1 ● établissements de santé avec capacités d'hospitalisation
par catégorie d'établissements en 2006

	Entités	Lits	Places
Secteur public (entités juridiques)	1 006	291 483	32 626
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	31	79 978	6 521
Centre hospitalier (CH)	520	159 077	11 492
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	91	29 176	14 407
Hôpital local	346	21 604	56
Autre établissement public	18	1 648	150
Secteur privé (établissements)	1 871	157 022	20 510
Établissement de soins de courte durée ou pluridisciplinaire	799	82 351	10 966
Centre de lutte contre le cancer	20	2 975	582
Établissement de lutte contre les maladies mentales	239	17 522	4 773
Établissement de soins de suite et de réadaptation	676	46 513	3 988
Établissement de soins de longue durée	105	6 096	32
Autre établissement privé	32	1 565	169
Ensemble	2 877	448 505	53 136

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

tableau 2 ● établissements de santé avec capacités d'hospitalisation par statut juridique
et participation au service public hospitalier en 2006

	Entités	Lits	Places
Service public hospitalier	1 571	342 274	40 376
Secteur public (entités juridiques)	1 006	291 483	32 626
Établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH)	565	50 791	7 750
Autres établissements privés	1 306	106 231	12 760
Établissement privé à but non lucratif ne participant pas au service public hospitalier (non PSPH)	239	12 132	2 005
Établissement privé à but lucratif	1 067	94 099	10 755
Ensemble	2 877	448 505	53 136

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

● Les capacités d'accueil à l'hôpital

En 2006, 448 500 lits d'hospitalisation à temps complet ont été dénombrés dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM, soit une diminution de plus de 40 000 lits d'hospitalisation en neuf ans. En contrepartie, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre en 2006 un total de 53 000 places. Ces évolutions sont différenciées selon les statuts juridiques des établissements et accompagnent leur spécialisation. En 2006, l'essentiel des places d'hospitalisation à temps partiel pour les soins de courte durée était partagé entre les cliniques privées et les établissements publics. Toutefois, ces derniers disposent de l'essentiel des capacités d'accueil à temps partiel en psychiatrie.

Une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein

Entre 1998 et 2006, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 489 000 à 448 500 (voir tableau 2). La fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier. Cette inflexion n'a pas touché toutes les disciplines de manière égale : le nombre de lits en court séjour (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique) et en psychiatrie a diminué de façon importante, alors qu'il a augmenté en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation). Après une augmentation jusqu'en 2001, les capacités d'accueil en long séjour diminuent, en particulier suite à la transformation en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de certaines unités.

La diminution globale du nombre de lits s'est également effectuée à des rythmes différents selon les secteurs d'hospitalisation : -7 % en 9 ans dans le secteur public, -6 % dans les cliniques privées commerciales et -16 % dans les établissements privés à but non lucratif.

Ce mouvement, qui résulte en partie d'une volonté de suppression de lits excédentaires, traduit aussi l'évolution structurelle des formes de prise en charge qui se tournent de plus en plus vers des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

Une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation à temps partiel

Depuis la seconde moitié des années 1980, une transformation des modes de prise en charge est en effet intervenue à la faveur

des innovations en matière de technologies médicales et médicalementes, notamment en anesthésie. Un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) ont pu être effectuées en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation à temps complet. Entre 1998 et 2006, il s'est ainsi créé plus de 6 000 places d'hospitalisation à temps partiel en MCO, venant compléter les 14 000 places déjà existantes. En psychiatrie, le nombre de places est plutôt stable depuis 1998. Si le recours à l'hospitalisation partielle est ancien dans les secteurs public et privé à but non lucratif, l'émergence de ce type de structures dans les cliniques privées depuis quelques années n'a que peu d'influence sur le nombre total de places. En moyen séjour, près de 2 000 places ont été créées en neuf ans. Durant cette période, la croissance du nombre de places à but non lucratif ; dans les cliniques privées, ce mouvement s'est accéléré à partir de 2002.

La répartition des places par discipline reflète la spécialisation des différents types d'établissements. En 2006, 44 % des places d'hospitalisation à temps partiel, en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), sont offertes par les cliniques, en particulier en anesthésie et en chirurgie ambulatoire (voir tableau 1). Les établissements privés à but non lucratif regroupent plus de la moitié des capacités d'hospitalisation à temps partiel en moyen séjour, et 17 % des places en psychiatrie. Les hôpitaux publics offrent 81 % des places en psychiatrie ainsi que 46 % des places en court séjour avec une place prépondérante dans l'hospitalisation à temps partiel en médecine et en gynécologie-obstétrique. ■

■ Champ

France métropolitaine et DOM. Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou d'une place) à temps complet ou partiel. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel ; il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie.

■ Définitions

– *L'hospitalisation complète* se définit selon la nature de l'unité d'accueil. Il s'agit d'unités hébergeant des patients pour une durée

généralement supérieure à une journée. Elle comprend également dans les données présentées les unités fermées le week-end (hospitalisation dite de semaine).

– *L'hospitalisation partielle* concerne l'accueil de jour ou de nuit et les unités ayant des activités d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire. Elle fait partie, avec l'hospitalisation à domicile (HAD), des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

– *Les capacités d'accueil* des établissements de santé sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète et en places pour l'hospitalisation partielle (le nombre de places est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et places installés au 31 décembre 2006, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades, y compris ceux fermés temporairement pour cause de travaux. Ces chiffres peuvent différer du nombre de lits ou places autorisés, ces derniers n'étant pas nécessairement créés.

– *Les différents statuts juridiques* des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p.8.

■ Pour en savoir plus

Arnault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2007, « L'activité des établissements de santé en 2006 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n°618, décembre, DREES.

■ Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

tableau 1 ● nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2006 par discipline d'équipement selon le statut de l'établissement

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006
Nombre de lits d'hospitalisation complète en :								
Soins de courte durée (MCO)	150 645	-0,8%	19 440	-2,8%	57 592	-0,8%	227 677	-1,0%
Psychiatrie	39 438	-1,3%	7 418	-1,6%	10 928	0,5%	57 784	-1,0%
Soins de suite et de réadaptation	39 295	3,6%	30 493	0,2%	24 654	5,1%	94 442	2,8%
Soins de longue durée	62 105	-5,1%	5 572	-8,4%	925	3,0%	68 602	-5,2%
Total	291 483	-1,3%	62 923	-1,8%	94 099	0,9%	448 505	-0,9%
Nombre de places d'hospitalisation partielle en :								
Soins de courte durée (MCO)	9 368	6,8%	2 029	3,4%	9 001	3,2%	20 398	4,8%
Psychiatrie	21 756	0,3%	4 631	1,5%	340	20,1%	26 727	0,7%
Soins de suite et de réadaptation	1 502	3,4%	3 095	5,2%	1 414	13,4%	6 011	6,5%
Total	32 626	2,2%	9 755	3,1%	10 755	4,9%	53 136	2,9%

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2005-2006, données statistiques.

tableau 2 ● évolution du nombre de lits et de places d'hospitalisation de 1998 à 2006 selon le statut de l'établissement

	Établissements publics			Établissements privés à but non lucratif		
	1998	2002	2006	1998	2002	2006
Nombre de lits d'hospitalisation complète en :						
Soins de courte durée (MCO)	157 637	155 849	150 645	24 126	21 127	19 440
Psychiatrie	44 439	41 660	39 438	11 520	8 190	7 418
Soins de suite et de réadaptation	37 412	38 901	39 295	33 306	31 226	30 493
Soins de longue durée	73 827	74 329	62 105	6 324	6 846	5 572
Total	313 315	310 739	291 483	75 276	67 389	62 923
Nombre de places d'hospitalisation partielle en :						
Soins de courte durée (MCO)	5 840	7 701	9 368	1 454	1 850	2 029
Psychiatrie	20 300	21 694	21 756	5 413	4 714	4 631
Soins de suite et de réadaptation	892	1 159	1 502	2 336	2 624	3 095
Total	27 032	30 554	32 626	9 203	9 188	9 755
	Établissements privés à but lucratif			Ensemble des établissements		
	1998	2002	2006	1998	2002	2006
Nombre de lits d'hospitalisation complète en :						
Soins de courte durée (MCO)	68 487	61 402	57 592	250 250	238 378	227 677
Psychiatrie	10 595	10 493	10 928	66 554	60 343	57 784
Soins de suite et de réadaptation	20 086	21 735	24 654	90 804	91 862	94 442
Soins de longue durée	951	961	925	81 102	82 136	68 602
Total	100 119	94 591	94 099	488 710	472 719	448 505
Nombre de places d'hospitalisation partielle en :						
Soins de courte durée (MCO)	6 945	7 740	9 001	14 239	17 291	20 398
Psychiatrie	131	176	340	25 844	26 584	26 727
Soins de suite et de réadaptation	832	955	1 414	4 060	4 738	6 011
Total	7 908	8 871	10 755	44 143	48 613	53 136

Note de lecture : en 1998, les lits (et les places) de toxicologie ont été comptés avec la psychiatrie.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 1998-2006, données statistiques.

● L'activité en hospitalisation complète et partielle

En France métropolitaine et dans les DOM, le secteur hospitalier a pris en charge en 2006 plus de 25 millions de séjours, dont plus de la moitié ont duré moins de un jour. Ces derniers prennent une part de plus en plus importante dans l'activité de toutes les disciplines, quel que soit le statut des établissements. Dans le même temps, le nombre de journées d'hospitalisation tend à diminuer sous l'effet, notamment, de l'augmentation de la part de l'hospitalisation partielle. La variété des portefeuilles d'activité des établissements par mode de prise en charge et grande discipline donne une première image de leur spécialisation.

Une majorité de séjours à l'hôpital durent moins de un jour

Au cours de l'année 2006, les établissements de santé ont pris en charge 25,3 millions de séjours répartis en 11,8 millions d'hospitalisations à temps complet et 13,5 millions de venues en hospitalisation partielle ou de moins de un jour (voir tableau 1).

La répartition des séjours selon les grandes disciplines médicales varie fortement selon le mode de prise en charge. En hospitalisation à temps complet, le court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique) concerne 87 % des prises en charge, le moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) 7 %, la psychiatrie 5 % et les soins de longue durée moins de 1 %.

Près de 40 % des hospitalisations à temps partiel relèvent de la psychiatrie, secteur dans lequel les alternatives à l'hospitalisation ont été développées depuis les années 1970 (voir la fiche « L'offre hospitalière en psychiatrie » p. 62). Les soins de courte durée représentent quant à eux 49 % des venues et le moyen séjour 13 %.

Une évolution progressive des modes de prise en charge

Depuis plusieurs années, on enregistre une diminution de l'activité d'hospitalisation à temps complet alors que, dans le même temps, se sont développées les prises en charge à temps partiel. Toutefois, pour la troisième année consécutive, l'activité hospitalière à temps complet se stabilise (+0,1 %). Cette évolution laisse apparaître des disparités selon le statut juridique et la discipline d'équipement. L'activité à temps partiel s'accroît, quant à elle, de près de 5 %. Cette hausse est particulièrement sensible en 2006 en moyen séjour (+8,9 %). En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), l'augmentation de la prise en charge à temps partiel reste forte (+6,7 %) même si elle tend à se ralentir. Elle demeure plus marquée pour les établissements privés à but lucratif (+11,7 %), que dans le secteur privé à but non lucratif (+1,7 %) ou les hôpitaux publics (+2,8 %).

■ Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici est restreint aux activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2006, en France métropolitaine et dans les DOM. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel ; il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée ici (moins de 0,5 %).

■ Définitions

– **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle, hospitalisation de plus ou de moins de un jour** : en médecine, chirurgie et obstétrique, un séjour d'une durée inférieure à un jour est classé en « hospitalisation de moins de un jour » quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. Dans les autres disciplines, les séjours sont classés en fonction de l'autorisation rattachée à l'unité d'hospitalisation (hospitalisation complète ou hospitalisation partielle).

Une diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète

L'activité de soins de longue durée, mieux mesurée par le nombre de journées que par le nombre d'entrées, est encore en recul en 2006 (-5,6 %), avec près de 24,5 millions de journées (voir tableau 2). Le nombre de journées d'hospitalisation diminue en psychiatrie (-0,7 %). Il se réduit également en médecine, chirurgie, obstétrique (-1,2 %), alors que le nombre de séjours en hospitalisation complète se stabilise dans cette discipline. Le moyen séjour voit son nombre de journées augmenter (+1,5 %) pour la sixième année consécutive, après la baisse constatée à la fin des années 1990.

Une structure d'activités qui varie selon le statut des établissements

La structure des activités, tant en termes de grandes disciplines que de modes de prise en charge, varie sensiblement selon le statut juridique des établissements de santé (voir graphique). Les soins de courte durée en hospitalisation complète sont essentiellement répartis entre hôpitaux publics et cliniques privées, ces dernières assurant d'autre part légèrement plus de séjours à temps partiel que de séjours à temps complet. Les établissements publics et privés à but non lucratif accueillent la plus grande partie des séjours psychiatriques, notamment à temps partiel. Chaque type d'établissements assure une proportion presque équivalente des soins de moyen séjour en hospitalisation complète ; les établissements privés à but non lucratif prennent toutefois une forte part dans les soins de suite et de réadaptation à temps partiel. Enfin, les soins de longue durée sont essentiellement pris en charge par les établissements publics. Ces logiques de spécialisation sont confirmées et amplifiées lorsque l'on analyse la répartition des activités par pathologie ou par acte médical (voir les fiches « La spécialisation en médecine » p. 36, « La spécialisation en chirurgie » p. 38, « La spécialisation en obstétrique » p. 40). ■

– **Les différents statuts juridiques** des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 8.

■ Pour en savoir plus

Amault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2007, « L'activité des établissements de santé en 2006 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 618, décembre, DREES.

■ Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la

DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

tableau 1 ● nombre de séjours (entrées et venues) par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2006

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006
Soins de courte durée (MCO)								
- hospitalisation > un jour	6 322 276	1,5%	824 156	1,4%	3 084 803	-3,1%	10 231 235	0,0%
- hospitalisation < un jour	2 956 545	4,6%	498 728	2,4%	3 163 668	9,6%	6 618 941	6,7%
Ensemble	9 278 821	2,4%	1 322 884	1,8%	6 248 471	2,9%	16 850 176	2,6%
Psychiatrie								
- hospitalisation complète	456 414	-0,8%	62 683	-2,5%	111 268	-0,3%	630 365	-0,9%
- hospitalisation partielle	4 017 496	1,2%	978 063	0,4%	90 218	19,8%	5 085 777	1,3%
Ensemble	4 473 910	1,0%	1 040 746	0,2%	201 486	7,8%	5 716 142	1,1%
Soins de suite et de réadaptation								
- hospitalisation complète	352 309	0,4%	260 585	-0,3%	262 880	5,5%	875 774	1,7%
- hospitalisation partielle	464 680	6,1%	878 810	2,8%	465 672	26,3%	1 809 162	8,9%
Ensemble	816 989	3,6%	1 139 395	2,0%	728 552	17,9%	2 684 936	6,4%
Soins de longue durée								
- hospitalisation complète	34 054	-5,5%	2 954	-6,7%	717	1,4%	37 725	-5,5%
Total								
- hospitalisation complète	7 165 053	1,2%	1 150 378	0,7%	3 459 668	-2,4%	11 775 099	0,1%
- hospitalisation partielle	7 438 721	2,8%	2 355 601	1,7%	3 719 558	11,7%	13 513 880	4,9%
Ensemble	14 603 774	2,0%	3 505 979	1,4%	7 179 226	4,4%	25 288 979	2,6%

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2005-2006, données statistiques pour l'activité de court séjour ; DREES, SAE 2005-2006, données statistiques pour les autres disciplines.

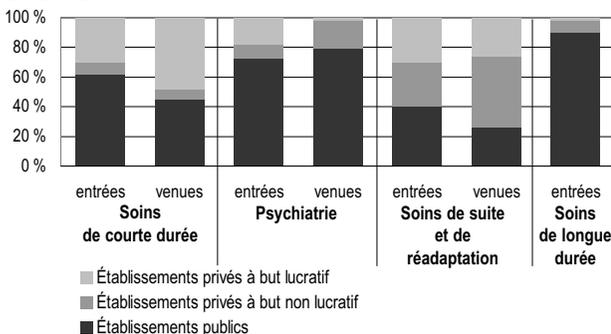
tableau 2 ● nombre de journées d'hospitalisation complète par grand groupe de disciplines selon le statut de l'établissement en 2006

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006
Soins de courte durée (MCO)	41 083 200	0,0%	4 803 691	-0,2%	14 149 257	-4,9%	60 036 148	-1,2%
Psychiatrie	12 437 654	-1,2%	2 323 126	0,2%	3 887 800	0,3%	18 648 580	-0,7%
Soins de suite et de réadaptation	11 954 042	1,3%	8 800 479	0,3%	8 204 574	3,0%	28 959 095	1,5%
Soins de longue durée	22 163 918	-5,2%	1 976 718	-10,6%	318 090	-2,9%	24 458 726	-5,6%
Total	87 638 814	-1,4%	17 904 014	-1,2%	26 559 721	-1,8%	132 102 549	-1,4%

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2005-2006, données statistiques pour l'activité de court séjour ; DREES, SAE 2005-2006, données statistiques pour les autres disciplines.

graphique ● répartition des séjours en 2006



Note de lecture : entrées pour l'hospitalisation à temps complet ; venues pour l'hospitalisation à temps partiel. Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'en hospitalisation complète. Il est important de noter que les volumes d'activité des trois secteurs sont différents (voir tableau 1).

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2005-2006, données statistiques pour l'activité de court séjour ; DREES, SAE 2005-2006, données statistiques pour les autres disciplines.

● Les autres prises en charge hospitalières

Les établissements de santé ont réalisé moins de 14 millions de séjours en hospitalisation à temps partiel en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), en psychiatrie et en moyen séjour, pour un total de 53 000 places. À ces prises en charge, il faut ajouter 85 000 séjours en hospitalisation à domicile et plus de 16 millions de traitements et cures ambulatoires.

Les alternatives à l'hospitalisation complète

La fermeture de lits d'hospitalisation complète (voir la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital » p. 16) traduit, avec un léger décalage dans le temps, la transformation des modes de prise en charge intervenue depuis la seconde moitié des années 1980 en France comme à l'étranger. Cette transformation a été rendue possible par des innovations de technologies médicales et médicamenteuses (notamment en anesthésie). Au fur et à mesure de l'apparition de ces progrès, un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) ont pu être effectuées en toute sécurité en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 consacre cette évolution en prévoyant explicitement la création de structures de soins alternatives à l'hospitalisation complète.

Les alternatives à l'hospitalisation (voir définitions) comprennent les activités de soins dispensées par les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie, les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires (voir la fiche « L'activité en hospitalisation complète et partielle » p. 18), ou les structures dites d'hospitalisation à domicile (voir les fiches p. 64 et 66) (voir tableau 1). En 2006, en France métropolitaine, 164 structures se consacrent à l'hospitalisation à domicile. Elles comptent 6 751 places, réalisent 85 000 séjours et plus de 2 millions de journées d'hospitalisation.

Les séances

Par ailleurs, en sus de l'activité à temps complet et à temps partiel, on comptabilise, en France métropolitaine et dans les DOM, des traitements et cures ambulatoires, en particulier 4,8 millions de séances de dialyse et 3,5 millions de radiothérapie (voir tableau 2). La grande majorité (95 %) des séances de radiothérapie sont réalisées en ambulatoire, principalement dans les cliniques privées.

■ Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici est restreint aux activités alternatives à l'hospitalisation à temps complet ayant fonctionné en 2006 en France métropolitaine et dans les DOM (sauf pour les urgences et l'hospitalisation à domicile). Les consultations externes déclarées par les établissements de santé ne sont pas comptées.

■ Définitions

– **Alternatives à l'hospitalisation** : d'après l'article R. 6121-4 du code de la santé publique, les alternatives à l'hospitalisation « ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées

lors de consultations ou de visites à domicile ».

– **Chimiothérapie** : elle est l'usage de certaines substances chimiques pour traiter une maladie. De nos jours, le terme « chimiothérapie » est principalement utilisé pour désigner les traitements contre le cancer.

– **Radiothérapie** : ce traitement consiste à utiliser des radiations ionisantes pour détruire les cellules cancéreuses. La radiothérapie ne concerne pas uniquement le cancer mais, en pratique, son utilisation pour des affections non cancéreuses est faible.

– **Préparations de chimiothérapie** : somme des chimiothérapies réalisées sur des patients en hospitalisation partielle et des chimiothérapies des malades hospitalisés.

Sur les 3,5 millions de préparations de chimiothérapie, plus de la moitié (55 %) sont délivrées à des malades en hospitalisation complète. Le secteur public occupe une place prépondérante dans l'activité de chimiothérapie. En effet, 48 % des préparations délivrées le sont dans ce secteur ; pour les chimiothérapies réalisées en hospitalisation complète, cette proportion est de 54 %.

Les 20 centres de lutte contre le cancer prennent en charge une partie importante de l'activité de radiothérapie et de chimiothérapie. En effet, ces établissements ont délivré près de 14 % des préparations de chimiothérapie et ont réalisé 19 % des séances de radiothérapie.

Enfin, environ 500 000 personnes ont été transfusées (données Établissement français du sang).

Les autres traitements et cures ambulatoires concernent des prises en charge, notamment par du personnel non médical, en psychiatrie (psychologues, infirmières, etc.) et en réadaptation fonctionnelle (kinésithérapie, etc.) essentiellement.

Les consultations mémoires

En France métropolitaine et dans les DOM, 359 entités ayant une activité de médecine déclarent avoir une consultation mémoire dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Plus de la moitié de ces consultations sont labellisées et, lorsque c'est le cas, elles ont accueilli plus de 72 000 patients différents au cours de l'année 2006, dont environ 38 000 nouveaux.

Les urgences

En France métropolitaine, les urgences ont accueilli 15,4 millions de passages en 2006, dont 3 millions ont été suivis d'une hospitalisation (voir tableau 3). Les urgences ainsi que d'autres formes de prise en charge ambulatoire à l'hôpital (en particulier la psychiatrie) font l'objet de fiches spécifiques (voir chapitre 5). ■

– **Le nombre de passages aux urgences** pour l'année inclut l'ensemble des arrivées quels que soient les modes d'arrivée et les modes de sortie.

– **Les différents statuts juridiques** des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 8.

– **Les centres de lutte contre le cancer (CLCC)** sont au nombre de 20 et sont répartis dans 16 régions françaises. Ils assurent des missions de soins, de recherche et d'enseignement, et sont spécialisés en cancérologie.

■ Pour en savoir plus

– Baubeau D., Carrasco V., Mermillod C., 2005, « L'activité de

radiothérapie en 2002 », *Études et Résultats*, n°387, mars, DREES.

– Baubeau D., Trigano L., 2004, « La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique », *Études et Résultats*, n° 327, juillet, DREES.

– Collectif d'auteurs, 2001, *Les établissements de santé*, coll. « Études et statistiques », DREES. Publications annuelle.

■ Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

tableau 1 ● activité et capacités pour les alternatives à l'hospitalisation complète

Disciplines d'équipement	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Venues	Places	Venues	Places	Venues	Places	Venues	Places
Hospitalisation partielle en MCO :	2 956 545	9 368	498 728	2 029	3 163 668	9 001	6 618 941	20 398
dont médecine	2 334 768	6 528	329 952	1 093	1 677 433	1 782	4 342 153	9 403
dont anesthésie-chirurgie	366 474	1 931	150 915	909	1 382 559	7 173	1 899 948	10 013
dont gynéco-obstétrique	255 303	909	17 861	27	103 676	46	376 840	982
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie	4 017 496	21 756	978 063	4 631	90 218	340	5 085 777	26 727
Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation	464 680	1 502	878 810	3 095	465 672	1 414	1 809 162	6 011
Total	7 438 721	32 626	2 355 601	9 755	3 719 558	10 755	13 513 880	53 136
Hospitalisation à domicile* (HAD) (données hors DOM)	32 356	1 978	50 554	4 413	2 073	360	84 983	6 751

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques ;
DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006, données statistiques.

* Champ : France métropolitaine.

Sources : PMSI-HAD 2006, SAE 2006, données statistiques.

tableau 2 ● traitements et cures ambulatoires en 2006 selon le statut de l'établissement

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Traitements et cures ambulatoires, dont :	9 628 007	3 351 805	3 483 249	16 463 061
Chimiothérapie				
Nombre de préparations de chimiothérapie délivrées	1 707 207	687 960	1 138 521	3 533 688
Nombre de venues en chimiothérapie	667 550	273 002	666 431	1 606 983
Nombre de chimiothérapies réalisées en hospitalisation complète	1 039 657	414 958	472 090	1 926 705
Radiothérapie				
Nombre de séances sur malades hospitalisés	67 886	58 373	45 951	172 210
Nombre de séances sur malades ambulatoires	796 454	733 366	1 834 616	3 364 436
Nombre total de séances	864 340	791 739	1 880 567	3 536 646
Dialyse				
Nombre de séances	1 432 695	1 739 825	1 652 875	4 825 395

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

tableau 3 ● activité des services d'urgences en 2006

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Nombre de services d'urgences	472	38	128	638
Nombre total de passages aux urgences	12 794 049	781 375	1 842 252	15 417 676
Nombre de patients hospitalisés	2 721 551	96 487	193 799	3 011 837

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

● Emplois de médecins, odontologistes et pharmaciens

En 2006, le nombre d'emplois médicaux (y compris internes) dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM s'est établi à 167 000 (+0,2 %). Les établissements publics concentrent près des deux tiers de ces emplois. Comme les années précédentes, la progression du nombre d'emplois salariés se poursuit dans tous les secteurs alors que ceux des professionnels libéraux sont en diminution. Cette baisse reflète pour partie les regroupements des établissements, majoritairement privés.

Progression des emplois médicaux dans le secteur public et diminution dans les cliniques privées

En 2006, les emplois médicaux des établissements de santé sont au nombre de 167 000 : 102 500 pour les salariés, 43 000 pour les praticiens libéraux et 21 500 pour les internes et assimilés. Le nombre de postes de médecins, odontologistes et pharmaciens salariés augmente de 0,7 % alors que celui des praticiens libéraux diminue de 2,5 %. Les internes enregistrent la hausse la plus importante (+3,9 %) (voir tableau 1). Près des deux tiers des emplois médicaux offerts le sont dans les hôpitaux publics, 24 % dans les cliniques privées et 10 % dans les établissements privés à but non lucratif.

Le secteur public enregistre une hausse de l'ensemble de ses emplois (+1,0 %). Pour les médecins salariés, cette augmentation s'élève à 0,3 %. Cette relative stabilité des emplois salariés cache une évolution différente du nombre d'emplois à temps partiel qui diminue et du nombre d'emplois à temps complet qui augmente. Ainsi, même si les emplois salariés ne sont pas beaucoup plus nombreux qu'en 2005, ils sont de plus en plus souvent à temps complet. Par conséquent, en emplois équivalents temps plein (ETP), la hausse est plus prononcée (+1,8 %). Cette augmentation est particulièrement marquée pour les praticiens hospitaliers (voir tableau 2). Les internes connaissent, quant à eux, une hausse de leurs emplois de 3,9 %. À l'hôpital, ils représentent 18 % des emplois médicaux. La forte augmentation de leur nombre, depuis 2004, résulte de la mise en œuvre de la réforme du 3^e cycle des études médicales qui s'est traduite cette année-là par la coexistence des épreuves classantes nationales (ECN) et des épreuves classiques d'internat pour certaines catégories d'étudiants. Le nombre de places offertes a donc été particulièrement élevé en 2004 et les étudiants concernés sont toujours en formation en 2006. Enfin, environ 2 500 professionnels libéraux exercent dans les hôpitaux locaux en 2006.

Dans les établissements privés à but non lucratif, les emplois médicaux se stabilisent en 2006 (+0,3 %). Les emplois sala-

riés augmentent de 1,1 %, tandis que ceux des libéraux diminuent de 3,5 %. Les internes et assimilés enregistrent quant à eux une hausse de 4,6 %.

Dans les cliniques privées, les emplois médicaux sont moins nombreux en 2006 qu'en 2005 (-1,7 %). Les emplois salariés ne représentent que 9 % des emplois totaux. Leur augmentation ne suffit donc pas à compenser la baisse du nombre de postes de praticiens exerçant à titre libéral. Toutefois, concernant ces derniers, la diminution doit être relativisée. En effet, plus que pour les salariés, les doubles comptes peuvent être importants puisqu'un médecin peut travailler dans plusieurs établissements différents. C'est notamment le cas dans les cliniques privées et il en résulte que la baisse apparente des emplois ne recouvre pas nécessairement une réduction de leur effectif mais peut provenir pour partie des regroupements de cliniques.

La médecine générale et les spécialités médicales mobilisent près de 60 % des praticiens

Près de 60 % des emplois de praticiens exerçant à titre salarié ou libéral dans les établissements de santé sont dédiés, à temps plein ou à temps partiel, à la médecine générale et à des spécialités médicales, quel que soit le secteur dans lequel ils interviennent. Les spécialités chirurgicales (y compris la gynécologie-obstétrique) mobilisent quasiment un poste de médecin sur six dans les établissements publics et privés à but non lucratif et un poste de médecin sur trois dans les cliniques privées (voir tableau 3), ce qui traduit la spécialisation constatée dans ces établissements (voir la fiche « La spécialisation en chirurgie » p. 38). Quant à la moindre proportion des emplois de praticiens consacrés à la biologie médicale, la pharmacie et la radiologie, elle traduit une externalisation plus importante de ces activités, parfois dans des structures spécifiques situées dans les locaux mêmes des établissements. ■

■ Champ

Personnel médical des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM.

■ Définitions

– **Le personnel médical** est composé de médecins, d'odontologistes et de pharmaciens auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction (FFI : faisant fonction d'interne et DIS : diplômés inter-universitaires de spécialités) qui sont en formation. – **Salariés et libéraux** : la majorité des médecins exerçant dans un cadre libéral travaille au sein des cliniques privées, ou des hôpitaux locaux (de statut public) qui font appel à des médecins généralistes libéraux payés à l'acte.

Lorsque leur contrat de travail ou leur statut leur permet, les médecins salariés (notamment attachés) peuvent en outre exercer dans des hôpi-

taux différents. S'agissant des médecins libéraux, on dispose uniquement de l'information sur le caractère « exclusif » ou non de l'exercice, c'est-à-dire sur le fait qu'ils interviennent sur un seul établissement ou non (en sus de leur activité en cabinet).

Les sources actuelles ne permettent pas d'évaluer les doubles comptes. De ce fait, ce sont davantage des emplois que des effectifs qui sont comptabilisés. Une baisse des emplois à l'occasion de restructuration par exemple ne se traduit pas forcément par une baisse du nombre de personnes employées.

– **Spécialité principale d'exercice** : cette notion renvoie à la spécialité reconnue par la sécurité sociale pour les médecins libéraux et correspond généralement à l'intitulé du poste occupé pour les salariés. Les médecins qui partagent leur temps

entre deux activités sont classés dans la spécialité principale.

– **L'exercice salarié à l'hôpital** à temps plein ou à temps partiel relève de différents statuts : il s'agit principalement de médecins ayant le titre de praticiens hospitaliers admis sur concours et de praticiens hospitalo-universitaires (PU-PH) qui partagent leurs activités entre le soin, l'enseignement et la recherche (par convention, ils sont comptabilisés pour 0,5 ETP pour la partie soins). Les médecins assistants sont recrutés sur des contrats à durée déterminée ; à l'issue de ce contrat, certains resteront à l'hôpital, d'autres s'orienteront vers le secteur libéral. Les médecins attachés sont des médecins vacataires travaillant à temps partiel (1 à 8 vacations hebdomadaires maximum) et qui peuvent exercer dans un ou plusieurs établissements publics.

■ Pour en savoir plus

– Observatoire national de la démographie des professionnels de santé, 2004, *Rapport 2004*, Tome II, *Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025 par région et spécialité*, Paris, La Documentation française.

– Vanderschelden M., 2007, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007 », *Études et Résultats*, n°616, décembre, DREES.

■ Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

tableau 1 ● les emplois médicaux dans les établissements de santé en 2006

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006
Médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens								
Salariés	86 731	0,3%	12 146	1,1%	3 815	7,0%	102 692	0,7%
Libéraux (1)	2 481	0,6%	4 006	-3,5%	36 585	-2,6%	43 072	-2,5%
Total (2)	89 212	0,4%	16 152	-0,1%	40 400	-1,7%	145 764	-0,3%
Internes, FFI, DIS (3)	20 244	3,9%	1 268	4,6%	-	-	21 512	3,9%
Total	109 456	1,0%	17 420	0,3%	40 400	-1,7%	167 276	0,2%

1 - Libéraux dans les hôpitaux locaux, seulement pour le secteur public.

2 - Sauf médecins intervenant de façon exceptionnelle dans les établissements (occasionnels).

3 - FFI : faisant fonction d'interne, DIS : diplôme inter-universitaire de spécialités.

Note de lecture : suite à un taux de non-réponse important des établissements privés à but lucratif en 2005, leurs effectifs libéraux ont été révisés à la hausse (+1 587) en 2005.

De plus, ces données comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2005-2006, données administratives.

tableau 2 ● répartition par statut en ETP salariés des emplois médicaux dans les hôpitaux publics en 2006

	2006	Évolution 2005-2006
Emploi total des salariés	86 731	0,3 %
ETP des hospitalo-universitaires titulaires *	3 009	1,4 %
ETP des praticiens hospitaliers	36 367	2,7 %
ETP des assistants	3 877	-1,6 %
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	1 891	-1,3 %
ETP des attachés	8 835	0,7 %
ETP des autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	4 585	0,9 %
Total des ETP salariés	58 564	1,8 %

* par convention les PU-PH sont comptés pour 0,5 en ETP.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2005-2006, données administratives.

tableau 3 ● les emplois médicaux en établissement de santé en 2006, selon la spécialité

Spécialité	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Structure
Médecine générale	13 547	2 095	2 146	17 788	12,2 %
Anesthésie réanimation	7 171	1 087	3 542	11 800	8,1 %
Pédiatrie	3 906	444	714	5 064	3,5 %
Autres spécialités médicales	28 021	6 263	16 111	50 395	34,6 %
Gynécologie-obstétrique	3 741	541	1 873	6 155	4,2 %
Spécialités chirurgicales	11 399	2 306	11 487	25 192	17,3 %
Biologie médicale	5 068	365	1 314	6 747	4,6 %
Psychiatrie	7 649	1 575	1 079	10 303	7,1 %
Pharmaciens	3 167	823	1 269	5 259	3,6 %
Autres	5 543	653	865	7 061	4,8 %
Total	89 212	16 152	40 400	145 764	100,0 %

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2006, données administratives.

● Sages-femmes et personnels non médicaux salariés

Outre les personnels médicaux, le secteur hospitalier public et privé compte, en France métropolitaine et dans les DOM, plus d'un million d'emplois de sages-femmes et de personnels non médicaux, qu'ils soient à temps plein ou à temps partiel. Cela représente 991 000 personnes en équivalent temps plein. La croissance de ces emplois, amorcée depuis plusieurs années, se ralentit nettement en 2006.

En 2006, le nombre d'emplois occupés par les personnels non médicaux se stabilise

Les sages-femmes et personnels non médicaux salariés dans les établissements de santé représentent 991 000 personnes en équivalent temps plein (ETP), parmi lesquelles les trois quarts relèvent des hôpitaux publics. Le quart restant se partage équitablement entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées (voir tableau).

En 2006, le nombre d'ETP se stabilise dans les établissements publics (+0,1 %) et dans les établissements privés à but non lucratif (-0,2 %), tandis qu'il augmente dans les cliniques privées (+2,8 %). La tendance au renforcement de la qualification des personnels soignants se poursuit dans tous les secteurs : le nombre d'ETP infirmiers augmente à un rythme plus soutenu (+1,6 %) que celui des aides-soignants (+0,7 %), alors que celui des agents de services hospitaliers diminue (-1,7 %).

Quatre emplois sur cinq sont occupés par des femmes

Le personnel non médical des établissements de santé français est essentiellement féminin : quatre emplois sur cinq sont occupés par des femmes. Cette féminisation est plus ou moins prononcée selon la catégorie de personnel (voir graphique 1). Les

femmes représentent ainsi seulement un tiers du personnel technique, mais plus des trois quarts du personnel médico-technique, neuf infirmiers ou aides-soignants sur dix et la quasi-totalité des sages-femmes. Dans les cliniques privées, la féminisation est encore plus prononcée : les femmes y occupent 86 % des emplois, contre 80 % dans les établissements publics et privés à but non lucratif.

Un emploi salarié sur cinq à temps partiel

En 2006, 21,8 % des emplois non médicaux sont à temps partiel. Les femmes les occupent trois fois plus que les hommes. En effet, 25,1 % des emplois féminins sont à temps partiel tandis que ce taux est de 8,0 % pour les emplois masculins. Ainsi, le fait que 4 emplois non médicaux sur 5 soient féminins explique un recours au temps partiel plus important dans les établissements de santé que dans l'ensemble de l'emploi français.

Le recours au temps partiel est moins développé dans les établissements publics (19,5 %) que dans les cliniques privées (25,9 %) et les établissements privés à but non lucratif (31,5 %) (voir graphique 2).

Les emplois de psychologues, de rééducateurs, de sages-femmes ainsi que les emplois de personnels éducatifs et sociaux sont plus souvent à temps partiel que les autres emplois non médicaux. ■

■ Champ

Sages-femmes et personnels non médicaux salariés des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM.

■ Définitions

– Les sages-femmes et personnels non médicaux pris en compte ici sont des *personnels salariés*, rémunérés en décembre par l'établissement ou l'entité juridique sur des emplois permanents (y compris les élèves rémunérés, les personnels en congés simples, de longue maladie, de longue durée, pour formation professionnelle, cessation progressive d'activité, congés de fin d'activité, etc.). Les personnels salariés des établissements publics peuvent être titulaires ou non. Les apprentis et autres contrats aidés ne sont pas comptabilisés.

– Les *emplois* décomptés correspondent au nombre de personnes employées pour chacun des établissements, l'*équivalent temps plein* est calculé, dans les tableaux présentés ici, au prorata du taux de rémunération.

– Le personnel est comptabilisé selon l'*emploi* ou le *grade* sur lequel il a été recruté et non pas en fonction de l'unité fonctionnelle (ou du service) dans lequel il travaille. Par exemple, une aide-soignante qui travaille dans un service administratif est quand même comptée dans les effectifs des personnels des services de soins.

– La notion de *temps partiel* décrite ici diffère de celle utilisée communément. On se place du point de vue de l'établissement de santé. Ainsi, une personne travaillant à 50 % dans un établissement et à 50 % dans un autre établissement sera comptée comme deux emplois à temps partiel.

■ Pour en savoir plus

– Fizzala A., 2007, « Un million d'emplois non médicaux dans les établissements de santé en 2005 », *Études et Résultats*, n° 605, octobre, DREES.

– Le Lan R., 2006, « La réduction du temps de travail vue par les salariés hospitaliers en 2003 », *Études et Résultats*, n° 469, mars, DREES.

– « Les professions de santé et leurs pratiques », 2006, *Dossiers solidarité et santé*, n° 1, janvier-mars, DREES.

– Bessière S., 2005, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, janvier-mars, DREES.

– Tonneau D., 2004, « Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 ? Des diffi-

cultés liées à l'organisation », *Études et Résultats*, n° 302, avril, DREES.

– Bousquet F., 2003, « La mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière », *Études et Résultats*, n° 224, mars, DREES.

– Segrestin B., Tonneau D., 2002, « La réduction du temps de travail dans les établissements privés sanitaires, médico-sociaux et sociaux », *Études et Résultats*, n° 171, mai, DREES.

■ Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

tableau ● **sages-femmes et personnels non médicaux en 2006, emplois en équivalent temps plein (ETP)**

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006
Personnels administratifs	86 865	0,4%	17 081	0,5%	18 204	1,2%	122 149	0,6%
Personnels soignants	531 372	0,3%	74 621	0,4%	93 261	3,3%	699 253	0,7%
- Sages-femmes	8 995	2,8%	943	11,5%	2 217	-1,0%	12 154	2,7%
- Personnel d'encadrement du personnel soignant	23 679	-0,9%	3 761	1,3%	3 250	3,2%	30 690	-0,2%
- Infirmiers (1)	214 737	0,9%	29 738	1,5%	39 237	5,2%	283 712	1,6%
- Aides-soignants (2)	184 513	0,4%	21 147	0,8%	27 593	2,4%	233 253	0,7%
- Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	78 740	-1,9%	12 578	-4,1%	18 276	0,6%	109 594	-1,7%
- Rééducateurs	13 279	0,2%	5 071	-0,5%	2 215	3,4%	20 565	0,4%
- Psychologues	7 428	2,1%	1 383	4,0%	472	30,8%	9 284	3,6%
Personnels éducatifs et sociaux	10 258	1,9%	3 158	1,3%	578	7,8%	13 994	2,0%
Personnels médico-techniques	36 843	0,1%	4 970	-0,8%	2 831	6,8%	44 644	0,4%
Personnels techniques	89 710	-1,1%	12 237	-4,6%	9 006	-0,5%	110 953	-1,5%
Total	755 047	0,1%	112 067	-0,2%	123 879	2,8%	990 993	0,4%

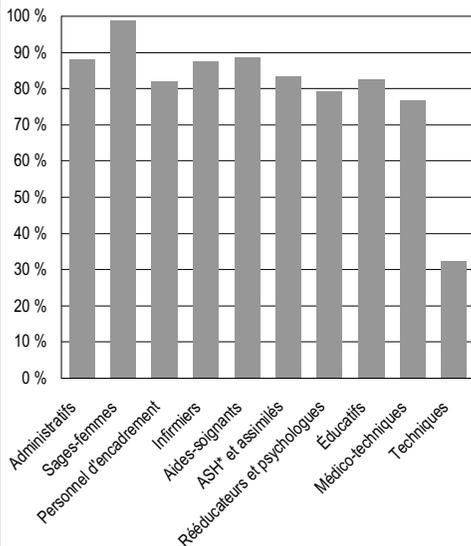
(1) Y compris infirmiers spécialisés et de secteur psychiatrique.

(2) Élèves non compris.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2005-2006, données statistiques.

graphique 1 ● **taux de féminisation en 2006**

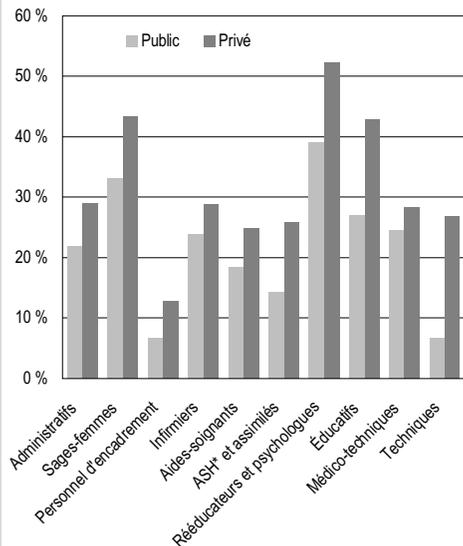


* ASH : Agents de services hospitaliers.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

graphique 2 ● **part des emplois à temps partiel dans les secteurs public et privé**



* ASH : Agents de services hospitaliers.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

● Les établissements de santé dans les DOM : activité et capacités

Les départements français d'outre-mer (DOM) ont une offre hospitalière moins complète et moins diversifiée que celle de métropole. Certains ne disposent pas de centre hospitalier régional (CHR), de centre spécialisé en psychiatrie ou d'hôpital local. Globalement, rapportée à la population, l'activité de toutes les disciplines est plus faible dans les DOM qu'en France métropolitaine, même si celle de médecine, chirurgie et obstétrique est la plus développée.

L'organisation sanitaire des DOM est fortement contrainte par leur géographie. Les Antilles et La Réunion sont des départements insulaires, alors que la Guyane est un vaste territoire faiblement peuplé. De plus, la structure de la population varie fortement : proche de celle de la métropole en Martinique et en Guadeloupe, la population est, en revanche, nettement plus jeune à La Réunion et en Guyane. En 2006, la population des DOM représente près de 3 % de la population française, soit 1,8 million de personnes. La Guyane et La Réunion sont avec la Corse les seules régions françaises à ne pas avoir de centre hospitalier régional (CHR) (voir tableau 1). Cependant, le décret du 26 avril 2007 prévoit la création d'un tel établissement à La Réunion. De plus ces deux DOM ne disposent pas d'hôpital local. La Guyane est, par ailleurs, la seule région à ne pas détenir de centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, l'offre publique reposant uniquement sur les deux centres hospitaliers généraux.

Les activités de court séjour, psychiatrie, moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) et long séjour sont présentes dans les quatre DOM. Cependant, dans chacun d'eux, l'essentiel de l'activité hospitalière, comptabilisée en nombre de séjours (entrées et venues), est constitué par le court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) : celui-ci représente 91 % des séjours en Guyane, contre près de 67 % à La Réunion et en métropole (voir tableau 2). Seules 9 % des entrées et venues en Martinique relèvent de la psychiatrie, contre plus de 20 % à La Réunion et en métropole. Le moyen séjour, quant à lui, est marginal en Guyane alors que partout ailleurs sa proportion est proche ou supérieure à 10 % ; elle atteint 16 % en Guadeloupe. Le long séjour sanitaire tient une part très faible dans l'activité des DOM, tout comme en France métropolitaine.

Médecine, chirurgie, obstétrique

Le taux d'hospitalisation, rapportant l'activité à la population du département, varie entre 1 600 et 1 800 entrées en hospitalisation complète en MCO pour 10 000 habitants ; ce taux est comparable à la moyenne nationale (1 850) (voir tableau 3). Si la tendance à la baisse de la durée moyenne de séjour (DMS) observée en métropole existe aussi dans les DOM, la situation en 2006 est contrastée : la DMS est de 5,6 jours aux Antilles, 5,3 jours en Guyane, comme en métropole, et seulement de 4,5 jours à La Réunion.

■ Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2006, dans les quatre départements d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel ; si s'agit

essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie.

■ Définitions

– Pour les notions d'établissements de santé, voir la fiche « Les grandes catégories d'établissements de santé » p. 14.

– Pour les notions de lits et places d'hospitalisation complète et partielle, voir la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital » p. 16.

– *Durée moyenne de séjour* : il

L'activité d'hospitalisation partielle rapportée à la population se développe dans les DOM, mais elle reste néanmoins plus faible qu'en métropole, en particulier en médecine et en chirurgie. En Guyane, la géographie particulière du pays, l'éloignement des villages par rapport aux établissements de santé y expliquent la faible part jouée par cette activité. En 2006, il n'y a pas de place en chirurgie ambulatoire et seulement deux en obstétrique. La part de l'hospitalisation partielle y est donc particulièrement faible. Cependant le schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2010 (SROS) recommande la mise en place et le développement d'une activité de chirurgie ambulatoire dans ce DOM.

En matière d'hospitalisation partielle, La Réunion enregistre 46 000 venues pour 180 places. La Guadeloupe et la Martinique ont pris en charge 32 000 et 30 000 venues. Elles disposent respectivement de 120 et 90 places (voir tableau 4).

La psychiatrie

La prise en charge de la santé mentale dans les DOM repose essentiellement sur une offre de psychiatrie sectorisée, exclusivement portée par les hôpitaux publics.

La Réunion est le département où l'activité en hospitalisation partielle est la plus développée (46 000 venues). À l'opposé, la Guyane et la Martinique enregistrent respectivement 2 000 et 9 000 venues. En hospitalisation complète, La Réunion compte un nombre de lits légèrement supérieur à celui des Antilles (330 contre près de 300 pour chacun des deux départements). Cependant elle réalise près de 8 000 entrées contre environ 2 400 en Martinique et en Guadeloupe. Cette activité s'explique par une durée moyenne de séjour bien plus faible à La Réunion que dans les autres DOM : 14,5 jours contre 42,7 en Martinique et 34,8 en Guadeloupe.

Les soins de suite et de réadaptation

En termes de séjours, La Réunion se démarque des Antilles avec une très forte activité en hospitalisation partielle. Elle enregistre près de 28 000 venues contre 8 500 en Martinique et 19 000 en Guadeloupe.

En hospitalisation complète, la Martinique enregistre plus de 5 000 entrées, la Guadeloupe environ 3 500, niveau équivalent à celui de La Réunion. ■

s'agit du rapport entre le nombre de journées et le nombre d'entrées observées pour l'hospitalisation de plus d'un jour.

– *Les différents statuts juridiques* des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 8.

■ Pour en savoir plus

Adaïus G., Exertier A., 2007, « L'ac-

tivité des établissements de santé dans les départements d'outre-mer en 2005 », *Études et Résultats*, n° 614, DREES.

■ Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

tableau 1 ● établissements de santé par catégorie d'établissements en 2006

	DOM				France métropolitaine
	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Secteur public (entités juridiques)	10	12	2	5	977
CHR/CHU	1	1	0	0	29
Centre hospitalier (CH)	6	9	2	4	499
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	1	1	0	1	88
Hôpital local	2	1	0	0	343
Autre établissement public	0	0	0	0	18
Secteur privé (établissements)	12	4	5	14	1 836
Établissement de soins de courte durée ou pluridisciplinaire	9	2	4	9	775
Centre de lutte contre le cancer	0	0	0	0	20
Établissement de lutte contre les maladies mentales	0	0	0	1	238
Établissement de soins de suite et de réadaptation	2	2	1	3	668
Établissement de soins de longue durée	1	0	0	0	104
Autre établissement privé	0	0	0	1	31
Ensemble	22	16	7	19	2 813

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

tableau 2 ● part respective de chaque discipline d'équipement (entrées et venues)

	DOM				France métropolitaine
	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Médecine, chirurgie, obstétrique	73,1 %	79,9 %	91,4 %	66,8 %	67,5 %
Psychiatrie	11,2 %	9,2 %	6,8 %	21,1 %	22,1 %
Soins de suite et de réadaptation	15,6 %	10,9 %	1,7 %	12,1 %	10,3 %
Soins de longue durée	0,2 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

tableau 3 ● activité des établissements de santé et nombre d'habitants en 2006

	DOM				France métropolitaine
	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Entrées en hospitalisation complète					
Médecine, chirurgie, obstétrique	73 493	71 015	34 597	126 600	11 320 193
Psychiatrie	2 490	2 382	603	8 081	616 809
Soins de suite et de réadaptation	3 469	5 228	753	3 478	862 846
Soins de longue durée	268	90	13	19	37 335
Venues en hospitalisation partielle					
Médecine, chirurgie, obstétrique	31 928	30 077	5 036	45 981	5 880 212
Psychiatrie	13 602	9 248	2 365	46 485	5 014 077
Soins de suite et de réadaptation	18 964	8 545	0	27 746	1 753 907
Population au 1er janvier 2006 (en milliers)	447	399	202	784	61 167

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques ; INSEE, estimations localisées de population, au 01/01/2006 (provisoires).

tableau 4 ● nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2006

		DOM				France métropolitaine
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Lits	Médecine, chirurgie, obstétrique	1 513	1 510	612	2 052	221 990
	Psychiatrie	270	290	84	331	56 809
	Soins de suite et de réadaptation	453	523	74	335	93 057
	Soins de longue durée	347	200	67	79	67 909
Places	Médecine, chirurgie, obstétrique	124	90	10	182	19 992
	Psychiatrie	155	50	15	307	26 200
	Soins de suite et de réadaptation	58	31	0	102	5 820

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

Médecine, chirurgie et obstétrique

- Médecine, chirurgie, obstétrique : activité et capacités
 - Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle
- Médecine, chirurgie, obstétrique : motifs de recours
 - La spécialisation en médecine
 - La spécialisation en chirurgie
 - La spécialisation en obstétrique

● Médecine, chirurgie, obstétrique : activité et capacités

En 15 ans, le nombre de lits de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) a diminué de plus de 60 000, alors que dans le même temps se sont développées les capacités d'hospitalisation à temps partiel. La croissance de l'activité de moins de un jour est particulièrement importante en MCO, alors que la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète se stabilise en 2006.

Entre 1992 et 2006, le nombre de lits dédiés aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en court séjour a diminué de près de 63 000, pour atteindre quelque 222 000 lits en fin de période. Cette diminution s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : -39 % pour les établissements privés à but lucratif et -25% pour les établissements privés à but lucratif et -18 % pour les établissements publics. Ces écarts d'évolution n'ont cependant pas modifié de façon significative la répartition globale des lits entre les différents secteurs.

20 000 places d'hospitalisation partielle en médecine, chirurgie et obstétrique en 2006

Le développement de l'hospitalisation partielle a été, en contrepartie, particulièrement important en MCO. On dénombre ainsi près de 20 000 places dédiées à ce mode de prise en charge en 2006, dont 35 % sont des places d'anesthésie ou chirurgie ambulatoire dans les établissements privés à but lucratif et 32 % des places de médecine dans les hôpitaux publics (voir tableau 1).

La croissance de l'activité en médecine et chirurgie passe par l'ambulatoire

Le nombre de séjours médicaux a augmenté de 3,3 % en 2006 pour atteindre 9,7 millions. Cette progression est entièrement portée par la hausse de l'activité d'hospitalisation de moins de

un jour (+6,4 %) ; celle-ci s'observe en particulier dans les établissements privés à but lucratif (+10,5 %). En revanche, l'activité n'augmente que légèrement pour les hospitalisations de plus de un jour (+0,9 %) (voir tableau 2).

L'activité de chirurgie (5,5 millions de séjours) s'accroît en 2006 (+1,2 %). Le nombre de venues en chirurgie ambulatoire connaît une hausse importante, de 7,7 %, portée par les trois secteurs, et principalement par les établissements publics (+9,1 %).

Le nombre de séjours classés en obstétrique augmente de 3,3 % après le pic observé en 2000, qui correspond à la reprise de la natalité observée à cette période.

Les activités de médecine et d'obstétrique sont principalement prises en charge par les hôpitaux publics alors que la chirurgie l'est surtout par les cliniques privées (voir graphique).

Une stabilisation de la durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète se stabilise en 2006, à 5,9 jours. C'est dans les services de chirurgie des hôpitaux publics qu'elle est la plus longue (7,3 jours), mais elle a tendance à diminuer par rapport à 2005 (7,4 jours). Dans les cliniques privées, elle est homogène en médecine et en chirurgie (aux alentours de 4,6 jours). Les établissements privés à but non lucratif occupent, quant à eux, une position médiane. En obstétrique la durée moyenne de séjour est d'environ 4,9 jours dans tous les établissements quel que soit leur statut juridique. ■

■ Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici est restreint aux activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2006 en France métropolitaine (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (moins de 0,5 %). Il en est de même pour les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère.

■ Définitions

– *L'hospitalisation complète* se définit selon la nature de l'unité d'accueil. Il s'agit d'unités hébergeant des patients pour une durée généralement supérieure à un jour. Elle comprend également dans les données présentées les unités fermées le week-end (hospitalisation dite de semaine).

– *L'hospitalisation partielle* concerne l'accueil de jour ou de nuit et les unités ayant des activités d'anesthésie ou de chirurgie

ambulatoire. Elle fait partie, avec l'hospitalisation à domicile (HAD), des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

– *Les capacités d'accueil* des établissements de santé sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète, et en places pour l'hospitalisation partielle (le nombre de places est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et places installés au 31 décembre 2006, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades, y compris ceux fermés temporairement pour cause de travaux. Ces chiffres peuvent différer du nombre de lits ou places autorisés, ces derniers n'étant pas nécessairement créés.

– *Le classement des séjours* en médecine, chirurgie et obstétrique correspond au calcul de la discipline médico-tarifaire effectué par l'Agence technique de l'informa-

tion hospitalière (ATIH) à partir du groupe homogène de malades du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il sera classé en « obstétrique » ; l'affectation se fera en séjour « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour sera qualifié de « médical ».

– *Durée moyenne de séjour* : il s'agit du rapport entre le nombre de journées et le nombre d'entrées observées pour l'hospitalisation de plus de un jour.

– *Les différents statuts juridiques* des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 8.

■ Pour en savoir plus

Arnault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2007, « L'activité des établissements de santé en 2006 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n°618, décembre, DREES.

■ Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DHOS fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

tableau 1 ● nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2006
selon le statut de l'établissement

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Médecine	90 982	6 358	9 477	1 093	11 317	1 759	111 776	9 210
Chirurgie	41 307	1 907	8 151	897	38 822	7 048	88 280	9 852
Gynéco-obstétrique	14 172	861	1 623	27	6 139	42	21 934	930
Total	146 461	9 126	19 251	2 017	56 278	8 849	221 990	19 992

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

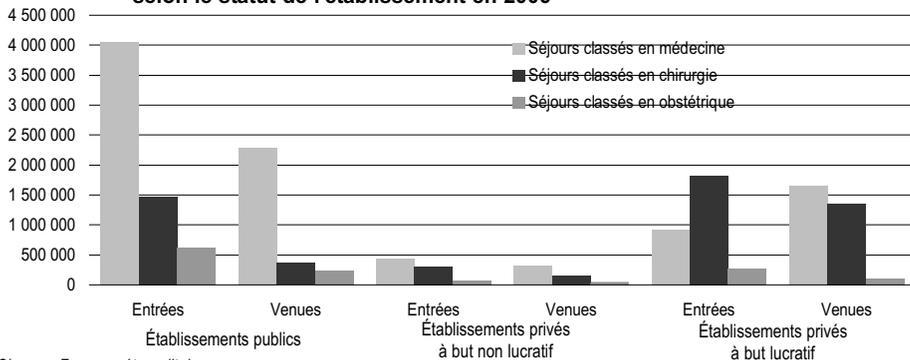
tableau 2 ● nombre de séjours en 2006 par discipline d'équipement
selon le statut de l'établissement

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006
Hospitalisation de plus de un jour								
Séjours classés en médecine	4 050 584	1,4 %	436 363	1,7 %	919 659	-1,7 %	5 406 606	0,9 %
Séjours classés en chirurgie	1 469 308	1,1 %	302 243	-0,9 %	1 828 919	-4,3 %	3 600 470	-1,9 %
Séjours classés en obstétrique	625 509	2,6 %	75 170	8,9 %	273 717	0,2 %	974 396	2,3 %
Total	6 145 402	1,5 %	813 777	1,3 %	3 022 295	-3,1 %	9 981 474	0,0 %
Hospitalisation de moins de un jour								
Séjours classés en médecine	2 291 037	4,2 %	327 460	1,8 %	1 653 173	10,5 %	4 271 670	6,4 %
Séjours classés en chirurgie	361 867	9,1 %	149 759	2,3 %	1 354 718	7,9 %	1 866 344	7,7 %
Séjours classés en obstétrique	244 172	2,5 %	17 683	16,7 %	99 177	13,7 %	361 032	6,0 %
Total	2 897 076	4,7 %	494 902	2,4 %	3 107 068	9,5 %	6 499 046	6,7 %

Champ : France métropolitaine.

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2005-2006, données statistiques.

graphique ● répartition des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique
selon le statut de l'établissement en 2006



Champ : France métropolitaine.

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006, données statistiques.

● Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle

Les enfants de moins de un an, les femmes en âge de procréer ainsi que les personnes de plus de 65 ans sont les plus concernés par des hospitalisations en médecine, chirurgie et obstétrique. En moyenne, un patient est hospitalisé 1,5 fois dans l'année.

Des taux d'hospitalisation variables selon l'âge et le sexe des patients

Trois âges de la vie sont particulièrement concernés par des hospitalisations plus fréquentes (voir graphique 1). Tout d'abord, 418 000 séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soit 2,5 % des séjours à temps complet et partiel, concernent des nourrissons, alors que ceux-ci ne représentent que 1,26 % de la population. En excluant les nourrissons, le taux de recours à l'hôpital des enfants est nettement plus faible que celui des autres groupes d'âge, tout particulièrement pour les 5-14 ans. Le deuxième pic d'hospitalisation concerne les femmes en âge de procréer, entre 15 et 45 ans. Enfin, c'est surtout à partir de 65 ans que le taux d'hospitalisation augmente fortement. Au total, environ un séjour en MCO sur trois est effectué par des personnes de 65 ans ou plus. D'autre part, les hommes de 45 à 74 ans ont plus fréquemment recours à l'hospitalisation en MCO que les femmes.

En moyenne 1,5 séjour dans l'année par patient hospitalisé

Depuis 2001, il est possible de suivre les différents séjours hospitaliers d'un même patient à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). En 2006, le nombre de patients hospitalisés en France métropolitaine en médecine, chirurgie et obstétrique a ainsi été évalué à plus de 10 millions, tous modes d'hospitalisations confondus : 5,8 millions de femmes et 4,6 millions d'hommes. Un patient est hospitalisé en moyenne 1,5 fois au cours de l'année. Si la majorité des patients ne sont hospitalisés qu'une seule fois (73 %), 17 % ont été hospitalisés deux fois, et 10 %, trois fois ou plus.

Les recours multiples à l'hôpital ne touchent pas toutes les classes d'âge de manière uniforme. Ainsi, de 0 à 19 ans, la part des hospitalisations multiples est relativement stable, aux alentours de 15 % (voir graphique 2). Les plus de 70 ans sont les plus concernés, avec environ 39 % de personnes hospitalisées plus d'une fois.

Les régions de résidence ne sont pas toujours les régions d'hospitalisation

Parmi les personnes hospitalisées dans le Limousin, 16 % sont originaires d'autres régions (soit 34 000 personnes), principalement des régions Aquitaine, Midi-Pyrénées et Poitou-Charentes. Ceci s'explique par la forte attractivité des établissements de santé des départements de la Haute-Vienne et de la Corrèze pour les habitants de la Dordogne, de la Charente et du Lot. De la même manière, 10 % des personnes hospitalisées en Bourgogne ne résident pas dans cette région (soit 45 000 personnes). Les établissements des départements de la Côte-d'Or, de la Saône-et-Loire et de la Nièvre sont particulièrement attractifs.

Alors que 3 millions des hospitalisations de France métropolitaine ont lieu en Île-de-France, 1,7 % des personnes hospitalisées dans cette région viennent de Picardie (soit 50 000 personnes) et 1,5 % de la région Centre (soit 43 000 personnes). Au final, 7 % des hospitalisations en Île-de-France sont le fait de personnes n'habitant pas cette région.

Nourrissons et personnes âgées sont principalement pris en charge par les hôpitaux publics

La prise en charge médicale des gastro-entérites et affections du tube digestif constitue un exemple intéressant de la différenciation du recours aux hôpitaux publics et aux cliniques selon l'âge. Pour cette pathologie, plus de neuf nourrissons et enfants en bas âge sur dix sont pris en charge par les hôpitaux publics (voir graphique 3). La part de ces établissements diminue progressivement ensuite et s'établit aux alentours de 55 % pour les patients de 55 à 84 ans. Passé cet âge, les personnes âgées sont traitées dans les deux tiers des cas par les hôpitaux publics.

Cette répartition, caractéristique de la spécialisation des établissements par type de clientèle, se confirme lorsque l'on analyse l'ensemble des recours à l'hôpital par groupe d'âge : les deux périodes extrêmes de la vie sont surtout prises en charge, en soins aigus, par le secteur public. ■

■ Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici est restreint aux activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (moins de 0,5 %). Il en est de même pour les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère.

■ Définitions

– *Le classement des séjours* en médecine, chirurgie et obstétrique correspond au calcul de la discipline médico-tarifaire effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il sera classé en « obstétrique » ; l'affectation se fera en séjour « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif

(« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour sera qualifié de « médical ».

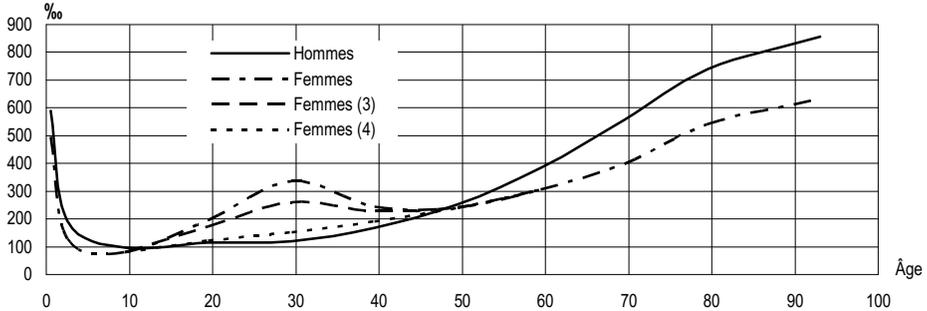
– *Les différents statuts juridiques* des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le

chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 8.

■ Sources

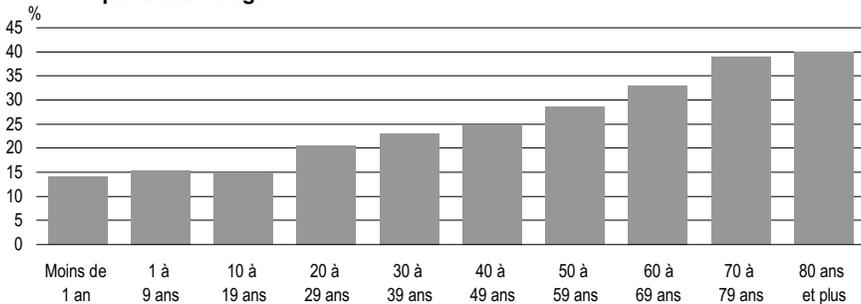
Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DHOS fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

graphique 1 ● **taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée MCO (1) des établissements de santé en 2006 (2)**



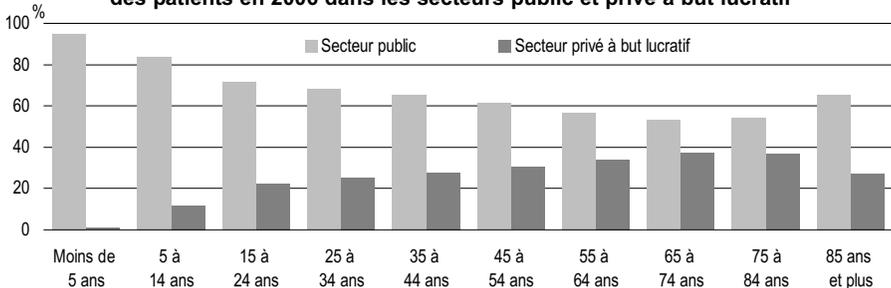
(1) Médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique.
 (2) Hospitalisations de plus d'un jour (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations de moins d'un jour pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.
 (3) Non compris accouchement unique et spontané (code O80 de la CIM de l'OMS 10^e révision).
 (4) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10^e révision).
 Champ : nombre de séjours de résidents pour 1 000 habitants en France métropolitaine.
 Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006, données statistiques ;
 INSEE, estimations localisées de population, au 1^{er} janvier 2006 (estimations janvier 2008).

graphique 2 ● **part des personnes hospitalisées plus d'une fois en 2006, par classe d'âge**



Champ : France métropolitaine.
 Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006, données statistiques.

graphique 3 ● **prise en charge des gastro-entérites et des affections du tube digestif par âge des patients en 2006 dans les secteurs public et privé à but lucratif**



Note de lecture : 95 % des gastro-entérites et des affections du tube digestif des enfants de moins de 5 ans sont prises en charge par le secteur public, contre 1 % par le secteur privé à but lucratif.
 Champ : France métropolitaine.
 Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006, données statistiques.

● Médecine, chirurgie, obstétrique : motifs de recours

En 2006, tous âges et tous sexes confondus, les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention, ainsi que les maladies de l'appareil digestif sont les principaux motifs de recours en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en France métropolitaine. Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs.

Traumatismes et séjours liés à la maternité sont les principales causes d'hospitalisation pour les moins de 25 ans

En 2006, avant 25 ans, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont, pour les garçons, les traumatismes (14,2 % des séjours) et, pour les jeunes femmes, les séjours liés à la maternité (19,7 % des séjours) (voir graphique). Pour les deux sexes, les pathologies digestives, notamment les maladies des dents et l'appendicite, arrivent au second rang des causes d'hospitalisation. Les atteintes respiratoires, comme les pathologies des amygdales, des végétations adénoïdes et l'asthme, ainsi que les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention viennent ensuite.

Pour les 25-64 ans, les séjours liés à la surveillance et à la prévention sont les plus fréquents

Entre 25 et 64 ans, toujours en 2006, après les séjours liés à la maternité pour les femmes (21,7 %), les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention arrivent en tête des motifs de recours à l'hôpital chez les deux sexes : 18,5 % chez les hommes et 16,7 % chez les femmes. Les maladies de l'appareil digestif sont également très fréquentes.

Avant 45 ans, les traumatismes et empoisonnements constituent un motif de recours fréquent chez les hommes. Il s'agit en effet du 1^{er} motif pour les 25-34 ans et du 3^e pour les 35-44 ans. Chez les personnes de 45 ans ou plus, les tumeurs pour les deux sexes, les maladies de l'appareil circulatoire pour les hommes et les maladies ostéo-articulaires pour les femmes augmentent pour se rapprocher des taux d'hospitalisation causés par les maladies digestives.

Les maladies de l'appareil circulatoire sont le premier motif de recours après 64 ans

À partir de 65 ans, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de recours à l'hôpital : elles représentent près d'un séjour hospitalier sur sept pour les deux sexes. Les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention sont toujours très fréquents. Les maladies de l'œil sont également un motif de recours à l'hospitalisation important, notamment pour les femmes : la cataracte est à elle seule responsable d'un peu plus de 10 % des hospitalisations des femmes âgées. En outre, pour les femmes comme pour les hommes, les maladies de l'appareil digestif et les tumeurs sont fréquemment à l'origine des séjours à partir de 65 ans. ■

■ Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici est restreint aux activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2006 en France métropolitaine (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (moins de 0,5 %). Il en est de même pour l'activité des établissements dont l'activité principale ne relève pas du MCO (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation par exemple), ainsi que pour les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère.

■ Définitions

Les groupes de pathologies étudiés ont été constitués à partir du diagnostic principal mentionné

dans les séjours. Ce diagnostic principal est défini dans le PMSI-MCO comme étant le motif de prise en charge ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation. Il est codé à l'aide la *classification internationale des maladies (CIM)* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision. La CIM comporte un système de codage qui permet d'attribuer deux codes à certains diagnostics. Ces derniers contiennent des informations relatives à la fois à une maladie généralisée initiale (étiologie) et à une manifestation localisée à un organe donné (manifestation clinique). Dans ce cas, le PMSI retient le code manifestation clinique comme diagnostic principal. Les codes ont été regroupés selon une liste validée par l'Agence technique de l'infor-

mation sur l'hospitalisation (ATIH). Dans leur niveau agrégé, utilisé dans le graphique, les groupes de pathologies correspondent aux chapitres de la CIM. Ces derniers réunissent les maladies, soit dans des agrégats les localisant selon leur siège anatomique ou fonctionnel (maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'œil et de ses annexes, etc.), soit dans des agrégats généraux (tumeurs, certaines maladies infectieuses et parasitaires). Le champ de l'ORL se trouve par exemple réparti entre les chapitres tumeurs, maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde et maladies de l'appareil respiratoire. Par ailleurs, les symptômes et signes n'aboutissant pas à un diagnostic précis sont regroupés dans un chapitre intitulé « Symptômes et signes mal définis ».

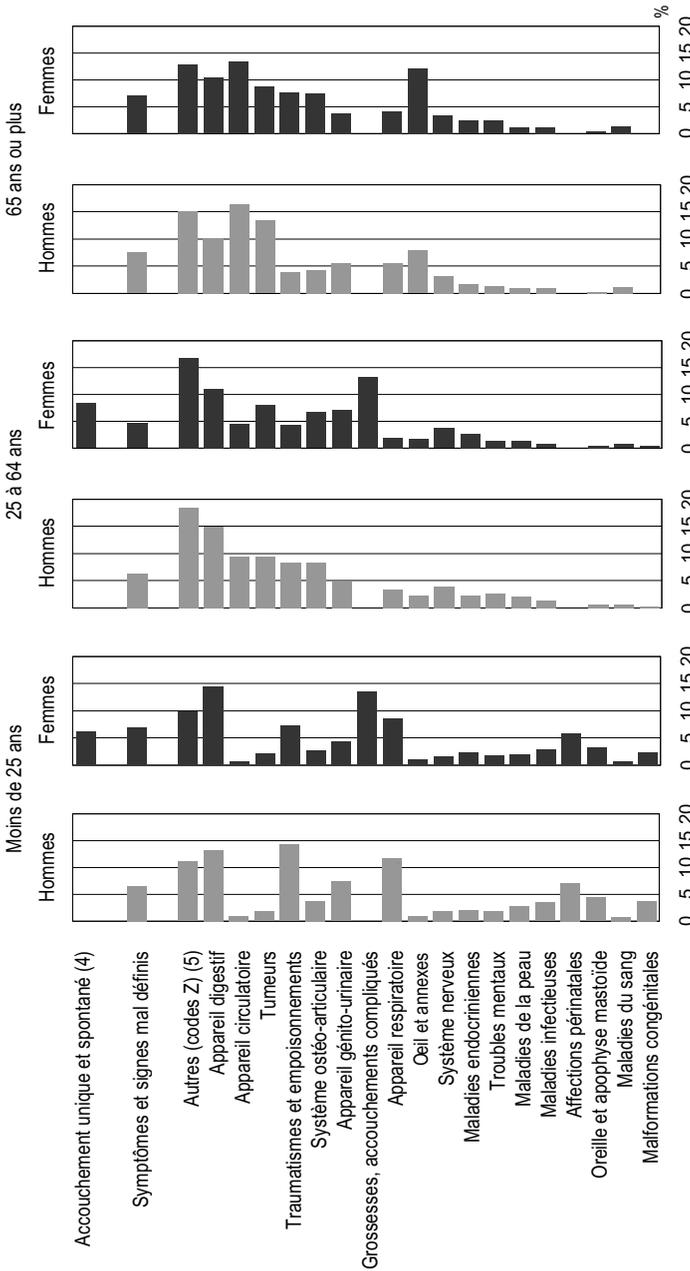
■ Pour en savoir plus

– Mouquet M.-C., 2008, « Principales pathologies entraînant un séjour hospitalier : les traumatismes pour les enfants, les maladies de l'appareil circulatoire pour les plus de 64 ans », in *L'état de santé de la population en France - Rapport 2008*, DREES, à paraître.
– Mouquet M.-C., 2005, « Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2003 », *Études et Résultats*, n° 444, novembre, DREES.

■ Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DHOS fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

graphique ● répartition des séjours (1) annuels dans les services de soins de courte durée MCO (2) selon la pathologie traitée (3), l'âge et le sexe du patient



Note de lecture : en dehors de l'accouchement unique et spontané et des symptômes, signes et états morbides mal définis, les groupes de maladies ont été classés par ordre décroissant de fréquence, les deux sexes et tous âges réunis.

(1) Hospitalisations de plus de un jour (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations de moins de un jour pour des motifs autres que traitement itératif (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, etc.).

(2) Médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique.

(3) Diagnostic principal, manifestation clinique, regroupement selon les chapitres de la CIM de l'OMS 10^e révision.

(4) Code O80 de la CIM de l'OMS 10^e révision.

(5) Motifs de recours aux services de santé autres que maladie ou traumatisme tels que surveillance, prévention, motifs sociaux, etc. (codes Z).

Champ : résidents en France métropolitaine.

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006, données statistiques.

● La spécialisation en médecine

La spécialisation des établissements de santé en fonction de leur statut juridique a eu tendance à se poursuivre au cours des dernières années. L'activité de médecine est ainsi prédominante dans les établissements publics, où elle représente 70 % des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), contre 58 % dans les établissements privés à but non lucratif et 42 % dans les cliniques privées. Ces dernières privilégient les séjours médicaux inférieurs à deux jours, notamment pour la pratique des endoscopies sous anesthésie, actes médicaux les plus fréquents dans ces établissements.

En 2006, les deux tiers des séjours étaient réalisés par le secteur public, dans le cadre d'activités médicales diversifiées

La part du secteur public dans l'activité de médecine (66 %) est prépondérante pour quasiment tous les groupes d'activités, et est supérieure à 75 % pour pratiquement la moitié d'entre eux (voir graphique). Parmi les groupes d'activités les plus fréquents figure le traitement des affections neurologiques (87 %) et pulmonaires (81 %).

Le rôle du secteur public est presque exclusif pour certaines prises en charge aussi diverses que l'infection à VIH, les pathologies psychiatriques ou addictives traitées hors des services de psychiatrie et la prise en charge médicale des maladies infectieuses hors VIH. *A contrario*, les hôpitaux publics réalisent seulement 44 % de la pose d'endoprothèses vasculaires, c'est-à-dire les stents placés dans les coronaires et les autres vaisseaux.

Les cliniques privées privilégient les séjours médicaux inférieurs à deux jours, notamment pour les endoscopies

L'endoscopie sous anesthésie reste l'acte médical le plus fréquemment réalisé par les cliniques privées : elle représente en effet près de la moitié de l'ensemble de leurs activités médicales. Les trois-quarts des endoscopies médicales sont effectuées dans le secteur privé à but lucratif, contre 16 % dans le secteur public et 8 % dans le secteur privé à but non lucratif (voir tableau). Ceci explique en partie la prédominance des séjours à temps partiel dans ces établissements : 64 % de leur activité médicale a lieu en ambulatoire (hospitalisation de

moins de un jour) contre 43 % dans le secteur privé à but non lucratif et 36 % dans le secteur public.

Si le traitement des affections cardiaques se fait seulement dans 25 % des cas dans les cliniques privées (contre 68 % dans le secteur public), celles-ci réalisent toutefois 44 % des cathétérismes sans mise en place de stents artériels.

Par ailleurs, 29 % des traitements médicaux des affections ORL et stomatologiques sont pris en charge dans les cliniques privées.

Les affections de l'appareil digestif, et particulièrement les gastro-entérites, représentent également une part assez importante de l'activité médicale des cliniques privées (7 %). Toutefois, ces affections sont plus fréquemment prises en charge dans le secteur public (71 %). La part respective des différents secteurs varie avec l'âge des patients, le secteur public accueillant surtout des jeunes enfants et les personnes les plus âgées (voir la fiche « Médecine, chirurgie, obstétrique : activité et capacités » p. 30).

L'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre sur le traitement du cancer

Seule 8 % de l'activité médicale relève du secteur privé à but non lucratif, qui comprend notamment les 20 centres de lutte contre le cancer. L'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre sur les greffes de moelle dont ils assurent 22 % des prises en charge ainsi que sur les pathologies hématologiques (15 %) et les chimiothérapies réalisées en hospitalisation complète (22 %). Les cliniques privées se sont, pour leur part, plutôt spécialisées dans les chimiothérapies ambulatoires (moins de un jour) dont elles réalisent plus de 40 %.

■ Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici est restreint aux activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2006 en France métropolitaine (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (moins de 0,5 %). Il en est de même pour les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère.

■ Définitions

– **Groupes d'activités** : les informations médicalisées sur les séjours hospitaliers regroupées dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettent de définir plu-

sieurs centaines de groupes homogènes de malades (GHM) à partir des résumés de sortie standardisés de chacun des patients. Pour analyser l'activité des établissements, un regroupement des GHM par catégorie est souvent nécessaire. La classification des groupes d'activités utilisée ici, l'outil d'analyse du PMSI, ou OAP, a été réalisée par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Cette classification regroupe les GHM par discipline médico-chirurgicale (par exemple ophtalmologie, cardiologie, etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM). Il est important de noter que la nomenclature OAP utilisée depuis 2004 est différente de celle utilisée en

2002. Des changements sont notamment intervenus en matière de répartition des GHM en médecine ou en chirurgie. C'est par exemple le cas des affections de la bouche et des dents avec extraction (appartenant au produit « cavité buccale et dents ») qui sont passées de la médecine à la chirurgie.

– **Les différents statuts juridiques** des établissements et leurs modes de financement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 8.

■ Pour en savoir plus

– Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, n°664, octobre, DREES.

– Audric S., Buisson G., Haury B., 2005, « La spécialisation des établissements de santé en 2002 », *Études et Résultats*, n°374, février, DREES.

■ Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DHOS fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

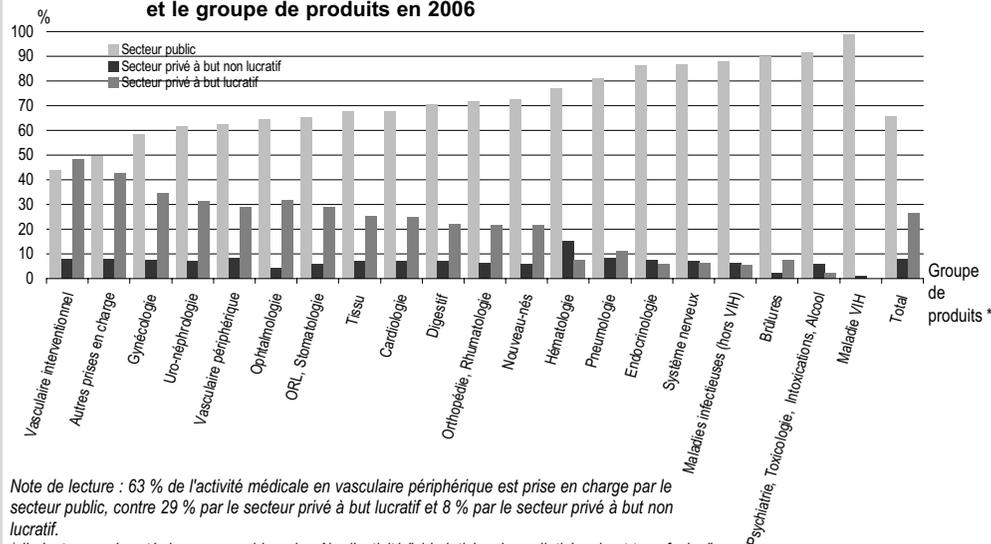
tableau ● part de prise en charge des activités médicales selon le statut de l'établissement pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation en 2006 (en %)

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif
Ensemble activité médicale	65,6	7,9	26,6
Appareil digestif, dont :	70,8	7,2	22,0
Affections du tube digestif, hépato-biliaires avec complications majeures	82,8	7,2	10,0
Affections du pancréas (non malignes)	75,0	6,2	18,8
Gastro-entérites et affections du tube digestif	69,1	7,0	23,9
Hépatites alcooliques, cirrhoses	84,5	5,7	9,8
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	73,7	7,6	18,7
ORL, Stomatologie, dont :	65,3	6,0	28,7
Cavité buccale et dents	76,0	6,1	17,9
Infections ORL	79,9	4,8	15,4
Troubles de l'équilibre	84,4	4,2	11,4
Tumeurs malignes	68,1	12,4	19,5
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	52,0	5,5	42,5
Cardiologie, dont :	68,0	7,2	24,8
Cardiopathies, valvulopathies	77,9	7,2	14,9
Cathétérismes artériels cardiaques (hors stents)	47,4	8,3	44,3
Coronaropathies	82,3	6,1	11,6
Troubles du rythme/conduction	70,1	6,5	23,4
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	66,1	7,3	26,7
Affections pulmonaires, dont :	80,9	8,0	11,0
Bronchites et asthme	84,9	6,8	8,3
Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	79,7	8,3	12,0
Infections respiratoires	85,2	7,3	7,6
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	76,4	8,4	15,2
Autres prises en charge, dont :	49,5	8,0	42,6
Séjours inférieurs à deux jours*	83,4	7,1	9,5
Signes et symptômes	74,5	8,7	16,8
Intoxications et intoxications médicamenteuses	91,0	3,9	5,1
Suivi thérapeutique	79,2	8,9	11,9
Endoscopies sous anesthésie avec séjours inférieurs à deux jours*	16,1	8,5	75,5

* Les séjours inférieurs à deux jours comprennent les séjours en ambulatoire (moins de un jour) ou ceux comportant au moins un jour.

Champ : France métropolitaine.

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006, données statistiques.

graphique ● part de l'activité médicale selon le statut de l'établissement et le groupe de produits en 2006


Note de lecture : 63 % de l'activité médicale en vasculaire périphérique est prise en charge par le secteur public, contre 29 % par le secteur privé à but lucratif et 8 % par le secteur privé à but non lucratif.

* Il n'est pas présenté dans ce graphique le pôle d'activité "chimiothérapie, radiothérapie et transfusion".

Champ : France métropolitaine.

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006, données statistiques.

● La spécialisation en chirurgie

Les cliniques privées réalisent près de 60 % de l'activité chirurgicale et quasiment les trois quarts de celle réalisée en ambulatoire (moins de un jour). Les établissements publics, pour leur part, réalisent de façon prédominante les activités chirurgicales les plus complexes. Les établissements privés à but non lucratif concentrent quant à eux leur activité sur la chirurgie du cancer.

Les hôpitaux publics réalisent le tiers de l'activité chirurgicale mais pour des actes en général plus complexes

Bien qu'ils ne totalisent que 33 % de l'activité de chirurgie, les établissements de santé publics ont la quasi exclusivité de certains groupes d'activités (voir graphique) comme la chirurgie des traumatismes graves et multiples (97 %) ou des brûlures (92 %), telles que les greffes de peau. Les autres types d'interventions qui sont majoritairement pratiquées dans le secteur public relèvent de la neurochirurgie, avec essentiellement des craniotomies (89 %) et celles qui concernent les traumatismes crâniens (95 %), ainsi que de la chirurgie cardiaque (chirurgies valvulaires, pontages aorto-coronariens) (voir tableau).

La chirurgie orthopédique n'est prise en charge qu'à 38 % dans le secteur public.

Par ailleurs, un peu plus d'une intervention d'ophtalmologie sur cinq est réalisée dans les établissements publics, mais il s'agit d'interventions souvent lourdes sur l'orbite (72 %) ou intra-oculaires (60 %).

Les interventions sur l'appareil digestif sont plus hétérogènes en termes de complexité, allant de la chirurgie de l'intestin grêle ou du côlon à celle des hernies ou les appendicectomies. Entre 1998 et 2006, les établissements publics ont renforcé leur activité dans le traitement chirurgical des brûlés et des traumatismes multiples. Leur part dans la neurochirurgie diminue par rapport à 2005, après la hausse constatée à partir de 2002, atteignant un niveau inférieur à celui de 2004. Cependant, les interventions sur le rachis ou la moelle épinière, souvent de moindre complexité, ne sont prises en charge par les établissements publics que dans 25 % des cas. Cette proportion est en baisse de 3 points entre 2005 et 2006.

Six interventions chirurgicales sur dix sont réalisées dans les cliniques privées

La chirurgie est l'activité principale des établissements privés

à but lucratif : elle représente en effet 52 % de leur activité de médecine, chirurgie et obstétrique. La part du secteur privé à but lucratif est prépondérante pour plusieurs groupes d'activité, et est supérieure à 70 % pour les interventions ophtalmologiques ou ORL et stomatologiques.

Les établissements privés à but lucratif se sont spécialisés dans des interventions chirurgicales peu complexes qui permettent une prise en charge ambulatoire (moins de un jour). Ils réalisent ainsi près de 76 % de la chirurgie de la cataracte, 74 % de la chirurgie des varices, 74 % des arthroscopies, 72 % des opérations des amygdales, végétations et poses de drains transtympaniques ainsi que 66 % de la chirurgie de la main et du poignet (libération du canal carpien en particulier), activités qui représentent au total un tiers de l'activité chirurgicale de ces établissements.

La majorité des interventions chirurgicales en ambulatoire sont réalisées dans ce secteur, qui assure près des trois quarts des séjours chirurgicaux de moins de un jour.

L'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre sur la chirurgie carcinologique

En 2006, les établissements privés à but non lucratif assurent 8 % du total de l'activité chirurgicale. Ce secteur regroupe en particulier les centres de lutte contre le cancer.

Comme pour la médecine (voir la fiche « La spécialisation en médecine » p. 36), l'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre sur le traitement des pathologies cancéreuses, en particulier pour la chirurgie des tumeurs d'origine hématologique (18 %). La chirurgie gynécologique, et particulièrement les tumeurs et affections du sein, est réalisée à hauteur de 13 % par ces établissements.

La part de l'ambulatoire (moins de un jour) dans leur activité chirurgicale totale atteint 33 % en 2006. ■

■ Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici est restreint aux activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2006 en France métropolitaine (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (moins de 0,5 %). Il en est de même pour les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère.

■ Définitions

– **Groupes d'activités** : les informations médicalisées sur les séjours hospitaliers regroupées dans le Programme de médicali-

sation des systèmes d'information (PMSI) permettent de définir plusieurs centaines de groupes homogènes de malades (GHM) à partir des résumés de sortie standardisés de chacun des patients. Pour analyser l'activité des établissements, un regroupement des GHM par catégorie est souvent nécessaire. La classification des groupes d'activités utilisée ici, l'outil d'analyse du PMSI ou OAP, a été réalisée par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Cette classification regroupe les GHM par discipline médico-chirurgicale (par exemple ophtalmologie, cardiologie, etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis

en œuvre et communs à plusieurs GHM). Il est important de noter que la nomenclature OAP utilisée depuis 2004 est différente de celle utilisée en 2002. Des changements sont notamment intervenus en matière de répartition des GHM en médecine ou en chirurgie. C'est par exemple le cas des affections de la bouche et des dents avec extraction (appartenant au produit « cavité buccale et dents ») qui sont passées de la médecine à la chirurgie.

– **Les différents statuts juridiques** des établissements et leurs modes de financement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 8.

■ Pour en savoir plus

– Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, n° 664, octobre, DREES.

– Audric S., Buisson G., Haury B., 2005, « La spécialisation des établissements de santé en 2002 », *Études et Résultats*, n° 374, février, DREES.

■ Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DHOS fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

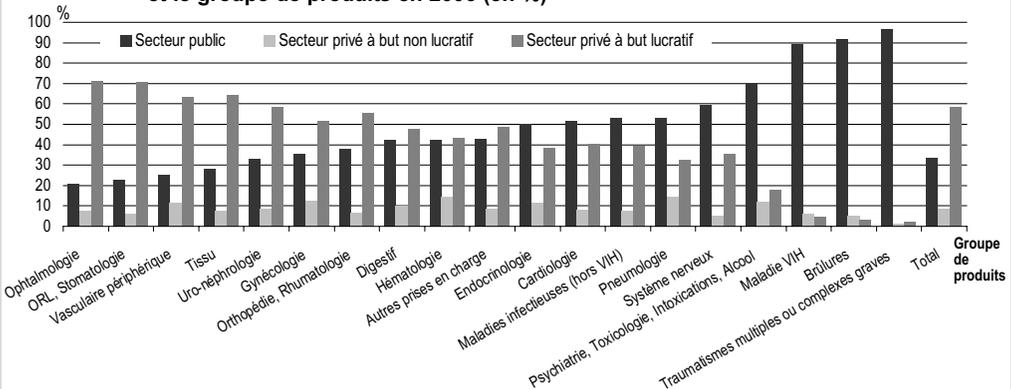
tableau ● **part de prise en charge des activités chirurgicales selon le statut de l'établissement pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation en 2006 (en %)**

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif
Ensemble activité chirurgicale	33,5	8,3	58,3
Appareil digestif, dont :	42,2	9,8	48,0
Appendicectomies	50,0	6,5	43,5
Chirurgies grêle/colon	50,6	9,9	39,5
Chirurgies rectum/anus	26,9	12,1	61,1
Cholécystectomies et chirurgies biliaires	42,2	9,6	48,2
Hernies	36,3	10,3	53,5
ORL, Stomatologie, dont :	22,7	6,3	71,0
Amygdalectomies, végétations et drains trans-tympaniques	20,0	7,7	72,3
Autres chirurgies ORL	36,3	6,9	56,8
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	16,3	5,1	78,5
Cardiologie, dont :	51,4	8,1	40,6
Stimulateurs cardiaques	47,5	6,3	46,2
Chirurgies valvulaires	60,4	9,5	30,1
Pontage coronaire	57,3	9,8	33,0
Ophtalmologie, dont :	21,0	7,7	71,3
Cataractes	16,7	7,7	75,6
Chirurgies ophtalmiques lourdes	52,5	6,5	41,0
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	23,6	8,4	68,1
Orthopédie, rhumatologie, dont :	38,0	6,7	55,3
Ablations matériel	51,1	5,4	43,5
Amputations	61,1	7,9	31,1
Arthroscopies	19,2	7,0	73,7
Chirurgies main, poignet	27,1	6,9	65,9
Chirurgies majeures orthopédiques (hanche, fémur et genou)	39,9	7,3	52,8
Système nerveux, dont :	59,1	5,1	35,8
Craniotomies	89,4	3,4	7,3
Vasculaire périphérique, dont :	25,1	11,6	63,3
Ligatures veines	16,3	9,3	74,4
Pneumologie, dont :	53,3	14,3	32,4
Chirurgies thoraciques majeures	48,3	15,3	36,4

* Les séjours inférieurs à deux jours comprennent les séjours en ambulatoire (moins de un jour) ou ceux comportant au moins un jour.
Champ : France métropolitaine.

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006, données statistiques.

graphique ● **part de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le groupe de produits en 2006 (en %)**



Note de lecture : 21 % de l'activité chirurgicale en ophtalmologie est prise en charge par le secteur public, contre 71 % par le secteur privé à but lucratif et 8 % par le secteur privé à but non lucratif.

Champ : France métropolitaine.

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006, données statistiques.

● La spécialisation en obstétrique

En 2006, en France métropolitaine, 581 établissements avaient une activité d'obstétrique. Ils ont pris en charge 785 000 accouchements. Près des deux tiers des accouchements se déroulent dans les hôpitaux publics qui prennent en charge une part élevée d'affections ante et post-partum.

Prédominants en obstétrique, les établissements publics développent les prises en charge inférieures à deux jours

Les hôpitaux publics réalisent près des deux tiers de l'activité d'obstétrique et des accouchements (voir tableau).

Ils ont, par ailleurs, beaucoup plus développé les prises en charge inférieures à deux jours dans le domaine obstétrical que les établissements privés, en réalisant 68 % de l'ensemble de cette activité. Ce qui représente 34 % de leur activité totale en obstétrique, comptée en nombre de séjours.

Les établissements publics prennent en charge 64 % des affections *ante-partum*, parmi lesquelles on trouve principalement des complications de la grossesse. Les affections *post-partum* sont prises en charge à hauteur de 73 % par ces établissements.

Les interruptions de grossesse sont réalisées dans 71 % des cas dans le secteur public et représentent 21 % de l'activité obstétricale de ce secteur. Ces interventions donnent en général lieu à des hospitalisations inférieures à deux jours.

En 2006, on compte en France métropolitaine 62 maternités de niveau 3 dont le rôle est de traiter les situations les plus complexes pour la mère et/ou l'enfant ; 208 maternités dites de niveau 2 qui disposent d'un service de néonatalogie, et 311 maternités classées en niveau 1 destinées à prendre en charge les grossesses présentant le moins de risques (voir la fiche « La naissance : les maternités » p. 52).

Les maternités de niveau 2 et 3 sont presque exclusivement des maternités publiques ou privées à but non lucratif (respectivement 80 % et 100 % en 2006) alors que 41 % des maternités de niveau 1 sont privées à but lucratif. Les maternités publiques ou privées à but non lucratif prennent donc en charge les grossesses les plus à risque.

La part des cliniques privées atteint 28 % de l'activité en obstétrique

La proportion d'accouchements réalisés dans le secteur privé à but lucratif s'établit en 2006 à 29 %. Ce secteur réalise 31 % des césariennes et 30 % des accouchements par voie basse sans complications.

Les cliniques prennent également en charge 24 % des interruptions de grossesse, ce qui représente 16 % de leur activité obstétricale.

Les établissements privés à but non lucratif ont une part très faible dans le domaine obstétrical

Ces établissements ne réalisent, en effet, que 7 % de l'ensemble des activités d'obstétrique. Leur activité se concentre sur les accouchements, avec ou sans complications, dont ils assurent 8 %, ainsi que sur la prise en charge des affections *ante et post-partum* (6 %). ■

■ Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici est restreint aux activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2006 en France métropolitaine (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (moins de 0,5 %). Il en est de même pour les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère.

■ Définitions

– Les différents statuts juridi-

ques des établissements et leurs modes de financement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 8.

– Les différents niveaux de maternité sont explicités dans la fiche « La naissance : les maternités » p. 52.

■ Pour en savoir plus

– Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, n° 664, octobre, DREES.

– Arnault S., Exertier A., *Études*

et *Résultats* à paraître sur l'évolution du nombre de maternités en France métropolitaine.

– Buisson G., 2003, « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales », *Études et Résultats*, n° 225, mars, DREES.

– Baubeau D., Morais S., Ruffié A., 1999, « Les maternités de 1975 à 1996 - un processus de restructuration sur longue période », *Études et Résultats*, n° 21, juillet, DREES.

■ Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DHOS fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

tableau ● **part de prise en charge des activités obstétricales selon le statut de l'établissement pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation en 2006 (en %)**

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif
Ensemble activités obstétricales	65,1	7,0	27,9
Accouchements :	62,7	8,1	29,2
sans complications	61,7	8,0	30,2
avec complications (1)	65,0	8,2	26,8
Affections <i>ante-partum</i>, dont :	64,0	6,0	30,0
séjours inférieurs à deux jours*	58,2	4,6	37,2
Affections <i>post-partum</i>	72,8	6,0	21,3
Interruptions de grossesse, dont :	71,1	4,9	24,0
séjours inférieurs à deux jours*	71,1	4,9	24,0
Autres séjours inférieurs à deux jours*	68,3	5,5	26,2

(1) Césariennes et accouchements par voie basse avec complications.

* Les séjours inférieurs à deux jours comprennent les séjours en ambulatoire (moins de un jour) ou ceux comportant au moins un jour.

Champ : France métropolitaine.

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006, données statistiques.

Les plateaux techniques

4

- L'activité d'anesthésie et les équipements chirurgicaux
 - L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif

● L'activité d'anesthésie et les équipements chirurgicaux

L'organisation autour de l'anesthésie dans les établissements de santé de France métropolitaine est liée aux types d'activités développées : interventions chirurgicales plus ou moins complexes, endoscopies, radiologie interventionnelle, etc. Au sein des établissements concernés, la tendance est au regroupement des sites anesthésiques pour faciliter la surveillance des patients. Les salles d'intervention chirurgicale représentent quant à elles les deux tiers des salles destinées aux actes sous anesthésie. Elles sont utilisées de manière différente selon le statut public ou privé de l'établissement.

En 2006, 3 350 sites anesthésiques réunissant des activités diversifiées

L'activité anesthésique est souvent associée à l'activité chirurgicale, mais il ne s'agit pas de son unique champ d'activité : des explorations (endoscopies) ou la radiologie interventionnelle sont également pratiquées sous anesthésie. Au sein des établissements, les salles permettant ces activités de soins sont réparties en différents lieux en fonction de l'environnement nécessaire aux actes réalisés. Un site anesthésique se définit comme un lieu distinct regroupant une ou plusieurs de ces salles. Par exemple, un bloc opératoire regroupant plusieurs salles d'intervention, ou un bloc obstétrical rassemblant salles de travail et de césariennes, constitue un seul site. Les salles de scanner, de coronarographie ou de sismothérapie, plus souvent isolées, peuvent également constituer un site.

En 2006, on dénombre dans l'ensemble des établissements de santé publics et privés métropolitains en moyenne 3,4 salles destinées aux actes sous anesthésie par site : 11 352 salles sont en fait regroupées dans 3 350 sites anesthésiques (voir tableau 1). Cette concentration vise à faciliter la gestion des moyens destinés à la surveillance post-interventionnelle. Le nombre de salles de surveillance post-interventionnelle s'élève à 2 026 pour 12 451 postes de réveil, soit 6 postes par salle. Sur 10 sites anesthésiques, 5 se situent dans des établissements publics, 4 dans des cliniques privées et le dernier dans des établissements privés à but non lucratif.

■ Champ

Établissements de santé en France métropolitaine.

■ Définitions

– *Les différents statuts juridiques* des établissements et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 8.

– *Séjours chirurgicaux* : sont ici classés comme tels les séjours identifiés dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) (voir « Les grandes sources de données sur les établissements de santé » p. 92).

– *Surveillance post-interventionnelle et postes de réveil* : le

décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif à la pratique de l'anesthésie a rendu obligatoire la surveillance continue après l'intervention ; elle se pratique dans les salles de surveillance post-interventionnelle, situées près des sites où sont réalisées les anesthésies. Une salle de surveillance post-interventionnelle comprend au minimum quatre postes de réveil.

– *Site anesthésique* : lieu géographique composé d'une ou plusieurs salles où des actes d'anesthésie sont réalisés (par exemple : un bloc opératoire de deux salles = un site).

– *Endoscopie* : l'endoscopie consiste à introduire une caméra (ou

Des salles d'intervention chirurgicale utilisées différemment suivant les secteurs

Les salles d'intervention chirurgicale représentent quasiment les trois quarts des salles destinées aux actes sous anesthésie ; elles sont au nombre de 8 213 en 2006 dans l'ensemble des établissements de santé (voir tableau 2). Moins de la moitié de ces salles sont situées dans les cliniques privées alors que ces dernières enregistrent près de 60 % des séjours chirurgicaux. Les cliniques privées enregistrent donc plus d'interventions par salle que les établissements publics. Des facteurs tels que la part d'activité de chirurgie ambulatoire, qui suppose une hospitalisation de moins d'un jour et recouvre des actes quasiment exclusivement programmés, contribuent à expliquer cette situation. Tandis que 73 % de la chirurgie ambulatoire (notamment chirurgie de la cataracte, arthroscopie, chirurgie des varices, etc.) est réalisée par les cliniques privées, les établissements publics prennent en charge des actes parmi les plus complexes (voir la fiche « La spécialisation en chirurgie » p. 38) avec des temps de réalisation plus longs. Ils disposent également plus souvent de services d'urgences et de salles chirurgicales dédiées à l'urgence (ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7). Cette nécessité de disponibilité explique également que les établissements publics affichent des horaires d'ouverture plus larges que les établissements privés et déclarent plus souvent une activité chirurgicale nocturne. ■

« endoscope ») dans un conduit ou une cavité de l'organisme.

– *Radiologie interventionnelle* : elle permet au médecin de réaliser des actes diagnostiques ou thérapeutiques (ponction-biopsie, évacuation d'un hématome) tout en étant guidé par l'imagerie.

■ Pour en savoir plus

– Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, n°664, octobre, DREES.

– Baubeau D., Thomson E., 2002, « Les plateaux techniques liés aux interventions sous anesthésie entre 1992 et 2000 », *Études et Résultats*, n°189, septembre, DREES.

■ Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DHOS fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

tableau 1 ● l'activité d'anesthésie en 2006

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	Centres hospitaliers régionaux (CHR)	Autres centres hospitaliers			
Nombre de sites anesthésiques	664	1 088	312	1 286	3 350
Nombre de salles destinées aux actes sous anesthésie	2 286	3 426	1 076	4 564	11 352
Salles de surveillance post-interventionnelle	412	560	201	853	2 026
Nombre de postes de réveil	2 237	2 967	1 243	6 004	12 451

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

tableau 2 ● les plateaux techniques de chirurgie en 2006

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	Centres hospitaliers régionaux (CHR)	Autres centres hospitaliers			
Nombre d'établissements disposant d'au moins une salle d'intervention chirurgicale	98	373	126	560	1 157
Nombre de salles d'intervention chirurgicale	1 655	2 082	736	3 740	8 213
Nombre moyen d'heures d'ouverture hebdomadaire	66	64	57	58	61
Séjours chirurgicaux (source PMSI-MCO)	749 677	1 081 500	452 002	3 183 637	5 466 816
Nombre d'établissements géographiques ayant déclaré une activité chirurgicale de nuit	44	183	35	87	349

Note de lecture : les salles exclusivement réservées aux césariennes et les locaux où sont réalisés des actes de petite chirurgie sans présence de personnels spécialisés en anesthésie ne sont pas comptabilisés.

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

● L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif

Les appareils d'imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif sont une composante importante de leurs plateaux techniques. Les progrès techniques et le coût des nouveaux appareils plus performants sont à l'origine d'une concentration et d'un partage des équipements. Les délais d'attente moyens pour accéder à certains équipements lourds (scanners, IRM, caméras à scintillation) sont encore importants, mais ils se réduisent progressivement, notamment pour les patients hospitalisés.

Une concentration plus importante des équipements

En 2006, 863 établissements de santé publics et privés à but non lucratif ont déclaré au moins une salle de radiologie conventionnelle ou numérisée, soit un total de 2 913 salles en France métropolitaine. Parmi ces établissements, 548 sont équipés de salles de radiologie numérisée (voir tableau). Celles-ci sont au nombre de 1 671 en 2006, ce qui représente 57 % des salles de radiologie. Le nombre de salles de radiologie conventionnelle, technologie maintenant ancienne, continue en effet de diminuer régulièrement au fil des années. Il existe également 359 salles de radiologie vasculaire destinées aux angiographies et aux coronarographies, ainsi que 1 479 échographes doppler dans les services d'imagerie.

Certains équipements lourds en matière d'imagerie, tels que les scanners, les appareils d'imagerie à résonance magnétique (IRM), ou les caméras à scintillation, nécessitent une autorisation au niveau régional. Près de 420 établissements déclarent au moins un scanner, pour un nombre total de 487 appareils ; 235 établissements possèdent au moins une IRM, ce qui représente 263 appareils. Enfin, 114 établissements disposent d'une unité de médecine nucléaire, pour un total déclaré de 264 gamma-caméras (voir définitions). Toutefois, ce nombre est sans doute sous-estimé en raison de non-réponses. Par ailleurs, d'autres établissements peuvent avoir accès à ce matériel dans

le cadre de conventions de co-utilisation, le partage des équipements lourds étant encouragé.

Des délais d'attente encore importants pour certains équipements

En 2006, le délai d'attente moyen avant de bénéficier d'un examen de scanner est de 17 jours pour un patient en consultation externe et de 4 jours et demi pour un patient hospitalisé. Ces délais se réduisent progressivement depuis quelques années pour les patients hospitalisés. Ils peuvent varier selon les entités considérées. Ils sont ainsi plus longs dans les centres hospitaliers régionaux (CHR) : 6 jours pour un patient hospitalisé et 18 pour un consultant externe. La durée moyenne d'ouverture par semaine est pourtant plus importante dans ces établissements : 75 heures par semaine contre 58 pour l'ensemble des établissements publics et privés à but non lucratif. La plus grande complexité des pathologies traitées dans les CHR pourrait induire un besoin d'examen plus important et peut-être des examens de durée plus longue, mais aucune donnée disponible ne permet d'étayer cette hypothèse au niveau national.

Les délais d'attente avant de bénéficier d'un examen d'IRM sont nettement plus longs que pour les scanners : 31 jours en consultation externe et 8 jours et demi lors d'une hospitalisation. Cependant, ils se réduisent également progressivement, notamment pour les patients hospitalisés. ■

■ Champ

Seuls sont comptabilisés les équipements d'imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif en France métropolitaine. En effet, les cabinets de radiologie implantés au sein des cliniques privées sont plus souvent des sociétés civiles de moyens, ou professionnelles, détenues par des praticiens libéraux et constituent des entités distinctes des cliniques. Ils sont de ce fait considérés comme des cabinets libéraux et échappent donc au recensement de la SAE qui ne couvre que les établissements de santé.

■ Définitions

– La **radiologie** est une technique basée sur l'utilisation des rayons X.
– **Radiologie numérisée** : elle

constitue une amélioration technique par rapport à la radiologie conventionnelle du fait de l'assistance d'un ordinateur pour la réalisation des films.

– **Radiologie vasculaire et coronarographie** : les examens des vaisseaux se déroulent dans des salles spécialisées permettant les injections intra-vasculaires nécessaires aux angiographies (visualisation des vaisseaux) en toute sécurité. Les coronarographies (visualisation des artères coronaires) qui nécessitent un équipement encore plus spécialisé peuvent être réalisées également dans les salles de radiologie vasculaire sous réserve d'un équipement spécifique.

– **Scanner ou tomodesintométrie** : il utilise également les

rayons X mais permet de visualiser des tranches d'épaisseur variable.

– **Imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM)** : comme son nom l'indique, l'IRM utilise les propriétés électromagnétiques du corps humain. Elle met en évidence sous forme d'image les contrastes entre différents tissus tels que l'os, les muscles ou les tendons, par exemple.

– **Échographe doppler** : les échographes utilisent les ultrasons. Les échographes doppler permettent d'explorer le flux sanguin dans les vaisseaux. Seuls sont comptabilisés ici ceux qui sont situés dans les services d'imagerie.

– **Caméra à scintillation ou gamma-caméra** : elle est utilisée en médecine nucléaire pour la détection de radio-éléments utilisés

pour certains diagnostics (isotopes radioactifs de certains éléments naturels - iode, technétium, fluor, etc.).

– **Tomographe à émission de positons (TEP) ou caméra à positons** : ces équipements sont basés sur le même principe que la gamma-caméra dont ils constituent l'évolution technologique et détectent des positons (ou positrons).

■ Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

tableau ● équipement en imagerie en 2006

Type d'équipement	Nombre d'établissements ayant au moins un appareil ou une salle	Nombre d'appareils ou de salles	Délai d'attente moyen pour consultants externes (en jours)	Délai d'attente moyen pour patients hospitalisés (en jours)	Nombre moyen d'heures d'ouverture par semaine
Scanner	419	487	17	4	58
IRM	235	263	31	8	53
Caméra à scintillation	114	264	13	6	49
Tomographe à émission/caméra à positons	44	46			
Échographe doppler	656	1 479			
Salles de radiologie conventionnelle	612	1 242			
Salles de radiologie numérisée	548	1 671			
Salles de radiologie vasculaire	187	359			
<i>dont salles de coronarographie</i>	115	148			

Note de lecture : les délais d'attente moyens sont pondérés par le nombre total d'exams.

Champ : France métropolitaine, établissements publics et privés à but non lucratif.

Sources : DREES, SAE 2006, données administratives.

Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière

- La lutte contre les infections nosocomiales
 - La naissance : les maternités
 - La naissance : suivi et prise en charge
- La satisfaction des usagères de maternités
 - L'activité des services d'urgences
- Les personnels des services d'urgences
 - L'offre hospitalière en psychiatrie
- Les structures d'hospitalisation à domicile
 - Les patients hospitalisés à domicile
 - Les structures pratiquant des IVG
- Les médicaments dans les établissements de santé

● La lutte contre les infections nosocomiales

En 2006, les résultats des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (IN) ont été rendus publics pour 2810 établissements de santé de France métropolitaine et des DOM. Le plus haut niveau de performance a été atteint par 81 % des établissements en matière de prévention des IN, par 11 % pour la consommation de produits hydro-alcooliques et par 32 % en matière de bon usage des antibiotiques. En parallèle, les résultats de la deuxième enquête nationale de prévalence des IN montrent une diminution de la prévalence de patients infectés ; celle-ci s'établit à 4,97 % en 2006.

La lutte contre les infections nosocomiales, c'est-à-dire celles contractées au sein des établissements de santé, mobilise des moyens spécifiques au sein des structures. Le code de la santé publique prévoit ainsi que tous les établissements doivent constituer un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et remplir annuellement un bilan standardisé des activités de lutte contre ces infections. Depuis 2004, des indicateurs sont élaborés à partir de ces bilans et sont publiés annuellement par le ministère en charge de la santé. En 2006, le tableau de bord des infections nosocomiales comprenait quatre indicateurs : l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) disponible depuis trois ans, l'indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains (ICSHA) et l'indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire pour les établissements chirurgicaux (SURVISO), disponibles tous les deux depuis deux ans, et enfin l'indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB), disponible pour la première fois en 2006.

Excepté pour SURVISO, les résultats sont rendus par catégories d'établissements sous forme de classe de performance, allant de A à E, soit de la plus performante à la moins performante. Les établissements ne répondant pas au bilan sont classés F.

Sur l'ensemble des 2810 établissements, 81 % ont atteint le plus haut niveau de performance en matière de prévention des IN en 2006 - ICALIN A et B (voir tableau). Paradoxalement, les objectifs personnalisés de consommation de produits hydro-alcooliques n'ont été atteints que par 11 % des établissements - ICSHA A et B. En revanche, 32 % des établissements sont déjà investis très fortement dans le bon usage des antibiotiques - ICATB A et B. L'évolution d'ICALIN, publié depuis trois ans, montre l'investissement croissant des établissements dans ce domaine (voir graphique). Des progrès sont attendus en 2007 pour ICSHA et ICATB.

En parallèle, une deuxième enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales a été menée en 2006. Il s'agissait d'une enquête un jour donné, incluant, sur la base du volontariat, tous les services d'hospitalisation complète et tous les patients hospitalisés depuis au moins un jour. En 2006, 2337 établissements de santé, soit 804 de plus qu'en 2001, et 358 467 patients ont été inclus. Le taux de prévalence de patients infectés était de 4,97 %.

La comparaison entre 2001 et 2006 sur la cohorte d'établissements ayant participé aux deux enquêtes montre une diminution de 8 % de la prévalence des patients infectés et une diminution très importante (38 %) de celle des patients infectés par un *Staphylococcus Aureus* résistant à la méthicilline (SARM). ■

■ Champ

Établissements de santé publics et privés en France métropolitaine et dans les DOM.

■ Définitions

– **CLIN** : le comité de lutte contre les infections nosocomiales coordonne au sein de l'établissement l'action des professionnels en matière de prévention, de surveillance et de définition d'actions d'information et de formation des professionnels en matière d'hygiène hospitalière.

– **ICALIN** : cet indicateur objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens que celui-ci a mobilisés et

les actions qu'il a mises en œuvre.

– **ICSHA** : il est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains.

– **SURVISO** : il met en valeur l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques ainsi que de maîtrise du risque infectieux en chirurgie.

– **ICATB** : il objective d'une part l'organisation mise en place dans l'établissement pour promouvoir le bon usage des antibiotiques et, d'autre part, les moyens que la structure a mobilisés et les actions qu'elle a mises en œuvre.

– **Le taux de prévalence de**

patients infectés : il s'agit du nombre de patients infectés rapporté au nombre de patients en hospitalisation complète présents un jour donné dans les établissements enquêtés.

■ Pour en savoir plus

– Dossier « infections nosocomiales » sur le site du ministère de la Santé :

http://www.sante.gouv.fr/dossiers/10_i.htm

– Site de publication du tableau de bord des infections nosocomiales : <http://www.icalin.sante.gouv.fr>

– Site de l'Institut de veille sanitaire, espace RAISIN : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/raisin>

■ Sources

– Tableau de bord des infections nosocomiales – rapport national établi par la direction de l'hospitalisation et l'organisation des soins (DHOS) et la direction générale de la santé (DGS).

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/tab_bord/documents/rapport2006.pdf

– Résultats de l'enquête de prévalence des infections nosocomiales 2006 - *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2007, n° 51-52, pp. 429-32.

http://www.invs.sante.fr/beh/2007/51_52/beh_51_52_2007.pdf

tableau ● indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales :
répartition des établissements par classe de performance

Catégories d'établissements	ICALIN 2006	ICATB 2006		ICSHA 2006		Nombre d'établissements
	% A + B ¹	% A + B ¹	Nombre d'établissements non concernés ²	% A + B ¹	Nombre d'établissements non concernés	
Centre hospitalier régional/universitaire (CHR/CHU)	91,9 %	35,1 %	0	48,6 %	0	74
Centre hospitalier général (CH)	88,1 %	34,7 %	0	10,1 %	0	553
Établissement de lutte contre les maladies mentales	74,3 %	31,9 %	3	4,5 %	3	288
Hôpital local	81,1 %	30,0 %	0	11,1 %	0	350
Établissement privé MCO	90,2 %	32,8 %	0	11,9 %	0	615
Établissement de soins de suite et de réadaptation	72,8 %	29,4 %	26	6,3 %	26	731
Centre de lutte contre le cancer (CLCC)	100,0 %	35,0 %	0	55,0 %	0	20
Autres ³	60,3 %		179	15,1 %	72	179
Total	80,7 %	32,2 %	208	11,1 %	101	2 810

¹% A + B : il s'agit du pourcentage d'établissements classés en A et B sur une échelle allant de A à F, A étant la classe la plus performante et F la moins performante.

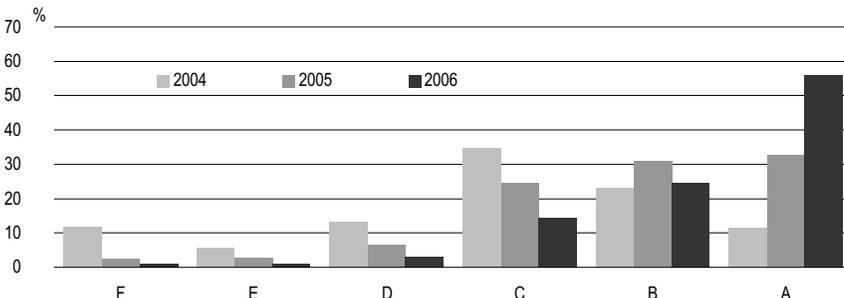
²Certains établissements peuvent ne pas être concernés par l'indicateur du fait de leur activité.

³Établissements de type maison d'enfants à caractère sanitaire et social, centres d'hémodialyse, etc.

Champ : établissements de santé publics et privés en France métropolitaine et dans les DOM.

Sources : tableau de bord des infections nosocomiales – rapport national établi par la DHOS et la DGS.

graphique ● évolution d'ICALIN entre 2004 et 2006



Note de lecture : l'échelle va de A à F, A étant la classe la plus performante, E la moins performante et F celle des établissements non répondants.

Champ : établissements de santé publics et privés en France métropolitaine et dans les DOM.

Sources : tableau de bord des infections nosocomiales – rapport national établi par la DHOS et la DGS.

● La naissance : les maternités

La prise en charge de la naissance a donné lieu à un processus ancien et durable de restructuration et de concentration des maternités, dont le nombre diminué en même temps que leur taille augmente.

Un mouvement régulier de concentration des maternités

Depuis 30 ans, les maternités françaises ont été confrontées à différents changements. D'abord, un processus de restructuration est à l'œuvre depuis le milieu des années 1970 avec un mouvement de concentration de plus en plus important. Le nombre de maternités est ainsi passé de 1369 en 1975 à 814 en 1996, pour s'établir à 581 en 2006 (voir tableau et graphique 2). Dans les services de gynéco-obstétrique, le nombre de lits a, quant à lui, diminué de 35 % et la durée moyenne de séjour a quasiment été divisée par deux en 30 ans, passant de 8 à 4,3 jours. La parution en 1972 du décret Dienech a entraîné la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales souvent tenues par des sages-femmes. Ce décret applicable aux cliniques privées d'accouchement imposait des normes très détaillées pour les locaux et le plateau technique ; 15 lits minimum étaient notamment requis pour obtenir l'autorisation d'exercice d'une maternité. Dans le secteur public, des normes identiques à celles du décret Dienech étaient mises en œuvre, qui ont surtout concerné les maternités des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes.

Une adéquation croissante entre niveau de risque des grossesses et équipements adaptés

Le décret périnatalité du 9 octobre 1998 définit plusieurs niveaux de maternité, destinés à prendre en charge les grossesses en fonction du niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. En 2006, on comptabilise en France métropolitaine 62 maternités de niveau 3 dont le rôle est de traiter les

situations les plus complexes pour la mère et/ou l'enfant ; 208 maternités dites de niveau 2 qui disposent d'un service de néonatalogie, et 311 maternités classées en niveau 1 destinées à prendre en charge les grossesses présentant le moins de risques. Ces 581 maternités recensées ont pris en charge plus de 785 000 accouchements. Elles disposaient pour cela de 22 000 lits de gynécologie-obstétrique. En 2006, le nombre de naissances en maternité s'élève à 784 000 ; il faut y ajouter quelque 5 000 naissances réalisées en dehors d'un établissement (à domicile ou dans un autre lieu).

Les maternités de niveau 2 et 3 sont presque exclusivement des maternités publiques ou privées à but non lucratif (respectivement 80 % et 100 % en 2006) alors que 41 % des maternités de niveau 1 sont privées à but lucratif. Entre 1996 et 2006, un plus grand nombre d'accouchements a eu lieu dans les maternités des deux niveaux supérieurs. En effet, en 2006, 66 % des accouchements ont eu lieu dans les 270 maternités disposant d'un service de néonatalogie et/ou de réanimation néonatale (niveau 2 ou 3), alors qu'en 1996, c'était le cas de 43,5 % d'entre eux.

La taille des maternités augmente avec le niveau de spécialisation. En effet, en 2006, une maternité de niveau 1 effectue en moyenne 870 accouchements, une maternité de niveau 2, 1 692, et une maternité de niveau 3 en réalise 2 626.

En outre, en 2006, plus d'un tiers des accouchements ont eu lieu dans une maternité ayant réalisé au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996 (voir graphique 1). Dans le même temps, 3 % des accouchements ont eu lieu dans une maternité réalisant moins de 300 accouchements, alors qu'elles en assuraient quatre fois plus en 1996. ■

■ Champ

Maternités de France métropolitaine (hors centres périnataux de proximité).

■ Définitions

– **Maternité** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique.

– **Niveau de maternité** : le décret périnatalité du 9 octobre 1998 a posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre niveau de risque de la patiente et du nouveau-né, et niveau de la maternité d'accueil. Trois niveaux

de maternités sont ainsi définis : un établissement est dit de « niveau 3 » s'il dispose sur le même site que le service d'obstétrique, d'un service de réanimation néonatale et d'un service de néonatalogie ; un établissement est dit de « niveau 2 » s'il a un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique ; un établissement est dit de « niveau 1 » s'il possède un service d'obstétrique.

– **Naissances** : sont comptabilisées les naissances après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou les enfants (ou fœtus) d'au moins 500 grammes à la naissance.

■ Pour en savoir plus

– Arnault S., Exertier A., *Études et Résultats* à paraître sur l'évolution du nombre de maternités en France métropolitaine.

– Buisson G., 2003, « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000 - un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales », *Études et Résultats*, n° 225, mars, DREES.

– Baubeau D., Morais S., Ruffié A., 1999, « Les maternités de 1975 à 1996 - un processus de restructuration sur longue période », *Études et Résultats*, n° 21, juillet, DREES.

– Ruffié A., Deville A., Baubeau D.,

1998, « État des lieux des structures obstétricales et néonatales en France », *J Gynécol Obstet Bio Reprod*, n° 27, suppl. n° 2.

■ Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Base Eco-santé, IRDES. État civil, INSEE.

tableau ● répartition des accouchements selon le niveau de la maternité d'accueil en 1996, 2002 et 2006

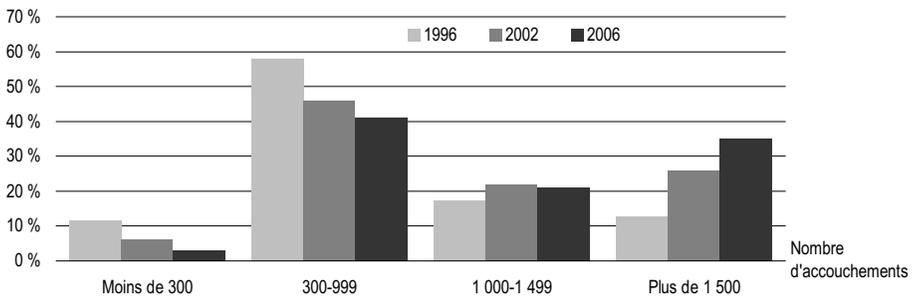
	Année	Niveau de spécialisation			Total
		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	
Nombre d'établissements	1996	564	250		814
	2002	391	204	60	655
	2006	311	208	62	581
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443		725 337
	2002	312 328	300 302	139 577	752 207
	2006	270 601	351 869	162 782	785 252
Part d'accouchements	1996	57 %	43 %		100 %
	2002	42 %	40 %	19 %	100 %
	2006	34 %	45 %	21 %	100 %

Note de lecture : en 1996, les définitions de niveau existaient déjà, sans être réglementaires (voir Ruffié A., et al., 1998, « État des lieux des structures obstétricales et néonatales en France »).

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, SAE 1996, 2002 et 2006, données statistiques.

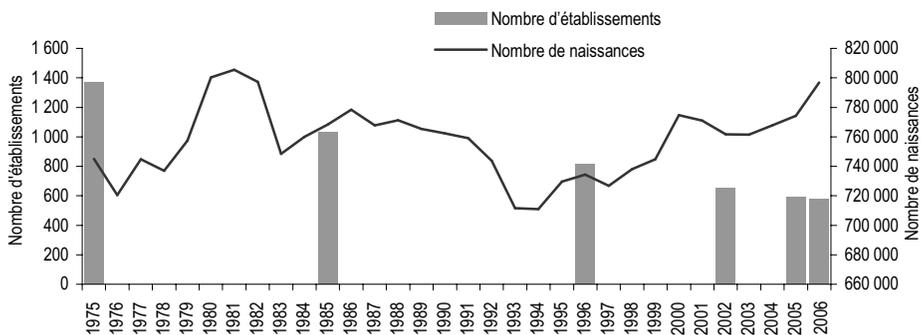
graphique 1 ● répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2002 et 2006



Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, SAE 1996, 2002 et 2006, données statistiques.

graphique 2 ● évolution de 1975 à 2006 du nombre des naissances et des maternités



Champ : France métropolitaine.

Sources : INSEE, état civil - DREES, H74 et statistique des établissements hospitaliers privés pour 1975, EHP et H80 pour 1985, SAE 1996, 2002, 2005 et 2006, données statistiques.

● La naissance : suivi et prise en charge

Depuis plusieurs années, les conditions de prise en charge autour de la naissance évoluent (développement des analgésiques, stabilisation des déclenchements d'accouchements, etc.), avec une amélioration de l'adéquation entre le niveau de risque encouru par les mères et les nouveau-nés et l'équipement des maternités qui les accueillent.

Une meilleure prise en charge des femmes à risque

Les maternités de niveaux 2 et 3 (voir définitions) accueillent près des deux tiers des accouchements. Selon les données de l'enquête nationale périnatale 2003, près des trois quarts des naissances multiples, des naissances prématurées et des petits poids de naissance ont été pris en charge dans ces établissements (voir graphique). La proportion d'enfants ayant nécessité un transfert dans un autre service, ou un autre établissement, ou bien une hospitalisation particulière, est restée inchangée : elle se situe toujours aux alentours de 8 % (voir tableau 1).

Bien qu'elles accueillent des femmes à risque, les maternités de niveaux 2 et 3 ont un taux de césarienne comparable à celui des établissements de niveau 1, ce qui signifie qu'à niveau de risque équivalent, les établissements de niveau élevé pratiquent moins fréquemment les césariennes, probablement du fait de moyens en équipement et en personnel plus importants.

Pour assurer une prise en charge adaptée des grossesses à risque - qui leur sont parfois adressées en cours de grossesse ou en urgence par les maternités de niveau inférieur -, pratiquement toutes les maternités de niveau 3 assuraient en 2003 la présence permanente d'un gynécologue-obstétricien, d'un anesthésiste-réanimateur et d'un pédiatre. Ces présences permanentes, en particulier des pédiatres, sont d'autant moins fréquentes que le niveau de maternité diminue (voir tableau 2).

Davantage d'analgésiques, moins d'hospitalisations prénatales

Concernant les accouchements, la prise en charge de la douleur par analgésie péridurale continue de se développer : 63 % des

femmes en ont bénéficié en 2003, contre 58 % en 1998 et 49 % en 1995. Parmi les femmes ayant accouché sans péridurale, 39 % l'ont fait volontairement et 48 % suite à un travail trop rapide. Le pourcentage de rachianesthésies (voir définitions) continue en outre de progresser sensiblement : de 5 % en 1995, il est passé à 8,5 % en 1998, pour finalement atteindre 12,3 % en 2003. En revanche, les anesthésies générales ont quasiment disparu et n'ont été utilisées que dans 1,7 % des cas en 2003 contre 5,4 % en 1995. Dans 20 % des cas, le début du travail se fait par déclenchement sur décision médicale. Cette proportion n'a pas changé depuis 1995, alors qu'elle avait doublé précédemment entre 1981 et 1995. Toutefois, le pourcentage de césariennes avant travail, qui était passé de 6 % en 1981 à 8,5 % en 1995 et 9,2 % en 1998, a crû encore plus rapidement depuis 1998 pour atteindre 12,5 % des accouchements en 2003.

On observe, par ailleurs, une nette diminution du taux d'hospitalisation prénatale entre 1998 et 2003 : en effet, en 2003, 18,6 % des femmes ont été hospitalisées avant leur date d'accouchement, contre 21,6 % en 1998. L'hospitalisation prénatale n'échappe d'ailleurs pas au mouvement général de réduction de la durée d'hospitalisation : la part des hospitalisations de moins de trois jours a fortement augmenté (37,1 % en 2003 contre 27 % en 1995), alors que celle des hospitalisations de plus de huit jours continue de diminuer (24,1 % en 2003 contre 32,7 % en 1995). Les hospitalisations d'une journée sont elles aussi sensiblement plus fréquentes (22,5 % en 2003 contre 18 % en 1995). ■

■ Champ

Maternités de France métropolitaine (hors centres périnatals de proximité).

■ Définitions

– **Maternité** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique.

– **Niveau de maternité** : le décret périnatalité du 9 octobre 1998 a posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre niveau de risque de la patiente et du nouveau-né, et niveau de la maternité d'accueil. Trois niveaux de maternités sont ainsi définis : un établissement est dit de « niveau 3 » s'il dispose sur le même site que le service d'obsté-

trique, d'un service de réanimation néonatale et d'un service de néonatalogie ; un établissement est dit de « niveau 2 » s'il a un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique ; un établissement est dit de « niveau 1 » s'il possède un service d'obstétrique.

– **Naissances** : sont comptabilisées les naissances après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou les enfants (ou fœtus) d'au moins 500 grammes à la naissance.

– **Rachianesthésie et analgésie péridurale** : la rachianesthésie est une ponction lombaire avec administration d'un anesthésique local dans le liquide céphalorachidien. L'analgésie péridurale est une anesthésie locorégionale, qui

consiste à injecter le mélange anesthésiant à proximité de la moelle épinière (dans l'espace péridural).

■ Pour en savoir plus

– Vilain A., Peretti de C., Herbet J.-B., Blondel B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », Synthèse effectuée à partir de l'analyse et du rapport réalisés par Blondel B., Supermant K., Mazaubrun du C., Bréart G. (INSERM U 149), *Études et Résultats*, n° 383, février, DREES.

– Baubeau D., Buisson G., 2003, « La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001 », *Études et Résultats*, n° 275, décembre, DREES.

■ Sources

Les enquêtes nationales périnatals sur la morbidité et les pratiques médicales font partie des plans Périnatalité, définis par le ministère chargé de la santé en 1994 et en 2004. Elles sont réalisées conjointement par l'INSERM (U 149, coordination scientifique), la DGS, la DREES et les services départementaux de PMI des conseils généraux. Elles recueillent des informations sur l'état de santé, les soins périnatals et les facteurs de risque, à partir d'un échantillon de naissances représentatif de tous les enfants, nés vivants ou mort-nés dans les maternités publiques et privées, constitué de toutes les naissances d'une semaine donnée.

tableau 1 ● surveillance de la grossesse et déroulement de l'accouchement entre 1995 et 2003 (en %)

	1995	1998	2003
Hospitalisation pendant la grossesse, dont :	19,9	21,6	18,6
Hospitalisation de moins de trois jours	27,0	32,3	37,1
Hospitalisation de huit jours ou plus	32,7	28,9	24,1
Accouchement déclenché	20,5	20,3	19,7
Analgésie péridurale	48,6	58,0	62,6
Absence car non désirée	n.d.	n.d.	38,7
Absence car travail trop rapide	n.d.	n.d.	48,0
Rachianesthésie	5,0	8,5	12,3
Anesthésie générale	5,4	2,6	1,7
Transfert de l'enfant	8,7	7,2	7,9
Taux de césariennes (avant travail)	8,5	9,2	12,5

Champ : naissances en France métropolitaine.

Sources : Enquête nationale périnatale 1995, 1998, 2003, INSERM, DREES, DGS, conseils généraux.

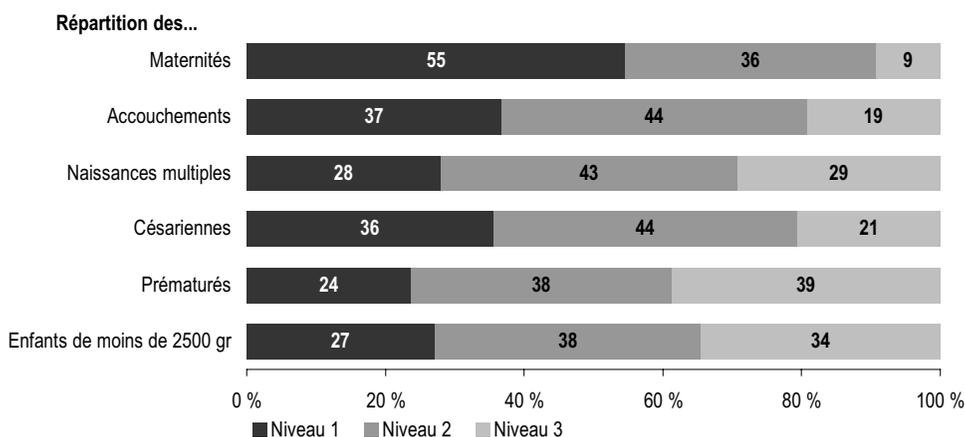
tableau 2 ● présence médicale selon le niveau des maternités (en %)

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Part des établissements avec un gynécologue-obstétricien présent en permanence dans le service ou l'établissement	22	53	96
Part des établissements avec un pédiatre présent en permanence dans le service ou l'établissement	5	31	95
Part des établissements avec un anesthésiste-réanimateur présent en permanence dans le service ou l'établissement	38	81	96

Champ : ensemble des naissances en France métropolitaine durant la semaine du 13 au 19 octobre 2003.

Sources : Enquête nationale périnatale 2003, INSERM, DREES, DGS, conseils généraux.

graphique ● caractéristiques de l'activité par niveau de maternité en 2003 (en %)



Champ : ensemble des naissances en France métropolitaine durant la semaine du 13 au 19 octobre 2003.

Sources : Enquête nationale périnatale 2003, INSERM, DREES, DGS, conseils généraux.

● La satisfaction des usagères de maternités

L'enquête auprès des usagères des maternités permet de dresser un état des lieux des attentes et de la satisfaction des femmes ayant accouché en France métropolitaine avant la concrétisation des mesures du plan Périnatalité 2005-2007. Les premiers résultats donnent un tableau très positif de la perception qu'ont les usagères de leur suivi de grossesse et du déroulement de leur accouchement. Leur satisfaction dépend surtout de leur marge de manœuvre (choix de la maternité, niveau de protection sociale, etc.) et des éventuelles complications intervenues durant la grossesse. L'enquête suggère enfin que des progrès peuvent encore être accomplis en matière de conseils et d'informations pour préparer la sortie de la maternité.

Les usagères sont unanimes quant à la qualité du suivi de grossesse

Dans un contexte de concentration et de redéploiement spatial des maternités, le ministère de la Santé a édicté le plan Périnatalité 2005-2007 autour de quatre grands principes : humanité, proximité, sécurité et qualité. Dans ce cadre, 2656 femmes ont été interrogées à la fin de l'année 2006 lors d'une enquête menée par la DREES auprès des usagères des maternités. Cette enquête proposait aux jeunes mères de revenir en détail sur le déroulement de leur grossesse et d'exprimer leur opinion sur les différentes composantes de leur prise en charge.

Parmi les femmes interrogées, seule une sur cinquante se déclare plutôt pas ou pas du tout satisfaites de son suivi de grossesse (voir graphique 1), toutes les autres se déclarant plutôt ou tout à fait satisfaites. Ce haut niveau de satisfaction se retrouve sur chacune des dimensions de l'accueil et de l'organisation des consultations de suivi : la fréquence et, avec des jugements légèrement plus nuancés, les informations délivrées et la durée de ces séances. Les femmes ont en premier lieu mis en avant les qualités humaines des professionnels de santé plutôt que leurs qualités techniques. En effet, interrogées sur l'aspect du suivi de grossesse qu'elles avaient trouvé le plus satisfaisant, 30 % ont salué l'écoute et l'accompagnement des professionnels, 22 % le dialogue et les explications reçues, contre 19 % la sécurité de la prise en charge et 13 % la qualité des prestations techniques.

Les femmes sont très satisfaites du déroulement de l'accouchement

Les femmes expriment également une grande satisfaction à l'égard de la manière dont s'est déroulé leur accouchement : seules 6 % se déclarent pas du tout (2 %) ou plutôt pas satisfaites (4 %) (voir graphique 1). La prise en charge à l'arrivée à la maternité est particulièrement valorisée, avec des niveaux d'adhésion très élevés et homogènes quant à l'efficacité, la disponibilité et les informations délivrées par les équipes soignantes, ou les conditions matérielles d'accueil. En ce qui concerne l'accouchement *stricto sensu*, les opinions très positives varient de 70 % pour les actes pratiqués, à 63 % pour le sentiment de sécurité et un peu moins de 60 % pour l'accompagnement des professionnels de santé pendant l'accouchement. Seul petit bémol : les femmes sont

moins unanimes sur les explications fournies par les professionnels sur la démarche médicale et les implications potentielles sur leur santé. Ces informations sont jugées insuffisantes dans 15 % des césariennes et 50 % des épisiotomies.

Une femme sur cinq émet un jugement négatif sur la préparation à la sortie de la maternité

C'est sur la préparation à la sortie de la maternité que les femmes expriment le plus de réticences. Elles sont entre 15 % et 35 % à ne pas être satisfaites (« plutôt pas » ou « pas du tout ») des informations et conseils médicaux qui leur sont prodigués afin d'assurer les soins de suites de couches (voir graphique 2) : 16 % pour les soins de déchirure, 20 % pour les soins de cicatrice liée à une césarienne, 23 % pour les soins consécutifs à une épisiotomie et 33 % pour la rééducation du périnée. Plus encore, près de quatre femmes sur dix déplorent avoir été mal préparées aux éventuels troubles *post-partum* (pertes vaginales, retour de couches, prise de poids, fatigue, manque de sommeil, etc.).

Des niveaux de satisfaction qui varient selon les marges de choix et les actes pratiqués

Dans leur ensemble, les femmes interrogées expriment un avis très positif sur les différentes étapes de leur trajectoire de grossesse. Des analyses « toutes choses égales par ailleurs » montrent aussi que le niveau de satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse comme du déroulement de l'accouchement varie assez peu selon le type de structure d'accueil ou les principales caractéristiques sociodémographiques de la patiente. Les appréciations portées sur le suivi de grossesse fluctuent surtout en fonction des marges de manœuvre dont les femmes ont disposé pour choisir et coordonner leur trajectoire de grossesse : choix de la maternité, structure assurant le suivi, problèmes rencontrés lors de la grossesse, niveau de protection sociale. À ces facteurs se surajoute l'influence des modalités d'accouchement et des actes pratiqués par l'équipe soignante sur la satisfaction à l'égard de l'accouchement. Ainsi, la part des insatisfaites s'accroît de 35 % parmi les femmes qui n'ont pas eu de péridurale. Plus encore, elle est multipliée par deux chez celles pour qui il a fallu avoir recours à une césarienne. ■

■ Champ

Usagères des maternités de France métropolitaine.

■ Pour en savoir plus

– Collet M., 2008, « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement », *Études et Résultats*, n° 660, septembre, DREES.
– Pauchet-Traversat A.-F., 2008, « Naître en France », *ADSP*, pp.17-98, n° 61-62, mars.

■ Sources

L'enquête auprès des usagères

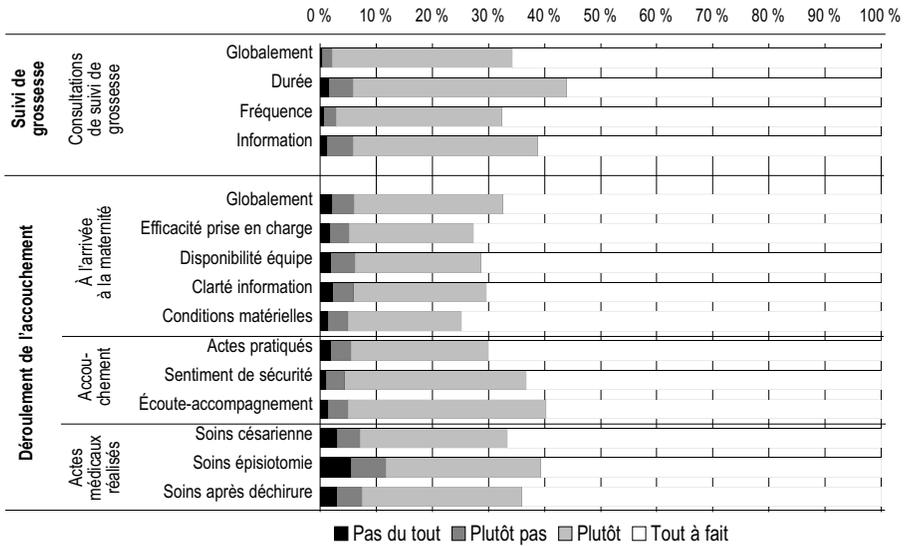
des maternités, menée à la fin de l'année 2006, s'insère dans un dispositif d'enquêtes réalisées par la DREES auprès des usagers du système de soins. Elle permet de décrire les différentes étapes des parcours de grossesse, en regard de l'offre locale : déclaration de grossesse, inscription à la maternité, suivi prénatal, accouchement, suites de couches et suivi post-natal. Elle met ainsi en évidence les éléments déterminant les choix (maternité et type de suivi) et la satisfaction perçue.

Le protocole de l'enquête repose sur un double question-

nement des personnels médicaux et des usagères. Sur les 608 maternités recensées par la Statistique annuelle des établissements (SAE 2004), 169 ont été tirées au sort, de manière à être représentatives en termes de niveau d'autorisation, de taille (en nombre d'accouchements par an), de statut juridique et de mode de financement. Les équipes soignantes de ces maternités ont recueilli des renseignements médicaux pour l'ensemble des parturientes ayant quitté la maternité avec leur bébé au cours de la période de référence de l'enquête

(d'une durée de deux semaines entre septembre et fin octobre 2006). Sur cette base, des entretiens téléphoniques ont ensuite été menés auprès de 2656 patientes. Si l'échantillon a été redressé de manière à être représentatif de la répartition des accouchements dans les strates enquêtées, il ne garantit en revanche pas une parfaite représentativité de l'ensemble des usagères des maternités, les femmes restant hospitalisées longtemps dans l'établissement ou sortant sans leur enfant n'entrant, de fait, que très rarement dans le champ d'enquête.

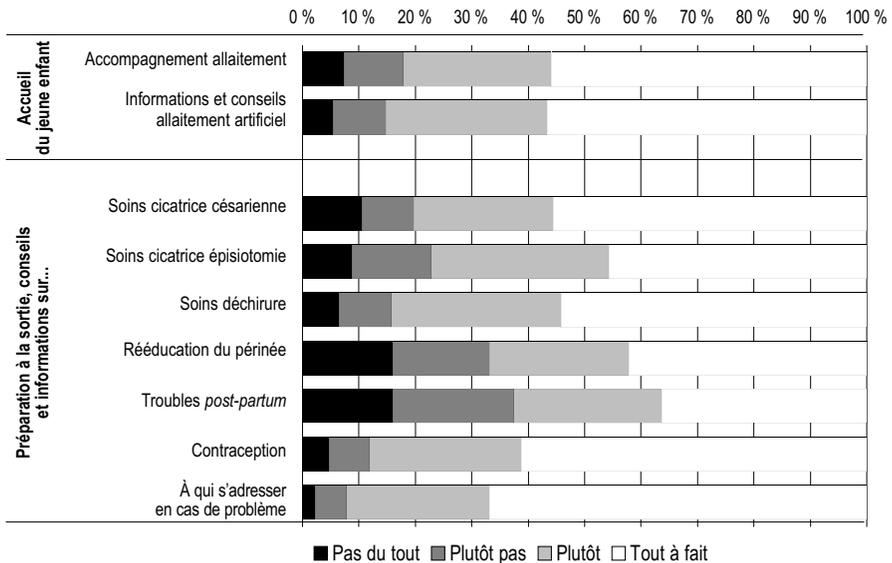
graphique 1 ● satisfaction à l'égard des consultations de suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement



Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête auprès des usagères des maternités, DREES, 2006.

graphique 2 ● satisfaction à l'égard des suites de couches et du suivi post-natal



Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête auprès des usagères des maternités, DREES, 2006.

● L'activité des services d'urgences

En 2006, l'augmentation des passages dans les services d'urgences hospitaliers se poursuit. Le secteur public est prépondérant, tant en nombre de structures qu'en volume d'activité. La part du secteur privé se stabilise, atteignant 17 % des passages. Sur les 15,4 millions de passages aux urgences en 2006, un sur cinq aboutit à une hospitalisation.

Une augmentation du nombre global de passages aux urgences

En 2006, le nombre annuel de passages dans les services d'urgences des établissements de santé de France métropolitaine atteignait 15,4 millions, contre 10,1 millions en 1996. Entre 2005 et 2006, le volume d'activité a augmenté de 5,1 %, ce qui correspond à la hausse annuelle moyenne entre 1996 et 2002. L'évolution du nombre annuel de passages avait connu un léger ralentissement en 2003 et en 2004 (voir graphique 1).

Le taux annuel de passages aux urgences, qui établit le rapport entre le nombre de passages et la population résidente au 1^{er} janvier de l'année, est passé de 17,5 % en 1996 à 25,2 % en 2006. Entre 2005 et 2006, il a augmenté d'un point.

L'ensemble de ces passages est réalisé, en France métropolitaine, par les 638 services autorisés pour l'accueil des urgences en 2006. Ces services se répartissent en trois catégories selon la gravité et la spécificité des situations des patients : 211 services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), aptes à traiter tous les types d'urgences, 388 unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU), qui réorientent au besoin les cas les plus difficiles, et 39 pôles spécialisés d'urgences (POSU) prenant en charge des pathologies ou des populations spécifiques, notamment les enfants (voir tableau 1). Plus de la moitié des passages (54 %) étaient pris en charge par les SAU en 2006, 42 % par les UPATOU et 5 % par les POSU (voir tableau 2). Le nombre de services a augmenté par rapport à 2005 (626), notamment pour les UPATOU.

Une activité en progression dans tous les secteurs

Les trois quarts des services d'urgences sont publics. Plus d'un tiers des UPATOU, qui prennent en charge les cas les moins graves, relèvent du secteur privé, contre seulement 3 % des SAU. La répartition des POSU est plus équilibrée : 20 sont publics et 19 sont privés.

En 2005 et 2006, l'activité des services d'urgences augmente dans le secteur privé comme dans le secteur public. Contraire-

ment à 2004, où la croissance du volume de passages n'était portée que par le secteur privé, le secteur public joue en 2006 un rôle important, l'activité y augmentant de 4,5 %. Bien que la hausse y soit moins élevée que dans le secteur privé, elle contribue à une grande part de l'évolution totale.

En 2006, la part des passages aux urgences du secteur privé (pris dans sa globalité) augmente légèrement, atteignant 17 %.

Des structures majoritairement de petite taille

Les services d'urgences des établissements privés à but lucratif sont de plus petite taille que ceux des établissements publics : 14 000 passages annuels en moyenne, contre 27 000 dans le secteur public. Avec en moyenne 21 000 passages annuels, le secteur privé à but non lucratif occupe une position intermédiaire.

Tous secteurs confondus, les petites unités sont les plus nombreuses : 36 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an, et près des deux tiers moins de 25 000. À l'autre extrémité, 16 % d'entre elles reçoivent plus de 40 000 passages par an et traitent plus d'un tiers de l'ensemble des passages (voir graphique 2). Cette répartition en fonction de la taille est très différente selon les types de services. En effet, l'activité moyenne d'un SAU représente par exemple plus du double de celle des UPATOU, avec respectivement 39 000 et 17 000 passages annuels.

Après un passage aux urgences, un patient sur cinq est hospitalisé

Le taux d'hospitalisation après un passage aux urgences reste stable au cours des six dernières années ; il se maintient en effet autour de 20 %. Il est plus élevé dans les SAU (22,7 %), qui prennent en charge davantage de cas graves, que dans les UPATOU (16,2 %). Ce taux est moins élevé dans les établissements privés que dans le secteur public (11,1 % contre 21,3 %), ce qui peut être lié à la sur-représentation de ce dernier dans les SAU. ■

■ Champ

Établissements publics et privés en France métropolitaine, bénéficiant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R.6123-1 à R.6123-32 du code de la santé publique).

■ Définitions

– Le nombre de passages aux urgences pour l'année inclut l'ensemble des arrivées quels que soient les modes d'arrivée et les modes de sortie.

La prise en charge des urgences a été largement réorganisée par les décrets n° 97-615 et 97-619 du 30 mai 1997 et est soumise à autorisation depuis cette date. Pour adapter la prise en charge à la gravité des situations, trois types de structures ont été définis :

- les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) potentiellement capables de traiter tous les types d'urgences. Ils sont installés dans des établissements comportant des services ou unités de réanimation, médecine générale ou médecine interne, médecine à orientation cardio-vasculaire, médecine pédiatrique, anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédique et chirurgie viscérale, y compris gynécologique (article R. 6123-2) ;
- les pôles spécialisés d'urgences (POSU) capables de prendre en charge des urgences lourdes, mais seulement sur des spécialités spécifiques, ou installés dans des établissements prenant en charge de façon prépondérante des enfants (article R.6123-4) ;
- les unités de proximité, d'ac-

cueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) qui doivent traiter les cas les plus simples, mais orienter, vers d'autres structures, les patients dont l'état nécessite des soins qu'elles ne peuvent assurer (article R.6123-6).

Cette organisation a été modifiée par les décrets du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à ces structures, mais elle n'était pas encore en vigueur au moment de la SAE 2006 commentée dans cette fiche. En particulier, il n'y aura plus qu'un seul type de service d'urgences, mais différencié en fonction de la population accueillie, dans des structures de type généraliste ou pédiatrique. Les anciens UPATOU, SAU et

POSU spécialisés seront rassemblés au sein de l'ensemble des services d'urgences, et ne se distingueront plus que par leurs tailles très différentes.

■ Pour en savoir plus

Carrasco V., 2006, « L'activité des services d'urgences en 2004 : une stabilisation du nombre de passages », *Études et Résultats*, n° 524, septembre, DREES.

■ Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'équipement (nombre de box de surveillance), l'activité (nombre et orientation des passages) et le personnel (médecins, infirmiers et assistants de service social) des unités d'accueil et de traitement des urgences.

tableau 1 ● nombre de services d'urgences en 2005 et en 2006 selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
POSU	19	20	2	2	17	17	38	39
SAU	202	204	5	6	2	1	209	211
UPATOU	247	248	29	30	103	110	379	388
Ensemble	468	472	36	38	122	128	626	638

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, SAE 2005-2006, données statistiques.

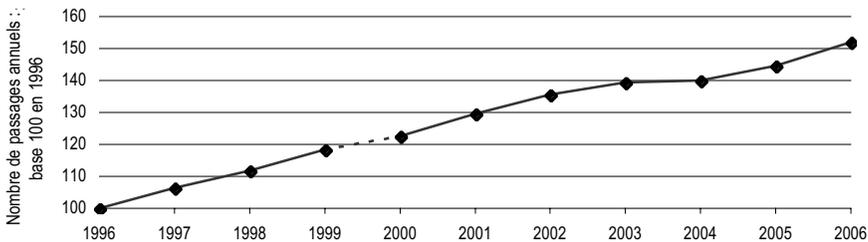
tableau 2 ● nombre de passages aux urgences en 2006 selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006	2006	Évolution 2005-2006
POSU	592 666	6,8%	42 275	-20,0%	101 198	42,0%	736 139	8,4%
SAU	8 008 335	4,4%	227 248	11,9%	23 891	-33,0%	8 259 474	4,4%
UPATOU	4 193 048	4,4%	511 852	4,5%	1 717 163	9,1%	6 422 063	5,6%
Ensemble	12 794 049	4,5%	781 375	4,8%	1 842 252	9,6%	15 417 676	5,1%

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, SAE 2005-2006, données statistiques.

graphique 1 ● évolution du nombre de passages annuels aux urgences

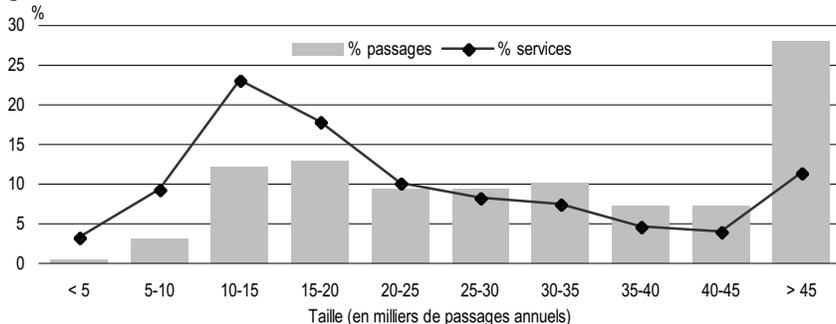


Note de lecture : ces évolutions sont à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, SAE 1996-2006, données statistiques.

graphique 2 ● répartition des services et des passages aux urgences selon la taille du service



Note de lecture : 23 % des services d'urgences ont une taille comprise entre 10 000 et 15 000 passages annuels ; ils accueillent 12 % de l'ensemble des passages aux urgences.

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

● Les personnels des services d'urgences

Comme l'activité, l'effectif des médecins et des infirmiers des services d'urgences, calculé en équivalent temps plein (ETP), est en augmentation en 2006. Le nombre moyen de passages par médecin et infirmier en ETP est stable, alors que l'activité des personnels varie, par ailleurs, selon les services d'urgences dans lequel ils interviennent.

Le renforcement des moyens en personnels médicaux et infirmiers se poursuit en 2006

En 2006, 7 120 médecins et 14 200 infirmiers intervenaient dans les services d'urgences de France métropolitaine, soit respectivement 5 230 et 12 780 équivalents temps plein (ETP). Entre 2001 et 2006, le nombre d'ETP médicaux et infirmiers n'a cessé d'augmenter, notamment en 2004 avec les effets de la mise en place du plan Urgences décidé en 2003 (voir graphique 1). En 2006, la croissance du nombre d'ETP médicaux et infirmiers est d'ailleurs proche, aux alentours de 4,5 %. Entre 2001 et 2004, le nombre moyen de passages annuels par médecin en ETP a diminué de 3 620 à 2 980. Il s'est stabilisé depuis, atteignant 2 950 en 2006. Quant aux infirmiers, ils prennent en charge 1 210 passages annuels en moyenne en 2006 ; ce chiffre est pratiquement stable depuis 2001.

L'activité des personnels médicaux et infirmiers varie au sein des SAU et des UPATOU

Les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) sont les structures prenant en charge tous les types d'urgences, y compris les plus complexes ; ils relèvent quasi-exclusivement du secteur public. Les unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU), en revanche, prennent en charge des cas plus simples et sont représentées dans tous les secteurs. L'activité du personnel médical et infirmier au sein de ces structures est différente. Le nombre moyen de passages annuels par médecin en ETP est ainsi plus élevé dans les SAU que dans les UPATOU, avec respectivement 3 040 et 2 820 passages. À l'inverse, le nombre moyen de passages par infirmier en ETP est plus faible dans les SAU (1 080) que dans les UPATOU (1 420).

Au sein de ces dernières unités, le nombre de passages par médecin et par infirmier est plus faible dans le secteur public que dans le secteur privé à but non lucratif. Le secteur privé à but lucratif est celui dans lequel le nombre de passages est le plus élevé, avec 3 480 passages par médecin et 2 140 passages par infirmier, comptés en ETP.

Par ailleurs, dans les SAU et les UPATOU, le nombre de passages aux urgences par médecin en ETP augmente fortement avec la taille de l'unité. Dans les plus petites unités des UPATOU, qui reçoivent moins de 10 000 passages par an, on dénombre 1 680 passages annuels par ETP. Ce chiffre double dans les grandes unités (plus de 35 000 passages annuels)

avec 3 550 passages par médecin en ETP. Dans les SAU recevant entre 15 000 et 20 000 passages par an, le nombre de passages par médecin en ETP est de 1 930, contre 3 850 dans les unités comptant entre 55 000 et 60 000 passages (voir graphique 2).

En revanche, le nombre de passages par infirmier en ETP ne dépend de la taille, ni dans les SAU, ni dans les UPATOU.

Les médecins et les infirmiers des POSU publics prennent en charge un nombre élevé de passages

L'activité des 39 pôles spécialisés d'urgences (POSU) varie selon la spécificité du service. Dans le secteur public, il s'agit généralement de POSU pédiatriques, assimilables aux SAU, et de grande taille (près de 30 000 passages par an en moyenne). À l'inverse, les POSU des cliniques privées relèvent le plus souvent d'une très haute spécialisation (cardiologie, chirurgie de la main, etc.) et sont de petite taille (moins de 6 000 passages par an en moyenne). En 2006, le nombre de passages par médecin et par infirmier est donc faible dans les petites structures spécialisées (respectivement 1 010 et 690 en moyenne), même s'il est plus élevé qu'en 2004 (respectivement 680 et 450). Au sein des structures peu spécialisées du secteur public, les médecins et les infirmiers prennent en revanche en charge un nombre élevé de passages (respectivement 4 560 et 1 390 en moyenne), quel que soit la taille de la structure (voir graphique 3). Pour les infirmiers, l'écart entre les deux types de POSU est moins accentué que pour les médecins.

La part des assistants de service social est plus importante dans les services de grande taille

Seules 37 % des unités d'urgences déclarent disposer d'assistants de service social. Cette part varie fortement avec la taille, passant de 24 % pour les services réalisant de 10 000 à 20 000 passages annuels, à 59 % pour ceux comptant plus de 40 000 passages par an. Globalement, 349 assistants de service social participent à l'activité des services d'urgences, représentant 232 ETP, soit en moyenne un assistant à temps plein pour 30 660 passages annuels pour les services qui en sont dotés. Par ailleurs, en 2006, l'effectif des autres personnels affectés aux services d'urgences (aides-soignantes, agents de service hospitaliers et secrétaires notamment) est estimé à 11 420 personnes. Il représente 10 230 ETP, soit 80 % des ETP infirmiers. ■

■ Champ

Établissements publics et privés en France métropolitaine, bénéficiant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R. 6123-1 à R. 6123-32 du code de la santé publique).

■ Définitions

– Pour la définition des diffé-

rents types de services d'urgences, voir la fiche « L'activité des services d'urgences » p. 58 – *Équivalent temps plein (ETP)* : les personnes employées à temps plein comptent chacune pour 1, une personne employée à mi-temps compte pour 0,5, une personne employée à quatre cinquièmes du temps compte pour 0,8.

■ Pour en savoir plus

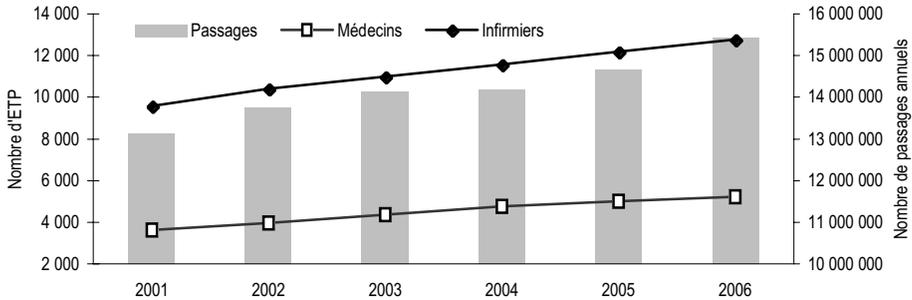
Carrasco V., 2006, « L'activité des services d'urgences en 2004 : une stabilisation du nombre de passages », *Études et Résultats*, n°524, septembre, DREES.

■ Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la

DREES décrit l'équipement (nombre de box de surveillance), l'activité (nombre et orientation des passages) et le personnel (médecins, infirmiers et assistants de service social) des unités d'accueil et de traitement des urgences.

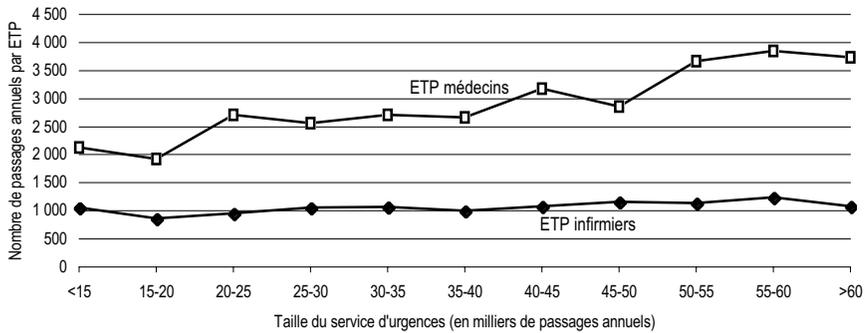
graphique 1 ● évolution de l'activité et du nombre de médecins et d'infirmiers (en ETP)



Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

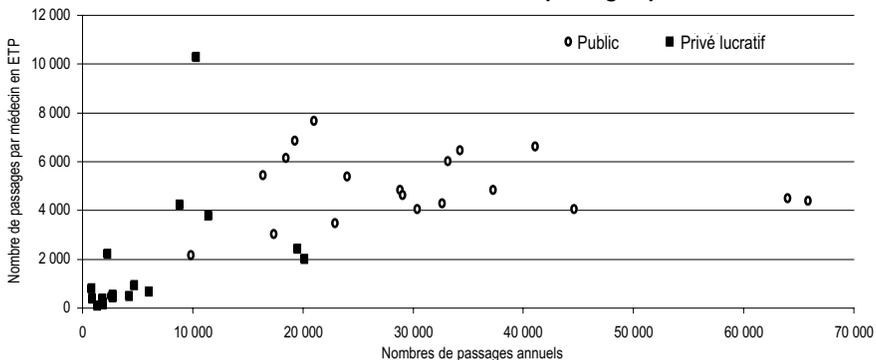
graphique 2 ● nombre de passages par ETP médecin et infirmier dans les SAU selon la taille du service



Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

graphique 3 ● répartition des POSU publics et privés à but lucratif selon la taille du service et le nombre de passages par médecin ETP



Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

● L'offre hospitalière en psychiatrie

La psychiatrie a des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales : prises en charge récurrentes et diversifiées, faible place des actes techniques, nombreuses structures extra-hospitalières, etc.

Depuis 2001, le nombre de lits en hospitalisation complète a diminué de 6 % alors que le nombre de places en hospitalisation partielle de jour et de nuit est resté quasiment stable. Ces tendances sont à mettre en relation avec le développement des prises en charge ambulatoires en psychiatrie générale et infanto-juvénile (voir définitions).

Une offre majoritairement publique

En 2006, sur 617 établissements assurant une prise en charge hospitalière en psychiatrie, près de la moitié sont des établissements publics (voir tableau 1). Ils représentent plus des deux tiers de l'ensemble des lits d'hospitalisation complète et les quatre cinquièmes des places d'hospitalisation partielle. L'autre moitié se répartit quasiment à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées, ces dernières ayant essentiellement une activité d'hospitalisation complète.

Parmi les établissements qui accueillent des adultes, 60 % sont exclusivement dédiés à la santé mentale. Pour la prise en charge des enfants, là aussi, plus de la moitié des établissements sont exclusivement spécialisés en psychiatrie. D'une façon générale, l'offre psychiatrique concernant les enfants est presque exclusivement le fait des établissements publics et privés à but non lucratif.

Diminution de l'hospitalisation complète et stabilité de l'hospitalisation partielle

Les évolutions observées depuis 2001 des capacités d'accueil et de l'activité en psychiatrie en hospitalisation complète se confirment entre 2005 et 2006 (voir tableau 2). La diminution du nombre de journées d'hospitalisation à temps plein depuis 2001 (-3 %) reste inférieure à la diminution observée du nombre de lits sur la même période (-6 %). Le nombre de venues comme de places en hospitalisation partielle évolue peu quant à lui.

■ Champ

Établissements de santé publics et privés ayant une activité de psychiatrie au 31 décembre 2006 en France métropolitaine et dans les DOM.

■ Définitions

– **Psychiatrie générale** : prise en charge des adultes de 16 ans ou plus présentant des troubles psychiques.

– **Psychiatrie infanto-juvénile** : prise en charge des enfants et adolescents.

– **Nombre d'entités** : l'entité comptabilisée correspond pour les établissements publics ayant une activité de psychiatrie à l'entité juridique; pour les établissements privés ayant une activité de psychiatrie à l'entité géographique si mono-établissement, une entité par département d'implantation si l'entité juridique regroupe des éta-

blissements sur plusieurs départements. Un même établissement peut proposer à la fois une activité de psychiatrie générale et infanto-juvénile, ainsi qu'une activité sectorisée et non sectorisée.

– **Prise en charge psychiatrique** : elle se décline sous plusieurs modes : en ambulatoire, à temps partiel ou à temps complet. Il existe plusieurs natures de prises en charge à temps complet, dont l'hospitalisation à temps plein (hospitalisation complète) qui est étudiée ici. De même, ce sont uniquement l'hospitalisation de jour ou de nuit qui sont désignées ici par le terme d'hospitalisation partielle.

– **Prise en charge ambulatoire** : il s'agit de l'accueil et des soins en centres médico-psychologiques (CMP) ou des activités de consultations réalisées dans un autre lieu, notamment la psychiatrie de

liaison en établissement sanitaire et social.

Après avoir diminué, la durée moyenne de séjour reste stable depuis quelques années; elle est de 29,5 jours en 2006. Elle est très supérieure dans les établissements privés : elle s'élève en effet à 37 jours dans les établissements privés à but non lucratif et à 35 dans les établissements privés à but lucratif, contre 27 jours dans les établissements publics.

Les deux branches de la discipline, psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile, connaissent des évolutions légèrement différenciées entre 2001 et 2006. La baisse des capacités comme de l'activité en hospitalisation complète repose surtout sur l'évolution des prises en charge des adultes, la psychiatrie infanto-juvénile accordant une place peu importante à cette forme d'activité. Au contraire, en hospitalisation partielle, la faible hausse est légèrement plus marquée en psychiatrie infanto-juvénile qu'en psychiatrie générale : respectivement +2,5 % et +0,7 % de places pour +2,3 % et +0,9 % de venues.

Disparités départementales

La densité nationale d'équipement en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle est passée de 164 à 135 pour 100 000 habitants entre 1997 et 2006. Elle varie dans un rapport de 1 à 31 selon les départements.

Cette offre est exclusivement publique dans 27 départements (voir carte). À l'inverse, elle représente moins de la moitié des capacités dans 18 départements, où le secteur privé à but non lucratif est le plus souvent bien implanté. ■

liaison en établissement sanitaire et social.

– **Nombre de lits installés** – **Entrées en hospitalisation complète** – **Journées réalisées en hospitalisation complète** – **Nombre de places installées** – **Venues en hospitalisation partielle** : voir notamment la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital » p. 16.

■ Pour en savoir plus

– Arnault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2007, « L'activité des établissements de santé en 2006 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 618, décembre, DREES.

– Coldefy M., 2005, « Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France », *Études et Résultats*, n°443, novembre, DREES.

– Coldefy M., Alluard O., 2005,

« Atlas régional de psychiatrie générale - disparités de l'offre et des territoires d'intervention », *Document de travail, Série Statistiques*, n° 75, février, DREES.

– Coldefy M., Alluard O., 2005, « Atlas régional de psychiatrie infanto-juvénile - disparités de l'offre et des territoires d'intervention », *Document de travail, Série Statistiques*, n°76, février, DREES.

■ Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) couvre la totalité des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie. Elle permet de décrire l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle) et les capacités associées (lits et places).

tableau 1 ● nombre d'établissements, activité et capacités au 31 décembre 2006

	Nombre d'établissements		Hospitalisation complète			Hospitalisation partielle	
	Exclusif	Non exclusif	Nombre de lits	Nombre de séjours	Nombre de journées	Nombre de places	Nombre de venues
Établissements publics (1)	90	203	39 658	459 150	12 480 465	21 770	4 019 670
Psychiatrie générale	88	194	37 977	440 818	12 158 367	14 424	2 826 737
Psychiatrie infanto-juvénile	86	129	1 681	18 332	322 098	7 346	1 192 933
Établissements privés à but non lucratif (2)	142	28	7 418	62 683	2 323 126	4 631	978 063
Psychiatrie générale	91	20	7 082	60 122	2 240 559	3 058	635 224
Psychiatrie infanto-juvénile	74	10	336	2 561	82 567	1 573	342 839
Établissements privés à but lucratif (2)	147	6	10 928	111 268	3 887 800	340	90 218
Psychiatrie générale	147	5	10 862	110 423	3 867 687	329	88 052
Psychiatrie infanto-juvénile	6	1	66	845	20 113	11	2 166
Total	380	237	58 004	633 101	18 691 391	26 741	5 087 951
Psychiatrie générale	326	219	55 921	611 363	18 266 613	17 811	3 550 013
Psychiatrie infanto-juvénile	166	140	2 083	21 738	424 778	8 930	1 537 938

(1) Nombre d'entités juridiques.

(2) Nombre de départements d'implantation pour les entités multi-établissements.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

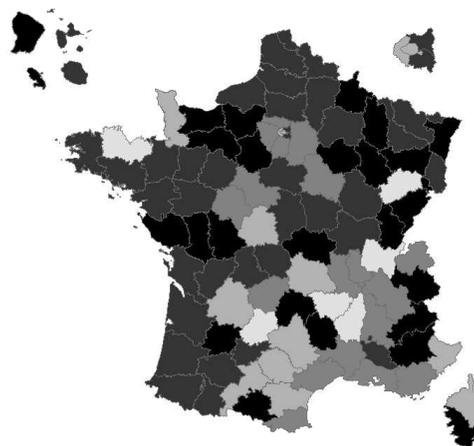
tableau 2 ● évolution des capacités et de l'activité en psychiatrie entre 2001 et 2006

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre de lits	61 927	60 584	59 590	59 027	58 585	58 004
Psychiatrie générale	59 841	58 492	57 450	56 892	56 500	55 921
Psychiatrie infanto-juvénile	2 086	2 092	2 140	2 135	2 085	2 083
Nombre de journées	19 282 742	19 180 371	18 954 612	18 832 508	18 823 982	18 691 391
Psychiatrie générale	18 852 113	18 770 380	18 533 409	18 403 723	18 398 053	18 266 613
Psychiatrie infanto-juvénile	430 629	409 991	421 203	428 785	425 929	424 778
Nombre d'entrées	628 044	640 578	631 913	638 277	638 768	633 101
Psychiatrie générale	610 156	623 547	615 244	618 764	618 288	611 363
Psychiatrie infanto-juvénile	17 888	17 031	16 669	19 513	20 480	21 738
Nombre de places	26 396	26 603	26 382	26 612	26 552	26 741
Psychiatrie générale	17 680	17 839	17 644	17 706	17 666	17 811
Psychiatrie infanto-juvénile	8 716	8 764	8 738	8 906	8 886	8 930
Nombre de venues	5 020 071	4 943 283	4 864 228	5 015 812	5 021 078	5 087 951
Psychiatrie générale	3 517 112	3 472 060	3 421 455	3 507 742	3 505 168	3 550 013
Psychiatrie infanto-juvénile	1 502 959	1 471 223	1 442 773	1 508 070	1 515 910	1 537 938

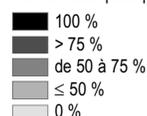
Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2001 à 2006, données statistiques.

carte ● part de l'offre publique en psychiatrie dans les capacités d'hospitalisation complète et partielle en 2006



Part de l'offre publique (% des lits et places)



Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

● Les structures d'hospitalisation à domicile

En 2006, 164 structures d'hospitalisation à domicile (HAD) ont offert plus de 6 700 places et réalisé 85 000 séjours en France métropolitaine. Elles se répartissent pour la quasi-totalité entre le secteur public et le secteur privé à but non lucratif, notamment associatif. L'Île-de-France concentre à elle seule plus d'un tiers des places, et près de la moitié de l'activité d'HAD y est réalisée.

L'HAD est une des formes alternatives à l'hospitalisation complète (voir la fiche « Les autres prises en charge hospitalières » p. 20). Elle permet d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux afin de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation en établissement. Les structures d'HAD dispensent des soins complexes et continus qui requièrent une coordination médicale entre l'hôpital et le médecin traitant de ville.

Des structures d'HAD diverses de par leur statut juridique et leur capacité

Bien que relativement ancienne, l'HAD joue encore un rôle marginal dans l'offre de soins. En 2006, 164 structures offrent plus de 6 700 places (voir tableau 1). Avec 12 structures, le secteur privé à but lucratif est le secteur où l'HAD est la moins répandue. Les structures d'HAD se répartissent en revanche de façon équivalente entre les secteurs public et privé à but non lucratif, avec respectivement 78 et 74 structures d'accueil.

Dans le secteur public, 67 structures appartiennent à des centres hospitaliers (CH) et 11 à des centres hospitaliers régionaux (CHR). Quatre structures sur cinq du secteur privé à but non lucratif sont des structures spécialisées sur cette forme d'hospitalisation et relèvent du domaine associatif : elles offrent plus de la moitié des places d'HAD en 2006.

Une offre de soins inégalement répartie sur le territoire

En 2006, les places d'HAD installées en France métropolitaine sont concentrées essentiellement en Île-de-France (voir carte). Cette région totalise en effet plus de 2 300 places, soit plus d'un tiers de l'offre totale, et la moitié de l'activité d'HAD y est réalisée. Elle présente également la densité la plus élevée avec 2 places d'HAD pour 10 000 habitants. À l'opposé, le Bassin parisien, le Centre-Est et l'Ouest sont les zones d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT) pour lesquelles les densités sont les plus faibles (aux alentours de 0,7 place pour 10 000 habitants).

■ Champ

Établissements de santé publics et privés situés en France métropolitaine ayant déclaré une activité d'hospitalisation à domicile en 2006. Les données issues du PMSI-HAD concernent tous les types de pathologie sauf la psychiatrie.

■ Définitions

– **La structure d'HAD** : il s'agit d'un établissement ou d'un service de santé exerçant une activité d'HAD dans un lieu géographique donné. Elle peut se situer dans un établissement spécialisé sur ce seul type d'hospitalisation ou constituer un service d'une entité juridique plus large.

– **Périmètre de l'HAD** : la circulaire ministérielle du 30 mai 2005 précise que l'HAD traite « les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitali-

sés en établissement de santé ». Elle concerne les soins de médecine, d'obstétrique et des soins de suite et réadaptation. L'activité en HAD est bien distincte de celle des soins infirmiers à domicile et des soins de dialyse à domicile.

– **Le séjour en HAD** : le séjour d'un patient en HAD est la période comprise entre le jour de l'admission et le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante.

– **La séquence de soins** : elle correspond à une période du séjour du patient en HAD durant laquelle celui-ci présente une situation clinique précise, définie par la combinaison de trois critères médicaux que sont, le mode de prise en charge principal, un mode associé (éventuel) et le niveau de dépendance. Un séjour peut être constitué d'une seule séquence de soins (séjour mono-séquence) ou de plusieurs séquences successives (séjour multi-séquences) dès lors

que la situation clinique du patient varie au cours d'un même séjour.

– **Le mode de prise en charge** : il s'agit d'un traitement prescrit et appliqué au patient au cours d'une séquence de soins (par exemple chimiothérapie, accompagnement de fin de vie, etc.). Un ou plusieurs modes de prise en charge peuvent se conjuguer au cours d'une même période : le mode « principal » est celui qui consomme l'essentiel des ressources.

L'activité des structures d'HAD

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et Santé Service Île-de-France sont les deux premières structures d'HAD créées en France à la fin des années 1950. Elles réalisent près de la moitié de l'activité d'HAD en Île-de-France et ont les capacités d'accueil les plus importantes, avec respectivement 800 et 1 200 places en 2006.

Le secteur public réalise 38 % des 85 000 séjours en HAD contre près de 60 % par le secteur privé à but non lucratif. Un séjour en HAD se décompose en une seule ou plusieurs séquences de soins de durée variable (voir définitions). Les séjours mono-séquences sont les plus fréquents (79 %), alors que 11 % des séjours sont constitués de deux séquences de soins et 4 % de trois. Au total, près de 96 % des séjours se composent de moins de 4 séquences de soins. Cependant certains séjours, très peu répandus, peuvent se prolonger sur plusieurs mois et se composer d'un nombre important de séquences, le maximum observé en 2006 étant de 98 séquences. Si les séjours multi-séquences sont relativement peu fréquents, ils représentent toutefois 52,5 % de l'ensemble des séquences de soins déclarées en HAD (voir tableau 2).

Le secteur privé à but non lucratif réalise 52 % de l'ensemble des séquences de soins. La majorité de ces séquences est rattachée à des séjours mono-séquence (55 %). À l'inverse, dans le secteur public, qui réalise 46 % des séquences de soins, plus de six séquences sur dix sont associées à des séjours multi-séquences.

Les structures d'HAD n'ont pas la même activité selon leur statut juridique : celles du secteur privé à but non lucratif sont plus présentes sur les prises en charge des soins palliatifs et des soins techniques de cancérologie. Les activités des pansements complexes et soins spécifiques et les prises en charge de périnatalité sont, quant à eux, plus répandus dans le secteur public. ■

en rapportant les places installées pour 1 000 habitants de la ZEAT concernée.

■ Pour en savoir plus

À paraître, *Études et Résultats* relatif à l'HAD, DREES et *Questions d'économie de la santé*, IRDES.

■ Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DHOS fournit une description « médico-économique » de l'activité d'hospitalisation à domicile des établissements de santé depuis 2005.

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (journées) et les facteurs de production associés (lits/places) en hospitalisation à domicile.

tableau 1 ● capacités et activité des structures d'HAD selon leur statut juridique

Statut juridique des structures	Nombre de structures	Places installées	Séjours
Secteur public :	78	1 978	32 356
Centre hospitalier régional	11	1 085	18 040
Centre hospitalier (et autres)	67	893	14 316
Secteur privé à but non lucratif :	74	4 413	50 554
Centre de lutte contre le cancer	4	105	4 421
Structure associative d'HAD	59	3 769	38 985
Autre	11	539	7 148
Secteur privé à but lucratif	12	360	2 073
Ensemble	164	6 751	84 983

Note de lecture : le total des places d'HAD installées issues des données de la SAE comprend les places d'HAD des disciplines médecine, obstétrique et soins de suite et de réadaptation.

Champ : France métropolitaine.

Sources : PMSI-HAD 2006, SAE 2006, données statistiques.

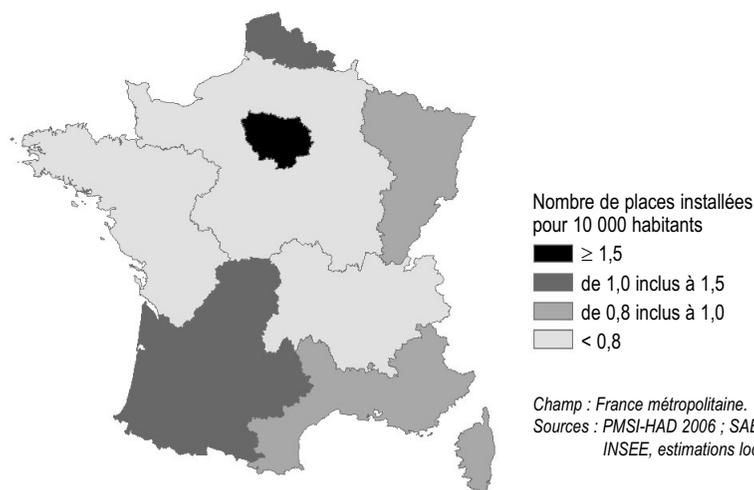
tableau 2 ● nombre de séquences de soins réalisées en 2006 par les structures d'HAD selon leur statut juridique

	Statut juridique des structures d'HAD			Total
	Public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif	
Séjours mono-séquence de soins	25 071	40 352	1 511	66 934
Séjours multi-séquences de soins	39 722	32 453	1 850	74 025
Total	64 793	72 805	3 361	140 959

Champ : France métropolitaine.

Sources : PMSI-HAD 2006, SAE 2006, données statistiques.

carte ● offre de soins en hospitalisation à domicile par zone d'études et d'aménagement du territoire (ZEAT) en 2006



● Les patients hospitalisés à domicile

En 2006, plus de deux millions de journées d'hospitalisation à domicile (HAD) ont été réalisées en France métropolitaine. Les patients pris en charge sont de tous âges et plus ou moins dépendants. Les soins palliatifs, de périnatalité et de cancérologie sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD.

Des patients de tous âges, avec des hommes plutôt âgés et des jeunes mères

L'hospitalisation à domicile s'adresse à tout patient, de la naissance à la fin de vie, nécessitant des soins médicaux et paramédicaux coordonnés.

En 2006, les enfants de 15 ans et moins concentrent 9 % des séjours et les nourrissons 6 %. Les personnes âgées constituent une population cible plus importante, même si, lors de sa mise en place en 1957, l'HAD n'avait pas pour mission de répondre spécifiquement à leurs besoins : les personnes de 65 ans et plus totalisent ainsi quatre séjours sur dix et les seules personnes de 80 ans et plus, plus de 10 %.

Les femmes prises en charge en HAD sont, en moyenne, plus jeunes que les hommes : 48 ans contre 58 ans. Trois femmes sur dix hospitalisées à domicile ont entre 25 et 39 ans. Dans cette tranche d'âge, les femmes effectuent même 93 % des séjours d'HAD, essentiellement pour une prise en charge en soins de périnatalité (grossesses à risque et *post-partum*). Chez les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans : 80 % de leurs séjours concernent des hommes âgés de 40 ans ou plus, 50 % des hommes âgés de 65 ans ou plus et 16 % des hommes âgés de plus de 79 ans (voir graphique 1).

Des motifs de prise en charge variés lors de l'admission

Les patients hospitalisés à domicile peuvent bénéficier de différents modes de prise en charge (voir fiche précédente). Les protocoles de soins sont en effet adaptés régulièrement au cours du séjour en fonction de l'évolution de la situation clinique de la personne.

En termes de séjours et au moment de l'admission en HAD, la périnatalité représente le groupe de modes de prise en charge principaux le plus fréquent, soit le premier motif d'HAD du point de vue des traitements prescrits. Elle rassemble en effet 22,4 % des séjours effectués : 15,4 % concernent des *post-partum* et 7,1 % la surveillance des grossesses à risque et la prise en charge de nouveau-nés. En périnatalité, l'éducation du patient et de son entourage constitue le mode de prise en charge associé dans un cas sur trois.

■ Champ

Établissements de santé situés en France métropolitaine ayant déclaré une activité d'hospitalisation à domicile en 2006. Les caractéristiques individuelles et médicales des patients sont celles présentées lors de leur admission en HAD.

■ Définitions

– *Mode de prise en charge, structure d'HAD et périmètre de l'HAD* : voir « Les structures d'HAD » p. 64.

– *Le degré de dépendance* : il est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) selon un gradient allant de l'autonomie complète (score 1) à la dépendance totale (score 4) dans six dimensions diffé-

rentes : habillage, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication. Le score global est regroupé en quatre classes : totalement autonome (score AVQ de 6), faiblement dépendant (de 7 à 12), moyennement dépendant (de 13 à 18), fortement ou complètement dépendant (de 19 à 24).

– *L'indice de Karnofsky* : il s'agit d'un indicateur synthétique d'état de santé global mesurant, sur une échelle de 0 (décès) à 100 %, la dépendance fonctionnelle du sujet envers l'aide dont il a besoin dans sa dimension « sociale » (gestes de la vie courante : travail, besoins personnels, vie à domicile, habillage, etc.) et

Près d'un séjour sur cinq concerne des soins de cancérologie, notamment de chimiothérapie anti-cancéreuse. Les soins palliatifs concentrent, quant à eux, 15 % des séjours (voir tableau).

Les autres groupes de modes de prise en charge principaux sont plus minoritaires comme motifs d'entrée en HAD, voire rares. Ils concernent les soins de nursing lourds (3 % des séjours), les traitements de rééducation-réadaptation-éducation (4 %), l'assistance respiratoire ou nutritionnelle (8 %), les traitements intraveineux (8 %), les pansements complexes et les soins spécifiques (7 %) et l'ensemble des autres motifs de prise en charge principaux (13 %), en particulier les post-traitements chirurgicaux. Les prises en charge pour le traitement de la douleur ou pour l'éducation du patient et de son entourage apparaissent le plus souvent en tant que protocole de soins associé dans respectivement 12 % et 18 % des séjours. Les soins périnataux induisent des hospitalisations d'une durée moyenne plus courte que les autres soins. Ainsi, le nombre de journées qui leur sont associées place ce motif de prise en charge loin derrière celui des soins palliatifs, des pansements complexes et de l'assistance respiratoire ou nutritionnelle qui, réunis, rassemblent plus de la moitié des journées.

Les patients hospitalisés à domicile présentent une dépendance moyenne à très lourde

Outre les besoins en soins médicaux, les patients hospitalisés à domicile requièrent souvent des soins additionnels d'aide à la personne du fait de leur faible degré d'autonomie. Ce degré de dépendance, locomotrice et/ou relationnelle, est mesurable selon un score issu de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ). En 2006, si quatre admissions en HAD sur dix concernent des patients complètement autonomes, la majorité des patients sont dépendants à des degrés différents : près de la moitié le sont peu à moyennement et plus d'un sur dix l'est totalement. La dépendance relationnelle, en général relativement préservée, s'ajoute à une dépendance locomotrice plus lourde (voir graphique 2).

Une autre mesure des besoins conjugués en soins et en aide des patients est recueillie dans le PMSI-HAD : il s'agit de l'indice de Karnofsky. Cet indicateur synthétique est plus adapté au suivi de l'état de santé global du patient au fil du temps. ■

la dépendance envers les soins médicaux qu'il requiert. Ainsi, les patients pris en charge en HAD ont une autonomie variant de 100 % (autonomie totale) à 10 % (moribond).

■ Pour en savoir plus

– À paraître, *Études et Résultats* relatif à l'HAD, DREES et *Questions d'économie de la santé*, IRDES.

– Com-Ruelle L., Lebrun E., 2003, « Indicateurs d'état de santé des patients hospitalisés (ENHAD 1999-2000) », *Questions d'économie de la santé*, n° 77, décembre, IRDES.

– Com-Ruelle L., Dourgnon P., Perronnin M., Renaud T., 2003, « Construction d'un modèle de tarification à l'activité de l'hospitalisation à

domicile », *Questions d'économie de la santé*, n° 69, juillet, IRDES.

– Aligon A., Com-Ruelle L., Renaud T., 2003, « Le coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) », *Questions d'économie de la santé*, n° 67, juin, IRDES.

■ Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DHOS fournit une description « médico-économique » de l'activité d'hospitalisation à domicile des établissements de santé depuis 2005.

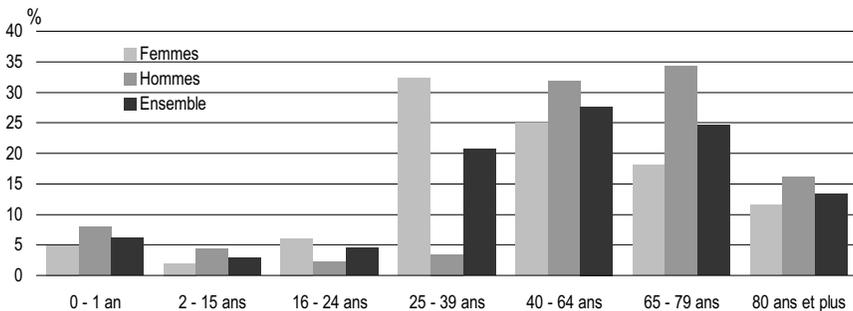
tableau ● répartition des séjours et des journées correspondantes classés selon les modes de prise en charge principaux regroupés prescrits à l'admission

Modes de prise en charge principaux regroupés prescrits à l'admission	Séjours		Journées	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Périnatalité	19 083	22,4	144 743	6,8
Soins techniques de cancérologie	16 142	19,0	137 398	6,5
Soins palliatifs	12 428	14,6	417 549	19,7
Autres motifs	11 265	13,3	257 047	12,2
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	7 160	8,4	341 670	16,2
Traitement intraveineux	6 628	7,8	100 315	4,7
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	6 167	7,3	389 123	18,4
Rééducation-réadaptation-éducation	3 174	3,7	130 764	6,2
Soins de nursing lourds	2 936	3,5	195 992	9,3
Ensemble	84 983	100,0	2 114 601	100,0

Champ : France métropolitaine.

Sources : PMSI-HAD 2006, SAE 2006, données statistiques.

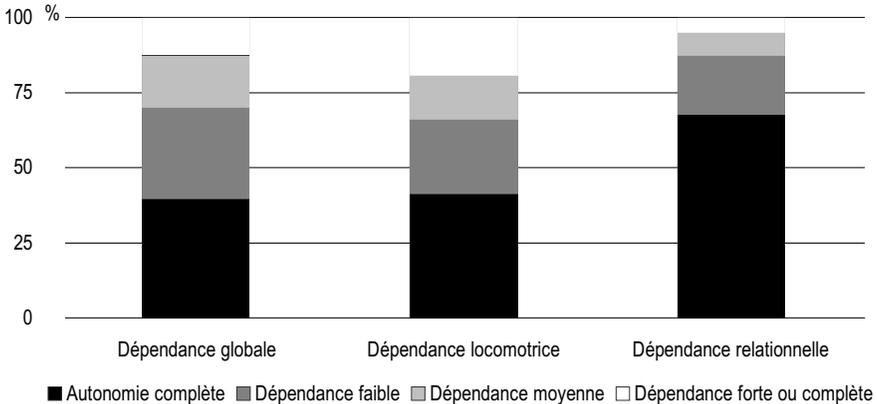
graphique 1 ● répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile



Champ : France métropolitaine.

Sources : PMSI-HAD 2006, SAE 2006, données statistiques.

graphique 2 ● répartition des séjours selon le degré de dépendance globale, locomotrice et relationnelle du patient observé à l'admission



Champ : France métropolitaine.

Sources : PMSI-HAD 2006, SAE 2006, données statistiques.

● Les structures pratiquant des IVG

Plus de 223 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en 2006 en France métropolitaine et dans les DOM, dont près des trois quarts dans le secteur public. Les établissements disposent rarement d'un service dédié uniquement à l'IVG, même si ces services sont de plus en plus concentrés au sein des « gros » établissements. L'accompagnement psychologique et le fonctionnement en réseau ne sont pas encore généralisés. Plus d'un établissement sur trois a, par ailleurs, établi des conventions avec des médecins libéraux pour la réalisation d'IVG en ville.

Les « gros » établissements assurent de plus en plus d'IVG

En 2006, plus de 223 000 IVG ont été réalisées. Depuis 2000, ce nombre est resté relativement stable, alors que le nombre d'établissements concernés est passé de 729 à 639. Ce sont les « petits » établissements, réalisant moins de 250 IVG dans l'année, qui ont cessé leur activité alors que le nombre d'établissements assurant plus de 1 000 IVG dans l'année est passé de 34 à 43. Ces « grosses » structures, qui réalisaient 23 % des IVG en 2000, en effectuent 28 % en 2006. La part du secteur public continue de croître et 73 % des IVG réalisées en 2006 ont eu lieu dans un hôpital public. Par ailleurs, 80 % des services IVG sont intégrés à un service de gynécologie-obstétrique. Moins de 2 % des services réalisant des IVG du secteur privé et 13 % de ceux du secteur public sont dédiés uniquement à l'IVG.

Le délai moyen de prise de rendez-vous croît avec l'activité

Le délai moyen entre le premier contact téléphonique et la réalisation de l'IVG est inférieur à 8 jours dans près d'un établissement sur 2 (46 %) et supérieur à 15 jours dans un établissement sur 20 (5 %). Les structures où l'activité est la plus forte ont des délais beaucoup plus longs : 16 % des « gros » établissements donnent un délai moyen supérieur à 15 jours, contre 3 % des « petits » établissements.

Un personnel très spécialisé dans la prise en charge des IVG

Le personnel intervenant pour la prise en charge des IVG, que ce soit pour les consultations ou la réalisation des actes eux-mêmes, est composé en grande majorité de gynécologues, d'anesthésistes et de sages-femmes. Les généralistes et autres praticiens ne représentent que 10 % des professionnels concernés (voir tableau 1). On compte en moyenne une sage-femme prenant en charge des IVG sous délégation du médecin pour deux gynécologues. Les deux tiers des sages-femmes exercent dans de « petits » établissements.

Les établissements proposent en grande majorité une solution aux femmes

Moins de 6 structures sur 10 déclarent « avoir la possibilité de prendre en charge » des grossesses de plus de 12 semaines, près de 9 sur 10 indiquent pouvoir s'occuper des mineures sans consentement parental, des IVG tardives (entre 10 et 12 semaines) et des femmes sans couverture sociale. Lorsque cette prise en charge n'est pas possible, les femmes sont alors réorientées essentiellement vers une autre structure, vers un centre de planification, et parfois vers l'étranger. Seuls 2 % des établissements ne proposent aucune réorientation aux femmes.

La visite de contrôle est proposée systématiquement aux femmes dans 4 cas sur 5 après une IVG chirurgicale et dans presque tous les

cas après une IVG médicamenteuse ; cependant les femmes ne reviennent pas toujours.

Les entretiens psychosociaux ne sont pas systématiques

Depuis la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, l'entretien psychologique pré-IVG n'est plus obligatoire pour les femmes majeures. Il est proposé systématiquement au sein même de l'établissement aux femmes majeures dans 6 % des établissements du secteur privé et dans 48 % des établissements du secteur public. Lorsqu'aucun entretien n'est prévu au sein de la structure, 5 % des établissements proposent systématiquement un entretien hors établissement et 43 % selon les caractéristiques des femmes. Au total, 16 % des structures ne proposent aucun rendez-vous aux femmes, même en dehors de l'établissement.

L'entretien post-IVG est proposé encore plus rarement de façon systématique (voir tableau 2).

Les conseillers conjugaux et les psychologues sont les praticiens les plus souvent concernés par ces entretiens, mentionnés par plus d'un établissement sur trois, alors que les médecins et infirmiers sont peu représentés (voir tableau 3).

Le partenariat des services IVG avec d'autres organismes ou réseaux spécialisés n'est pas généralisé

D'après les différentes circulaires, les services déconcentrés de l'État et les directeurs d'établissements sont encouragés à renforcer l'efficacité des permanences téléphoniques régionales d'information relative à l'IVG. Moins d'une structure pratiquant des IVG sur cinq indique travailler en partenariat avec ces permanences. Lorsqu'il n'y a pas de partenariat avec cette permanence, des relations, formelles ou informelles, existent cependant avec un centre de planification familiale ou une autre structure (association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception - ANIC, réseaux locaux, espaces jeunes, etc.) dans près d'un cas sur deux. Toutefois, 69 % des établissements du secteur privé et 32 % des établissements du secteur public déclarent ne travailler en relation ni avec la permanence régionale, ni avec un centre de planification ou un autre organisme.

Près de 40 % des structures enquêtées ont établi des conventions avec des médecins de ville

Autorisée depuis 2004, la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville s'est développée : en 2007, 25 % des structures du secteur privé et 41 % de celles du secteur public ont établi des conventions avec des médecins pour la réalisation d'IVG en ville. En moyenne, chaque établissement concerné a établi près de 5 conventions : 6,2 en milieu privé contre 4,9 dans le public.

Parmi les établissements ayant signé des conventions pour la réalisation d'IVG médicamenteuse en ville, 32 % ont organisé au cours des douze derniers mois des sessions de formation pour la pratique de ces actes à l'attention des médecins conventionnés. ■

■ Champ

France métropolitaine et DOM.

■ Définitions

– *Taille de l'établissement* : dans l'enquête sur les recours à l'IVG, les établissements ont été classés en trois catégories par rapport au nombre d'IVG réalisées dans l'année : les

« petits » effectuant moins de 250 IVG dans l'année, les « moyens » assurant 250 à 1 000 IVG dans l'année et les « gros » réalisant plus de 1 000 IVG dans l'année.

– *IVG médicamenteuse* : une IVG peut être réalisée par voie médicamenteuse jusqu'à 7 semaines d'amé-

norrhée. Cette méthode concerne désormais 45 % des IVG réalisées en France.

■ Pour en savoir plus

Vilain A., 2008, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2006 », *Études et Résultats*, n° 659, septembre, DREES.

■ Sources

Questionnaire « Structures » de l'enquête DREES sur les IVG. Cette enquête a été menée en avril 2007 auprès de 206 établissements réalisant des IVG.

tableau 1 ● qualification des praticiens intervenant pour les IVG

Qualification du praticien	En %
Gynécologue/obstétricien	37 %
Anesthésiste	31 %
Sage-femme	22 %
Généraliste	6 %
Autre praticien	4 %
Total	100 %

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, enquête IVG 2007.

tableau 2 ● proposition d'un entretien psychosocial aux femmes majeures

Proposition d'un entretien psychosocial ...	Systématiquement	Selon les cas	Non
pré-IVG dans l'établissement	33 %	33 %	34 %
pré-IVG hors établissement	4 %	39 %	58 %
post-IVG dans l'établissement	16 %	47 %	37 %
post-IVG hors établissement	1 %	42 %	57 %

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, enquête IVG 2007.

tableau 3 ● les professionnels réalisant les entretiens psychosociaux

Qualification du professionnel	En %
Conseillère conjugale	41 %
Psychologue	40 %
Assistante sociale	31 %
Sage-femme	20 %
Infirmier	4 %
Médecin	2 %
Autre	4 %

Note de lecture : 31 % des établissements qui proposent des entretiens psychosociaux font intervenir une assistante sociale (plusieurs réponses possibles).

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, enquête IVG 2007.

● Les médicaments dans les établissements de santé

Dans les établissements de santé, une liste de spécialités pharmaceutiques (liste hors groupe homogène de séjours - GHS) fixée par l'Etat fait l'objet d'un remboursement par les organismes d'assurance maladie en sus du financement à l'activité. En 2006, les médicaments de cette liste représentent 61 % de l'ensemble des dépenses de médicaments dans les établissements de santé de France métropolitaine. Les anticancéreux et les immunomodulateurs sont les médicaments de cette liste les plus consommés.

Des dépenses en médicaments de l'ordre de 3 milliards d'euros

En 2006, les dépenses de médicaments (hors rétrocession [voir définitions]) des établissements de santé ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ont atteint près de 3 milliards d'euros (voir tableau). Les dépenses des CHU (centres hospitaliers universitaires) représentent plus du tiers des dépenses totales de médicaments des établissements, les dépenses des autres établissements publics près de 30 %. Les classes composées principalement d'anticancéreux, celles intégrant notamment les anti-infectieux et les antiviraux, et celles composées des facteurs de la coagulation concentrent la majorité des dépenses.

1,8 milliard d'euros de médicaments facturables en sus de l'activité sont consommés

En 2006, sur les 3 milliards d'euros de dépenses de médicaments des établissements de santé ayant une activité MCO, 1,8 milliard a été généré par les médicaments inscrits sur la liste hors GHS. Ainsi, 61 % des médicaments consommés par les établissements de santé sont des médicaments facturables en sus de la tarification à l'activité. Près de 60 % des dépenses de médicaments consommés par les CHU-CHR et par les autres établissements publics ayant une forte activité en oncologie sont des médicaments facturables en sus (voir graphique 1). Dans les établissements publics ayant une moindre activité en oncologie, ils ne représentent que 43 % des dépenses de médicaments. Les molécules facturables en sus consommées par les unités de soins des centres de lutte contre le cancer (CLCC) expliquent 84 % de leurs dépenses. Dans les autres établissements privés ayant une forte activité en oncologie, qu'ils soient à but lucratif ou non, elles représentent

respectivement 78 % et 62 % de leurs dépenses. *A contrario*, en volume, la part de ces médicaments rapportée à l'ensemble des médicaments consommés est très faible, variant de 0,1 % à 2,2 % suivant les catégories d'établissements.

La consommation de médicaments de la liste hors GHS varie d'un type d'établissements à l'autre. En effet, certains en sont de gros consommateurs. À l'inverse, d'autres n'en consomment pas ou peu. Ces différences s'expliquent majoritairement par les types d'activité exercée, notamment celle de cancérologie.

La classe des antinéoplasiques et immunomodulateurs est le facteur de dépenses le plus important

La classe des antinéoplasiques et immunomodulateurs est le poste de dépenses le plus important en termes de molécules facturables en sus dans les différents types d'établissements et en particulier dans les CLCC et les établissements privés à but lucratif à forte activité en cancérologie. Ainsi, dans ces derniers, l'achat d'antineoplasiques et d'immunomodulateurs figurant sur la liste hors GHS représente près de 90 % des dépenses en molécules facturables en sus (voir graphique 2). Dans les établissements de santé publics, cette classe représente entre la moitié et les deux tiers des dépenses de médicaments. Dans les CHU, les classes « sang et organes hématopoïétiques » et « anti-infectieux à usage systémique » génèrent chacun 20 % des dépenses.

Parmi les médicaments de la liste hors GHS de la classe des antinéoplasiques et immunomodulateurs, les anticorps monoclonaux (« Rituximab » et « Trastuzumab ») sont des postes de dépenses importantes. ■

■ Champ

En 2006, seuls les établissements de santé ayant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) en France métropolitaine (hors hôpitaux locaux) sont concernés par le recueil d'informations sur le médicament. La part des médicaments anticancéreux (en valeur) consommés par les établissements au sein de la liste des médicaments hors GHS représente 73 % des dépenses. Compte tenu de cette importance, huit catégories d'établissements ont été construites en fonction du statut de l'établissement et de son activité de cancérologie. Les résultats ne concernent que les médicaments de la liste hors GHS qui ont été consommés dans les établissements de santé.

■ Définitions

– *Médicaments de la liste hors GHS*: le système de remboursement en sus de la tarification à l'activité a comme objectif de garantir aux patients un égal accès aux soins et aux technologies médicales innovantes et de faciliter la diffusion de ces dernières dans les établissements de santé. Ce remboursement des tarifs concerne les produits qui introduiraient une hétérogénéité dans la distribution du coût du groupe homogène de malades (GHM), soit en raison de leur coût très élevé, soit parce que leur utilisation ne concerne qu'une minorité de patients du GHM. La liste est composée principalement d'anticancéreux (classe ATC L01), de médicaments composés

d'érythropoïétine (classe ATC B03), de facteurs de la coagulation (classe ATC B02), d'immunoglobulines humaines (classe ATC J06).

– *Classe thérapeutique*: le système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) est utilisé pour classer les médicaments. Les médicaments sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et/ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques.

– *Rétrocession de médicaments*: les établissements publics ont la possibilité de vendre des médicaments à des patients. La rétrocession de médicaments recouvre leur délivrance par une pharmacie hospi-

talière à des patients qui ne sont pas hospitalisés.

■ Pour en savoir plus

Clerc M.-E., Haury B., Rieu C., 2008, « Les médicaments hors tarification à l'activité dans les établissements de santé », *Études et Résultats*, n° 653, août, DREES.

■ Sources

Le recueil d'informations sur le médicament dans les établissements de santé organisé par la DREES permet de connaître pour chacun des établissements les achats (prix et quantités) de médicaments par unité commune de dispensation (UCD), ainsi que la répartition des consommations entre les unités de soins et les ventes au public (rétrocession).

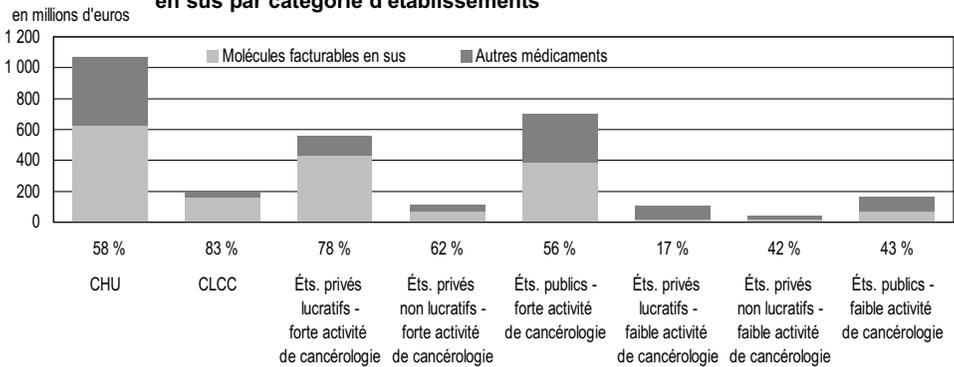
tableau ● dépenses totales de médicaments selon la catégorie d'établissements

Catégories	Dépenses totales de médicaments (en millions d'euros)
CHU	1 067,3
CLCC	192,5
Éts privés lucratifs - forte activité de cancérologie	552,9
Éts privés non lucratifs - forte activité de cancérologie	113,8
Éts publics - forte activité de cancérologie	701,5
Éts privés lucratifs - faible activité de cancérologie	101,9
Éts privés non lucratifs - faible activité de cancérologie	47,2
Éts publics - faible activité de cancérologie	164,2
Total	2 941,4

Champ : France métropolitaine.

Sources : recueil médicaments, DREES, 2006.

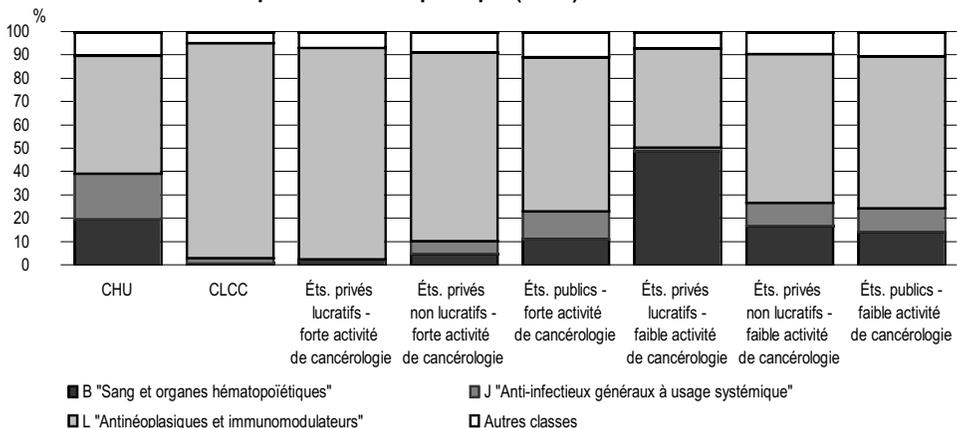
graphique 1 ● dépenses de médicaments et part des médicaments facturables en sus par catégorie d'établissements



Champ : France métropolitaine.

Sources : recueil médicaments, DREES, 2006.

graphique 2 ● répartition des dépenses de médicaments de la liste hors GHS par classe thérapeutique (en %)



Champ : France métropolitaine.

Sources : recueil médicaments, DREES, 2006.

La situation économique du secteur

- La part des établissements de santé dans la consommation de soins
- L'évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées
 - L'évolution de la rentabilité économique des cliniques privées
 - La structure des charges et des produits des hôpitaux publics
- Le suivi économique et financier des établissements privés anciennement sous dotation globale

● La part des établissements de santé dans la consommation de soins

Avec 72,7 milliards d'euros en 2007, le secteur hospitalier (établissements publics et privés) représente 44,3 % de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,3 % de la consommation totale des ménages. L'Assurance maladie finance plus de 90 % des dépenses de soins hospitaliers.

La consommation de soins hospitaliers s'élève à 72,7 milliards d'euros en 2007

L'ensemble de l'hospitalisation en court séjour, moyen séjour (soins de suite et de réadaptation - SSR) et psychiatrie donne lieu à une dépense de soins s'élevant, en 2007, à 72,7 milliards d'euros (voir tableau 1). À la différence des autres fiches, dans les comptes de la santé en base 2000, le secteur hospitalier ne comprend pas l'hospitalisation de longue durée (souvent appelée long séjour).

La part de la consommation de soins hospitaliers dans l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux tend à diminuer : elle est passée de 48,6 % en 1995 à 44,3 % en 2007. Pour la situer dans l'ensemble de l'économie, la consommation de soins hospitaliers représente, en 2007, 5,3 % de la consommation totale des ménages. Cette part a augmenté de 0,1 point depuis 2000 (voir graphique 1).

Depuis 11 ans, excepté en 2005, l'évolution de la consommation de soins hospitaliers a été inférieure à celle de la consommation totale de soins et biens médicaux (voir graphique 2).

Dans le secteur public hospitalier, qui comprend les établissements publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif, la consommation de soins s'élève à 56,4 milliards d'euros. Elle croît de 3,9 % en valeur en 2007, ce qui marque une légère accélération par rapport à l'année précédente (+3,4 %).

Dans le secteur privé hospitalier, qui comporte principalement les cliniques privées, la consommation de soins s'est élevée à 16,3 milliards d'euros en 2007. Elle se compose de frais de séjour, de médicaments et prothèses implantées à l'occasion d'une hospitalisation complète, d'honoraires de médecins et d'analyses également prescrites en hospitalisation complète. La croissance en valeur observée en 2007 (+3,8 %) est proche de celle de 2006 (+3,7 %).

Un financement presque exclusif par l'Assurance maladie

La place de la Sécurité sociale est prépondérante dans la couverture des dépenses de soins hospitaliers : 91,1 % en 2007 contre 76,6 % pour l'ensemble de la consommation de soins et biens médicaux (voir tableau 2). En effet, une large majorité des séjours donne lieu à une facturation sans ticket modérateur, compte tenu de la cotation des actes pratiqués, de leur motivation par une affection de longue durée ou de leur durée. L'intervention des autres financeurs est très faible. La part des organismes complémentaires est cependant en progression depuis trois ans (5,1 % en 2007 contre 4,3 % en 2004) en raison des hausses du forfait journalier hospitalier (+1 euro par an) et des tarifs journaliers de prestations (TJP) qui servent de base au calcul des tickets modérateurs à l'hôpital public. ■

■ Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici concerne la consommation de soins hospitaliers des établissements de santé des secteurs public et privé en 2007, en France métropolitaine et dans les DOM. Les dépenses de soins des personnes âgées en établissements (soins de longue durée et soins en maisons de retraite) ainsi que les consultations externes (comptabilisées en soins ambulatoires) sont exclus.

■ Définitions

– **Consommation de soins hospitaliers** : ensemble des services (soins et hébergement) fournis par les hôpitaux du secteur public et par les établissements du secteur privé (lucratif ou non).

Dans les comptes de la santé, la distinction entre les deux secteurs ne repose pas sur leur statut juridique mais sur leur mode de financement ; en particulier, les établissements privés participant au service public hospitalier font partie du secteur public.

– **Consommation de soins et de biens médicaux** : elle représente la valeur totale des biens et services médicaux consommés sur le territoire national – y compris les DOM – par les résidents et les non-résidents pour la satisfaction de leurs besoins individuels. Elle est évaluée grâce aux financements, d'origine publique ou privée, qui en sont la contrepartie.

■ Pour en savoir plus

– Fenina A., Geoffroy Y., Duée M., 2008, « Les comptes nationaux de

la santé en 2007 », *Études et Résultats*, n°655, septembre, DREES.

– Fenina A., Geoffroy Y., Duée M., 2008, « Comptes nationaux de la santé en 2007 », *Document de travail, série statistiques*, n°126, septembre, DREES.

■ Sources

Compte de la santé, qui est un compte satellite des comptes de la nation. Depuis 2004, les comptes sont établis selon une nouvelle base des comptes nationaux (base 2000).

tableau 1 ● consommation de soins hospitaliers et consommation de soins et biens médicaux (en millions d'euros)

	1995	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Consommation de soins et biens médicaux	98 032	129 548	137 883	144 863	151 208	156 521	163 840
Consommation de soins hospitaliers, dont :	47 625	58 024	61 502	64 390	67 580	69 941	72 654
- soins hospitaliers en secteur public	35 467	45 095	47 851	50 103	52 431	54 235	56 352
- soins hospitaliers en secteur privé	12 158	12 929	13 651	14 287	15 149	15 706	16 301
Part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et biens médicaux	48,6%	44,8%	44,6%	44,4%	44,7%	44,7%	44,3%

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES - Comptes de la santé (base 2000).

tableau 2 ● structure de financement en 2007 (en %)

	Consommation de soins et biens médicaux	Consommation de soins hospitaliers
Sécurité sociale de base (1)	76,6	91,1
État et CMU-C organismes de base (2)	1,4	1,3
Mutuelles (3)	7,9	2,9
Sociétés d'assurances (3)	3,2	1,3
Institutions de prévoyance (3)	2,5	1,0
Ménages	8,5	2,5
Ensemble	100,0	100,0

Note de lecture : attention, des différences apparaissent entre la somme de pourcentages et le résultat réel, ceci à cause des arrondis à un chiffre après la virgule.

(1) Y compris déficit des hôpitaux publics.

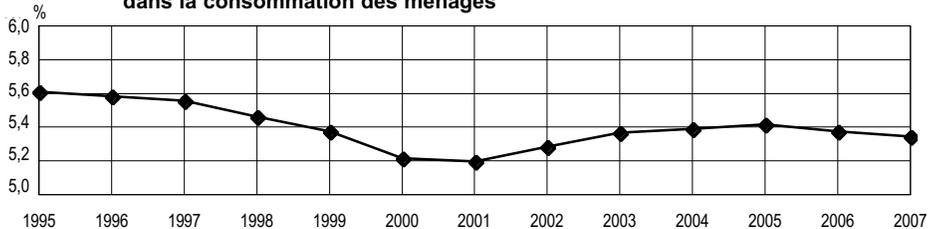
(2) CMU-C : couverture maladie universelle - complémentaire.

(3) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES - Comptes de la santé (base 2000).

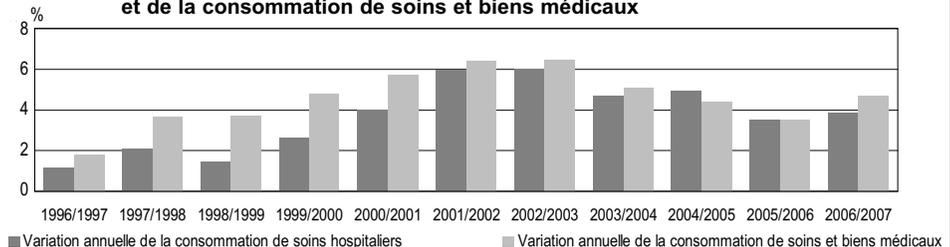
graphique 1 ● part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation des ménages



Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES - Comptes de la santé (base 2000).

graphique 2 ● évolution annuelle de la consommation de soins hospitaliers et de la consommation de soins et biens médicaux



Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES - Comptes de la santé (base 2000).

● L'évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées

En 2006, 29 % des entrées en hospitalisation complète et 28 % des venues en hospitalisation partielle sont effectuées par les cliniques privées. La hausse du chiffre d'affaires de ces établissements a été de 7 % cette année-là, après une croissance de 9,4 % en 2005. Ce ralentissement concerne aussi bien le secteur MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) que le secteur hors MCO. L'augmentation de l'activité et la modification de son éventail (case-mix) contribuent toujours à l'augmentation du chiffre d'affaires ; toutefois, le ralentissement de la croissance de ce dernier s'explique en partie par une baisse des tarifs par rapport à 2005.

Une croissance du chiffre d'affaires un peu moins dynamique en 2006 qu'en 2005

Les 830 cliniques présentes à la fois en 2005 et en 2006 ont généré un chiffre d'affaires total de 9086 millions d'euros. L'évolution de ce dernier a été de 7 % en 2006 alors qu'elle avait été de 9,4 % en 2005. Parmi les cliniques étudiées, la moitié voient leur chiffre d'affaires (CA) augmenter d'au moins 3,1 %, un quart d'au moins 7,5 % et un dixième d'au moins 13,8 %.

Le ralentissement de la croissance du chiffre d'affaires concerne principalement le secteur MCO, bien qu'il touche également le secteur hors MCO (voir tableau et graphique).

En 2006, le CA des cliniques MCO augmente de 7,4 %, soit 2,7 points de moins qu'en 2005. Les cliniques spécialisées en obstétrique voient l'évolution de leur CA ralentir de 3,7 points (+3,2 %) ; cette baisse est de 2,7 points pour les polycliniques dont le CA s'élève de 7,7 %. Ce ralentissement concerne aussi les cliniques médicales (-2 points) et chirurgicales (-1,7 point) ; la croissance des centres de dialyse chute, quant à elle, de 10,5 points, et s'établit à 3,3 % en 2006.

Parmi les cliniques hors MCO, la croissance du chiffre d'affaires des établissements de psychiatrie et de moyen séjour (soins de suite et de réadaptation - SSR) diminue respectivement de 1,5 et de 0,8 points en 2006.

Tous secteurs confondus, ce sont les « grandes cliniques » (CA supérieur à 12 millions d'euros) qui voient leur chiffre d'affaires progresser le plus vite (+9,5 %) ; cette augmentation s'avère toutefois plus faible de 2 points à celle de 2005. La hausse du chiffre d'affaires des cliniques de petite taille (CA inférieur à 6 millions d'euros) ralentit de 2,9 points en 2006 pour atteindre 3,2 %,

tandis que celle des cliniques de taille moyenne (CA compris entre 6 et 12 millions d'euros) est plus faible de 4,1 points, s'établissant ainsi à 2,2 %.

Le ralentissement de la croissance du chiffre d'affaires due à une baisse des tarifs de 1 %

De manière générale, la croissance du chiffre d'affaires des cliniques privées résulte de la hausse de l'activité, de l'évolution des tarifs et de la modification de l'éventail d'activité (case-mix). Le ralentissement de la croissance du CA de ces établissements en 2006 s'explique principalement par une baisse des tarifs de l'ordre de 1 % entre 2005 et 2006, alors que ceux-ci avaient augmenté d'environ 2 % entre 2004 et 2005. En outre, si l'évolution de l'activité des cliniques privées vers des séjours plus coûteux (effet case-mix) s'est poursuivie en 2006, c'est à un rythme moins soutenu par rapport à l'année précédente : l'effet case-mix sur la croissance du CA est estimé à +1,7 % en 2006 contre environ +3 % en 2005. En revanche, troisième élément, le nombre d'entrées et venues a progressé de 6,3 % en 2006 contre 4,4 % en 2005. Le ralentissement de la croissance du CA a ainsi pu être limité.

Le CA rapporté au nombre d'entrées et venues s'établit à 1136 euros en 2006 contre 1130 euros en 2005, soit une hausse de 0,5 % pour l'ensemble des cliniques. Pour le secteur MCO, le CA moyen par entrée et venue est de 1266 euros en 2006 et de 1249 euros en 2005, soit une augmentation de 1,4 %. Ces évolutions sont nettement plus faibles qu'en 2005 ; elles étaient alors de l'ordre de 5 %. La modification du case-mix compense en effet à peine la baisse des tarifs en 2006 alors que ces deux effets jouaient dans le même sens l'année précédente. ■

■ Champ

Les comptes des cliniques privées sont transmis aux tribunaux de commerce, mais parfois avec retard. Les données de 2006 sont relatives aux cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la liste exhaustive des cliniques de 2006, dont les comptes sont disponibles et qui ont pu être croisés avec l'activité, via l'enquête SAE 2006. La liste exhaustive des cliniques est éditée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et validée par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Le croisement avec la SAE permet, en outre, de récupérer les données concernant l'activité et les

capacités des cliniques privées.

Au final, 830 cliniques sont présentes à la fois en 2005 et en 2006 (champ constant). Les résultats du tableau et du graphique, présentant les chiffres d'affaires ainsi que leur taux de croissance, ont ainsi été estimés sur le champ constant.

■ Définitions

– **Chiffre d'affaires (CA)** : il correspond essentiellement aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient).

– **Le secteur de MCO** comprend toutes les cliniques dont l'activité

principale est la médecine, la chirurgie, l'obstétrique ou la dialyse. Ces cliniques peuvent être soit monodisciplinaires, soit multidisciplinaires (polycliniques) pratiquant deux ou trois activités différentes. Dans cette fiche, nous parlons de polyclinique dès lors que l'établissement comporte au moins deux disciplines de soins différentes.

– **Le secteur hors MCO** comprend tous les établissements dont l'activité principale ne relève pas des disciplines de MCO. Il s'agit des cliniques psychiatriques, des cliniques de moyen séjour, d'établissements réalisant des activités diverses (long séjour, alcoologie, etc.).

■ Pour en savoir plus

Aude J., 2008, « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2005 et 2006 », *Études et Résultats*, n°650, août, DREES.

Sources

Comptes des cliniques privées transmis aux tribunaux de commerce.

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

tableau ● évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées

	Entreprises qui ont répondu en 2005 et en 2006		Évolution par rapport à l'année précédente (en %)				
	Nombre de cliniques	Chiffre d'affaires total (en millions d'euros)	2002	2003	2004	2005	2006
MCO							
Polycliniques	321	6 260	8,1	9,2	8,3	10,4	7,7
Médecine	23	173	10,6	14,3	10,7	10,8	8,8
Chirurgie	130	1 011	6,5	6,9	5,6	7,7	6,0
Obstétrique	7	42	7,1	7,4	0,4	6,9	3,2
Dialyse	36	145	5,8	7,9	7,8	13,8	3,3
Total MCO	517	7 631	7,8	8,9	7,9	10,1	7,4
Hors MCO							
Soins de suite et de réadaptation	185	940	7,6	9,3	7,6	6,7	5,9
Psychiatrie	109	472	5,3	5,3	3,7	4,2	2,7
Divers	19	43	6,6	2,0	7,6	9,2	10,4
Total hors MCO	313	1 455	7,0	7,6	6,3	5,9	5,0
TOTAL	830	9 086	7,7	8,6	7,7	9,4	7,0
dont CA des cliniques :							
de moins de 6 millions d'euros	381	1 316	6,6	7,5	5,6	6,1	3,2
de 6 à 12 millions d'euros	218	1 898	6,2	7,2	5,7	6,3	2,2
de plus de 12 millions d'euros	231	5 872	9,3	9,9	9,3	11,5	9,5

Note de lecture : champ constant par tranche de deux années consécutives.

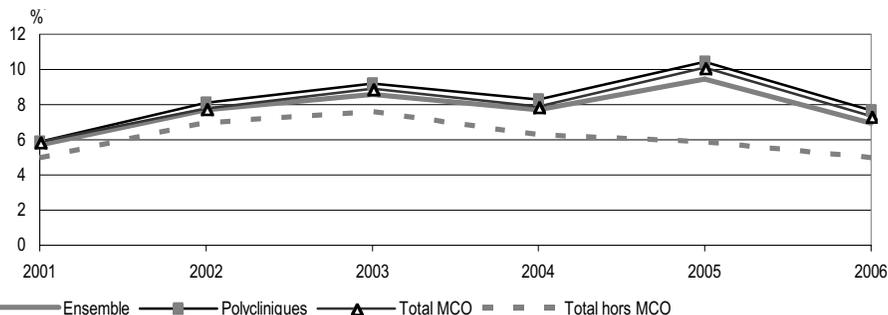
Les cliniques ayant répondu à la fois en 2005 et en 2006 ont un chiffre d'affaires total s'élevant à 9 086 millions d'euros ; il augmente ainsi de 7 % en 2006.

Le chiffre d'affaires des cliniques ayant répondu en 2004 et en 2005 augmente de 9,4 % en 2005.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2002-2006, calculs DREES.

graphique ● progression du chiffre d'affaires selon la catégorie d'établissements



Note de lecture : champ constant par tranche de deux années consécutives (voir tableau).

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2001-2006, calculs DREES.

● L'évolution de la rentabilité économique des cliniques privées

La rentabilité économique des cliniques privées diminue légèrement en 2006. Elle atteint 3 % du chiffre d'affaires, soit -0,3 point par rapport à 2005. Les cliniques du secteur MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) sont concernées par cette réduction. Leur rentabilité économique baisse de 0,2 point et s'établit à 2,8 % du chiffre d'affaires.

Une légère baisse de la rentabilité économique des cliniques

En 2006, la rentabilité économique - rapport du résultat net au chiffre d'affaires - des 848 cliniques étudiées s'établit à 3 % du chiffre d'affaires (CA). Alors qu'elle avait progressé continûment depuis 2002, gagnant plus de 2 points en 4 ans, la rentabilité économique en 2006 diminue de 0,3 point par rapport à 2005.

La moitié des cliniques privées enregistre une rentabilité économique supérieure à 2,9 %, valeur médiane légèrement inférieure à celle de 2005 (3,3 %). Une clinique sur dix affiche un taux de rentabilité économique supérieur à 10,5 %, cette proportion étant relativement stable par rapport à 2005 (10,3 %). Ces établissements réalisent 7 % du CA total de l'ensemble des cliniques.

Les cliniques déclarant des pertes sont plus nombreuses en 2006 (22 %) qu'en 2005 (17 %). D'ailleurs, 10 % des cliniques présentes à la fois en 2005 et en 2006 (voir champ) ont un déficit les deux années tandis que 6 % des cliniques du champ constant 2004, 2005 et 2006 font des pertes les trois années consécutives. Le CA des cliniques déficitaires en 2006 représente 19 % du CA total de l'ensemble des cliniques, contre 17 % en 2005. En outre, 10 % de l'ensemble des cliniques en 2006 affichent une rentabilité économique inférieure à -3,7 %.

Le taux de marge brut d'exploitation, correspondant au ratio de l'excédent brut d'exploitation sur le chiffre d'affaires, a diminué en 2006 ; il s'établit à 7,2 % du CA, soit 1,1 point de moins qu'en 2005. Cette baisse s'explique en partie par l'augmentation de la part des frais de personnel, notamment des salaires bruts, et de celle des versements assimilés (voir tableau 1).

Les cliniques du secteur hors MCO sont celles qui bénéficient de la meilleure rentabilité économique

L'année 2006 profite surtout aux petites cliniques (CA inférieur à

6 millions d'euros) et aux grands établissements (CA supérieur à 12 millions d'euros), avec des taux de rentabilité économique s'établissant respectivement à 3,5 % et 3,3 % de leur CA ; les moyennes cliniques (CA compris entre 6 et 12 millions d'euros) dégagent, quant à elles, des bénéfices correspondant à 1,9 % du CA. La rentabilité des grandes cliniques, qui avait doublé entre 2004 et 2005, demeure constante en 2006 ; en revanche, les cliniques de moyenne et petite taille réalisent des bénéfices moindres qu'en 2005 (respectivement -0,8 et -0,7 point), ces derniers étant toutefois proches de ceux de 2004.

La rentabilité économique des cliniques du secteur MCO diminue légèrement par rapport à 2005 et atteint 2,8 % du CA ; elle avait doublé entre 2004 et 2005, passant ainsi de 1,5 % à 3 % (voir tableau 2 et graphique). Alors qu'ils avaient été constants en 2004 et 2005, les bénéfices du secteur hors MCO sont légèrement plus faibles en 2006 et s'établissent à 4,3 % du CA. Malgré ces évolutions, le secteur hors MCO reste donc le plus rentable.

Au sein du secteur MCO, les cliniques spécialisées en obstétrique et en dialyse enregistrent une augmentation importante de leurs bénéfices rapportés à leur CA. Les premières connaissent une hausse de 2,2 points à 3,5 % de leur CA et les secondes un accroissement de 2,4 points à 8,8 % de leur CA. Le taux de rentabilité des polycliniques est, quant à lui, constant. Les cliniques mono-disciplinaires de médecine réalisent, en revanche, des bénéfices moindres en 2006 (-1,3 point), après une très forte augmentation en 2005 (+3,9 points) ; en 2006, les cliniques spécialisées en chirurgie ont un taux de rentabilité deux fois plus faible à celui de 2005 et même inférieur de 0,7 point à celui de 2004. Il s'établit à 1,4 % du CA.

Les taux de rentabilité des cliniques du secteur hors MCO diminuent, quelle que soit l'activité concernée. ■

■ Champ

Les comptes des cliniques privées sont transmis aux tribunaux de commerce, mais parfois avec retard. Les données de 2006 sont relatives aux cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la liste exhaustive des cliniques de 2006, dont les comptes sont disponibles et qui ont pu être croisés avec l'activité, via l'enquête SAE 2006. La liste exhaustive des cliniques est éditée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et validée par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Le croisement avec la SAE permet, en outre, de récupérer les données concernant l'activité et les capacités des cliniques privées.

Au final, 848 cliniques sont étudiées pour l'année 2006 tandis

que 830 sont présentes à la fois en 2005 et en 2006, ce qui correspond au champ constant pour ces deux années.

■ Définitions

– **Achats et charges externes** : ils comprennent notamment les achats médicaux, la sous-traitance et le personnel extérieur à l'entreprise, les redevances de crédit-bail, les loyers, l'entretien et les primes d'assurance.

– **Chiffre d'affaires (CA)** : il correspond essentiellement aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient).

– **Excédent brut d'exploitation (EBE) ou marge d'exploitation** :

solde généré par l'activité courante de l'entreprise, sans prendre en compte la politique d'investissement et la gestion financière.

L'EBE est obtenu en soustrayant au chiffre d'affaires les charges d'exploitation.

– **Rentabilité économique (résultat net/CA)** : elle permet de rapporter le niveau d'excédent ou de déficit au niveau d'activité de l'établissement.

– **Résultat courant** : somme des résultats des activités financière et d'exploitation.

– **Résultat exceptionnel** : solde des produits et des charges exceptionnels.

– **Résultat net comptable** : solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.

– **Taux de marge brute d'exploitation (EBE/CA)** : il représente la performance de l'entreprise, indé-

pendamment des politiques financière, d'amortissement et de distribution des revenus.

■ Pour en savoir plus

Aude J., 2008, « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2005 et 2006 », *Études et Résultats*, n° 650, août, DREES.

■ Sources

Comptes des cliniques privées transmis aux tribunaux de commerce.

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

tableau 1 ● comptes de résultat des cliniques privées (en%)

	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre d'entreprises incluses	980	937	931	927	848
Chiffre d'affaires moyen (en millions d'euros)	7,5	8,3	9,1	10,1	10,9
Achats et charges externes (en % du CA)	-43,9	-43,8	-43,3	-42,2	-42,9
dont : - Achats consommés	-17,5	-17,3	-17,2	-16,5	-17,4
- Autres achats et charges externes	-26,5	-26,4	-26,1	-25,8	-25,6
- Variation de stocks	0,1	-0,1	0,1	-0,1	-0,1
Frais de personnel (en % du CA)	-46,5	-45,8	-45,0	-44,0	-44,3
dont : - Salaires bruts	-33,9	-33,0	-32,2	-30,8	-31,5
- Charges sociales	-12,6	-12,7	-12,8	-13,2	-12,8
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)	-4,8	-5,6	-5,6	-6,1	-5,6
dont : - Impôts, taxes et versements assimilés	-6,0	-5,9	-5,8	-5,8	-6,0
- Subvention d'exploitation	1,2	0,3	0,3	0,3	0,4
Excédent brut d'exploitation (en % du CA)	4,8	5,0	6,1	8,3	7,2
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-2,9	-2,5	-2,1	-2,5	-2,2
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	0,5	0,4	0,1	0,4	0,9
Résultat d'exploitation (en % du CA)	2,4	2,8	4,0	6,0	5,0
Résultat financier	-0,4	-0,2	-0,3	-0,3	-0,2
Résultat courant (exploitation + financier)	2,0	2,6	3,6	5,7	4,8
Résultat exceptionnel (en % du CA)	0,5	0,1	0,2	-0,1	0,5
Participation des salariés (en % du CA)	-0,3	-0,3	-0,4	-0,6	-0,6
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	-1,0	-1,1	-1,3	-1,7	-1,7
Résultat net (en % du CA)	1,1	1,3	2,1	3,3	3,0

Note de lecture : les achats et charges externes représentent 42,9 % du chiffre d'affaires.

Rapportés au CA, les produits sont positifs et les charges négatives.

Le signe (+) ou (-) pour les résultats dépend de la différence entre les produits et les charges.

Attention, des différences apparaissent entre la somme de pourcentages et le résultat réel, ceci à cause des arrondis à un chiffre après la virgule.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2002-2006, calculs DREES.

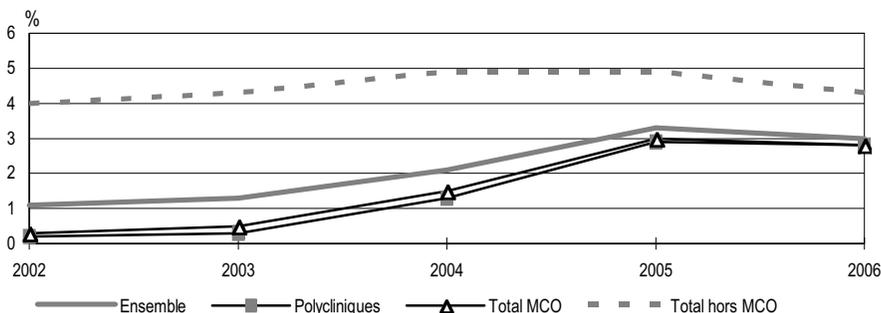
tableau 2 ● rentabilité économique selon la catégorie d'établissements (en % du chiffre d'affaires)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ensemble	0,1	1,1	1,3	2,1	3,3	3,0
Polycliniques	-1,1	0,2	0,3	1,3	2,9	2,8
Médecine	1,1	1,2	1,1	1,6	5,5	4,2
Chirurgie	-1,2	0,5	1,1	2,1	2,8	1,4
Obstétrique	0,6	-1,7	1,1	1,4	1,3	3,5
Dialyse	17,1	7,7	4,5	5,4	6,4	8,8
Total MCO	-1,1	0,3	0,5	1,5	3,0	2,8
Soins de suite et de réadaptation	3,7	3,1	4,1	5,4	5,2	4,4
Psychiatrie	4,0	4,4	4,9	4,4	4,2	4,1
Divers	1,3	3,7	2,3	1,5	6,8	3,9
Total hors MCO	4,8	4,0	4,3	4,9	4,9	4,3

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2001-2006, calculs DREES.

graphique ● évolution de la rentabilité économique selon la catégorie d'établissements



Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2002-2006, calculs DREES.

● La structure des charges et des produits des hôpitaux publics

La tarification à l'activité (T2A) a été mise en place de manière progressive à partir de 2004 pour les établissements de santé publics titulaires d'autorisation de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO). L'analyse du compte de résultat de ces établissements en 2006 montre que la montée en charge très progressive de cette nouvelle tarification influence encore peu, cette année-là, les produits qui leur sont versés par l'Assurance maladie.

En 2006, les produits totaux des établissements publics s'élevaient à 58 milliards d'euros

En 2006, les produits hors rétrocession (HR) (voir définitions), évalués à près de 58 milliards d'euros (Md€), sont fortement concentrés au sein du secteur public. Les 31 centres hospitaliers régionaux (CHR), soit 3 % des entités juridiques du secteur, reçoivent un peu plus de 36 % des produits HR ; les 348 hôpitaux locaux (HL), soit un tiers des entités juridiques du secteur, reçoivent, quant à eux, près de 5 % de ces produits HR. Le budget principal du secteur public, qui représente 88 % du budget total, s'établit à 51 Md€. Ce budget est ventilé en trois groupes fonctionnels de produits. Avec un peu plus de 42 Md€, les produits versés par l'Assurance maladie (groupe 1) représentent 82 % du budget principal ; les produits de l'activité hospitalière (groupe 2), qui retracent principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers, forment 7 % des produits du budget principal (voir graphique 1). Enfin, les autres produits (groupe 3) représentent 10 % du budget principal ; ils correspondent par exemple aux prestations effectuées au profit de malades d'un autre établissement, aux retenues et versements sur honoraires médicaux, aux remises et ristournes obtenues sur les achats stockés de matières premières et de fournitures et aux transferts de charges.

Les charges du secteur public sont estimées à 58,2 milliards d'euros en 2006

Le poids des charges de personnel (groupe 1) est prédominant (voir graphique 2) : celles-ci représentent 68 % des charges du secteur public contre près de 13 % pour les charges à caractère médical et 10 % pour les charges à caractère hôtelier et général. La part des amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles s'élève quant à elle à près de 9 %. Le montant total des charges est évalué à 58,2 Md€.

■ **Champ**

France métropolitaine et DOM. Le nombre d'établissements publics considérés dans cette étude s'élève à 1003 en 2006. Seuls les produits hors rétrocession ont été retenus dans l'analyse.

■ **Définitions**

– **Produits** : ils correspondent aux produits totaux définis par les comptes commençant par le chiffre 7 de la nomenclature M21, soit en grande partie les produits de l'activité hospitalière, les produits financiers et exceptionnels.

– **Rétrocession de médicaments** : les établissements publics ont la possibilité de vendre des médicaments à des patients. La rétrocession de

médicaments recouvre leur délivrance par une pharmacie hospitalière à des patients qui ne sont pas hospitalisés.

– **Budget principal** : il est plus particulièrement formé de trois groupes fonctionnels de produits (produits versés par l'Assurance maladie, produits de l'activité hospitalière, autres produits et transferts de charges) et de quatre groupes fonctionnels de charges (charges d'exploitation relatives aux charges de personnel, charges d'exploitation à caractère médical, charges d'exploitation à caractère hôtelier et général et amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles).

– **Budget annexe** : il décrit les opérations ayant trait à l'exploitation de cer-

Les montants des produits et des charges sont proches globalement mais les écarts sont marqués selon les établissements

Contrairement à 2005, le résultat net comptable est déficitaire de 200 millions d'euros (M€) en 2006. Cette diminution résulte d'une progression des charges plus rapide que celle des produits (+2,9 % contre +2,2 %). La rentabilité économique du secteur public s'établit à -0,4 % en 2006. Sur la base des premières informations provisoires, le déficit atteindrait 480 millions d'euros en 2007 et la rentabilité économique serait estimée à -0,9 %.

L'équilibre entre charges et produits au niveau global dissimule pourtant d'importantes disparités selon les catégories d'établissements. Certaines sont déficitaires en 2006 : c'est notamment le cas des CHR (hors Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) et des centres hospitaliers (CH) de moyenne et grande taille. Les produits de ces derniers sont soit compris entre 20 et 70 millions d'euros, soit supérieurs à 70 millions d'euros. Toutes les autres catégories sont en moyenne excédentaires (voir tableau). Mais le niveau agrégé de la catégorie d'établissements ne rend pas compte des disparités qui peuvent exister entre les établissements qui figurent dans une même catégorie.

En 2006 comme en 2005, plus d'un hôpital sur trois est déficitaire, contre un quart en 2002. Les déficits observés pour certains établissements peuvent provenir soit d'une mauvaise allocation de la dotation globale par rapport à l'activité réalisée, soit des charges excessives des établissements.

En 2006, le secteur public reste principalement financé sous forme de dotations

La part MCO dans l'activité des hôpitaux publics représente 65 % des entrées et venues réalisées par ce secteur en 2006. Compte tenu de cette proportion et de la montée en charge progressive de la T2A, les financements directement liés à l'activité forment 21 % des produits versés par l'Assurance maladie (groupe 1), le reste étant financé sous forme de dotations (voir graphique 3 et chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 8).

tains services dont il est nécessaire d'isoler l'activité ou qui font l'objet d'un financement spécifique, notamment les unités de soins de longue durée et la dotation non affectée (DNA).

– **Résultat net comptable** : solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.

– **Rentabilité économique (résultat net/CA)** : elle permet de rapporter le niveau d'excédent ou de déficit au niveau d'activité de l'établissement.

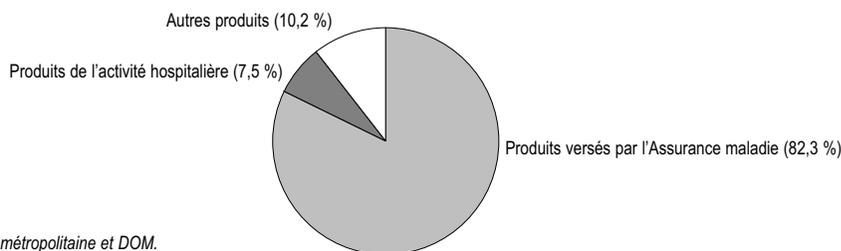
■ **Pour en savoir plus**

Yilmaz E., 2009, « En 2006, les hôpitaux publics en déficit », *Études et Résultats*, n° 681, février, DREES.

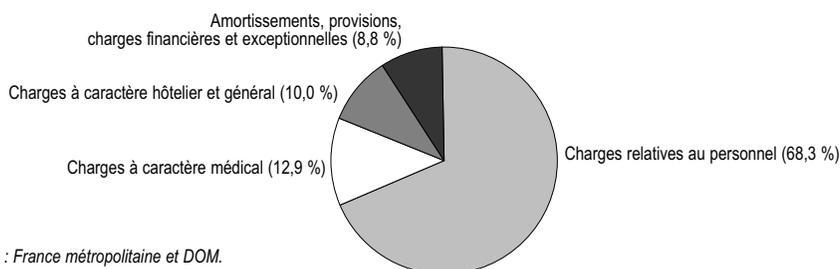
■ **Sources**

Les données comptables des hôpitaux publics sont fournies par la direction générale de la comptabilité publique (DGCP). Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements de santé de statut public. Une entité juridique peut inclure un ou plusieurs établissements. La nomenclature M21, relative aux hôpitaux publics, se compose du budget principal et de plusieurs budgets annexes.

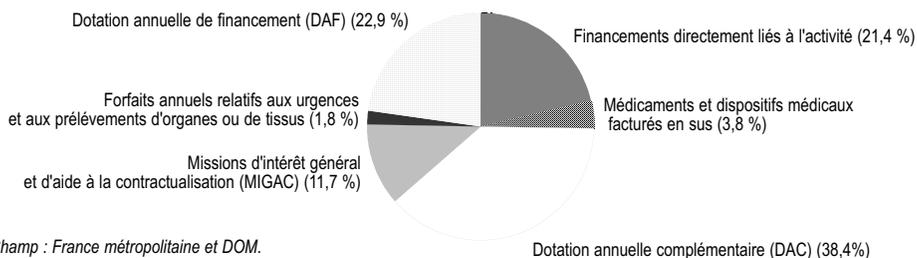
Les données de la DGCP ont été croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE), afin de conserver dans le champ de l'étude uniquement les établissements sanitaires.

graphique 1 ● répartition des produits (hors rétrocession) par groupe fonctionnel


Champ : France métropolitaine et DOM.
Sources : DGCP 2006, SAE 2006.

graphique 2 ● répartition des charges (hors rétrocession) par groupe fonctionnel


Champ : France métropolitaine et DOM.
Sources : DGCP 2006, SAE 2006.

graphique 3 ● répartition du groupe 1 des produits (hors rétrocession)


Champ : France métropolitaine et DOM.
Sources : DGCP 2006, SAE 2006.

tableau ● rentabilité économique des hôpitaux publics par catégorie d'établissements

	Effectif	Produits HR	Charges HR	Résultat net comptable	Rentabilité économique
		(en millions d'euros)			
AP-HP	1	6 147	5 994	153	2,7 %
Autres CHR	30	14 864	15 024	-160	-1,1 %
Grands CH	129	17 476	17 675	-199	-1,3 %
Moyens CH	199	9 338	9 415	-77	-0,9 %
Petits CH	202	2 037	2 017	20	0,8 %
Hôpitaux locaux	348	2 770	2 721	49	2,1 %
CHS*	94	5 326	5 305	21	0,4 %
Secteur public hospitalier	1 003	57 958	58 151	-193	-0,4 %

* Centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DGCP 2006, SAE 2006.

● Le suivi économique et financier des établissements privés anciennement sous dotation globale

Les établissements privés anciennement sous dotation globale (ex-DG) pratiquant une activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sont concernés par la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) depuis 2004. L'analyse du compte de résultat de ces établissements en 2005 montre que la montée en charge très progressive de cette nouvelle tarification influence encore peu, cette année-là, les produits qui leur sont versés par l'Assurance maladie.

En 2005, les produits totaux des établissements privés ex-DG s'élèvent à 8,5 milliards d'euros

Avec 3,5 millions d'entrées et venues, les établissements privés à but non lucratif réalisent en 2005 un peu plus de 14 % des séjours hospitaliers mais seulement 8 % des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), cette proportion étant de 55 % pour le secteur public et de 37 % pour les cliniques privées. L'activité des établissements privés à but non lucratif est donc particulièrement orientée vers les activités non concernées par la T2A.

Les établissements privés ex-DG constituent un sous-ensemble des établissements privés à but non lucratif. Leurs produits (voir définitions) sont estimés à un peu plus de 8,5 milliards d'euros ; ils ont augmenté de 4,1 % entre 2004 et 2005, alors que la progression s'établissait à 5,5 % pour les hôpitaux publics et à 9,3 % pour les cliniques privées. Les produits d'un établissement privé ex-DG s'élèvent en moyenne à 14 millions d'euros en 2005. Cette moyenne dissimule toutefois d'importantes disparités. En effet, les établissements privés ex-DG concernés par la T2A ont en moyenne des recettes plus élevées que ceux qui ne sont pas dans le champ de la T2A. Il s'agit des centres de lutte contre le cancer (CLCC) et des établissements MCO, soit 30 % des établissements privés ex-DG. Les recettes des CLCC sont ainsi de 68 millions d'euros, celles des établissements MCO s'élèvent à 27 millions d'euros, contre seulement 10 millions pour celles des établissements de psychiatrie et des établissements de moyen séjour (soins de suite et de réadaptation - SSR).

L'Assurance maladie finance la majeure partie des produits des établissements privés ex-DG

Les produits versés par l'Assurance maladie (groupe 1) représentent en moyenne 86 % des produits des établissements privés ex-DG (voir graphique 1). Les produits de l'activité hospitalière (groupe 2), soit principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers, constituent 5 % des recettes. Les autres produits (groupe 3) représentent 9 % des recettes ; ils correspondent par exemple aux prestations effectuées au profit de malades d'un autre établissement, aux retenues et versements sur honoraires médicaux, aux remises et ristournes obtenues sur les achats stockés de matières

■ Champ

Le champ de l'étude couvre les établissements privés anciennement sous dotation globale. Ils constituent un sous-ensemble du périmètre plus large des établissements privés à but non lucratif qui inclut également les établissements privés à but non lucratif anciennement financés sous objectif quantifié national (OQN) et les établissements privés ex-DG ne pratiquant que des activités de longue durée.

Les données de 549 établissements de France métropolitaine et des DOM, soit 80 % des établissements privés ex-DG, sont étudiées.

Représentant 90 % des entrées, venues et séances, ces établissements sont de taille relativement plus importante que la moyenne des établissements privés ex-DG.

■ Définitions

Produits : ils correspondent aux produits totaux définis par les comptes commençant par le chiffre 7 de la nomenclature M21, soit en grande partie les produits de l'activité hospitalière, les produits financiers et exceptionnels.

■ Pour en savoir plus

– Dumontaux N., Villeret S., 2008, « La structure des charges et des

premières et de fournitures. Les transferts de charges (groupe 4) occupent, quant à eux, une part très marginale.

La part des charges relatives au personnel est prépondérante

Les charges relatives au personnel (groupe 1) représentent près de 70 % des charges du secteur en 2005 (voir graphique 2). Cette part varie de seulement 57 % pour les CLCC à 81 % pour les grands établissements spécialisés en psychiatrie (ceux dont les produits sont supérieurs ou égaux à 6 millions d'euros). Les charges à caractère médical (groupe 2) représentent 13 % des charges, les charges à caractère hôtelier et général (groupe 3) 12 %, tandis que les amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles (groupe 4) comptent pour moins de 8 % des charges du secteur.

Le secteur privé ex-DG est légèrement déficitaire en 2005

Le déficit total des établissements privés ex-DG s'élève en 2005 à 35 millions d'euros. Un établissement sur deux réalise des pertes. Les plus grands établissements MCO (ceux dont les produits sont supérieurs ou égaux à 35 millions d'euros) sont d'ailleurs plus souvent déficitaires que les petits établissements MCO (ceux dont les produits sont inférieurs à 12 millions d'euros). De plus, à taille égale, les établissements privés ex-DG déficitaires ont des charges de personnel plus élevées que les établissements excédentaires : 68,5 % des charges sont des charges de personnel dans les établissements déficitaires contre 67,3 % dans les établissements excédentaires.

Les financements liés à l'activité représentent encore une faible fraction des versements de l'Assurance maladie

Étant donné que les établissements privés ex-DG n'ont pas tous une activité MCO et que la T2A est mise en place progressivement, les financements directement liés à l'activité représentent, en 2005, 12 % des produits versés par l'Assurance maladie obligatoire (groupe 1) (voir graphique 3 et chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 8). Cette année-là, les dotations continuent donc de former l'essentiel des financements du groupe 1. ■

produits des établissements privés à but non lucratif en 2004 et 2005 », *Études et Résultats*, n° 628, mars, DREES.

– Legendre M-C., Le Rhun B., 2007, « Les comptes d'exploitation des établissements participant au service public hospitalier (PSPH) entre 2001 et 2004 », *Études et Résultats*, n° 553, février, DREES.

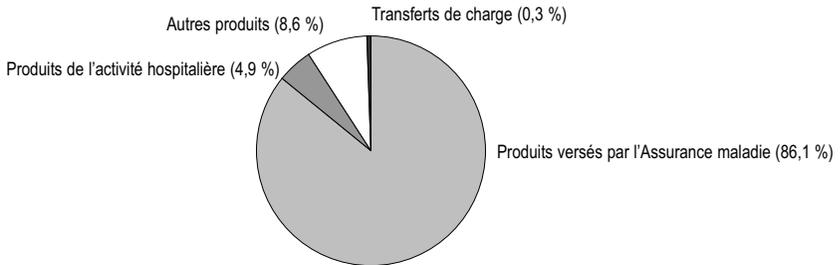
■ Sources

Deux sources sont combinées. La première source est l'outil ICARE, à partir duquel l'ensemble des établissements ex-DG sont interrogés afin de fournir des données comptables qui permettent notamment de dis-

tinguer un certain nombre de charges et de produits en fonction des activités pratiquées par les établissements (MCO, moyen séjour, psychiatrie).

La seconde source utilisée est l'enquête DREES-DHOS qui porte sur les comptes de bilan des établissements privés à but non lucratif. Ces deux sources de données sont croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE), ce qui permet de construire les différentes catégories d'établissements considérées (CLCC, établissements de moyen séjour, établissements psychiatriques, etc.).

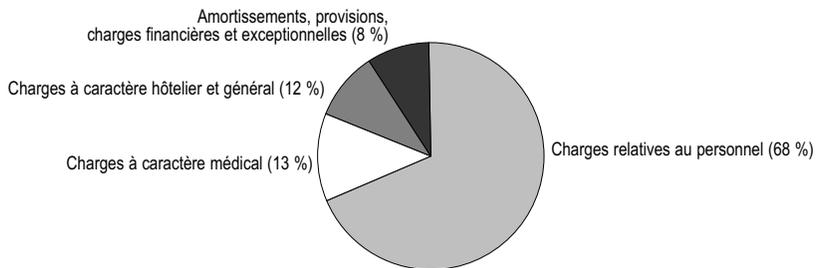
graphique 1 ● répartition des produits par groupe fonctionnel



Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : ICARE, enquête DREES-DHOS, SAE, calculs DREES.

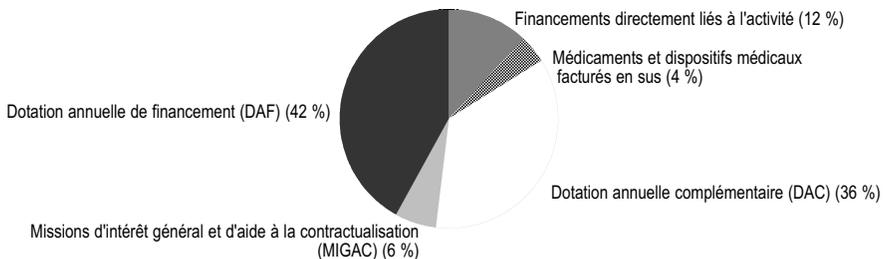
graphique 2 ● répartition des charges par groupe fonctionnel



Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : ICARE, enquête DREES-DHOS, SAE, calculs DREES.

graphique 3 ● répartition du groupe 1 des produits



Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : ICARE, enquête DREES-DHOS, SAE, calculs DREES.

Changements organisationnels dans les établissements de santé

7

- Des changements profonds dans l'organisation de l'offre de soins
- L'évolution de l'attente des usagers des établissements de santé

● Des changements profonds dans l'organisation de l'offre de soins

L'organisation interne des établissements de santé, leur système d'information, mais aussi leurs partenariats ont connu des évolutions très rapides ces dernières années. En 2007, 95 % des établissements appartiennent à un réseau ou à une structure de coopération. Ces quatre dernières années, les partenariats pour hospitalisation ou pour soins infirmiers à domicile ont doublé et concernent désormais 60 % des établissements. De plus, les établissements ont modifié leurs modes de prise en charge des patients : 70 % déclarent avoir développé leur activité ambulatoire et 80 % des activités transversales telles que la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.

La quasi-totalité des établissements de santé s'inscrivent dans un réseau, un partenariat ou une structure de coopération

Un des objectifs des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III) est d'assurer une organisation territoriale des soins permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité, telles que la médecine, la permanence des soins et la prise en charge des personnes âgées (voir chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 8). Le développement des réseaux de santé y est en outre fortement encouragé.

En 2007, 95 % des établissements appartiennent à une structure de coopération, un réseau inter-établissements, ville-hôpital, ou ont mis en œuvre un partenariat pour hospitalisation à domicile ou soins infirmiers à domicile. Les réseaux de soins entre établissements sont les plus répandus. Ils concernent 85 % des établissements, publics ou privés, et la quasi-totalité des hôpitaux publics de plus de 800 salariés. Depuis 2003, les partenariats pour hospitalisation à domicile ou pour soins infirmiers à domicile ont connu la plus forte progression et concernent 60 % des établissements en 2007 (voir tableau).

Les établissements se recentrent sur l'activité de soins

Parallèlement à leur insertion dans des structures de coopération ou des réseaux de soins, les établissements de santé externalisent ou mutualisent la gestion de fonctions - autres que celle des soins - comme l'hôtellerie, les activités techniques ou médico-techniques. Ces fonctions peuvent être prises en charge par un prestataire extérieur, dans le cadre d'un réseau ou d'une structure de coopération.

En 2007, les cliniques privées ont plus souvent recours que les autres secteurs à des prestataires extérieurs pour certaines de leurs activités : 90 % externalisent la fonction « restauration, linge et déchets » pour partie ou en totalité ; 75 % les prestations techniques telles que la maintenance, les réparations ou la sécurité des bâtiments ; 50 % les activités médico-techniques (radiologie,

laboratoire, blocs, etc.) (voir graphique 1). En revanche, les réseaux ou structures de coopération sont davantage utilisés par les hôpitaux publics pour gérer certaines de leurs fonctions. Dans ce secteur, 25 % des établissements gèrent la fonction « restauration, linge et déchets » en réseaux, et 20 % la fonction « achats, approvisionnements ». En outre, 20 % des cliniques privées utilisent leurs réseaux pour gérer les activités médico-techniques (voir graphique 2).

Évolutions dans la prise en charge des usagers et recomposition des activités

En quatre ans, 70 % des établissements déclarent avoir augmenté leur activité ambulatoire (hospitalisation de moins d'un jour), en particulier les cliniques privées (80 %). En outre, huit établissements sur dix ont développé des activités transversales, telles que la prise en charge de la douleur ou des soins palliatifs, en application des plans de santé publique (plan Cancer, plan Douleur, etc.). À l'inverse, 20 % des établissements ont transféré certaines de leurs activités à d'autres établissements de santé et 10 % ont supprimé une ou plusieurs activités, ces reconfigurations étant plus marquées dans le secteur privé à but non lucratif. Enfin, 20 % des établissements ont fusionné partiellement ou totalement avec un autre établissement. C'est notamment le cas dans le secteur privé à but lucratif. Les établissements ont davantage été incités à modifier leur activité (transferts, fusions totales ou partielles, suppressions) lorsqu'ils étaient en situation de concurrence locale.

Les outils de suivi se généralisent et s'informatisent

Depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), les établissements, notamment au sein des secteurs public et privé à but non lucratif, sont également incités à piloter plus finement leur activité et à mettre en place des dispositifs de gestion.

En 2007, 80 % des établissements utilisent des tableaux de bord ou de reporting pour le pilotage ou la planification de l'activité. L'informatisation du circuit du médicament dans son ensemble - prescription, dispensation, administration - concerne à présent 25 % des établissements. ■

■ Champ

Pour les établissements de santé publics (centres hospitaliers universitaires [CHU], centres hospitaliers régionaux [CHR] ou centres hospitaliers [CH]), on interroge les entités juridiques, à l'exception de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris et des Hospices Civils de Lyon pour lesquelles on interroge l'établissement.

Pour les établissements de santé privés (centres de lutte contre le cancer [CLCC] et établissements de soins de courte durée), on interroge l'établissement.

Pour l'ensemble des secteurs, il s'agit d'établissements de santé de plus de 20 salariés non médicaux en France métropolitaine.

■ Définitions

– **Réseaux de soins** : d'après la circulaire DGS du 25 novembre 1999, les réseaux de soins ont pour objectif de mobiliser l'ensemble des ressources sur un territoire donné autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à permettre la continuité des soins qui lui sont dispensés et à favoriser la coordination des professionnels intervenants.

– **Structures de coopération** : il existe trois formes principales de coopération : le groupement de coopération sanitaire, le groupement d'intérêt public et le groupement d'intérêt économique. Pour plus de détails, voir *Études et Résultats* n°633.

■ Pour en savoir plus

– Cordier M., 2008, « Hôpitaux et cliniques en mouvement – Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients », *Études et Résultats*, n°633, avril, DREES.
– Arnault S., Fizzala A., Leroux I.,

Lombardo P., 2007, « L'activité des établissements de santé en 2006 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n°618, décembre, DREES.

– Ensemble du dispositif d'enquête sur les changements organisationnels et l'informatisation : www.enquetecoi.net

■ Sources

Enquête statistique publique COI-H 2007 menée par la DREES, en collaboration avec le CEE (Centre d'études de l'emploi), auprès de 800 établissements.

tableau ● réseaux, structures de coopération et partenariats des établissements de santé en 2007 (en %)

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Établissements appartenant à ...				
... une structure de coopération	71,7	54,2	41,1	55,8
... un réseau de soins avec d'autres établissements	88,4	83,8	79,1	83,7
... un réseau de soins ville-hôpital	59,5	53,7	32,5	46,9
... des partenariats pour hospitalisation à domicile, soins infirmiers à domicile, etc.	65,9	73,3	51,7	60,8
Établissements appartenant à un réseau*	9,7	9,8	26,9	17,2
Établissements appartenant à deux réseaux*	20,1	26,0	24,2	22,8
Établissements appartenant à trois réseaux* ou plus	67,3	60,8	40,1	54,5
Établissements n'appartenant à aucun réseau*	2,9	3,3	8,8	5,5

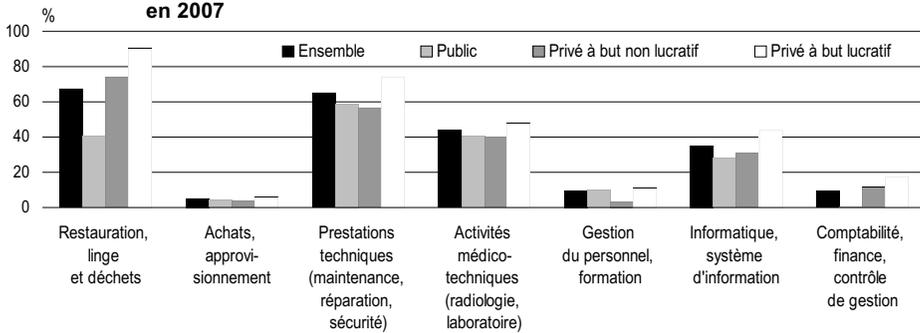
Note de lecture : en 2007, 46,9 % des établissements appartiennent à un réseau de soins ville-hôpital.

* Réseau, partenariat ou structure de coopération.

Champ : CHR, CHU, CH, CLCC et établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) en France métropolitaine.

Sources : Enquête statistique publique, COI-H 2007, DREES, CEE.

graphique 1 ● externalisation des principales fonctions (autres que soins) de l'établissement en 2007

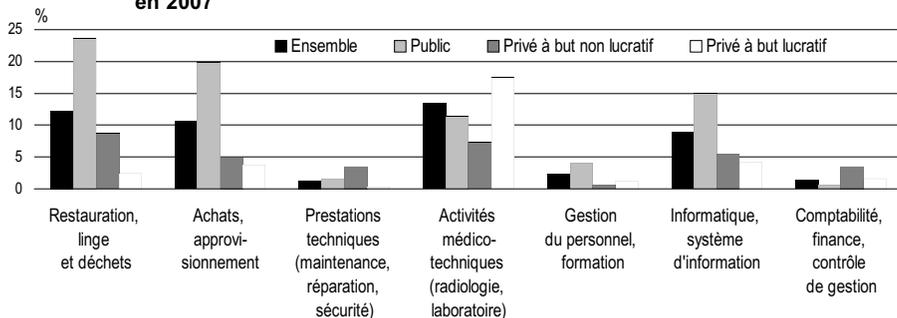


Note de lecture : 67 % des établissements confient à un sous-traitant ou à un prestataire la fonction "restauration, linge et déchets" en partie ou en totalité.

Champ : CHR, CHU, CH, CLCC et établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) en France métropolitaine.

Sources : Enquête statistique publique, COI-H 2007, DREES, CEE.

graphique 2 ● gestion en réseaux* des principales fonctions (autres que soins) de l'établissement en 2007



Note de lecture : 12 % des établissements gèrent tout ou partie de la fonction "restauration, linge et déchets" au sein d'un réseau, partenariat ou structure de coopération.

* Réseau, partenariat ou structure de coopération.

Champ : CHR, CHU, CH, CLCC et établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) en France métropolitaine.

Sources : Enquête statistique publique, COI-H 2007, DREES, CEE.

● L'évolution de l'attente des usagers des établissements de santé

Les patients et leur famille sont de plus en plus exigeants à l'égard de la qualité des prises en charge, de la réduction des risques et des informations fournies par les établissements de santé. Ces attentes sont renforcées par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. En conséquence, 60 % des établissements déclarent que l'évolution de ces attentes a un fort impact sur leur activité.

Une exigence de qualité des soins : neuf établissements sur dix sont certifiés ou en cours de certification

L'exigence croissante de sécurité sanitaire et de qualité des soins s'est traduite en 1996 par la création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) devenue ensuite la Haute Autorité de santé (HAS) ; celle-ci a notamment pour tâche de certifier les établissements. À une première version de cette démarche de certification (achevée en 2006) a succédé une deuxième version, initiée au dernier trimestre 2004. En 2007, 23 % des établissements sont certifiés par la HAS au titre de la deuxième version et 63 % sont en cours de certification V2 (voir tableau 1). Cette certification a été complétée, pour 15 % des établissements, par d'autres systèmes : labellisation de la qualité, des compétences techniques et de la sécurité (type ISO). Enfin, 27 % des établissements utilisent un autre outil d'évaluation externe de la qualité des soins, avec des différences marquées entre secteurs.

Les établissements améliorent l'information fournie aux usagers

En 2007, 70 % des établissements ont formé leur personnel aux droits des usagers, à l'information fournie à ces derniers sur leur état de santé et sur les soins qu'ils reçoivent (voir tableau 2). C'est notamment le cas des hôpitaux publics et des établissements privés à but non lucratif. Cette proportion est en forte progression depuis quatre ans dans chaque secteur. De même, les établissements développent des dispositifs formalisés ou emploient des personnels spécialisés pour l'information fournie aux patients sur leur état de santé.

De plus en 2007, trois établissements de santé sur quatre mènent des actions de prévention auprès de la population ; ils étaient moins d'un sur deux en 2003. Ces actions peuvent concerner la lutte anti-tabac, l'information sur l'alcool ou la diététique.

La sécurisation des données informatisées sur les patients se renforce

Les établissements développent également des systèmes d'information permettant aux professionnels de consulter des données sur les patients, que ce soit au sein de l'établissement, d'infrastructures

de coopération partagée, des réseaux de santé ou des réseaux ville-hôpital. Ces données partagées devraient permettre de rationaliser la prise en charge des patients, de générer des économies de gestion et de diagnostic, mais aussi de faire gagner du temps à l'utilisateur. En 2007, la moitié des établissements disposent d'un système d'information permettant de consulter ou d'alimenter le dossier médical d'un patient en leur sein, contre 30 % en 2003 (voir tableau 3). Cependant, l'enquête ne donne pas de précisions sur le contenu de ces données qui peuvent ne concerner que quelques activités de l'établissement et une partie des patients. La part des établissements de santé qui mettent ces données à disposition d'un réseau hospitalier de santé est de 10 %, à celle d'une infrastructure de coopération partagée, elle est de 10 % et à disposition d'un réseau ville-hôpital, de 9 %.

Parallèlement, la sécurisation des données informatiques s'est généralisée en quatre ans. En 2007, 80 % des établissements disposent d'outils permettant de contrôler l'accès aux données informatiques et 55 % disposent d'outils de détection d'intrusion, contre respectivement 60 % et 35 % en 2003.

L'accueil des personnes en situation de précarité : plus de permanences d'accès aux soins

Les établissements doivent s'adapter à une partie de la population environnante appauvrie et parfois précarisée, ou à la montée de l'isolement de certains usagers. Ainsi, l'appauvrissement de la population a un fort impact sur 30 % des établissements et 20 % déclarent un plus grand isolement de certains patients. Les établissements ayant un service d'urgences ressentent plus fortement que les autres la précarisation d'une partie de la population.

Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins définis dans le code de la santé publique, les établissements publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH) mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Ces permanences visent à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. En quatre ans, les PASS sont montées en charge et existent, en 2007, dans la moitié des établissements publics ou PSPH.

■ Champ

Pour les établissements de santé publics (centres hospitaliers universitaires [CHU], centres hospitaliers régionaux [CHR] ou centres hospitaliers [CH]), on interroge les entités juridiques, à l'exception de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris et des Hospices Civils de Lyon pour lesquelles on interroge l'établissement. Pour les établissements de santé privés (centres de lutte contre le cancer [CLCC] et établissements de soins de courte durée), on interroge l'établissement.

Pour l'ensemble des secteurs, il s'agit d'établissements de santé de

plus de 20 salariés non médicaux en France métropolitaine.

■ Définitions

– Pour la notion d'**établissements participant au service public hospitalier (PSPH)**, voir chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 8.

– **Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** : cette loi précise entre autres le droit d'accès du patient aux informations concernant sa santé, son dossier médical et met en place un mécanisme d'agrément des associations de personnes

malades et d'usagers du système de santé qui ont vocation à représenter les usagers. Cette loi élargit également le rôle des commissions de conciliation, qui deviennent des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

■ Pour en savoir plus

– Cordier M., 2008, « Hôpitaux et cliniques en mouvement – Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients », *Études et Résultats*, n°633, avril, DREES.

– Gheorghiu M., Guillemot D.,

Moatty F., 2007, « Préparation de l'enquête COI. Les changements organisationnels et leurs outils : entretiens avec les dirigeants d'hôpitaux », *Document de travail, Série Études*, DREES, n°72, novembre.

– Ensemble du dispositif d'enquête sur les changements organisationnels et l'informatisation : www.enquetecoi.net

■ Sources

Enquête statistique publique COI-H 2007 menée par la DREES, en collaboration avec le CEE (Centre d'études de l'emploi), auprès de 800 établissements.

tableau 1 ● les systèmes d'évaluation de la qualité des soins en 2007 (en %)

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Certification HAS achevée (V2)	22,3	35,7	19,1	22,8
Certification HAS en cours (V2)	64,2	54,4	64,6	62,9
Certification ou labellisation (type ISO)	17,5	17,0	12,7	15,3
Autre outil d'évaluation externe de la qualité des soins	18,9	27,6	35,5	27,4

Note de lecture : en 2007, 22,8 % des établissements ont achevé la certification V2.

Champ : CHR, CHU, CH, CLCC et établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) en France métropolitaine.

Sources : Enquête statistique publique, COI-H 2007, DREES, CEE.

tableau 2 ● les dispositifs mis en place pour le service rendu aux usagers en 2007 (en %)

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Formation du personnel aux relations avec les patients et leur famille	79,1	66,1	55,5	66,9
Dispositif formalisé ou du personnel spécialisé pour l'information fournie aux patients sur leur état de santé	46,8	52,7	51,1	49,6
Actions de prévention auprès de la population fréquentant l'établissement de santé	86,6	82,7	58,4	73,7
Labellisation de la qualité de l'accueil	7,4	14,1	19,2	13,5
Audits de la qualité de l'accueil	36,4	49,8	60,9	49,0
Enquêtes de satisfaction des usagers	71,1	75,9	75,7	73,8

Note de lecture : en 2007, 66,9 % des établissements ont formé leur personnel aux relations avec les patients et leur famille.

Champ : CHR, CHU, CH, CLCC et établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) en France métropolitaine.

Sources : Enquête statistique publique, COI-H 2007, DREES, CEE.

tableau 3 ● données informatisées sur les patients et leur sécurisation en 2007 (en %)

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
L'établissement dispose d'un système d'information permettant de consulter ou d'alimenter un dossier médical partagé ...				
... au sein de l'établissement	60,1	45,3	46,0	51,8
... au sein d'un réseau hospitalier de santé	13,2	14,5	6,1	10,3
... au sein d'un réseau ville-hôpital	11,0	8,0	6,6	8,7
... au sein d'une infrastructure de coopération partagée	14,5	7,7	6,0	9,8
Existence ...				
... d'un schéma directeur en sécurité informatique	43,8	64,4	64,7	55,9
... d'un dispositif de sauvegarde automatisé	89,1	91,2	96,6	92,7
... d'une astreinte informatique	37,4	36,1	38,9	37,9
... d'un outil de détection d'intrusion	53,9	55,9	59,7	56,7
... d'un outil de contrôle d'accès	71,6	73,5	85,1	77,7
... d'un anti-virus à jour	98,6	100,0	98,6	98,8

Note de lecture : en 2007, 56,7 % des établissements disposent d'un outil de détection d'intrusion.

Champ : CHR, CHU, CH, CLCC et établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) en France métropolitaine.

Sources : Enquête statistique publique, COI-H 2007, DREES, CEE.

Les grandes sources des données sur les établissements de santé

8

● Les grandes sources de données sur les établissements de santé

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) a été mise en place en 1994 et refondue en 2000. Les objectifs de la refonte étaient de mieux rendre compte des facteurs de production, de tenir compte de la mise en place du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), d'harmoniser les données du public et du privé, et d'améliorer les délais de production et de restitution aux différents acteurs. Depuis cette date, l'interrogation se fait au niveau de l'établissement géographique pour les établissements privés et au niveau des entités juridiques pour les établissements publics. Ceci permet, d'une part, une meilleure comparabilité et, d'autre part, une localisation plus fine des activités et des équipements.

La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et DOM), y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins¹. Sont également inclus les services pénitentiaires des établissements de santé et les secteurs militaires des établissements. Toutefois, dans les résultats présentés ici, les données des établissements du service de santé des armées ne sont pas intégrées.

Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés selon les thèmes suivants :

- identification, organisation, évolution et structure de l'établissement de santé ;
- équipements et activité ;
- activités de soins soumises à autorisation ;
- personnels.

Les bordereaux sur les activités de soins sont articulés autour de quatre parties : capacités, activité, équipement et personnel.

La Statistique annuelle des établissements de santé produit deux types de données :

- une base dite « administrative »² : elle contient les données déclarées par un établissement ou une entité juridique (données validées par la DRASS ou la CRAM selon les cas) ;
- une base dite « statistique », destinée aux études, à partir des données redressées par la DREES pour corriger les effets de l'absence partielle ou totale de réponse de certains établissements.

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) s'est progressivement mis en place dans les années 1990, sous la tutelle de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la Santé. Depuis 2001, les informations correspondantes sont collectées par l'Agence technique de l'information hospitalière³ (ATIH). Dans un premier temps, le PMSI ne concernait que les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Il existe, depuis plusieurs années, un recueil de type PMSI pour les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR). Le recueil pour la psychiatrie (après une première expérimentation) se met en place à partir de la fin 2006 (RIM-P). Mis en place en 2005, le PMSI-hospitalisation à domicile (HAD) est exploité conjointement avec la SAE à partir des données 2006 par la DREES

Le PMSI-MCO recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de rési-

dence), du ou des diagnostics et des actes réalisés pendant le séjour. Lors de la sortie d'un patient d'un établissement de court séjour (MCO), un compte-rendu de son hospitalisation est produit. Les informations fournies dans ce dernier déterminent le classement de chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM). Ce classement présente une double homogénéité en termes de caractéristiques médicales et de durée de séjour. Les nomenclatures utilisées pour le codage sont la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les diagnostics, et la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes. Il est à noter qu'en 2004 la nomenclature de classement des séjours en GHM du PMSI-MCO a évolué. La version des GHM utilisée dans cet ouvrage est la version 7.9, en vigueur depuis 2004.

La nomenclature des GHM comportant plus de 600 postes, des regroupements ont été effectués soit en utilisant les catégories majeures de diagnostic (CMD) qui classent les GHM en 28 grands groupes, soit à l'aide de la nomenclature OAP (Outil d'analyse du PMSI), utilisée dans les fiches sur la spécialisation. Cette dernière classification, qui a été élaborée par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, consiste à regrouper des GHM en « pôles d'activité » homogènes par rapport aux compétences et moyens techniques mis en œuvre ; ils tiennent compte à la fois de la discipline médico-chirurgicale ou de la spécialité (par exemple ophtalmologie, cardiologie...) et de la nature de l'activité.

Le PMSI-HAD recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), du diagnostic principal et des traitements prescrits au patient pendant le séjour. Les informations fournies déterminent le classement de chaque séjour dans un groupe homogène de prise en charge (GHPC). À chaque GHPC est associé une pondération qui module le tarif journalier en HAD.

Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-MCO et la SAE

Le PMSI-MCO permet dans un premier temps d'identifier quelques établissements non répondants à la SAE et d'en redresser les données.

Ce redressement effectué, le PMSI-MCO contient 99,6 % des journées et venues (hors séances) recensées dans la SAE. La différence provient du fait que certains établissements ne décrivent pas de manière exhaustive leur activité de MCO dans le PMSI et que le champ du PMSI ne couvre pas totalement l'activité MCO (des hôpitaux locaux, des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, etc.).

Deux types de redressement sont en fait effectués : la non-exhaustivité des réponses du PMSI est d'abord corrigée, établissement par établissement, à partir de la SAE et un calage sur l'activité mesurée dans la SAE est ensuite réalisé par strate d'établissements (croisement du statut juridique, du

1. Les activités de soins suivantes : assistance médicale à la procréation (AMP), transplantation et prélèvements d'organe font l'objet de recueils d'informations distincts et ne sont donc pas concernées.

2. Disponible sur internet : <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/>

3. www.atih.sante.fr

type d'établissement et du département d'implantation). Ces redressements sont indispensables pour permettre la comparaison d'une année sur l'autre des niveaux d'activité en MCO compte tenu de la forte amélioration de la représentativité du PMSI au fil du temps.

Quelques nuances dans les définitions entre les deux sources

• La mesure de l'activité hospitalière

L'activité hospitalière est mesurée en « séjours » et en « journées ». La rénovation de la SAE a globalement permis un rapprochement de ces concepts entre le PMSI-MCO et la SAE. Sont exclus du PMSI-MCO l'ensemble des séances ainsi que les séjours concernant les nouveau-nés pour lesquels aucun soin particulier n'a été effectué (nouveau-nés restés près de leur mère). Cependant, de légers écarts peuvent exister, en particulier du fait que la SAE mesure les séjours commencés dans l'année, alors que le PMSI-MCO concerne les séjours terminés dans l'année. D'autre part, en raison de rupture de série, le renouvellement profond de la SAE lors de sa refonte en 2000 rend parfois difficile l'analyse des évolutions.

En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), les données d'activité et les durées de séjour présentées ici proviennent du PMSI. En soins de suite et de réadaptation, ainsi qu'en soins de longue durée, les données proviennent de la SAE. En psychiatrie, une autre source administrative collectée par la DREES, les rapports de secteur, complètent les données de la SAE notamment pour les alternatives à l'hospitalisation. Les durées moyennes de séjour sont calculées sur les séjours en hospitalisation complète de plus de un jour, hors nouveau-nés restés près de leur mère, et en prenant en compte les jours de décès, non comptabilisés dans le PMSI, pour être homogène avec la SAE.

• Hospitalisation à temps complet ou à temps partiel et hospitalisation de moins ou de plus de un jour

Des différences sensibles existent, entre la SAE et le PMSI-MCO, dans les critères de répartition des séjours selon les différents modes d'hospitalisation et selon les différentes disciplines. Ainsi, dans la SAE, ce sont les moyens mis en œuvre qui définissent le mode d'hospitalisation : on parle d'« hospitalisation complète » lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée généralement supérieure à un jour (et par conséquent dans des lits, même si le séjour dure moins de un jour) et d'« hospitalisation partielle » quand elle mobilise une place autorisée pour une hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie – chirurgie ambulatoire.

Dans le PMSI-MCO, le mode d'hospitalisation est défini par la durée constatée du séjour : une durée de séjour inférieure à deux jours classe celui-ci en CM 24 (séances et séjours de moins de deux jours) quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge. Une durée supérieure à deux jours correspond automatiquement à un séjour hors CM 24. Les données présentées ici conservent la définition des années précédentes : seuls les séjours de moins de un jour sont assimilés à une « hospitalisation partielle », ceux de plus de un jour, à une « hospitalisation complète ».

• Classification des séjours selon les disciplines d'équipement

Ces distinctions entre lieu d'hospitalisation et contenu effectif du séjour induisent également des différences entre les deux sources de données pour la classification des séjours selon les disciplines d'équipement. Pour la répartition entre médecine et

chirurgie, dans la SAE, les journées sont comptabilisées dans la discipline à laquelle appartient le lit où séjourne le patient (médecine, chirurgie ou obstétrique). Un séjour est « chirurgical » lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré, il est « médical » si le lit est catalogué en médecine. Ce classement est cohérent avec la logique de la SAE, qui est orientée vers l'analyse des moyens (facteurs de production) mobilisés pour un malade.

Le PMSI-MCO décrit, lui, les prestations délivrées au patient. Le classement retenu pour les séjours par discipline d'équipement correspond au calcul de la discipline médico-tarifaire effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il sera classé en « obstétrique » ; l'affectation se fera en séjour « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour sera qualifié de « médical ».

Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-HAD et la SAE

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données du PMSI-HAD sont rapprochées de celles de la SAE afin d'améliorer la couverture du recueil. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures pratiquant l'HAD. Dix-sept structures sont non répondantes au PMSI-HAD mais répondantes à la SAE (information confirmée par la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile [FNEHAD]) ; le volume d'activité de ces structures étant faible, aucune pondération n'a été calculée. Par contre un établissement de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (apr.-HM) a été retiré du champ car il était en double compte dans le recueil PMSI-HAD. En outre, afin de corriger la non-réponse sur certaines variables, d'autres traitements ont été effectués. Les premiers portent sur les caractéristiques individuelles, notamment sur les prises en charge liées à la périnatalité et les incohérences entre âge du patient et mode principal de prise en charge. D'autres traitements concernent les variables de morbidité (mode de prise en charge principal, diagnostics mal codés, etc.). Enfin pour 12 % des séjours - et 15 % des séquences de soins associées -, la variable de durée de séjour présentait au moins une incohérence avec les autres variables de durées liées au séjour (par exemple les durées de séquences de soins, l'ordre des séquences de soins dans le séjour, etc.). Pour tous ces séjours, les durées ont ainsi été recalculées ou estimées (cas des séjours non terminés fin 2006).

Dans cette publication les données sur les capacités, quelle que soit la discipline, et les données sur les activités de psychiatrie, de soins de suite et réadaptation ainsi que de soins de longue durée sont issues de la SAE. Les données sur l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique et les caractéristiques des séjours sont, elles, issues du PMSI-MCO. Les séances ne sont pas comptabilisées dans l'activité en hospitalisation complète ou partielle, de même que les données relatives aux établissements du service de santé des armées.