

le panorama
des établissements
de *santé*

édition 2013



le panorama
des établissements
de *santé*

édition 2013

Le panorama des établissements de santé édition 2013

Liste des auteurs des fiches et des dossiers

Bénédicte Boisguérin, Philippe Choné , Fabienne Coquelet, Grégory Emery, Franck Evain,
Natacha Gualbert, Marie-Anne Le Garrec, Julien Loquet, Marielle Marbach, Jeanne Pages,
Rémy Mas, Marie-Claude Mouquet, Éric Thuaud, Hélène Valdelièvre, Annick Vilain,
Albert Vuagnat, Lionel Wilner, Engin Yilmaz

Sous la coordination de

Bénédicte Boisguérin et Gwennaëlle Brilhault

Directeur de la publication

Franck von Lennep

Responsable d'édition

Carmela Riposa

Secrétaire de rédaction

Laurence Grivet

Composition et mise en pages

DREES

SOMMAIRE

LE PANORAMA DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ • ÉDITION 2013

AVANT-PROPOS	5
DOSSIERS	
1 • Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ?	9
2 • Croissance de l'activité et incitations	29
• Hospitalisation de court séjour – Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011	33
• Tarification à l'activité et concurrence non tarifaire	43
FICHES	
1 • Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel	61
2 • Données de cadrage	73
• Les grandes catégories d'établissements de santé	74
• Les capacités d'accueil à l'hôpital	76
• L'activité en hospitalisation complète et partielle	78
• Les autres prises en charge hospitalières	80
• Emplois de médecins, odontologistes et pharmaciens	82
• Les internes dans les établissements de santé	84
• Personnels non médicaux salariés et sages-femmes	86
• Les salaires dans le secteur hospitalier	88
• Les établissements de santé dans les DOM : activité et capacités	90
3 • Médecine, chirurgie, obstétrique	93
• Médecine, chirurgie, obstétrique : activité et capacités	94
• Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle	96
• Médecine, chirurgie, obstétrique : motifs de recours	98
• La spécialisation en médecine	100
• La spécialisation en chirurgie	102
• La spécialisation en obstétrique	104
4 • Les plateaux techniques	107
• L'activité d'anesthésie et les équipements chirurgicaux	108
• L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif	110

5 • Les « autres » disciplines hospitalières	113
• L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé	114
• Les patients bénéficiant de soins pour dépression dans les établissements de santé	116
• Les structures d'hospitalisation à domicile	118
• Les patients hospitalisés à domicile	120
• Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)	122
• La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)	124
• Les parcours de soins hospitaliers	126
6 • Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière	129
• La lutte contre les infections nosocomiales	130
• La naissance : les maternités	132
• La naissance : caractéristiques des accouchements	134
• La médecine d'urgence	136
• Les interruptions volontaires de grossesse	138
• Les taux de réadmission après un séjour chirurgical	140
• Les achats de médicaments dans les établissements de santé	142
7 • La situation économique du secteur	145
• La part des établissements de santé dans la consommation de soins	146
• La situation économique et financière des cliniques privées	148
• La situation économique et financière des hôpitaux publics	150
8 • Les grandes sources de données sur les établissements de santé	153
SIGLES	159

AVANT-PROPOS

Le *Panorama des établissements de santé* propose chaque année une synthèse des principales données disponibles sur les établissements de santé français. Pour la présente édition, ce sont les données de l'année 2011 qui sont présentées pour la France métropolitaine et les départements d'outre-mer hors Mayotte.

Le *Panorama* est élaboré à partir des sources de référence que sont notamment la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les Programmes de médicalisation des systèmes d'information pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (PMSI-MCO), les soins de suite et de réadaptation (PMSI-SSR) et pour l'hospitalisation à domicile (PMSI-HAD). Les données comptables des hôpitaux publics et des cliniques privées ainsi que les Déclarations annuelles de données sociales (DADS) complètent également les sources mobilisées pour la réalisation de cet ouvrage.

À travers une quarantaine de fiches pédagogiques et synthétiques, accompagnées d'illustrations, de tableaux, de cartes et de graphiques, l'ouvrage fournit les chiffres-clés sur l'activité, les capacités ainsi que sur les personnels intervenant dans les structures hospitalières et sur leur rémunération. Il propose des zooms sur des activités spécifiques comme la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, la psychiatrie, l'hospitalisation à domicile, les soins de suite et de réadaptation ainsi que la médecine d'urgence. Il propose également des éléments de cadrage économiques et financiers. Les principales définitions nécessaires à la compréhension du texte sont rappelées dans chaque fiche et les références bibliographiques les plus pertinentes dans les domaines abordés y sont également rapportées pour que le lecteur cherchant à en savoir plus puisse s'y référer.

Cet ouvrage comporte également deux dossiers permettant d'approfondir des questions structurelles et d'éclairer les mutations du monde hospitalier.

Le premier dossier est consacré aux **structures des urgences hospitalières** qui ont accueilli 18,5 millions de passages en 2011. Il présente la structuration récente des services au sein des établissements de santé chargés de l'accueil et du traitement des urgences et dresse un état des lieux à partir des recueils d'information disponibles à ce jour. Cet état des lieux constitue le prologue à la réalisation de l'enquête nationale réalisée le 11 juin 2013 par la DREES en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence auprès de l'ensemble des structures des urgences hospitalières, dont les premiers résultats seront diffusés début 2014.

Le second dossier s'intéresse à **l'activité des établissements de santé dans les disciplines de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie)**. Entre 2003 et 2011, l'évolution globale de l'activité s'explique majoritairement par des raisons démographiques et se traduit par des gains de part de marché des hôpitaux publics au détriment des cliniques privées, surtout en chirurgie. Cette activité plus dynamique des hôpitaux publics est à mettre en relation avec la montée en charge de la tarification à l'activité (T2A). En effet, la T2A a incité les hôpitaux publics à développer leur activité chirurgicale et à réduire leurs durées de séjours. Ces effets sont d'autant plus forts que les hôpitaux sont soumis à une concurrence des cliniques privées.

DOSSIERS



1 Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ?

Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ?



Albert VUAGNAT

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé a organisé une enquête nationale un jour donné, le 11 juin 2013, auprès de tous les patients se présentant dans l'ensemble des 738 structures d'urgences hospitalières, générales comme pédiatriques, de France métropolitaine et des DOM. Connaître les circonstances des recours aux urgences et analyser les difficultés éventuelles rencontrées lors de la prise en charge sont les objectifs assignés à cette enquête. Sa préparation s'est faite, sous l'égide d'un comité de pilotage, en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence et avec la participation de Samu-Urgences de France et de l'Association des médecins urgentistes de France.

Ses résultats, en cours de consolidation, viendront compléter et actualiser les données existantes sur les urgences hospitalières. En effet, de nombreuses informations quantifiées sont disponibles tant sur l'activité des structures des urgences que sur les caractéristiques des patients pris en charge. Le texte qui suit établit une photographie de la structure des urgences hospitalières à partir de ces recueils : première enquête nationale de 2002 relative aux urgences hospitalières, enquête sur les recours urgents à un médecin installé en cabinet de ville, informations recueillies en routine dans le cadre de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI), du résumé de passage aux urgences (RPU). Cette description s'appuie également sur des informations qualitatives issues d'une série d'entretiens réalisés en 2012 auprès de 110 professionnels des urgences, dans le cadre de la préparation de l'enquête nationale du 11 juin 2013. Ce texte présente également la structuration récente des services au sein des établissements de santé chargés de l'accueil et du traitement des urgences.

Évoquer les urgences médicales renvoie tout d'abord à la solidarité et à la tradition d'accueil, à l'intervention médicale rapide en cas d'accident corporel ou de maladie aiguë, inopinée. En France, l'État garantit cette aide via l'organisation de l'accès aux soins. Des situations médicales sont emblématiques des urgences, comme les accidents de la route ou les ressuscitations cardiaques.

Aujourd'hui, à cette image se superpose parfois celle d'un encombrement des services, de temps d'attente parfois très longs, voire d'un ultime recours, mais aussi d'un pis-aller de prise en charge de la précarité. Certaines de ces difficultés peuvent être mises en relation avec des modifications, lentes mais régulières, de la société : augmentation de la longévité des habitants, technicisation de la médecine, modification de la répartition des médecins, attentes accrues de la population en termes de résultats des prises en charge médicales.

Dans ce qui suit est retracé ce qui était connu de l'activité et des circonstances de recours des patients aux urgences des établissements de santé, tant au moyen d'enquêtes que de recueils d'informations réalisés en routine, avant l'enquête nationale de juin 2013. Cet état des lieux permet d'éclairer les objectifs et les principes généraux de cette enquête, dont les résultats sont en cours de consolidation.

Les services d'urgences ont accueilli plus de 18 millions de passages en 2011

En 2011, les 750 structures¹ d'accueil et de traitement des urgences de France métropolitaine et de ses départements d'outre-mer ont accueilli 18,5 millions

de passages. Ces structures d'urgences sont implantées dans 655 établissements de santé (certains sites disposant de plusieurs structures), publics pour 76 %, privés à but non lucratif pour 6 %, et privés à but lucratif pour 18 % ; 85 % d'entre elles sont générales et 15 % exclusivement pédiatriques.

Une forte dispersion du nombre moyen de patients pris en charge chaque jour aux urgences est observée : pour 28 % des structures, moins de 40 passages quotidiens ; pour 43 % de 40 à 80 ; pour 18 % de 80 à 120 et pour 11 % plus de 120 passages quotidiens (tableau 1). Chaque département dispose d'au moins une structure d'accueil et de traitement des urgences autorisée, *i.e.* d'une organisation rendant possible un recours sans délai à des soins hospitaliers le cas échéant de haute technicité. Selon la région, le nombre et les caractéristiques des structures des urgences sont fonction du nombre d'habitants mais aussi de l'histoire du développement des établissements de santé, comme semble l'indiquer la non-uniformité de distribution régionale des accueils pédiatriques ou des établissements privés accueillant les urgences (tableau 2).

On observe sur la période 2001-2011², période sur laquelle le nombre de passages annuels aux urgences est passé de 13,6 millions à 18,5 millions, des profils d'évolution de l'activité distincts selon les établissements de santé : pour 23 % des établissements, l'augmentation moyenne de l'activité a été inférieure à 1 % par an ; pour 30 % des établissements, elle a été comprise entre 1 % et 2,5 % ; pour 24 % des établissements, elle a été comprise entre 2,5 % et 4 % ; pour

TABLEAU 1 • Dénombrement des structures d'urgences hospitalières en fonction du statut des établissements de santé, du type d'autorisation, du nombre de passages quotidiens

Établissements		Urgences	Passages quotidiens				
			<40	40-80	80-120	>120	
Publics	494	Générales	479	116	179	109	75
		Pédiatriques	106	43	48	11	4
Privés à but non lucratif	41	Générales	41	12	23	6	
		Pédiatriques	4	1	3		
Privés à but lucratif	120	Générales	119	37	72	8	2
		Pédiatriques	1				1

Note • Les sites géographiques des établissements sont pris en considération; certains sites disposent d'un accueil pédiatrique distinct de celui des urgences générales.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2011, traitement DREES.

1. Données issues de la SAE, France, y compris DOM dont Mayotte : ensemble de l'activité déclarée par les établissements de santé, bordereau Q13, année 2011. Le champ retenu ici est légèrement différent de la fiche sur la médecine d'urgence (*cf. infra*), elle aussi fondée sur le bordereau Q13 de la SAE 2011 : il inclut Mayotte et quelques établissements qui n'ont pas signalé avoir d'autorisation pour une activité d'urgence dans le bordereau Q13 en 2011 alors qu'ils l'ont fait pour les autres années.

2. Données issues de la SAE des années 2001 à 2011, France y compris DOM : les données du bordereau Q13 transmises pour ces années par chaque établissement sont rassemblées en une série chronologique ; pour reconstituer ces séries chronologiques, il a été tenu compte de la modification éventuelle de l'identifiant de l'établissement (n° FINESS) survenant en cas de déplacement ou de regroupement d'activités.

TABLEAU 2 • Dénombrement des structures d'urgences hospitalières dans les régions de France

Région	Établissements avec activité déclarée			Types d'accueil		Nombre d'accueils par département	
	Publics	Privés à but non lucratif	Privés à but lucratif	Général	Pédiatrique	Min	Max
Île-de-France	61	7	27	92	33	10	16
Rhône-Alpes	47	5	17	68	3	4	17
Provence Alpes du Sud	38	5	9	50	9	3	19
Midi-Pyrénées	27	1	9	36	1	2	10
Aquitaine	21	4	9	34	3	3	14
Nord-Pas-de-Calais	24	6	3	32	9	11	22
Bretagne	27	1	3	31	5	5	12
Pays de la Loire	22	0	5	27	3	4	7
Centre-Val de Loire	23	0	3	25	4	3	6
Languedoc-Roussillon	12	2	12	26	2	1	11
Picardie	20	0	3	23	8	7	8
Basse-Normandie	20	1	2	23	1	6	10
Lorraine-Vosges	19	2	2	22	5	2	8
Poitou-Charentes	21	0	2	23	4	5	8
Bourgogne	19	1	2	22	3	4	6
Haute-Normandie	15	0	5	20	2	8	12
Alsace	13	4	1	16	4	9	9
Champagne-Ardenne	14	0	2	15	1	2	7
Auvergne	14	0	2	15	1	2	7
Franche-Comté	11	0	0	10	1	1	4
Limousin	8	1	1	9	1	2	5
Guadeloupe	5	0	0	5	2	5	5
Océan Indien	5	0	0	5	3	1	4
Martinique	4	0	0	4	2	4	4
Corse	2	0	1	3	0	1	2
Guyane	2	1	0	3	1	3	3

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2011, traitement DREES.

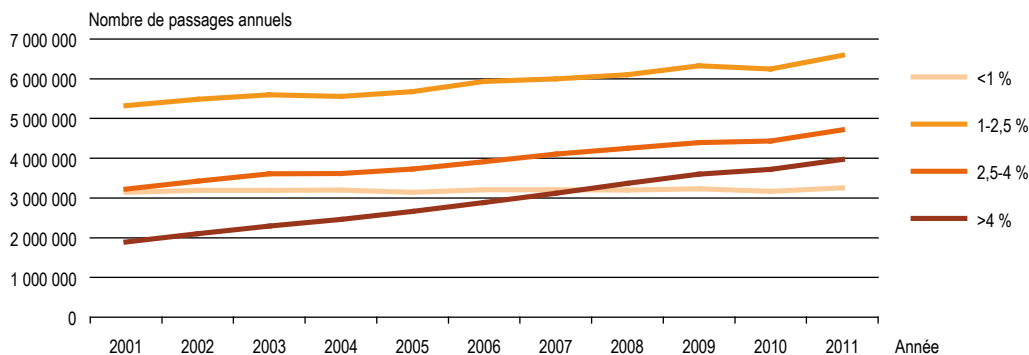
23 % des établissements, elle a été supérieure à 4 % (graphique 1). Selon le statut des établissements et la région, la distribution des profils d'évolution est différente (tableau 3) : les établissements privés à but lucratif ont pour 43 % d'entre eux une évolution annuelle de l'activité supérieure à 4 % ; cette proportion est de 17 % pour les établissements publics et de 32 % pour les établissements privés à but non lucratif. En France métropolitaine, la région Centre a la plus forte proportion (41 %) d'établissements présentant une évolution annuelle d'activité de plus de 4 %, suivie de la région Languedoc-Roussillon (38 %). Les régions Alsace et Franche-Comté ont les plus fortes proportions d'éta-

blissements présentant une évolution annuelle de l'activité inférieure à 1 % (respectivement 74 % et 54 %) ; dans les départements d'outre-mer, la quasi-totalité des établissements voient l'évolution de leur activité d'accueil et de traitement des urgences augmenter de plus de 2,5 % et plus par an en moyenne. Le nombre d'habitants dans un périmètre de 7,5 kilomètres autour de chaque établissement, pouvant refléter la densité urbaine de leur implantation, ne semble pas lié au profil d'évolution d'activité : pour chaque profil, la valeur médiane est proche de 70 000 habitants.

En 2011, 11,6 millions de personnes³ ont été prises en charge aux urgences, dont le quart l'a été plus d'une

3. Données issues des bases de données nationales du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des années 2009 à 2011 : fichiers des résumés de sortie anonymes, des résumés standardisés de facturation anonymes, de chaînage ; le nombre de patients est déterminé comme le nombre de clés de chaînage anonyme distinctes et correspondant à un passage aux urgences (code prestation ATU ou mode d'entrée et de provenance 85 ou encore admission en UHCD [code autorisation d'unité médicale 07]) ; le chaînage PMSI permet, via un positionnement relatif non significatif, de déterminer le délai entre les prises en charge. Le recueil de l'ensemble de l'activité des urgences dans les fichiers PMSI a été institué à compter de 2007 ; en 2008, les données restent incomplètes ; sur la période 2009-2011, ces données deviennent exhaustives, ce qui explique une plus forte augmentation du nombre de passages selon le PMSI qu'observé au moyen de la SAE.

GRAPHIQUE 1 • Nombre de passages annuels cumulés selon 4 catégories 2001-2011



Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte.

Sources • DREES, SAE 2001-2011, traitement DREES.

TABLEAU 3 • Caractéristiques des établissements de santé selon leur profil d'évolution de l'activité d'accueil et de traitement des urgences sur la période 2001 à 2011

	Évolution annuelle moyenne de l'activité sur la période 2001-2011			
	<1 %	Entre 1 % et 2,5 %	Entre 2,5 % et 4 %	>4 %
Nombre d'établissements	158	209	164	161
Publics	117	177	130	88
Privés à but non lucratif	13	10	7	14
Privés à but lucratif	28	22	27	59
Nombre d'ouvertures	15	10	11	32
Nombre de fermetures	6	0	1	9
Nombre de réorganisation des établissements	24	37	21	19
Population dans un périmètre de 7,5 km, médiane	71 690	76 181	62 556	68 053
Distribution par région				
Île-de-France	23	46	19	12
Rhône-Alpes	22	19	16	13
Provence Alpes du Sud	9	26	8	11
Nord-Pas-de-Calais	5	7	17	13
Midi-Pyrénées	7	12	11	8
Aquitaine	7	10	12	6
Bretagne	5	12	8	7
Centre-Val de Loire	6	6	5	12
Languedoc-Roussillon	3	5	9	11
Basse-Normandie	7	7	5	8
Pays de la Loire	4	6	8	9
Bourgogne	9	4	3	8
Picardie	2	3	12	6
Lorraine-Vosges	7	6	7	3
Poitou-Charentes	4	8	3	8
Haute-Normandie	5	7	6	3
Alsace	14	1	1	3
Champagne-Ardenne	5	6	3	2
Auvergne	2	7	4	3
Franche-Comté	7	5	1	0
Limousin	4	2	1	4
Guadeloupe	1	0	2	3
Corse	0	2	0	2
Martinique	0	0	2	2
Océan Indien	0	2	1	1
Guyane	0	0	0	3

Note • Tous les établissements ayant déclaré une activité au moins deux années consécutives sur la période 2001-2011 ont été pris en considération

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte.

Sources • DREES, SAE 2001-2011, traitement DREES.

fois dans l'année. Dans ce cas, le délai médian entre deux prises en charge est de 40 jours (tableau 4). La distance médiane entre le lieu de résidence⁴ et le lieu de prise en charge aux urgences est de 7,4 kilomètres et stable sur la période 2009-2011.

Les fichiers PMSI permettent également de dénombrer les hospitalisations depuis le domicile comportant des codes diagnostics de pathologies nécessitant une prise en charge dans les meilleurs délais, qu'elles s'accompagnent ou non d'un passage aux urgences. Certaines d'entre elles sont présentées en tableau 5 : infarctus aigu du myocarde, fracture du fémur, gastro-entérite

aiguë infectieuse chez l'enfant, bronchiolite du nourrisson, accident vasculaire cérébral ischémique. Les taux de passages aux urgences sont de 53 % pour l'infarctus du myocarde et supérieurs à 75 % pour les autres pathologies.

L'ensemble de ces informations montrent l'importance des structures des urgences au sein des établissements de santé. Un nombre croissant de patients est hospitalisé depuis les urgences (3,6 millions en 2004, 4,7 millions en 2011 [SAE]) ; le nombre de séjours non ambulatoires semble stable selon les données PMSI (Mouquet et Oberlin, 2012).

TABLEAU 4 ● Données relatives à l'activité des urgences issues des fichiers PMSI transmis par les établissements

	2009	2010	2011
Nombre d'établissements	578	587	584
Publics	416	419	414
Privés à but non lucratif	35	35	35
Privés à but lucratif	127	133	135
Nombre de passages aux urgences	16 064 851	16 780 220	18 031 004
<i>dont avec hospitalisation au décours, en %</i>	22,6	22,3	22,2
Distance médiane entre le domicile et le lieu de prise en charge, en km	7,3	7,4	7,4
Passages avec informations de chaînage sans erreur détectée, en %	90,5	90,5	91,3
Nombre de patients	10 425 092	10 836 110	11 578 305
<i>dont avec plus d'un passage dans l'année, en %</i>	24,7	25,0	25,9
Délai médian entre deux passages dans l'année, en jours	40	40	40

Note • La distance est déterminée à partir des codes géographiques du PMSI et selon une méthode « à vol d'oiseau ».

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI MCO 2008-2011, traitement DREES.

TABLEAU 5 ● Caractéristiques de séjours hospitaliers de court séjour en 2011 comportant un code diagnostic de pathologies relevant de prise en charge thérapeutique dans les meilleurs délais

	Nombre de séjours	Âge moyen, en années	Distance médiane depuis le domicile, en km	Passages aux urgences	Durée moyenne de séjour, en jours	Séjours avec transfert	Séjours avec décès	Nombre d'établissements	Nombre d'établissements avec plus de 20 séjours/an
Infarctus aigu du myocarde (I21.-)	76 723	68,2	12,7	40 696	7,2	20 829	7 458	912	453
Fracture du fémur (S72.-)	104 445	76,3	9,3	82 068	11,7	47 375	4 348	1 152	618
Gastro-entérite aiguë infectieuse (A09.-)	36 894	2,5	8,3	31 144	2,1	397	15	439	222
Bronchiolite (J20.-, J21.-)	61 795	0,8	8,3	50 276	3,7	1 737	40	410	275
Accident vasculaire cérébral ischémique (I63.-)	90 548	73,4	10,9	68 096	11,8	21 453	9 640	935	423

Note • Sont pris en compte les séjours avec un mode d'entrée « depuis le domicile ». Les établissements publics comptent pour un, qu'ils disposent ou non de plusieurs sites.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI MCO 2011, traitement DREES.

4. La distance est calculée comme étant celle entre le centre du code géographique PMSI du lieu de résidence et celui de l'établissement de prise en charge (un code géographique PMSI correspondant aux codes postaux, sauf dans les zones peu peuplées pour lesquelles un code géographique PMSI correspond à plusieurs codes postaux).

Une description des patients ayant recours aux urgences hospitalières : l'apport de l'enquête nationale de 2002

La DREES a réalisé, au cours de la deuxième semaine de janvier 2002, une enquête nationale auprès d'un échantillon représentatif de 10 195 patients s'étant présentés dans l'un des 150 services d'urgences, tirés au sort en France métropolitaine, visant à décrire leurs motifs et trajectoire de recours, leurs caractéristiques médicales et de prise en charge. Le contexte de cette première enquête est un recours croissant et soutenu des patients aux urgences hospitalières (Baubeau *et al.*, 2000)⁵, ce phénomène gagnant en ampleur et nécessitant d'être étudié de plus près à l'échelle nationale, notamment suite à des monographies ayant eu pour objet les motivations des patients dans le recours aux urgences. Parallèlement, des efforts tendant à l'amélioration du fonctionnement des services d'urgences ont été engagés.

Les résultats de cette enquête (Carrasco et Baubeau, 2003) ont apporté une première description statistique de l'activité d'accueil et de prise en charge dans les services des urgences au niveau national :

- une forte proportion de patients jeunes (25 % de moins de 25 ans, 18 % entre 16 et 24 ans), avec un taux de recours particulièrement élevé pour la classe d'âge des moins de un an, et dans une moindre mesure, pour celle des 80 ans ou plus ;
- une venue principalement le jour (79 % entre 8 heures et 20 heures) sans nette majoration le week-end ;
- des patients qui se présentent pour la plupart sans avis médical préalable (70 %) ;
- les patients jeunes comme âgés sont accompagnés (90 % pour les moins de 15 ans, 50 % pour les plus de 70 ans) ;
- des pathologies réparties en somatiques (48 %), traumatiques (48 %), psychiatriques (2,5 %), combinées (1,5 %), la pathologie étant jugée comme pouvant encore s'aggraver pour 14 % des patients de plus de 6 ans, exclusion faite de la psychiatrie ;
- trois quarts des patients ont bénéficié de gestes thérapeutiques (dont réanimation pour 0,5 %, mais aussi pansements, sutures, immobilisation, aéro-sols), d'examen complémentaires (biologie, imagerie) ou d'une consultation spécialisée.

In fine, 19 % des patients ont été hospitalisés (91 % en médecine, chirurgie, obstétrique, 6 % en psychiatrie, 2 % en soins de suite, 1 % en long séjour), dont 85 % dans le même établissement. Le délai moyen de transfert a été de 163 minutes à compter de la décision d'hospitalisation.

Cinq grands groupes d'usagers des urgences, correspondant aux différents âges de la vie, ont pu être identifiés :

- des nourrissons, amenés par leur parent en fin d'après-midi ou en soirée pour un problème somatique et retournant très fréquemment à domicile après une consultation sans examen complémentaire ;
- des enfants, venant plus fréquemment pour de la traumatologie (avec prédominance masculine) dans la journée et pour lesquels des actes de radiologie, d'immobilisation, de suture sont réalisés avant un retour à domicile ;
- des jeunes avec un profil similaire aux enfants auquel viennent s'ajouter des problèmes de psychiatrie et de violence ;
- des adultes, pour lesquels la fréquence de la traumatologie diminue avec l'âge alors que les pathologies somatiques, notamment cardio-vasculaires, augmentent ;
- des patients âgés de 70 ans ou plus, plus fréquemment adressés par un médecin, arrivant le matin dans un état jugé susceptible de s'aggraver et hospitalisés pour moitié.

Ces éléments donnent une première image globale de la diversité des situations prises en charge par les services d'urgences des établissements de santé en France. Ils montrent que des situations médicales graves, comme par exemple la méningite, si elles sont peu fréquentes, peuvent survenir à tout âge, tout comme des situations nécessitant une prise en charge complexe dans les meilleurs délais au risque de séquelles, la section d'un doigt par exemple.

Deux semaines après leur passage, 3 000 de ces patients, tirés au sort parmi ceux qui n'avaient pas été hospitalisés, ont été interrogés par téléphone sur la genèse de leur recours (Carrasco et Baubeau, 2003)⁶. Cette interrogation a permis d'identifier des situations types :

- des patients qui ne décident pas eux-mêmes mais sont emmenés, sans examen par un médecin, aux

5. Voir aussi le graphique de la fiche relative à la médecine d'urgence, donnant l'évolution du nombre de passages aux urgences à compter de 1996.

6. Cette interrogation ayant porté sur un sous-ensemble des patients ayant pu être joints à domicile, il est possible que certaines situations types n'aient pu être identifiées, comme par exemple les personnes âgées en établissement.

urgences, dans les suites immédiates d'un accident, d'un malaise, d'un symptôme apparaissant subit et péjoratif, que ce soit par les parents pour les jeunes enfants ou par les premiers secours pour les adultes, notamment les personnes âgées ;

- des patients victimes d'un accident corporel dont ils jugent les conséquences comme pouvant nécessiter une prise en charge chirurgicale sans délai, se rendant donc, sans prendre un avis médical, directement aux urgences pour recevoir des soins ;
- des patients ayant consulté un médecin (y compris *via* un appel au SAMU⁷), plus fréquemment pour un symptôme que pour les suites d'une blessure, qui se voient recommander la poursuite de la prise en charge aux urgences ;
- des patients consultant directement aux urgences pour des symptômes, notamment une gêne, récents

et ressentis comme sévères, ou encore dans les suites d'une agression ;

- des patients, principalement les nourrissons, ayant un traitement en cours mais sans amélioration notable.

À l'issue de cette enquête et de celle de 2004 sur les recours urgents ou non programmés à des médecins généralistes libéraux (encadré 1), on peut retenir que les services d'urgences des établissements de santé prennent en charge une grande diversité de situations médicales, des plus simples aux plus complexes, avec toutefois, par comparaison aux recours en cabinet de ville, une forte proportion de traumatologie et de cas nécessitant une hospitalisation sans délai, et réalisent sur place les premiers soins et examens complémentaires. Si une majorité de patients viennent d'eux-mêmes ou sont conduits par leur entourage inquiets d'un événement de santé apprécié comme pouvant

ENCADRÉ 1 • Enquête en 2004 sur les recours urgents ou non programmés à des médecins généralistes libéraux

Afin de positionner l'activité des services d'urgences dans la prise en charge des soins non programmés, une seconde enquête nationale a été conduite par la DREES, la troisième semaine d'octobre 2004 (Gouyon et Labarthe, 2006), auprès de 1 300 médecins généralistes installés en ville et 90 médecins libéraux d'associations organisant des visites à domicile sans rendez-vous (qui réaliseront 13 % du volume). Plus de 17 000 patients ont été vus dans un contexte d'urgence, soit 12 % de l'activité de ces médecins (88 % de l'activité de ces médecins est donc hors contexte d'urgence). Ce contexte correspond à la demande des patients de voir un médecin dans la journée (75 %) ou à la qualification par les médecins (25 %) eu égard à l'état clinique des patients. Le profil de densité horaire est similaire à ce qui est observé pour les urgences hospitalières : pics en début de matinée et début d'après-midi, avec cependant une moindre activité entre 20 heures et 8 heures et le week-end. Comme pour les urgences hospitalières, il y a une forte proportion de patients jeunes : 29 % âgés de moins de 25 ans, 26 % âgés de 25 à 45 ans. La distribution des motifs de recours est en revanche différente de ce qui est observé aux urgences hospitalières : affections aiguës somatiques plus fréquentes (63 %, dont un tiers pour une affection en cours de traitement, souvent par automédication, sans amélioration), affections aiguës traumatiques moins fréquentes (10 %), affection chronique déstabilisée (10 %), troubles psychiques (7 %), renouvellement d'ordonnance (7 %), autres (3 %) [certificat, etc.]. Un syndrome douloureux est noté dans 40 % des cas, un pronostic vital engagé dans 1,2 %, le décès constaté lors de la visite dans 0,2 %. Des premiers soins (injection médicamenteuse, pansement) ont été faits dans 9 % des cas, des médicaments, renouvellements non compris, prescrits dans 80 % des cas, des examens complémentaires dans 20 %, une hospitalisation dans 5 % et une nouvelle consultation recommandée dans 34 % des cas. La durée moyenne de la consultation a été de 18 minutes¹. Le recours a été considéré par le médecin comme justifié dans 90 % des cas. Un quart des patients ont été interrogés par téléphone au décours : l'appréciation par les patients de la gravité réelle, *i.e.* de la nécessité de soins sans délai au risque de séquelles, ne s'avère en fait pas bonne, les attentes vis-à-vis des possibilités médicales étant nécessairement fortes de la part des patients dans ce contexte (Collet et Gouyon, 2007).

1. Une durée moyenne de consultation de 16 minutes est issue d'une enquête en 2002 auprès de 992 médecins généralistes (DREES, *Études et Résultats*, n°481, avril 2006).

7. Voir la fiche relative à la médecine d'urgence, pour des éléments sur le SAMU.

nécessiter un traitement immédiat, un quart d'entre eux ont consulté un médecin qui a alors jugé nécessaire la prise en charge par un service d'urgences hospitalières, ce sans délai ; un quart des patients non hospitalisés se sont présentés aux urgences après un avis médical.

L'organisation des services d'urgences a connu d'importantes transformations depuis l'enquête de 2002

La structuration des services d'urgences s'est faite progressivement, depuis un point d'accueil sans présence médicale permanente, encore moins dédiée, mais où les médecins de l'établissement hospitalier pouvaient examiner des patients se présentant d'eux-mêmes pour des soins, ou adressés par un médecin avec transport en ambulance pour une hospitalisation, ou encore amenés depuis la voie publique par police secours (encadré 2).

Sur la dernière décennie, les structures d'urgences ont été renforcées, notamment pour ce qui concerne les effectifs médicaux et soignants, dans le cadre du plan urgences 2004-2008, et leur fonctionnement réformé (décrets 2006-576 et 577) : il existe désormais un seul type d'accueil et de traitement des urgences, non plus trois (service d'accueil et de traitement des urgences [SAU], pôle spécialisé [POSU], unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences [UPATOU] – encadré 2), et les structures des urgences s'inscrivent comme l'une des modalités de la médecine d'urgence, aux côtés de l'aide médicale et des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR)⁸. Une répartition mutualisée du personnel entre les différentes activités de médecine d'urgence, de façon à améliorer le fonctionnement par découplage, peut prendre appui sur les décrets de 2006. D'autres réformes, plus générales, ont modifié l'organisation des établissements de santé, en particulier publics, avec répercussion sur les structures des urgences :

- La réforme de la durée légale du temps de travail, avec pour les médecins des établissements publics intégration des gardes de nuit, du samedi après-midi, des dimanches et jours fériés dans le temps de travail, limitation du temps de travail hebdomadaire à 48 heures, institution d'un repos quotidien dit « de

sécurité », possibilité d'effectuer un travail au-delà des dix demi-journées de service contre rétribution ou abondement d'un compte-épargne temps. Pour les urgences, comme les activités d'anesthésie, de réanimation, de néonatalogie, d'obstétrique, la permanence médicale, *i.e.* au-delà du service quotidien de jour, peut être organisée en temps continu et non en demi-journée. Ces prescriptions nécessitent un aménagement complet de l'organisation du travail, voire des recrutements.

- La réforme du financement des établissements publics de santé comme de ceux du secteur privé participant au service public hospitalier fait passer d'un régime de dotation globale à un régime fondé sur des forfaits de prise en charge pour chaque hospitalisation dite « tarification à l'activité », instaurée en 2005 avec transition graduelle jusqu'en 2008. Dès lors, les dépenses de fonctionnement des établissements doivent être équilibrées avec des recettes générées par les forfaits de séjours hospitaliers, une des possibilités étant de programmer au mieux les admissions.
- La loi du 21 juillet 2009 « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » (dite « loi HPST ») prévoit, dans ses dispositions, de nouveaux modes de coopérations sanitaires entre établissements de santé, notamment les communautés hospitalières de territoires et les groupements de coopérations sanitaires, qui peuvent servir ainsi de support à la mutualisation des moyens au-delà de chaque établissement. Par ailleurs, cette loi prévoit une organisation des établissements publics de santé en pôles, auxquels sont attribués des moyens et qui génèrent des recettes liées à leur activité. Pour les structures des urgences en cas de passage avec hospitalisation immédiate, l'activité et les recettes associées sont partagées avec les services de l'établissement.

Des mesures ont aussi été prises pour faciliter et simplifier le recours non programmé des patients à un médecin installé en ville :

- développement de la régulation médicale libérale, avec mise en œuvre d'un numéro de téléphone unique au niveau départemental recouvrant l'ensemble des secteurs de permanence de soins (le 15) ;

8. Les activités de SAMU et de SMUR ont été définies par la loi du 6 janvier 1986 et un ensemble de décrets dont celui en 2010 relatif à la télé-médecine, la régulation médicale du SAMU étant dès lors une téléconsultation – voir la fiche relative à la médecine d'urgence. Le SAMU est un service téléphonique gratuit permettant d'obtenir un avis médical sur une situation ; l'avis donné par un médecin régulateur résulte soit en des conseils, soit en l'envoi sur les lieux de personnel soignant (médecin de garde, SMUR notamment). Le SMUR est une ambulance équipée de matériel de réanimation et pourvue d'une équipe médicale en mesure de le mettre en œuvre.

ENCADRÉ 2 ● Structure des urgences : émergence, individualisation au sein des établissements de santé

Avant l'individualisation des services d'urgence décrite ci-dessous, les médecins aux urgences étaient des internes de médecine ou de chirurgie effectuant un semestre dans un service clinique de l'établissement, de garde à tour de rôle pour les urgences. Ils pouvaient, si l'état clinique des patients le nécessitait, prendre un avis auprès de spécialistes présents dans l'établissement, ou par téléphone avec des praticiens à l'extérieur de celui-ci. Si ces points d'accueil étaient dotés de box de consultations et de la possibilité de faire circuler des brancards, en pratique, l'équipement en matériel médical, l'organisation interne et l'articulation avec les services mais aussi l'accessibilité étaient laissés à la libre appréciation de chaque établissement. Ce point d'accueil n'était toutefois pas assimilable à la fonction de dispensaire, la question, outre les premiers soins, étant celle d'une éventuelle hospitalisation immédiate si la poursuite de la prise en charge n'était pas jugée possible en ambulatoire. Aux côtés de ce point d'accueil, un accès direct dans les services des établissements pouvait se faire sur un mode non programmé, contact ayant été rapidement pris au préalable avec l'équipe médicale, étant entendu qu'une part de l'activité dans les centres hospitaliers est de ce type, la fonction d'accueil leur étant inhérente.

L'organisation au sein des établissements de santé de l'activité d'accueil et de traitement des urgences est précisée une première fois par le décret 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement pour la prise en charge des patients : un service dédié, une présence 24 heures sur 24 d'un médecin formé à l'urgence comme d'infirmiers diplômés d'État, des locaux permettant notamment des premiers soins dont ceux dits de « déchocage », un accès sans délai à de l'imagerie comme à des analyses médicales, à un bloc opératoire, aux spécialistes des autres services cliniques, si nécessaire à d'autres spécialistes dont les pédiatres ; les établissements de santé qui disposaient d'un service des urgences ont eu une période de cinq années pour se mettre en conformité et conserver l'autorisation pour cette activité. La publication de ce décret avait été précédée de celle d'autres documents, dans un mouvement pour faire émerger et structurer cette activité hospitalière. Un guide relatif à l'amélioration de l'accueil des urgences avait été publié par voie de circulaire en 1991. La présence permanente d'un médecin expérimenté avait été recommandée dans un rapport au Conseil économique et social en 1989 (Steg, 1989) avec pour objet de garantir une prise en charge de qualité dans un contexte de recours croissant aux urgences ; des recommandations sur le fonctionnement des urgences ont fait l'objet d'un rapport ultérieur en 1994 (Steg, 1994). Une formation spécifique à la médecine d'urgence existait depuis 1986, le diplôme étant reconnu par l'ordre des médecins, et complétait alors l'éventail des spécialistes de l'urgence : chirurgiens, anesthésistes, réanimateurs. Une société savante, dont l'objet est le développement et la diffusion de connaissances nouvelles utiles pour l'amélioration de la pratique de la médecine d'urgence, se constitue progressivement. L'individualisation de la médecine polyvalente d'urgence sera consacrée par une inscription au concours national de praticien hospitalier à compter de 1995 (suite au décret). Le décret 1997-616, modifiant celui de 1995, prescrivait la possibilité de recourir à l'avis d'un psychiatre sans délai.

En 2002, il y avait 616 sites d'urgence autorisés, se répartissant en 208 services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), 34 pôles spécialisés (POSU), 374 unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU). Les SAU accueillent toutes les situations d'urgence médicale ; ils sont situés dans des établissements disposant de services de réanimation, de médecine interne, de cardiologie, de pédiatrie, de chirurgie orthopédique, viscérale et gynécologique. Les POSU ne prennent en charge qu'un type particulier de pathologie. Les UPATOU, situées dans des établissements disposant au moins d'un service de médecine, accueillent tous les patients et réorientent vers un SAU les patients que leur plateau technique ne peut prendre en charge. Les schémas régionaux d'organisation des soins (loi de 1991 portant réforme hospitalière, décret 97-615) couvrant la période 1999-2004 ont permis le renforcement de la présence de médecins expérimentés dans les services d'urgences, et l'attribution d'autorisation d'activité d'accueil des urgences à des établissements privés à but lucratif. Suite à la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2001, un financement « à la pathologie » spécifique à cette activité est instauré pour les établissements privés à but lucratif disposant d'une autorisation. Ce financement se fait au moyen de deux forfaits : forfait de prestation d'accueil et de traitement des urgences venant en complément, pour chaque passage, des actes facturables en médecine ambulatoire ; forfait annuel en fonction du type et de l'importance du service d'urgences. Ces forfaits ne dépendent pas du profil des pathologies prises en charge, le recueil de données d'activité en juin 2002 ayant montré une similarité des profils entre établissements.

- augmentation de l'attractivité de la participation à la permanence des soins ambulatoires (soit de 20 heures à 8 heures les jours ouvrables, les dimanches et les jours fériés dans leur intégralité) par revalorisation de cette activité qui devient une mission de service public, volontaire et régulée, sous l'égide des agences régionales de santé et des conseils départementaux de l'ordre des médecins ;
- ouverture de maisons médicales de garde, qui sont des lieux de consultation de médecine générale ouverts aux heures de permanence des soins et à l'attention des soins non programmés ; des moyens sont alloués pour leur fonctionnement, les médecins libéraux y interviennent sur un mode volontaire ; l'accès est régulé par téléphone (circulaire de 2007).

L'individualisation des services des urgences avec notamment des équipes médicales dédiées, dans le but de renforcer la qualité des prises en charge, ne les rend pas autonomes pour autant. Ces services sont en effet en relation quotidienne avec le plateau technique et les services d'hospitalisation de l'établissement pour la majorité des patients qu'ils prennent en charge. La médecine d'urgence recouvre des situations pathologiques très diverses, pouvant affecter tous les organes. Lors de prises en charge complexes, de nombreux spécialistes interviennent, chacun dans son domaine de compétences. En contrepoint, la loi, en 2002 et 2005, en prévoyant notamment que les patients soient destinataires des informations les concernant et puissent refuser des soins, a prévu le dialogue avec les professionnels de santé.

Une enquête qualitative : principaux résultats d'une série de 110 entretiens de professionnels des urgences en 2012

Depuis l'enquête nationale sur les urgences hospitalières de 2002, l'organisation des établissements de santé, comme celle du premier recours en cabinet de ville, a connu de nombreuses modifications, présentées ci-dessus, qui justifiaient une réédition de l'enquête. Pour la préparer, cinq monographies de territoires centrées sur l'accueil et le traitement des urgences dans les établissements de santé ont été réalisées à la demande de la DREES. Ces territoires ont été choisis pour présenter des caractéristiques aussi diverses que possible : un ou plusieurs services d'urgences, présence ou non d'un service d'urgences privé, densité de médecins généralistes faible ou forte, zone urbaine ou rurale. Les monographies ont, *in fine*, été réalisées

dans le département de la Lozère, les arrondissements (au sens des divisions administratives utilisées par l'INSEE) de Montluçon dans l'Allier, de Limoges en Haute-Vienne, d'Avignon dans le Vaucluse, ainsi que dans les arrondissements est de Lyon (3^e et 8^e). Ont été interrogés, lors de visites sur place, les directeurs d'établissements, des médecins (présidents de commission médicale d'établissement, responsables des urgences, hospitaliers en relation fréquente avec les urgences, conseillers à l'ordre des médecins, libéraux installés en cabinet), les cadres de soins aux urgences, les cadres administratifs de pôle, le personnel des agences régionales de santé en charge de l'organisation de la permanence des soins, soit un ensemble de 111 entretiens. Les thèmes abordés recouvrent l'organisation du service des urgences, l'articulation avec les autres services de l'établissement, les caractéristiques des patients pris en charge, les difficultés éventuelles rencontrées, l'organisation de la permanence des soins ambulatoires, du SAMU, du SMUR, les informations que pourrait apporter une nouvelle enquête nationale sur les urgences.

Les avis ainsi recueillis (Cash *et al.*, 2013) semblent converger sur le fait qu'une partie des patients ayant recours aux urgences auraient pu également consulter un médecin généraliste ou un pédiatre en cabinet libéral en ville, s'ils avaient pu obtenir un rendez-vous rapidement, *i.e.* dans la journée ou le lendemain. Or, obtenir un tel rendez-vous semble souvent difficile, bien que la qualité de l'organisation des médecins libéraux entre eux soit un atout appréciable, tout comme l'unicité d'un numéro d'appel pour accéder à la permanence des soins connue par la population. Pour ce qui concerne les enfants, dans deux des cinq territoires, l'absence ou la quasi-absence de pédiatres installés en cabinet de ville est signalée. En filigrane, si la mission des urgences est bien la prise en charge de tous ceux qui s'y présentent, idéalement, la proportion de patients nécessitant des soins immédiats (par exemple la traumatologie) devrait être aussi forte que possible. L'articulation avec les maisons médicales de garde, présentes dans les grands centres urbains, n'est pas immédiate, même si elles sont vues comme améliorant le bien-être de la population, avec un questionnement sur la responsabilité médicale des prises en charge (risque lié à la perte de chance en cas d'orientation initiale non optimale), voire, dans le cadre de la tarification à l'activité, sur une concurrence pour les recettes.

Les personnes âgées dépendantes adressées aux urgences semblent, dans les avis exprimés, souvent

relever d'un manque d'anticipation, voire de projet de soins, ce qui est attribué à une très faible densité médicale dans les structures médico-sociales ; des similitudes existent avec les patients ayant une maladie chronique en fin de vie. Les difficultés d'aval des urgences sont rapportées pour les centres hospitaliers de taille importante, pour lesquels une faible disponibilité de lits est rapprochée de leur utilisation principalement pour de l'activité programmée. Dans les établissements de santé de plus petite taille, au sein d'un plus petit bassin de population, l'hospitalisation des personnes âgées depuis les urgences a pu être organisée de façon plus fluide.

L'effet de spécificités locales sur l'organisation de la prise en charge est mentionné : difficulté d'accès routier dans les régions montagneuses, augmentation de l'activité associée à des événements (festival), questions de santé spécifiques aux migrants dans les grands centres urbains, prise en charge de la précarité par les permanences d'accès aux soins de santé situées dans les locaux des urgences ; violence signalée dans un établissement.

De nombreux établissements signalent des difficultés pour le recrutement et la stabilisation du personnel médical des structures des urgences, gage de qualité. La mutualisation du personnel avec le SAMU ou le SMUR semble rendre les postes plus attractifs. De même, pour les centres hospitaliers de très petite taille en zone rurale, la constitution d'une fédération avec d'autres centres permet de constituer des équipes médicales de taille suffisante pour assurer un fonctionnement plus solide. À défaut, il est souvent fait recours à du personnel intérimaire apparemment bien mieux rétribué et qui par essence ne peut développer le fonctionnement des urgences avec les autres services de l'établissement.

Depuis la mise en œuvre des pôles dans les établissements publics de santé suite à la loi HPST, certains ont développé une comptabilité analytique par pôle, ce qui nécessite, notamment s'il y a un SAMU ou un SMUR, la prise en compte des différents types de recettes (dont les MIGAC⁹). L'analyse du résultat dépendra aussi de la composition des autres activités du pôle comprenant la structure des urgences ; sous ces réserves, l'activité des urgences semble ne pas être déficitaire. Pour les établissements privés interrogés dans le cadre de ces monographies, l'activité des services des urgences est

comprise comme partie intégrante de celle de l'établissement, car ils sont le point de départ d'une partie de l'activité des services, même s'il est fait reproche aux SAMU d'adresser préférentiellement les patients aux établissements publics.

Ainsi, la diversité des situations des établissements, tant de leurs caractéristiques propres (taille, statut) que de leur environnement (géographie, densité et organisation médicale libérale), semble avoir un impact sur l'activité, l'organisation et le fonctionnement de leurs structures des urgences. Cette étude préalable concluait à l'intérêt d'une enquête auprès de patients pris en charge dans les structures des urgences, afin de quantifier et mettre en relation certains points replacés dans leur contexte, dont la genèse du recours et les difficultés rencontrées.

Les urgences aujourd'hui : apports et contour d'une nouvelle enquête nationale

Dans ce qui précède, il a été tenté de préciser, au moyen des informations disponibles, textes et données quantitatives, la situation en 2013 des structures des urgences des établissements de santé et des patients qui y sont pris en charge. Dans ces structures sont pris en charge sans rendez-vous des patients de tout âge, relevant d'une consultation et de premiers soins mais aussi, dans un cas sur cinq, d'une prise en charge hospitalière pouvant comporter, le cas échéant, la réalisation sans délai d'un acte chirurgical ou encore de soins intensifs. En outre, sont réalisées des prises en charge psychiatriques et de difficultés sociales. Cette activité des structures d'urgences ressort des enquêtes ponctuelles comme des systèmes d'informations de collecte en routine et correspond à ce qui est attendu pour ces structures, dont le fonctionnement a été progressivement précisé et individualisé ces vingt dernières années. Toutefois, le profil des prises en charge semble avoir évolué depuis l'enquête nationale de janvier 2002, et le premier objectif pour une nouvelle enquête était d'actualiser la description de l'activité des structures d'urgences au moyen d'une collecte systématique et non uniquement par des établissements de santé réalisant un recueil de leur propre initiative. Cette description d'activité doit permettre d'objectiver les missions des structures des urgences.

9. Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation, financées par dotations budgétaires allouées aux établissements de santé.

Deux autres objectifs peuvent être envisagés pour une enquête nationale sur les urgences hospitalières et les patients qui y sont pris en charge : connaître les circonstances de recours et décrire les éventuelles difficultés rencontrées lors de la prise en charge aux urgences. Dans un contexte d'augmentation régulière du recours aux structures des urgences, une description précise de la genèse de la décision d'y recourir doit permettre d'analyser ce phénomène. Cette description doit tenir compte notamment de l'appréciation des patients de leur état face à un événement de santé ou un accident, de l'urgence ressentie, de leur possibilité de recours rapide aux professionnels de santé, mais aussi des circonstances pour les patients qui sont conduits aux urgences. Or, dans les recueils réalisés en routine par les structures des urgences et les dossiers médicaux, la description des circonstances du recours ne figure que de façon fragmentaire (mode d'arrivée et motif au sens symptôme). Ainsi, dans le cadre de l'enquête nationale, un recueil systématique par les équipes des urgences auprès des patients de réponses à une série structurée de questions est effectué (encadré 3). Lors de l'analyse statistique, ces informations pourront en outre être mises en relation

avec les pathologies diagnostiquées, les données démographiques ainsi qu'avec une appréciation quant à la nécessité d'un point de vue médical de recourir aux urgences, de sorte à restituer une dynamique des demandes de soins faites aux structures des urgences.

Des difficultés lors de la prise en charge des patients aux urgences, autres que celles relatives à la mise en œuvre de thérapeutiques complexes et dans une situation non programmée, sont rapportées sur un mode qualitatif : attente prolongée des patients sur un brancard, difficulté à identifier un lit d'hospitalisation pour faire admettre un patient, ponctuellement expression de la violence. Là aussi, tant dans les dossiers médicaux que dans les recueils réalisés en routine, ne figurent pas de description systématique, voire structurée, des difficultés rencontrées. L'enquête nationale inclut une série de questions à l'adresse du personnel des urgences permettant, pour chaque patient pris en charge, de mentionner les difficultés rencontrées. Pour cette catégorie d'information, l'analyse statistique doit permettre la description et la mise en relation avec d'autres informations, médicales comme de contexte, les situations des structures pouvant être diverses. ■

ENCADRÉ 3 • Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières du 11 juin 2013

L'enquête qualitative préalable à l'enquête nationale a conduit à recommander que ce recueil d'informations ait lieu un jour donné, sur une période de 24 heures. En effet, les variations de volumes d'activité au cours de la semaine, voire de l'année, et, avec une moindre amplitude, celles du profil des pathologies sont connues depuis une dizaine d'années, permettant ainsi d'envisager si nécessaire des extrapolations. Il était en revanche important que la période de recueil comporte les prises en charge faites de nuit, qui intègrent une contrainte supplémentaire. Le jour d'enquête a été choisi de manière à être, *a priori*, le plus médian possible, en semaine et en dehors des périodes de congés. La situation des structures des urgences n'est pas uniforme, ne serait-ce qu'en termes de volumes d'activité, le nombre de passages quotidiens s'étendant de moins de 30 à plus de 150, ce qui implique une organisation des équipes et des locaux différente. Le rythme d'évolution de cette activité, tout comme une spécialisation de l'accueil de type pédiatrique, peut résulter de situations là aussi différentes, l'isolement de l'établissement de santé ou encore son inclusion dans un maillage urbain dense. Bien d'autres aspects interviennent dans cette diversité des situations : réorganisation hospitalière, coopération avec d'autres structures pour ne citer que celles-ci. Il a ainsi semblé opportun que l'enquête nationale sur les urgences hospitalières concerne l'ensemble des structures des établissements du territoire métropolitain et des départements d'outre-mer autorisés pour l'activité d'accueil et de traitement des urgences. Par ailleurs, les résultats de l'enquête seront, autant que possible, mis en relation avec des informations de synthèse relatives

au contexte entourant l'activité de chaque structure, d'une part, par un recueil d'informations spécifiques sur leur organisation interne et leur organisation avec les autres services et le plateau technique de l'établissement où elles sont implantées, et d'autre part, par des informations relatives à l'activité de premier recours. Dès lors, la participation des professionnels des urgences à l'élaboration des questionnaires d'enquête et de son organisation pratique est apparue nécessaire, pour proposer une enquête qui puisse être réalisée dans les structures des urgences avec le moins d'ambiguïté et les meilleures qualités métrologiques et informatives possibles, la gestion de l'accueil des patients dans les structures d'urgences sur le mode du flux semblant incompatible avec un échantillonnage éventuel des patients. L'enquête organisée par la DREES s'est donc déroulée du mardi 11 juin 2013 à 8 heures au lendemain mercredi 12 juin à 8 heures et a concerné tous les patients se présentant dans l'un des 738 services d'urgences, générales comme pédiatriques, des établissements de santé autorisés pour cette activité en France métropolitaine comme dans les départements d'outre-mer.

Cette enquête comporte deux volets : l'un concerne les structures elles-mêmes¹, l'autre les patients pris en charge².

Pour son volet patients, l'enquête est réalisée par le personnel médical et soignant de chaque structure d'urgence au moyen d'un questionnaire permettant le recueil formalisé de plusieurs groupes d'informations pour chaque patient :

- des informations recueillies systématiquement lors de la prise en charge aux urgences et figurant dans le dossier médical constitué à cette occasion : caractéristiques démographiques, motif de recours, mode d'arrivée, pathologies diagnostiquées, réalisation d'actes techniques diagnostiques comme thérapeutiques, éléments du projet de soins dont l'hospitalisation immédiate, heures des différents temps de la prise en charge ;
- des informations spécifiques à l'enquête : démarches entreprises avant de se rendre aux urgences, ce qui a emporté la décision de se rendre aux urgences, mode habituel de recours aux soins, difficultés éventuelles rencontrées (temps d'attente sur un brancard, expression de violence, en cas de décision d'hospitalisation délai d'obtention d'une place et nombre d'appels de services pour ce faire, intervention de l'administrateur de garde, etc.) ;
- une appréciation par le médecin du degré d'adéquation du recours au service des urgences.

En complément de cette collecte d'informations sur les patients pris en charge, chaque structure devait renseigner un questionnaire relatif à son organisation (ressources humaines, accès au plateau technique, articulation avec les autres services, etc.) ainsi que le nombre de patients et de soignants présents dans la structure à cinq points horaires le jour de l'enquête (8 heures, 12 heures, 18 heures, 22 heures, 8 heures le lendemain).

La préparation de cette enquête s'est faite en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence (SFMU) et la participation de Samu-Urgences de France (SUDF) et de l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF), notamment pour ce qui concerne l'élaboration des questionnaires et la définition du schéma général de l'enquête. L'enquête a obtenu le label du Conseil national de l'information statistique³. Un comité de pilotage présidé par la DREES rassemblait des représentants des services de l'administration centrale, des professionnels des urgences (SFMU, CNUH, SUDF, AMUF), des établissements (FHF, FEHAP, FHP) et des agences régionales de santé (ARS).

Le taux de réponse s'élève à 99 % pour les structures et à 95 % pour les patients, soit près de 50 000 questionnaires.

Les résultats de l'enquête seront placés dans un contexte plus large, non seulement à partir d'informations existantes (SAE et PMSI en particulier), mais aussi au moyen d'informations relatives à l'organisation des soins de premier recours, transmises par les ARS⁴, ainsi que d'informations sur l'activité de consultations et de visites des médecins généralistes et pédiatres libéraux (hors cliniques privées) le jour de l'enquête, transmises par l'Assurance maladie. La synthèse de l'ensemble de ces informations avec les données recueillies au moyen de l'enquête nationale doit permettre la réalisation d'une cartographie de l'activité d'accueil et de traitement des urgences dans les établissements de santé tenant compte de la diversité des organisations dans chaque territoire.

1. Arrêté du 17 avril 2013 relatif à la collecte et à la transmission des informations nécessaires à l'enquête nationale sur les structures des urgences des établissements de santé.

2. Délibération n° 2013-132 du 16 mai 2013 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés autorisant la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère des affaires sociales et de la santé à mettre en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel ayant pour finalité une enquête nationale sur les patients des structures des urgences à un jour donné en 2013.

3. Conseil national de l'information statistique. Avis de conformité du Comité du label relatif à l'enquête nationale sur les patients des structures des urgences hospitalières. Visa n°2013X080SA.

4. Instruction DREES/BES n° 2013-175 du 22 mai 2013 relative à la collecte d'informations sur l'offre de soins de premier recours non programmé, complémentaire à l'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières.

ANNEXE ● Un enrichissement progressif des données collectées en routine relatives à l'activité des urgences par les établissements de santé

Les établissements de santé collectent des informations relatives à l'activité de leurs services d'urgences : résumés de passages aux urgences (RPU), bordereau de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), fichiers du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI), décomptes pour les serveurs régionaux de veille et d'alerte (SRVA). Ces transmissions consolidées en bases de données, si elles ne comportent pas d'informations décrivant la genèse du recours aux urgences ou les difficultés éventuelles rencontrées lors de la prise en charge, donnent des informations quantitatives sur l'évolution de l'activité d'accueil et de traitement des urgences dans les établissements de santé.

La **collecte des RPU** est une initiative des services des urgences désireux de pouvoir décrire leur activité dans un contexte d'individualisation de celle-ci au sein des établissements de santé. Pour chaque passage aux urgences sont ainsi rassemblées une série d'informations sous forme codée : caractéristiques démographiques, éléments de trajectoire (date, heure et mode d'arrivée comme de sortie, motif de recours), pathologie diagnostiquée, actes médicaux réalisés. Cette collecte, apparue au cours des années 1990, a depuis été mise en œuvre dans un nombre croissant de services d'urgences. Pour disposer d'un outil de connaissance utile au pilotage de l'offre de soins, certaines agences régionales de l'hospitalisation ont financé des équipes, constituées en observatoires régionaux des urgences (ORU), chargées de consolider l'ensemble des RPU (au premier semestre 2013, il existe quatre ORU : Midi-Pyrénées, Limousin, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Lorraine).

En région Midi-Pyrénées, un tel ORU a été constitué en 2001, qui met à disposition un rapport annuel décrivant les caractéristiques des patients pris en charge aux urgences dans les établissements de la région (ORU-MIP, 2001-2011).

Ainsi, en région Midi-Pyrénées, il est observé, sur la période 2001-2011, une augmentation de la proportion de patients de plus de 70 ans de 13 % à 18 % (tableau 1), une diminution corrélative de la proportion de pathologies traumatiques au profit des pathologies somatiques, la proportion de pathologies psychiatriques étant constante ; la gravité cotée par le score CCMU¹ apparaît stable (pour 19 % des patients, leur état est jugé comme susceptible de s'aggraver), tout comme le taux d'hospitalisation au décours pour un quart des passages ; le temps moyen de passage a augmenté progressivement de 140 à 190 minutes (de 80 à 120 minutes pour le temps de passage médian). La proportion de pathologies traumatiques est légèrement plus importante le samedi et le dimanche, tandis que pour les pathologies psychiatriques et les intoxications, une plus forte proportion est observée le vendredi soir et le samedi ; la part de cas graves est plus importante la nuit.

Au cours de la semaine, la plus forte activité a lieu les samedis et les dimanches et la plus faible les mercredis. Ce phénomène est plus fort que les variations saisonnières, très reproductible d'une année à la suivante (graphique 1), et plus important que les variations de profils de pathologie qui sont par ailleurs moins prédictibles (graphique 2).

La **consolidation au niveau national des RPU** collectés par les établissements volontaires (réseau Oscour, initié en 2004, normalisation du format des RPU en 2006) est organisée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) dans une optique de surveillance syndromique (système Sursaud [Fournet *et al.*, 2011] comprenant aussi les informations des certificats de décès) pour analyser des situations médicales inhabituelles, voire nouvelles, avec afflux de patients (phénomènes climatiques, épidémies, intoxications collectives). En 2012, le réseau Oscour recouvre deux tiers de l'activité d'accueil des urgences. L'arrêté du 24 juillet 2013 rend ce recueil obligatoire ; les RPU devraient pouvoir être utilisés pour décrire l'activité des services d'urgences à compter du second semestre de 2014.

Les établissements de santé sont tenus de transmettre chaque année, depuis 1975, au moyen des **bordereaux de la SAE**, un ensemble d'indicateurs relatifs à leur activité, leurs équipements, leurs moyens en personnel : nombre annuel de passages, proportion de patients immédiatement hospitalisés, de cas relevant de la pédiatrie, personnel affecté aux urgences. Ce recueil est fait par implantation géographique, les établissements de santé avec plusieurs implantations renseignent autant de bordereaux qu'ils disposent de sites avec accueil des urgences. Une synthèse nationale avec des données d'évolution est proposée dans la fiche « La médecine d'urgence » de cet ouvrage. De plus, les données par établissement sont mises à disposition du public *via* Internet (site Internet du ministère de la Santé).

1. Classification clinique des malades aux urgences dont l'objet est de caractériser lors de la première évaluation de chaque patient aux urgences l'importance de la prise en charge que nécessite sa pathologie, depuis la simple consultation jusqu'aux soins de réanimation.

TABLEAU 1 • Synthèse pluriannuelle et multisource d'indices relatifs aux caractéristiques des patients pris en charge aux urgences hospitalières

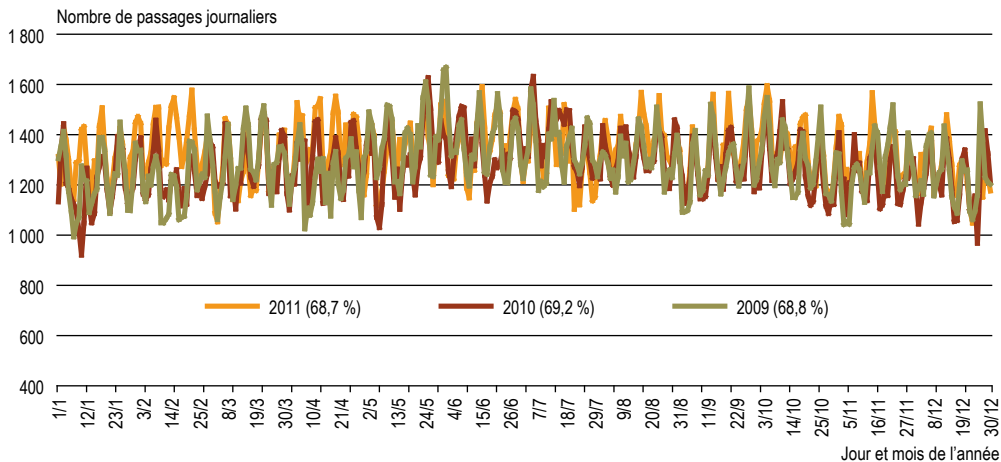
	Observatoire régional des urgences Midi-Pyrénées											Eh- quête DREES	Test du RPU	ORU- PACA 2008- 6/2009	ORU- LIM 2009
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011				
	janvier	juin	janvier	juin	janvier	juin	janvier	juin	janvier	juin	janvier				
Nombre de passages documentés	450 000	531 109	559 090	562 817	573 834	643 000	640 000	658 338	692 967	676 922	688 236	10 195	165 321	452 905	181 973
Nombre de services	34	36	37	37	37	38	38	38	38	38	37 (1)	150	373	10 → 22	10
Nombre total de passages	-	-	-	-	564 799	-	-	659 078	692 533	676 922	707 405	-	-	776 760	-
Exhaustivité, en %	-	-	-	-	98,1	96	98,4	99,9	99,9	100	97,3	-	-	56,3	-
Défaut global d'exhaustivité de recueil des informations, en %	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,4	11,2	6,9
Diagnostic principal non renseigné, en %	-	-	-	8,4	9,8	8,1	9,6	8,5	11,2	13	12,9	-	7,6	15,3	13,1
Âge moyen	-	-	-	37	38	38	38	39	-	40	39	-	35,7	36,2	40,5
Patients de moins de 16 ans, en %	23	23	23	23	23	22,5	21,3	22,4	22	21,9	23	25	24,0	22,3	25,9
Patients de plus de 70 ans, en %	13,4	13,4	15,2	15,7	16,8	16,8	16,7	17,7	17,7	17,7	18	14	12,8	16,6	17,5
Patients accompagnés, en %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35	-	-	-
Passage de jour (8h-20h), en %	74,3	74,3	74	74	73,5	73,1	72,3	73,3	72,5	72,7	72,1	79	71,8	70,4	74,1
Passage en semaine, en %	69,1	69,1	69,2	69,3	68,6	68,7	68,8	68,6	68,3	69,2	69,4	72	71,7	69,5	71,6
Traumatologie, en %	45	42	44,5	41	43,2	43	42,1	40,9	40	41,5	39,4	48	43,6	32,7	39,4
Pathologie médico-chirurgicale, en %	48	48	47,8	48	44,2	44,8	45,1	47,7	48,8	49,6	50,8	48	45,4	61,9	-
Pathologie psychiatrique, en %	2	2	3,2	4,6	3,3	3,3	3	2,7	2,7	2,8	2,8	2,5	3,0	2,9	-
Intoxications, en %	-	-	-	-	1,9	1,7	2	2	2,1	2,1	2,3	-	-	2,5	-
Autres pathologies, en %	5	8	4,5	6,4	7,4	7,2	7,8	6,6	6,3	3,8	4,8	1,5	8,0	0	-
CCMU 1 et 2, en %	82	84,9	82,4	81,5	80,5	79	77,8	78,1	80,5	79,5	80,2	86,5	-	39,7 (5)	93,1
CCMU 3, en %	13	13,3	15,8	16,5	17,5	18,9	20,2	20	16,5	17,8	17,1	11,0	-	-	5,5
CCMU 4 et 5, en %	1	1,8	1,8	2	2	2,1	2	1,9	1,8	1,7	1,7	2,5	3,3 (3)	0,6	1,4
Acte médical autre que CS aux urgences, en %	66	-	-	-	-	-	(2)	-	-	-	-	-	-	-	-
Hospitalisation, en %	26,8	26,3	25,9	25,4	25,2	25,6	25,1	24,5	24,2	25,3	24,8	19,0	23,6	26,1	31,2
Durée moyenne du passage, min.	138	140	142	147	166	185	177	194	189	184	193	-	124	268	177
Durée médiane du passage, min.	-	82	80	85	92	111	106	115	118	114	125	-	90	117	125
Nombre de passages SAE (même périmètre)	508 908	552 517	576 713	576 784	598 547	634 533	625 873	647 293	663 272	675 164	705 385	13 275	274 507	1 498 684	182 640
Exhaustivité par rapport à la SAE, en %	88,4	96,1	96,9	97,6	95,9	101,3	102,3	101,7	101,4	100,3	97,6	76,8	60,2	30,2	99,6
Nombre de sites géographiques	35	37	37	37	38	38	37	38	37	38	37	640	640	53	10
Hospitalisation SAE, en %	22,5	21,8	23,4	22,9	23,2	22,0	20,6	17,2	25,5	24,9	24,4	20,7	20,7	18,2	24,2

Notes • 1. Fusion de deux établissements, 2. Liste des examens les plus fréquents (ECG, radio du thorax, radio des membres inférieurs, sutures, aérosol, orthèses), 3. Réanimation et surveillance.

4. Actes de réanimation, d'imagerie et d'intervention (5) CCMU 1 seulement.

Sources • ORUMIP (<http://www.orump.fr/publications/rapports-actvite/>), DREES (<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er212.pdf>), test-RPU (<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0001300001FF>)
 ORU-PACA (<http://www.orupaca.fr/donnees-urgences/rapports-annuels-urgences-118.html>), ORU-LIM (rapport annuel 2009).

GRAPHIQUE 1 ● Évolution au cours de l'année civile du nombre de passages journaliers cumulés aux urgences de 27 établissements de la région Midi-Pyrénées

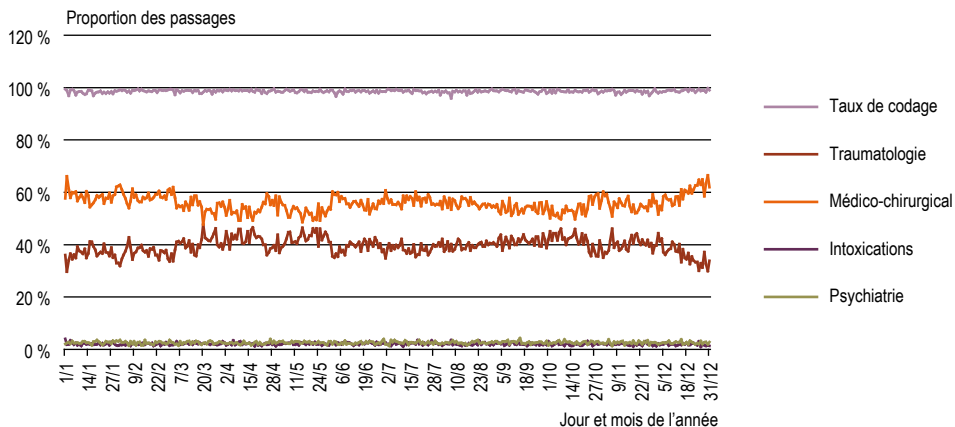


Note • Les données ont été calées pour que les jours de la semaine correspondent d'une année à la suivante.

Champ • Établissements de la région Midi-Pyrénées ayant un taux de codage du diagnostic principal constamment supérieur à 95 % des passages aux urgences.

Sources • ORU-MIP, données d'activité des années 2009-2011, traitement DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Évolution au cours de l'année 2011 du profil des pathologies prises en charge aux urgences de 27 établissements de la région Midi-Pyrénées



Champ • Établissements de la région Midi-Pyrénées ayant un taux de codage du diagnostic principal constamment supérieur à 95 % des passages aux urgences.

Sources • ORU-MIP, données d'activité de l'année 2011, traitement DREES.

Pour ce qui concerne les données de personnel, la SAE prévoit le recueil des effectifs et des équivalents temps pleins affectés aux urgences dans chaque établissement. Pour la période 2001-2011, 328 établissements ont fait ce recueil chaque année pour le personnel médical et 362 pour ce qui concerne les cadres de santé et les infirmiers². Ce sous-ensemble d'établissements n'est pas représentatif de l'ensemble des établissements (la répartition par région est identique à celle de l'ensemble des établissements, exception faite des DOM où aucun établissement n'a réalisé le recueil chaque année ; les établissements privés à but lucratif sont légèrement sous-représentés³). Néanmoins, il recouvre les deux tiers de l'activité et permet un regard sur l'évolution du personnel affecté aux urgences sur cette période : on observe pour ces établissements un accroissement annuel moyen des effectifs de 5 % pour le personnel médical et de 4,2 % pour les cadres de soins et les infirmiers, de 4,9 % et 3,9 % si l'on prend en considération les équivalents temps plein (tableau 2).

Enfin, les établissements de santé, pour permettre la valorisation financière de leur activité, transmettent chaque mois un ensemble de fichiers définis dans le cadre du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Les **fichiers du PMSI** comportent une description codée de chaque prise en charge hospitalière, ainsi que des caractéristiques démographiques, de prise en charge, de pathologies diagnostiquées, d'actes médicaux réalisés. Pour ce qui concerne l'activité des urgences, les informations figurent, d'une part, dans les résumés standardisés anonymes depuis 2004 pour les passages immédiatement suivis d'hospitalisation, et d'autre part, depuis 2008, dans les résumés standardisés de facturation anonymes pour les passages non suivis d'hospitalisation immédiate (ces résumés ne comportent pas de codes diagnostics). Le nombre de passages ainsi déterminé converge avec ce qui figure dans la SAE, le léger défaut de concordance pouvant être le reflet de défauts de recueil, collecte ou production, mais aussi de compréhension du périmètre avec prise en compte des accueils sans rendez-vous dans des structures autres que les urgences proprement dites, comme par exemple la maternité, la psychiatrie ou encore la cardiologie.

Enfin, les **serveurs régionaux de veille et d'alerte (SRVA)** ont été mis en place dans chaque région à compter de 2004 suite à l'épisode de canicule de l'été 2003. Ils recueillent des informations transmises quotidiennement via Internet par les établissements de santé, quant à leur activité d'accueil aux urgences et de lits disponibles, notamment. Les informations sont centralisées au niveau national par l'InVS.

TABLEAU 2 • Données de personnel affecté aux urgences

	Médecins (hors internes)	Cadres et infirmiers
Nombre d'établissements avec données de personnel renseignées chaque année sur la période 2001-2011	328	362
Fraction de l'ensemble des passages aux urgences que représentent ces établissements, en %	59,5	62,9
Variation annuelle moyenne du nombre de passages pour ces établissements, en %	2,3	2,4
Effectif affecté aux urgences en 2011	5 327	11 243
Variation annuelle moyenne sur la période 2001-2011 des effectifs, en %	5,0	4,2
Equivalent temps plein aux urgences en 2011	3 836	10 040
Variation annuelle moyenne sur la période 2001-2011 des ETP, en %	4,9	3,9
Passages journaliers/ETP 24 h en 2011	43,0	17,4
Valeur médiane en 2011 des passages journaliers/ETP 24 h* [interquartile]	43,3 [32,2 - 63,5]	18,9 [15,4 - 24,7]
Quotité travaillée moyenne aux urgences en 2011, en %	72,0	89,3
Variation annuelle moyenne sur la période 2001-2011 de la quotité travaillée, en %	-0,1	-0,3
Valeur médiane en 2011 de la quotité travaillée [interquartile], en %	81,7 [65,3 - 92,0]	92,1 [85,6 - 96,3]
Mémoire: variation annuelle moyenne du nombre de passages pour les autres établissements, en %	3,8	3,9

* ETP 24 h : Nombre d'équivalents temps plein nécessaire pour un poste couvrant 24 h/24 tous les jours de l'année.

Note • Le niveau de recueil du bordereau q13 de la SAE se fait par site géographique disposant au moins d'une structure des urgences.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2001-2011, traitement DREES.

2. La limitation aux seuls établissements ayant systématiquement renseigné sur cette période les données de personnel prévues dans le bordereau Q13 de la SAE permet de prendre en compte ceux des établissements pour lesquels ce relevé est réalisé en routine, pouvant alors gagner en robustesse.

3. Certains ayant débuté l'activité d'accueil et de traitement des urgences au cours de la période 2001-2011, ils ne peuvent de facto être pris en compte ici.

Bibliographie

- Baubeau D., Carrasco V., 2003, « Motifs et trajectoire de recours aux urgences hospitalières », *Études et Résultats*, n° 215, DREES, janvier.
- Baubeau D. et al. 2000, « Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés », *Études et Résultats*, n° 72, DREES.
- Carrasco V., Baubeau D., 2003, « Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et Résultats* n° 212, DREES, janvier.
- Cash E. et al., 2013, « Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières », *Document de travail* n° 125, Série études et recherche, DREES, mars.
- Collet M., Gouyon M., 2007, « Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale », *Études et Résultats*, n° 607, DREES, novembre.
- Fournet N. et al., 2011, « Le système français de surveillance sanitaire des urgences et des décès (Sur-SaUD®) », Institut de veille sanitaire.
- Gouyon M., Labarthe G., 2006, « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale – Premiers résultats », *Études et Résultats*, n° 471, DREES, mars.
- Mouquet M.-C., Oberlin Ph., 2012, « L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 », *Le panorama des établissements de santé - édition 2012*, Études et statistique, DREES, novembre.
- Observatoire régional des urgences du Limousin, 2010, Rapport 2009 sur les urgences en Limousin.
- Observatoire régional des urgences en Midi-Pyrénées, 2001 à 2011, Rapport annuel sur l'activité des services des urgences en Midi-Pyrénées.
- Observatoire régional des urgences Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2010, Rapport régional n° 1.
- Site Internet du ministère de la Santé donnant accès aux données collectées dans le cadre de la Statistique annuelle des établissements de santé : <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>
- Steg A., 1989, « L'urgence à l'hôpital », rapport du Conseil économique et social.
- Steg A., 1994, Rapport sur la médicalisation des urgences, Commission nationale de restructuration des urgences.

2

Croissance de l'activité et incitations

- Hospitalisation de court séjour – Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011
- Tarification à l'activité et concurrence non tarifaire

Croissance de l'activité et incitations

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans le court séjour, à partir de 2004 dans les hôpitaux publics avec une montée en charge progressive jusqu'à la généralisation en 2008, et dès 2005 dans les cliniques privées, a incité les établissements de santé à améliorer leur efficacité en développant leur activité tout en maîtrisant les coûts et les durées de séjour. L'enveloppe globale destinée au financement de ces établissements étant régulée *via* un objectif national de dépenses, une certaine forme de concurrence s'est mise en place, notamment entre les secteurs public et privé.

Ce dossier comporte deux parties. Dans la première, l'évolution de l'activité de court séjour est étudiée sur la période 2003-2011. La deuxième partie se concentre sur la période 2005-2008 qui a vu la montée en charge différenciée de la T2A entre hôpitaux publics et cliniques privées, afin d'estimer l'effet des incitations produites par le mode de tarification sur l'activité réalisée.

L'observation de l'évolution de l'activité de court séjour entre 2003 et 2011 permet de tirer des enseignements sur l'évolution globale de l'activité :

- les évolutions démographiques, et en premier lieu le vieillissement de la population, permettent d'expliquer globalement 80 % de la croissance de l'activité,
- mais cet effet démographique apparaît minoritaire sur certains segments d'activité,
- et les taux de recours à l'hospitalisation des plus de 65 ans sont en augmentation.

Elle est aussi riche d'enseignements sur l'évolution des parts de marché entre les différentes catégories d'établissements :

- la part de marché des hôpitaux publics s'est développée sur la période au détriment des cliniques privées,
- l'essentiel de cette progression est dû aux activités chirurgicales,
- de 2003 à 2007, cette progression s'appuie plutôt sur une augmentation dynamique du nombre de séjours ; à partir de 2008, elle s'explique par un déplacement de la consommation vers des séjours davantage valorisés.

Ces analyses globales sont explorées à un niveau plus fin dans la deuxième partie du dossier dans une étude sur l'évolution de l'activité en chirurgie au cours de la période 2005-2008. La montée en charge progressive de la T2A dans le public jusqu'en 2008 a ainsi conduit à augmenter chaque année les incitations à produire de l'activité, alors qu'elles étaient inchangées pour les cliniques privées passées entièrement à la T2A dès 2005. Cette différence constitue une « expérience naturelle » et permet d'estimer l'effet sur l'activité des incitations liées à la tarification.

Les résultats obtenus suggèrent une complémentarité entre tarification et concurrence. En effet, relativement aux cliniques privées, l'activité chirurgicale des hôpitaux publics a augmenté avec la montée en charge de la T2A, et d'autant plus qu'ils étaient soumis à une concurrence importante des cliniques privées. *A contrario*, pour les établissements qui n'étaient pas soumis à cette concurrence, l'évolution de l'activité a été moins forte. La montée en charge de la T2A semble donc expliquer les gains de parts de marché des hôpitaux publics sur les cliniques privées.

La réforme aurait pu avoir des effets indésirables, comme le découpage des séjours afin d'augmenter artificiellement l'activité, des sorties prématurées en raison de la baisse observée des durées de séjours, se traduisant par des réhospitalisations. Ce n'est pas le cas. Les taux de réhospitalisation évoluent de manière équivalente entre hôpitaux publics et cliniques privées entre 2005 et 2008, et surtout, ils augmentent davantage dans les hôpitaux publics moins exposés à la concurrence des cliniques privées : cela suggère que la hausse du nombre de séjours liée à la montée en charge de la T2A, qui est plutôt le fait des hôpitaux publics les plus exposés à la concurrence, ne provient pas d'une hausse des réadmissions.

Hospitalisation de court séjour

Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011



Franck EVAÏN

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

La mise en place de la tarification à l'activité dans le court séjour, en 2004, a incité les établissements de santé à améliorer leur efficacité en développant leur activité tout en maîtrisant les coûts et les durées de séjour. L'enveloppe globale destinée au financement de ces établissements étant régulée *via* un objectif national de dépenses, une certaine forme de concurrence s'est mise en place, notamment entre les secteurs public et privé.

Sur la période 2003-2011 étudiée ici, l'activité globale a logiquement augmenté, en lien avec l'accroissement et le vieillissement de la population. Ainsi, la déformation de la structure de la population est responsable de 80 % de la hausse du nombre de séjours entre 2003 et 2011. Si l'effet démographique apparaît donc prépondérant sur l'évolution de l'activité globale, il est minoritaire pour certains segments d'activité.

Par ailleurs, la part de marché des hôpitaux publics en nombre de séjours – valorisés ou non par les tarifs – s'est développée sur la période au détriment des cliniques privées. L'essentiel de cette progression est due aux activités chirurgicales et semble s'être faite en deux temps : d'abord une augmentation du nombre de séjours, puis, à partir de 2008, un déplacement de la consommation vers des séjours davantage valorisés. L'analyse de quelques motifs de recours à un niveau fin montre que les raisons du repli du secteur privé peuvent être multiples.

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans le court séjour, en 2004, a profondément modifié le financement des établissements de santé. Leurs recettes dépendent désormais directement de l'activité de soins produite, c'est-à-dire du nombre de patients qu'ils accueillent et de la valorisation de leur prise en charge. Quel que soit leur statut, les établissements ont ainsi été incités à développer leur activité tout en optimisant leurs coûts, à maîtriser les durées de séjour, à procéder à des prises en charge en ambulatoire, etc. Dans les secteurs public et privé à but non lucratif, cette réforme a été mise en place progressivement de 2004 à 2008, *via* le maintien d'une part de dotation annuelle résiduelle, s'amenuisant au fil des années.

Les cliniques privées, elles, disposaient déjà d'un paiement à l'activité, mais sur la base de tarifs régionaux variables et non sur celle d'un tarif national unique. La période étudiée ici, 2003-2011, recouvre ainsi à la fois l'avant-T2A, son instauration progressive, et une troisième sous-période au cours de laquelle elle est en régime de croisière.

Des cliniques privées qui perdent du terrain

En 2011, le nombre de séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie appartenant au champ retenu dans cette étude est de 16,3 millions. Par rap-

port à 2003, l'augmentation est de 11,5 % à champ constant. En valeur, c'est-à-dire en tenant compte du tarif auquel l'Assurance maladie valorise chaque séjour (encadré 1), l'augmentation est de 18 % à champ et tarifs constants. Il y a donc eu un déplacement de l'activité vers des séjours plus chers ou mieux valorisés. L'évolution globale entre 2003 et 2011 peut ainsi se

décomposer en un effet nombre de séjours (+11,5 %) et un effet structure de l'activité (+5,8 %) (tableau 1). Cet effet structure est cependant plus fort en fin de période. Des travaux de la CNAMTS sur 2009-2011 indiquent que l'effet structure explique deux tiers de l'évolution en valeur sur cette sous-période, et l'augmentation du nombre de séjours seulement un tiers¹.

1. Rapport « Charges et produits pour l'année 2013 », CNAMTS, juillet 2013.

ENCADRÉ 1 ● Méthode

Champ

L'évolution des parts de marché entre secteurs a été calculée à partir des bases PMSI 2003 à 2011 et ne concerne que le court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie). Le champ est constitué de l'ensemble des séjours, hors séances et nouveau-nés n'ayant pas nécessité de soins. Le service de santé des armées (non-répondant au PMSI avant 2009) et le département de Mayotte (non-répondant avant 2008) ont également été exclus afin de travailler à champ constant. Dans la même optique, pour neutraliser l'impact de l'arrêté de 2007 sur les forfaits sécurité-environnement, les séjours ne contenant que des actes de la liste figurant dans l'arrêté ont été écartés sur l'ensemble de la période. Enfin, les séjours non valorisés dans la grille des tarifs par groupe homogène de séjour (GHS), comme les interruptions volontaires de grossesse et les interventions de chirurgie esthétique ou de confort, ont aussi été retirés du champ.

Afin de remédier au problème d'exhaustivité du recueil, notamment en début de période, des bases « redressées » ont été utilisées. La non-réponse de certains établissements au PMSI a ainsi été identifiée et corrigée à l'aide de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Les modifications qui surviennent régulièrement dans la nomenclature de classification des séjours rendent difficiles les comparaisons annuelles à un niveau fin d'activité. Il est toutefois possible de calculer des évolutions à un niveau agrégé (par discipline ou mode d'hospitalisation) et pour quelques procédures très précises et facilement identifiables sur l'ensemble de la période, comme les cataractes ou les césariennes. Pour ce faire, on observe les évolutions sur trois sous-périodes pour lesquelles on dispose de versions de GHM (groupes homogènes de malades) comparables. La version 9 est en effet disponible de 2003 à 2007, la version 10c de 2005 à 2009 et la version 11 (ou 11b/c) de 2008 à 2011.

Valorisation des séjours

Pour chaque sous-période, le calcul du tarif de chaque séjour se fait en deux temps. Tout d'abord, un calcul de tarif moyen par GHM est réalisé à partir des données du PMSI sur la dernière année de la sous-période (par exemple 2009 pour la sous-période 2005-2009), en incluant les bornes basses, hautes et les éventuels suppléments. Pour cela, on utilise uniquement les tarifs du secteur public. Car, même s'il y a une forte corrélation entre la grille tarifaire du secteur public et celle du secteur privé, elles sont construites selon des méthodologies différentes et n'intègrent pas les mêmes coûts. Afin de comparer facilement l'évolution des parts de marché entre les secteurs, ce sont les tarifs du public qui ont été choisis pour valoriser l'ensemble des séjours.

Dans un deuxième temps, les « tarifs moyens 2009 par GHM V10c » obtenus sont appliqués aux autres années de la sous-période. On peut ainsi calculer une évolution des parts de marché en « valeur », non seulement à champ constant, mais également à tarifs constants. Et, puisque les suppléments sont inclus dans ce tarif, à nombre et tarifs de suppléments constants, le fait de travailler à tarifs constants permet notamment de neutraliser l'impact des changements d'enveloppe ayant lieu tous les ans, qui sinon rendent très complexe tout calcul d'évolution sur plusieurs années. Cette méthode est appliquée à chacune des trois sous-périodes.

Jointure des trois sous-périodes

Évidemment, le fait d'utiliser trois grilles tarifaires différentes (2007, 2009 et 2011) sur l'ensemble de la période ne permet pas d'obtenir des montants parfaitement comparables entre sous-périodes. De plus, le passage à la V11 a modifié le champ global. En effet, certaines hospitalisations en V10c sont désormais codées dans des GHM de séances en V11. Pour l'année 2008, on dispose ainsi de plus de séjours dans la sous-période 2005-2009 (V10c) que dans la sous-période 2008-2011 (V11c) (graphique). Il est toutefois à noter qu'avant 2008, les écarts obtenus dans le nombre de séjours sont très faibles entre les différentes versions de GHM.

L'étape suivante consiste donc à joindre les trois sous-périodes, en appliquant à chaque année le taux d'évolution obtenu grâce à la version la plus récente de GHM. Ainsi, les points 2003, 2004 (non représentés sur le graphique) et 2005 sont ceux d'origine. Ensuite, on calcule l'évolution 2005-2006 en V10c, et on l'applique au

Dans le secteur privé à but lucratif, cet effet structure est quasi nul, ce qui laisse à penser que les cliniques accueillent des séjours de même niveau qu'en 2003, et que l'amélioration constatée du codage après la mise en place de la T2A a peu joué sur les montants remboursés². Le nombre de séjours a de plus augmenté

à un rythme moins soutenu dans les cliniques privées que dans le secteur public. La combinaison de ces deux effets permet d'obtenir l'évolution du montant total de soins remboursés, qui a ainsi nettement plus augmenté dans les hôpitaux publics (+22,9 %) que dans les cliniques privées (+9,2 %).

2. L'effet structure peut provenir d'une réorientation de l'offre vers des séjours mieux rémunérés (car occasionnant des coûts plus élevés pour l'établissement), mais aussi d'une optimisation du codage des séjours – et notamment des diagnostics – qui permet un classement dans des groupes homogènes de malades (GHM) mieux valorisés.

point 2005 obtenu en V9. Les variations ainsi établies sont très faibles jusqu'en 2008. Pour obtenir le point 2009, c'est l'évolution 2008-2009 calculée en V11c qui est appliquée au point 2008 précédemment obtenu. La même méthode est utilisée pour calculer l'évolution en nombre de séjours et celle en séjours valorisés par les tarifs.

Décomposition des effets

L'évolution 2003-2011 des séjours valorisés par les tarifs peut ensuite être décomposée en un effet séjours correspondant à l'évolution du nombre de séjours entre 2003 et 2011, et un effet structure correspondant à un déplacement de l'activité vers des GHM mieux valorisés.

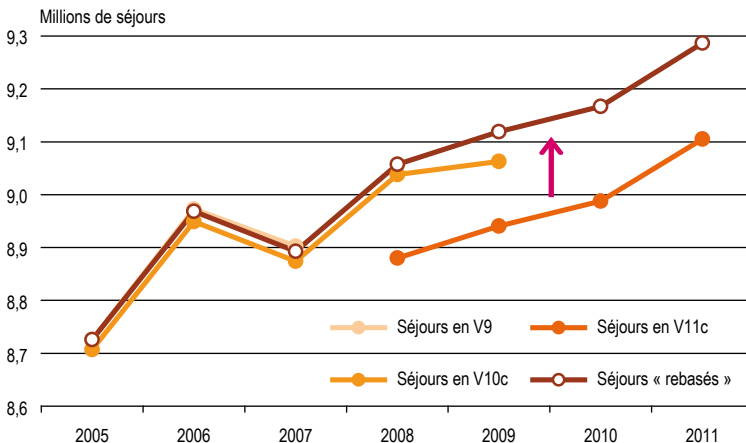
$$\frac{\sum_i Q_i^{11} T_i^{11}}{\sum_i Q_i^{03} T_i^{11}} = \underbrace{\frac{\sum_i Q_i^{11}}{\sum_i Q_i^{03}}}_{\text{Effet séjours}} \times \underbrace{\frac{\sum_i Q_i^{11} T_i^{11}}{\sum_i Q_i^{11}} \times \frac{\sum_i Q_i^{03}}{\sum_i Q_i^{03} T_i^{11}}}_{\text{Effet structure}}$$

à tarifs constants

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

Avec Q_i^{11} : séjours 2011 et T_i^{11} : tarif moyen 2011 par GHM.

Évolution du nombre de séjours dans le secteur public de 2005 à 2011



Note • La jointure des trois sous-périodes (2003-2007 / 2005-2009 / 2008-2011), correspondant à trois versions différentes de GHM, se fait en appliquant à chaque année le taux d'évolution obtenu grâce à la version la plus récente de GHM. Ainsi, les points 2003, 2004 et 2005 sont ceux d'origine (2003 et 2004 ne sont pas représentés ici). Ensuite, on calcule l'évolution 2005-2006 en V10c, et on l'applique au point 2005 obtenu en V9. Les variations ainsi établies sont très faibles jusqu'en 2008. Pour obtenir le point 2009, c'est l'évolution 2008-2009 calculée en V11c qui est utilisée et appliquée au point 2008 « rebasé » précédemment obtenu. La même méthode est utilisée pour calculer l'évolution en nombre de séjours (représentée dans ce graphique) et celle en séjours valorisés par les tarifs.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte. Court séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2003 à 2011, traitements DREES.

TABLEAU 1 • Évolution des parts de marché de chaque secteur

Secteur	Nombre de séjours 2011	Parts en séjours valorisés à tarifs constants (en %)					Effet en valeur à tarifs constants (en %)	dont effet séjours (en %)	dont effet structure (en %)
		2003	2005	2007	2009	2011			
Public	9 105 000	58,2	58,7	59,6	60,3	60,6	22,9	13,4	8,3
Privé à but non lucratif	1 282 000	8,4	8,4	8,4	8,5	8,5	19,0	12,6	5,6
Privé à but lucratif	5 879 000	33,4	32,9	32,1	31,3	30,9	9,2	8,3	0,8
Ensemble	16 266 000	100	100	100	100	100	18,0	11,5	5,8

Lecture • Entre 2003 et 2011, sur les séjours appartenant au champ de l'étude, le montant total remboursé aux établissements publics a augmenté de 22,9 %, à tarifs constants. Plus de la moitié de cette augmentation (13,4 %) est due à la hausse du nombre de séjours, et le reste (8,3 %) à un effet structure, c'est-à-dire à un déplacement vers des séjours mieux remboursés. Cet accroissement, combiné à une augmentation nettement plus faible dans le secteur privé à but lucratif (9,2 %), conduit logiquement à une progression de la part de marché du secteur public, qui passe de 58,2 % en 2003 à 60,6 % en 2011.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte. Court séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2003 à 2011, traitements DREES.

Il en résulte une hausse de la part de marché du secteur public, qui s'élève à 60,6 % en 2011 (+2,4 points), au détriment de la part des cliniques privées (30,9 %). Cet écart s'est creusé pour moitié entre 2006 et 2008, au moment où la part des recettes liées à la T2A passait de 35 % à 100 % dans les hôpitaux publics. La part des hôpitaux privés à but non lucratif est remarquablement stable sur la période (entre 8,4 % et 8,5 %).

Si l'on étudie la seule répartition du nombre de séjours, la part des établissements publics est de 56,3 % en 2011, c'est-à-dire inférieure à la part valorisée par les tarifs. Ces établissements accueillent globalement des séjours mieux valorisés, car nécessitant davantage de ressources. Le secteur public reçoit en effet des patients globalement plus âgés que le secteur privé et présentant davantage de « comorbidités », c'est-à-dire de maladies associées à leur pathologie principale.

Un secteur public en forte progression dans les activités chirurgicales

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

Les évolutions des parts de marché en obstétrique et en chirurgie semblent toutefois obéir à des logiques différentes. L'accroissement de la part du secteur public en obstétrique provient surtout d'une forte baisse du nombre de séjours dans les cliniques privées. L'évo-

lution contraignante de la réglementation a en effet conduit de nombreuses petites maternités de proximité à fermer, car elles étaient considérées comme sous-dotées en équipements et en personnels, et présentaient donc un risque pour la sécurité des patientes et des nouveau-nés. Ces fermetures ayant majoritairement concerné le secteur privé, la part des établissements publics a mécaniquement augmenté.

En chirurgie, cet accroissement est surtout dû à une forte hausse du nombre de séjours dans les établissements publics (+20,9 % sur la période). En 2011, les cliniques privées accueillent toujours la majorité des séjours chirurgicaux (54,7 % contre 37,2 % pour le public). Malgré cet écart, le fait que le secteur public accueille des séjours chirurgicaux plus complexes et donc plus coûteux aboutit pour la première fois en 2011 à une part en valeur plus élevée dans les établissements publics que dans les cliniques privées (45,8 % contre 45,5 %) [graphique 1].

Ce résultat des hôpitaux publics a été obtenu en deux temps. Au cours de la première sous-période, de 2003 à 2008, l'évolution des parts de marché en valeur a suivi celle en nombre de séjours. Puis, de 2008 à 2011, alors que la répartition des séjours accueillis dans chaque secteur est restée stable, les parts en valeur ont continué de se rapprocher jusqu'à se croiser. Cela suggère qu'après avoir significativement augmenté leur volume d'activité, la stratégie des hôpitaux publics a été de mieux valoriser les séjours produits.

Néanmoins, les cliniques privées occupent toujours une place prépondérante dans l'hospitalisation partielle – sans nuitée – en chirurgie, avec les deux tiers des séjours. L'expansion de ce mode d'hospitalisation a été considérable dans les cliniques (55,5 % de

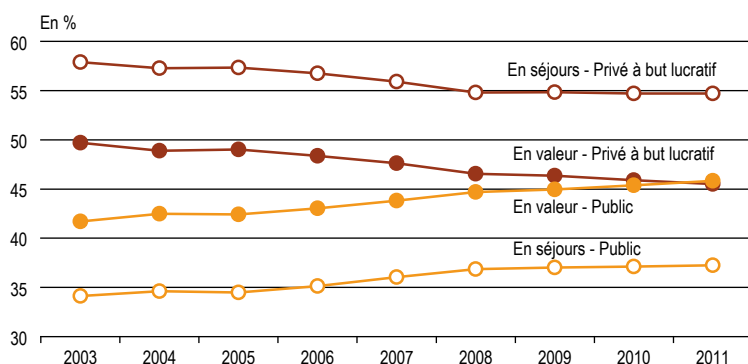
TABLEAU 2 • Évolution des parts de marché de chaque secteur par discipline

Discipline	Secteur	Nombre de séjours 2011	Parts en séjours valorisés à tarifs constants (en %)					Effet en valeur à tarifs constants (en %)	dont effet séjours (en %)	dont effet structure (en %)
			2003	2005	2007	2009	2011			
Médecine	Public	6 043 000	73,3	72,8	73,1	73,2	73,5	20,6	11,9	7,8
	Privé à but non lucratif	713 000	8,4	8,4	8,3	8,4	8,4	20,8	12,6	7,3
	Privé à but lucratif	2 286 000	18,3	18,8	18,7	18,3	18,0	18,0	17,9	0,1
	Ensemble	9 042 000	100	100	100	100	100	20,1	13,4	6,0
Chirurgie	Public	2 307 000	41,7	42,4	43,8	45,0	45,8	29,3	20,9	6,9
	Privé à but non lucratif	487 000	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	16,8	11,5	4,7
	Privé à but lucratif	3 308 000	49,7	49,0	47,6	46,4	45,5	7,8	4,7	2,9
	Ensemble	6 102 000	100	100	100	100	100	17,7	10,8	6,2
Obstétrique	Public	755 000	62,7	63,8	65,2	66,1	66,7	11,8	5,5	6,0
	Privé à but non lucratif	82 000	6,6	7,1	7,3	7,6	7,7	22,2	19,6	2,2
	Privé à but lucratif	284 000	30,6	29,1	27,5	26,2	25,5	-12,5	-13,7	1,5
	Ensemble	1 122 000	100	100	100	100	100	5,1	0,7	4,4

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte. Court séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2003 à 2011, traitements DREES.

GRAPHIQUE 1 • Évolution des parts de marché en chirurgie, en valeur et en nombre de séjours



Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte. Court séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2003 à 2011, traitements DREES.

séjours en plus entre 2003 et 2011), mais plus encore dans les hôpitaux publics (+103,4 %), qui augmentent par conséquent leur part de marché sur ce créneau (tableau 3).

Par ailleurs, et contrairement à ce qui se passe dans les cliniques privées, ce développement ne s'est pas accompagné pour les hôpitaux publics d'une diminution des séjours en hospitalisation complète. Ainsi, le nombre de séjours chirurgicaux avec nuitée est désormais plus élevé dans le public que dans le privé, et la part de marché des hôpitaux publics en valeur frôle les 50 %.

Net repli des cliniques pour certains soins courants

L'évolution des parts de marché à un niveau fin d'activité est souvent difficile à étudier sur longue période en raison des changements dans les nomenclatures³. Il est toutefois possible de l'observer entre 2003 et 2011 pour des soins précis et facilement identifiables dans les bases. On ne se limite plus ici aux seuls séjours chirurgicaux.

La baisse de la part de marché du secteur privé à but lucratif conduit à s'interroger sur un possible repli du

3. De 2003 à 2009, la nomenclature OAP (Outil d'analyse du PMSI) permet de regrouper les séjours en « produits » (AVC, cataractes, etc.). Par ailleurs, de 2008 à 2011, une nomenclature ATIH permet de regrouper les GHM (version 11) en « groupes d'activité ». Malheureusement, si produits et groupes d'activité ont souvent le même libellé, ils ne recouvrent pas toujours le même périmètre de séjours.

TABLEAU 3 • Évolution des parts de marché en chirurgie, selon le mode d'hospitalisation

	Secteur	Nombre de séjours 2011	Parts en séjours valorisés à tarifs constants (en %)					Effet en valeur à tarifs constants (en %)	dont effet séjours (en %)	dont effet structure (en %)
			2003	2005	2007	2009	2011			
Hospitalisation complète	Public	1 660 000	44,2	45,6	47,1	48,6	49,9	24,4	4,1	19,6
	Privé à but non lucratif	286 000	8,7	8,6	8,7	8,8	8,7	10,5	-7,7	19,7
	Privé à but lucratif	1 603 000	47,1	45,8	44,2	42,5	41,2	-3,4	-22,3	24,4
	Ensemble	3 550 000	100	100	100	100	100	10,4	-10,7	23,6
Hospitalisation partielle	Public	647 000	19,8	19,5	21,4	23,4	24,4	120,4	103,4	8,4
	Privé à but non lucratif	200 000	8,2	8,1	7,7	7,8	7,9	72,2	58,2	8,9
	Privé à but lucratif	1 705 000	72,0	72,4	70,9	68,6	67,6	68,1	55,5	8,1
	Ensemble	2 552 000	100	100	100	100	100	79,0	65,7	8,0

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte. Court séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2003 à 2011, traitements DREES.

secteur privé pour certaines procédures très courantes, notamment les appendicectomies, dont le nombre de séjours a chuté dans les cliniques entre 2003 et 2011 (-41,2 %), alors qu'il restait stable dans les hôpitaux publics (tableau 4). Cette dynamique a déjà été en partie mise en évidence dans l'étude de l'évolution des parts de marché entre 2005 et 2009⁴. L'amélioration des moyens diagnostiques, grâce à l'imagerie, a fait diminuer le nombre d'appendicectomies opérées sur une simple suspicion, ce qui était auparavant fréquent⁵. La récente mise à disposition « d'éléments décisionnels pour une indication pertinente de l'appendicectomie » par la Haute Autorité de santé (HAS) confirme d'ailleurs cette orientation⁶.

Les amygdalectomies, végétations et drains tympaniques ont suivi la même évolution que les appendicectomies, à la suite des recommandations publiées en 2006 par la HAS. Des indications plus précises ont conduit les cliniques privées à réaliser 19 % d'interventions de moins en 2008 qu'en 2003. Depuis, le nombre de séjours semble s'être stabilisé et les cliniques continuent à absorber les deux tiers de cette activité (en séjours comme en valeur).

Les accouchements par césarienne augmentent dans le public comme le privé

À l'inverse, ce sont les hôpitaux publics qui réalisent les deux tiers des accouchements par voie basse et des césariennes en 2011. Cette part a augmenté ces dernières années en raison du phénomène de restructuration des maternités. Parallèlement à ce phénomène, le taux d'accouchements par césarienne a augmenté dans les deux secteurs : de 1,3 point dans les hôpitaux publics pour atteindre 19,8 % en 2011, et de 2,3 points dans les cliniques privées où il est de 22,2 %.

Toujours dans le domaine de la grossesse, les IVG, remboursées au forfait, ne font pas partie du champ de cette étude, qui se limite aux activités valorisées par des tarifs. Néanmoins, sans tenir compte de leur valorisation, on constate que 80 % des interruptions volontaires de grossesse réalisées en établissement de santé⁷ le sont dans des hôpitaux publics. Ce chiffre était de 70 % en 2003. Selon un rapport de l'Assemblée nationale, cette baisse de la part des cliniques « résulte, d'une part, des restructurations hospitalières se traduisant par la fermeture d'un certain nombre de cliniques qui effectuaient des IVG, d'autre part,

4. Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats*, n° 785, DREES.

5. Mouquet M.-C., Oberlin P., 2013, « Appendicites et appendicectomies : 40 ans de diminution continue », *Études et Résultats*, DREES, à paraître. Dans l'étude citée, les appendicectomies sont identifiées à l'aide des actes, et non via les GHM comme c'est le cas ici. Du point de vue du nombre de séjours retenus, cette différence de filtre conduit à des résultats du même ordre de grandeur dans les deux études.

6. « Appendicectomie - Éléments décisionnels pour une indication pertinente », Rapport d'évaluation technologique, HAS, novembre 2012.

7. En 2010, 13 % des IVG ont été réalisées en cabinet de ville ou en centre de santé, par voie médicamenteuse. Parmi les IVG réalisées en établissement de santé (87 %), près de la moitié sont également de type médicamenteux (Vilain A., Mouquet M.-C., 2012, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2010 », *Études et Résultats*, n° 804, DREES).

TABLEAU 4 • Évolution des parts de marché, pour quelques motifs de recours courants

Motif de recours	Secteur	Nombre de séjours 2011	Parts en séjours valorisés à tarifs constants (en %)					Effet en valeur à tarifs constants (en %)	dont effet séjours (en %)	dont effet structure (en %)
			2003	2005	2007	2009	2011			
Appendicectomies	Public	46 000	44,4	47,9	51,1	53,3	56,8	5,6	0,3	5,3
	Privé à but non lucratif	5 000	6,4	6,6	6,8	6,7	6,3	-18,2	-22,6	5,7
	Privé à but lucratif	31 000	49,2	45,5	42,1	40,1	36,8	-38,3	-41,2	4,9
Amygdalectomies, végétations, drains trans-tympaniques	Public	47 000	19,0	19,2	21,3	23,3	25,0	7,6	15,4	-6,7
	Privé à but non lucratif	15 000	7,0	7,4	7,3	7,4	7,2	-16,8	-9,3	-8,3
	Privé à but lucratif	141 000	74,0	73,3	71,4	69,3	67,7	-25,4	-19,2	-7,7
Accouchements par voie basse	Public	427 000	62,0	63,4	64,7	65,7	66,4	5,0	9,8	-4,4
	Privé à but non lucratif	51 000	6,9	7,4	7,6	8,0	8,1	15,1	21,1	-4,9
	Privé à but lucratif	167 000	31,1	29,2	27,7	26,2	25,5	-19,8	-15,8	-4,8
Césariennes	Public	105 000	61,3	62,5	63,8	64,7	65,3	24,2	19,4	3,9
	Privé à but non lucratif	13 000	6,6	7,2	7,4	7,6	7,8	36,4	36,0	0,3
	Privé à but lucratif	48 000	32,1	30,2	28,8	27,7	26,9	-2,2	-3,0	0,8
Cataractes	Public	134 000	16,8	16,8	17,1	18,5	19,7	37,9	67,0	-17,4
	Privé à but non lucratif	52 000	7,2	7,4	7,5	7,8	7,6	25,3	44,7	-13,4
	Privé à but lucratif	505 000	76,0	75,8	75,4	73,7	72,7	12,7	30,2	-13,4

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte. Court séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2003 à 2011, traitements DREES.

du désengagement progressif du secteur privé de la pratique d'un acte qui, en raison de ses conditions de tarification et des coûts spécifiques liés à l'accompagnement des femmes, n'est pas considéré comme rentable »⁸.

S'agissant des cataractes, la dynamique est très importante dans tous les secteurs. Près de 692 000 séjours ont été réalisés pour ce motif en 2011, contre 508 000 en 2003, soit une hausse de 36 %. Seulement 40 % de cette croissance peut s'expliquer par le vieillissement de la population. Cet accroissement s'explique donc principalement par un phénomène de rattrapage, la proportion de personnes opérées au sein d'une même tranche d'âge étant en constante progression. Dans les hôpitaux publics, l'augmentation a été encore plus prononcée (+67 %), ce qui leur a permis de réduire l'écart avec les cliniques privées. Avec 73 % des opérations de la cataracte réalisées, la part des cliniques reste néanmoins largement majoritaire.

Parallèlement à cet afflux de demande, les établissements de soins ont réussi à mieux s'organiser, afin d'augmenter considérablement la proportion des cataractes traitées en ambulatoire. Une évolution renforcée par la procédure de « mise sous accord préalable » mise en place par l'Assurance maladie,

qui rend plus contraignant tout traitement de la cataracte en hospitalisation complète. Dans les cliniques, la part d'ambulatoire était de 49 % en 2003 et atteint 84 % en 2011. Dans les hôpitaux publics, le bouleversement a été encore plus fort, avec un taux d'ambulatoire qui est passé de 31 % à 80 %. L'effet structure négatif observé pour la cataracte s'explique par le fait qu'en début de période, les opérations de la cataracte effectuées en ambulatoire étaient moins valorisées par les tarifs de l'Assurance maladie que celles réalisées en hospitalisation complète. Le boom de l'ambulatoire a donc entraîné une moindre valorisation moyenne de ces interventions. En 2008, la mise en place d'un tarif unique dans le secteur public conduit à valoriser à l'identique les séjours, quelle que soit leur durée, tant que celle-ci reste inférieure à cinq jours. Depuis, l'effet structure est donc quasi nul.

Hausse des recours à l'hospitalisation des plus de 65 ans

Sur la période 2003-2011, le nombre global de séjours a donc augmenté, en lien avec l'accroissement et le vieillissement de la population, mais aussi en raison de l'augmentation des taux de recours à l'hospitalisation des plus de 65 ans (encadré 2). Ces résultats

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

sont confirmés par des travaux récents de la CNAMTS sur la période 2009-2011, qui soulignent que si l'effet démographique apparaît prépondérant sur l'évolution de l'activité globale, il est minoritaire pour de nombreux segments d'activité. L'activité en médecine est tirée par l'impact du vieillissement, alors que celle de la chirurgie est presque autant liée à l'augmentation des taux d'hospitalisation à âge donné qu'au vieillissement entre 2009 et 2011⁹.

La part de marché des hôpitaux publics s'est développée de manière concomitante, au détriment des cliniques privées. L'essentiel de cette progression est due aux activités chirurgicales et semble s'être faite en deux temps : d'abord une augmentation du nombre de séjours à partir de 2003, puis, à partir de 2008, un déplacement de la consommation vers des séjours davantage valorisés. Évolution des pratiques, recommandations professionnelles, restructurations,

9. Rapport « Charges et produits pour l'année 2013 », CNAMTS, juillet 2013.

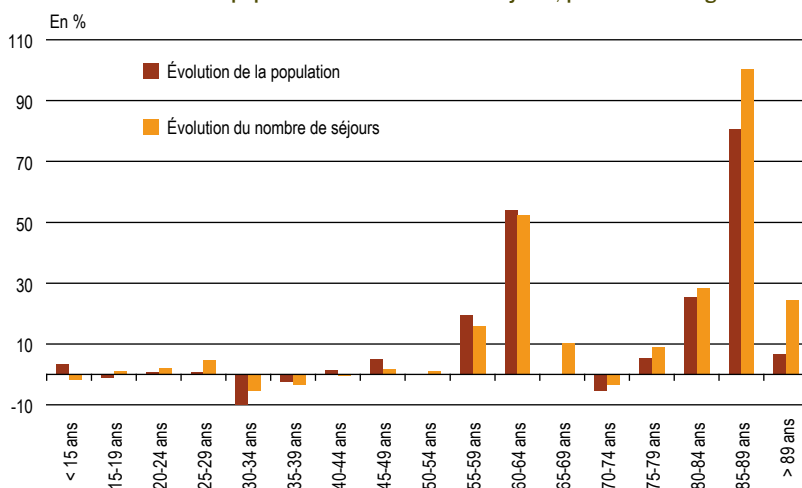
ENCADRÉ 2 • Évolution de la demande

Sur la période 2003-2011, la population française – et donc la demande de soins adressée aux hôpitaux – a connu des évolutions notables. Le nombre total d'habitants a notamment augmenté de 5 %, cet accroissement conduisant logiquement à davantage de séjours hospitaliers. De plus, la population est désormais plus âgée, la part des 60 ans ou plus atteignant 23 % en 2011 contre 20,4 % en 2003. Comme les personnes âgées recourent davantage aux soins que les plus jeunes, ce vieillissement entraîne un taux de recours global plus élevé en 2011 qu'en 2003 (tableau). En standardisant ces taux, c'est-à-dire en les appliquant à la même structure de population (2011 dans notre cas), les taux de recours 2003 et 2011 se rapprochent nettement. Celui de 2011 reste toutefois légèrement plus élevé, avec trois séjours de plus pour 1 000 habitants.

Cette déformation de la structure de la population se concentre sur quelques tranches d'âge, notamment celles des 60-64 ans et 85-89 ans, dont les effectifs ont crû respectivement de 54 % et 81 % entre 2003 et 2011 (graphique). Le plus grand nombre de personnes de 85 à 89 ans n'explique toutefois pas à lui seul l'augmentation du nombre de séjours, qui a doublé sur la période. De même, pour les 90 ans ou plus, la hausse du nombre de séjours (24 %) a été largement supérieure à l'augmentation de la population de cet âge (7 %).

Entre 2003 et 2011, le nombre total de séjours a augmenté de 10 %. Grâce au « nombre de séjours attendus », on estime que cette évolution aurait été de 8 % à taux de recours constants. Ainsi, la déformation de la structure de la population est responsable de 80 % de la hausse du nombre de séjours entre 2003 et 2011. Cette part est évidemment très variable selon les motifs de recours. Elle n'est par exemple que de 40 % pour les opérations de la cataracte. Pour d'autres soins comme les accouchements par voie basse et les césariennes, le nombre de séjours aurait même dû diminuer en raison d'un moins grand nombre de femmes en âge d'accou-

Évolution de la population et du nombre de séjours, par tranche d'âge



Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte. Court séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2003 à 2011, traitements DREES ; INSEE, estimations de population 2003 et 2011.

contraintes administratives, nouveaux positionnements des établissements publics, progrès de ces derniers dans la prise en charge en ambulatoire..., l'analyse de quelques motifs de recours à un niveau fin montre que les raisons du repli du secteur privé

peuvent être multiples. Une autre explication possible peut provenir du codage du PMSI : la mise en place de la T2A a fait du codage un enjeu essentiel, ce qui a pu inciter les établissements publics à s'améliorer dans ce domaine.

cher. Il a pourtant augmenté en raison d'un taux de recours plus important, notamment chez les femmes de plus de 30 ans. Tous séjours confondus, ce recours plus fréquent à l'hôpital explique ainsi 20 % de l'augmentation de l'activité. En dehors des accouchements, ce phénomène touche principalement les seniors, dont les taux de recours ont augmenté pour toutes les classes d'âge au-delà de 65 ans. Plusieurs facteurs peuvent entrer en compte. Tout d'abord l'évolution des pratiques : possibilité d'opérer désormais à des âges de plus en plus avancés, systématisation des bilans et autres dépistages conduisant à mieux déceler les maladies nécessitant une hospitalisation, etc. Mais aussi des difficultés dans l'organisation des soins pouvant conduire à des hospitalisations inadéquates, en particulier pour les personnes âgées en médecine¹.

1. Exertier A., Minodier C., 2011, « Les inadéquations hospitalières en France : fréquence, causes et impact économique », *Panorama des établissements de santé – édition 2011*, DREES.

Évolution du taux de recours par âge

	Population - Nombre d'habitants		Répartition de la population (en %)		Nombre de séjours		Taux de recours pour 1 000 habitants		Nombre de séjours attendus* en 2011
	2003	2011	2003	2011	2003	2011	2003	2011	
< 15 ans	11 669 451	12 072 894	18,9	18,6	1 569 550	1 539 107	135	127	1 623 813
15-19 ans	4 040 407	3 990 491	6,5	6,1	502 088	506 709	124	127	495 885
20-24 ans	3 996 557	4 022 077	6,5	6,2	596 810	609 044	149	151	600 621
25-29 ans	3 952 332	3 979 917	6,4	6,1	789 335	826 867	200	208	794 844
30-34 ans	4 434 643	3 986 406	7,2	6,1	908 105	857 395	205	215	816 318
35-39 ans	4 532 581	4 418 046	7,3	6,8	839 987	810 596	185	183	818 761
40-44 ans	4 429 640	4 497 637	7,2	6,9	823 330	818 498	186	182	835 968
45-49 ans	4 310 680	4 529 399	7,0	7,0	895 945	911 709	208	201	941 404
50-54 ans	4 327 791	4 320 523	7,0	6,7	1 053 139	1 064 778	243	246	1 051 370
55-59 ans	3 490 019	4 165 875	5,6	6,4	1 028 759	1 192 211	295	286	1 227 982
60-64 ans	2 666 018	4 104 739	4,3	6,3	883 305	1 346 648	331	328	1 359 982
65-69 ans	2 685 792	2 678 276	4,3	4,1	1 032 469	1 137 477	384	425	1 029 580
70-74 ans	2 574 174	2 429 751	4,2	3,7	1 174 776	1 135 673	456	467	1 108 866
75-79 ans	2 150 584	2 267 411	3,5	3,5	1 138 006	1 242 383	529	548	1 199 826
80-84 ans	1 440 240	1 807 986	2,3	2,8	869 966	1 117 349	604	618	1 092 101
85-89 ans	645 880	1 167 213	1,0	1,8	389 595	780 713	603	669	704 063
> 89 ans	477 241	509 879	0,8	0,8	296 061	368 393	620	723	316 308
Total	61 824 030	64 948 520	100,0	100,0	14 791 224	16 265 550	239	250	16 017 691

Taux de recours standardisé sur la population 2011	247	250
--	-----	-----

* Compte tenu de la population 2011, nombre de séjours 2011 que l'on aurait dû obtenir si les taux de recours étaient restés les mêmes qu'en 2003.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte. Court séjour, hors séances.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2003 à 2011, traitements DREES ; INSEE, estimations de population 2003 et 2011.

Tarification à l'activité et concurrence non tarifaire



Philippe CHONÉ¹, Franck EVAIN², Lionel WILNER³, Engin YILMAZ²

1. Centre de recherche en économie et en statistique (CREST)
2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
3. INSEE-CREST

De nombreux pays de l'OCDE ont introduit des systèmes de paiement à l'activité pour financer leurs établissements de santé. La France a ainsi adopté en 2004 la réforme dite de « tarification à l'activité » (T2A) afin d'inciter ces établissements à davantage d'efficacité.

L'objectif de cette étude est d'analyser l'impact du changement de tarification en comparant le comportement des établissements du secteur public au sens large (hôpitaux publics et établissements privés à but non lucratif), pour lesquels le système de tarification est monté en charge sur la période 2005-2008, et les établissements du secteur privé à but lucratif pour lesquels il s'est appliqué intégralement dès 2005. Cette étude examine plus particulièrement l'impact du changement de tarification sur l'activité, en prenant en compte la concurrence créée par ce nouveau système de financement.

Nos analyses montrent que le nombre de séjours chirurgicaux a davantage augmenté dans le secteur public que dans le secteur privé. De plus, cet effet est progressif au cours du temps entre 2005 et 2008. Nous mettons aussi en évidence une complémentarité entre la tarification et la concurrence, dans la mesure où l'effet de la T2A est d'autant plus marqué que le degré de concurrence est élevé. Les résultats montrent ainsi un impact de la concurrence locale sur l'évolution des parts de marché. Suite à la réforme, le volume d'activité des hôpitaux publics a d'autant plus augmenté que ces hôpitaux étaient dans un environnement concurrentiel. Par ailleurs, la durée moyenne de séjour a davantage diminué dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées sur la période, et cet effet a été amplifié en situation de forte concurrence locale.

Le financement des établissements de santé est un enjeu majeur du système de santé compte tenu du poids important des soins hospitaliers. Différents types de mécanismes existent afin de financer les établissements de santé : le paiement à la journée, la dotation globale et le paiement à la pathologie. De nombreux pays de l'OCDE ont fait le choix des systèmes de paiement à la pathologie pour financer leurs établissements de santé. Ainsi, les États-Unis sont les premiers à expérimenter en 1983, puis à généraliser en 1987 un schéma de paiement prospectif basé sur une tarification à la pathologie. La France a adopté en 2004 la réforme dite de « tarification à l'activité » (T2A) afin d'inciter ces établissements à davantage d'efficience.

La tarification à l'activité (T2A) en France

En 2004, les établissements de santé ont donc vu leur mode de financement profondément modifié suite à l'instauration de la tarification à l'activité (T2A). Les modes de financement précédemment en vigueur ont en effet été jugés peu équitables et faiblement incitatifs à l'efficience. Les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) étaient auparavant dotés d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative, appelée dotation globale (DG). Cette dotation était calculée et reconduite sur une base historique, et revalorisée chaque année en fonction du taux de croissance des dépenses hospitalières globales. Les établissements privés à but lucratif, quant à eux, facturaient directement à l'Assurance maladie des forfaits de prestations (rémunération de la structure) et des actes (rémunération des praticiens libéraux) sur la base de tarifs historiques, variables localement et négociés avec l'agence régionale de l'hospitalisation. Les forfaits de prestations étaient encadrés *via* la fixation d'objectifs quantifiés nationaux (OQN) assurant une régulation prix-volumes. Le paiement à l'activité était donc déjà en vigueur pour ces établissements sous OQN, mais sous une autre forme.

Désormais, les recettes des établissements de santé sont directement rattachées à leur activité, *via* la mise en place d'une tarification à la pathologie. Chaque séjour à l'hôpital est ainsi classé dans un groupe homogène de malades (GHM), en fonction de critères précis (diagnostic principal, actes pratiqués, diagnostics associés, âge du patient, ...). Et à chaque GHM

correspondent deux tarifs, l'un pour le secteur public et l'autre pour le secteur privé, afin de tenir compte des spécificités de chaque secteur. La mise en place de ces tarifs nationaux est censée encourager les établissements à produire les soins au meilleur coût.

Près de dix ans après sa mise en place, cette réforme a été considérée comme déterminante par la plupart des professionnels de santé, en dépit de quelques effets indésirables. Ce système conduirait notamment à segmenter l'activité et ne serait pas adapté à la prise en charge des maladies chroniques. Toutefois, rares sont les acteurs hospitaliers qui envisagent un retour à l'ancien mode de financement. La T2A a en effet permis d'améliorer la performance des établissements de santé, qu'il s'agisse des gains d'efficience interne ou de la motivation des équipes gestionnaires. Elle a également contribué à faire progresser le système de financement hospitalier en transparence et en équité, en le dégageant des bases historiques liées au budget global. Enfin, elle a permis de reconnaître et de valoriser l'activité des professionnels (Pascal *et al.*, 2012 ; Couty, 2013 ; IGAS-IGF, 2012).

La T2A, facteur de concurrence

La T2A s'applique aux seules activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), les autres activités (psychiatrie et soins de suite et de réadaptation) restant pour le moment financées sous forme de dotation annuelle. Elle a été déployée progressivement entre 2004 et 2008 dans les établissements publics et privés à but non lucratif auparavant sous dotation globale (DG)¹ et dès 2005 dans les établissements privés à but lucratif. Les financements à base de tarifs représentent 75 % de l'activité MCO² : d'une part, certaines prestations sont tarifées en sus du GHM (médicaments onéreux, dispositifs médicaux implantables, urgences) ; d'autre part, les « missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » (MIGAC) sont financées selon des modalités spécifiques.

Pour les établissements publics, pendant la période de montée en charge, entre 2004 et 2008, la part de financement liée à la T2A est passée de 10 % en 2004 à 25 % en 2005, 35 % en 2006, 50 % en 2007 et finalement 100 % en 2008. Le complément, financé sous forme de dotation, était nommé dotation annuelle complémentaire (DAC).

1. Dans cet article, on désignera par secteur public tous les établissements ex-DG, qu'ils soient publics ou privés à but non lucratif, et par secteur privé tous les établissements ex-OQN.

2. Rapport d'information au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé, n° 703, 2012. <http://www.senat.fr/rap/r11-703/r11-7031.pdf>

La mise en place de la T2A s'est accompagnée d'une deuxième phase transitoire visant à atteindre la convergence intra-sectorielle. Les tarifs nationaux ont ainsi été appliqués à 100 %, mais modulés par un coefficient de transition spécifique à chaque établissement. Le processus de convergence a été achevé fin 2011. Cette deuxième phase se rapproche du concept de « concurrence par comparaison », principe théorique sur lequel se fonde une tarification à l'activité (Schleifer, 1985). Ce mécanisme de concurrence par comparaison établit un prix au coût moyen, et introduit un même montant pour une même prestation, ce qui contribue à stimuler une concurrence entre les établissements. Les établissements sont ainsi incités à rechercher l'efficacité afin de réduire leurs coûts. En principe, la T2A introduit donc des mécanismes vertueux incitant les établissements à faire des gains d'efficacité productive, de façon à aligner leurs coûts sur les tarifs nationaux (Pouvourville, 2009). En France, on constate d'ailleurs que les hôpitaux publics ont augmenté leur productivité au fur et à mesure de la mise en place de la tarification à l'activité (Studer, 2011 ; Yilmaz et Frikha, 2012).

Dans cette étude, nous nous intéressons à la première phase de la réforme, à savoir la période 2005-2008. Notre objectif est d'analyser l'impact du changement de tarification en comparant le comportement des deux types d'établissements : ceux du secteur public, pour lesquels le système de tarification est monté en charge sur la période, et ceux du secteur privé pour lesquels il s'est appliqué intégralement dès 2005.

À la suite de la mise en place de la T2A, l'un des enjeux pour les établissements est d'attirer les patients afin d'augmenter leur activité, et donc leurs ressources financières. En effet, contrairement à la situation qui existait avant la réforme, un séjour supplémentaire génère désormais une recette supplémentaire. L'un des vecteurs de réalisation de cet objectif serait d'investir dans la qualité³ afin de gagner des parts de marché. C'est dans ce cadre que se situe cette étude, à savoir la concurrence par la qualité. La théorie économique prédit dans le cadre d'une concurrence en qualité que le paiement prospectif est le plus efficace⁴. À partir d'un modèle théorique basé sur la concurrence en qualité, nous mettons par ailleurs en évidence le fait que les établissements sont incités à investir dans les dépenses en qualité afin d'améliorer leur attracti-

tivité auprès des patients et augmenter ainsi leur part de marché (annexe 1). Pour le vérifier empiriquement, il faudrait toutefois disposer d'une information sur la qualité des soins délivrés dans les établissements de santé.

Un riche corpus empirique, réalisé par Gaynor et Town (2012), met en évidence les conséquences de la concurrence en prix ou en qualité lorsque les prix sont régulés. Ils analysent l'effet de la concurrence sur le bien-être des patients.

De nombreux pays ont en effet réformé leur politique de financement des établissements de santé afin d'améliorer l'efficacité par une meilleure organisation et d'inciter à fournir des soins de qualité. De nombreuses études empiriques ont par conséquent tenté d'évaluer l'impact de la concurrence sur la qualité : Kessler et McClellan (2000), Propper, Burgess et Gossage (2007), Cooper, Gibbons, Jones et McGuire (2011) et Propper (2012) entre autres, qui s'appuient souvent sur le taux de mortalité après infarctus du myocarde pour mesurer la qualité et sur l'indice d'Herfindahl-Hirschmann⁵ (HHI) pour mesurer la concurrence. En ce qui concerne l'impact des réformes de paiement sur les établissements, la littérature empirique est étonnamment mince, comme souligné par Moreno-Serra et Wagstaff (2010).

Les études empiriques existantes sur les réformes de paiement prennent parfois en considération les effets de la concurrence, mais la plupart du temps de manière allusive. Ellis et McGuire (1996) mentionnent le resserrement de la distribution des durées de séjour suite à l'introduction de la tarification à l'activité comme un indicateur de concurrence en qualité. Gowrisankaran *et al.* (2011) estiment l'impact d'une réforme des hôpitaux ruraux aux États-Unis, mais ne tiennent pas compte du rôle de la concurrence. Herwartz et Strumann (2012) font exception. Ces auteurs mettent en évidence une augmentation de la corrélation spatiale négative entre les performances des hôpitaux suite à l'introduction du paiement prospectif en Allemagne. En d'autres termes, quand deux établissements sont en concurrence, si la performance de l'un augmente, la performance de l'autre diminue. Ce qu'ils interprètent comme une augmentation de la concurrence locale causée par la réforme. Cependant, leurs données ne contiennent pas d'informations au niveau GHM et leur interprétation concurrentielle repose sur des preuves plutôt indirectes.

3. Ce terme de qualité peut faire référence à la fois à la qualité des soins reçus par les patients, à la qualité de l'organisation de l'établissement, etc.

4. http://www.chairesante.dauphine.fr/fileadmin/mediatheque/chaieres/chaire_sante/pdf/lettreacanta_01.pdf

5. Cet indicateur est un indice mesurant la concentration du marché.

En France, des travaux descriptifs réalisés sur la période 2003-2011 détectent une augmentation de l'activité de court séjour produite par les établissements de santé, en nombre de séjours comme en montants remboursés aux établissements par l'Assurance maladie, mais les évolutions sont contrastées selon les secteurs. Ainsi, l'analyse de l'évolution des parts de marché en nombre de séjours – valorisés ou non par les tarifs – montre une augmentation de la part des établissements publics au détriment des cliniques privées (Evain, 2011 et 2013).

Au final, les problématiques de concurrence et celles concernant les indications tarifaires ont souvent été traitées séparément, raison pour laquelle il nous a semblé intéressant d'analyser les interactions entre ces deux axes en étudiant l'impact sur l'activité et sur la durée de séjour du changement de tarification en fonction du degré de concurrence locale.

Afin de comprendre les changements induits par la tarification à l'activité, nous nous sommes focalisés sur la période de mise en place progressive de la T2A, soit de 2005 à 2008. Au cours de cette période, seuls les établissements publics ont en effet connu un changement progressif de tarification puisque le secteur privé était déjà financé à 100 % en T2A en 2005. Les effets attendus de la réforme, à savoir efficacité, développement de l'activité et maîtrise des durées de séjour, ont donc *a priori* concerné les deux secteurs selon des chronologies différentes. Nous comparons ainsi l'évolution du nombre de séjours et de la durée moyenne de séjour entre public et privé pour la période 2005-2008, en neutralisant les effets d'autres facteurs pouvant influencer l'activité (*case-mix*⁶, capacités hospitalières, personnels, variables démographiques, ...) [encadré 1].

Une augmentation de l'activité plus marquée dans le secteur public, suite à la réforme

Des statistiques descriptives sont tout d'abord fournies dans le tableau 1, qui résume l'évolution relative de l'activité et de la durée de séjour entre le secteur public et le secteur privé sur la période 2005-2008.

Ainsi, pour le secteur public, le nombre moyen de séjours par GHM a augmenté, passant de 24 séjours à 26 séjours, alors qu'il était stable pour le secteur privé. Par ailleurs, la durée moyenne de séjour des établis-

sements publics a davantage diminué que celle des cliniques privées (-0,4 jour contre -0,2 jour) mais elle demeure toutefois deux fois plus élevée. Cette durée moyenne de séjour (DMS) plus élevée dans le secteur public s'explique à la fois par une répartition différente des séjours parmi les pôles d'activité, mais aussi par des séjours plus complexes au sein de ces mêmes pôles (tableau 2). Par exemple, l'ophtalmologie représente 16,8 % de l'activité chirurgicale des cliniques privées contre seulement 7,8 % de celle des hôpitaux publics, et la DMS est plus faible dans les cliniques du fait d'une prise en charge plus fréquente en ambulatoire.

Au final, on observe une augmentation relative de l'activité du public par rapport au privé de +8,9 %⁷ et une diminution relative de la DMS du public par rapport au privé de -3,5 %.

Ces résultats ne prennent toutefois pas en compte les spécificités des secteurs et des établissements, et les éventuels facteurs pouvant affecter l'activité. C'est tout l'intérêt d'une spécification économétrique (annexe 2).

Les résultats issus de la spécification économétrique conduisent à valider les résultats issus des statistiques descriptives. Le tableau 3 présente des résultats qui sont similaires à ceux qui figurent dans le tableau 1 : le nombre de séjours a davantage augmenté dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées (colonne I) et la durée moyenne de séjour y a davantage diminué (colonne III). De plus, ces effets sont progressifs au cours du temps entre 2005 et 2008.

Suivant le type de modélisation retenue, on estime l'augmentation relative du nombre de séjours dans le public par rapport au privé à +10,3 %⁸ avec le modèle des moindres carrés ordinaires (colonne I) ou +9,3 % avec le modèle de Poisson (colonne II), sur la période 2005-2008.

L'impact sur la durée de séjour est moins net et n'est présent de manière significative qu'en 2008. La durée de séjour aurait diminué de 2,4 % de plus dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées, entre 2005 et 2008.

Une progression d'autant plus importante que la concurrence est forte

À partir de cette première spécification qui nous permet d'estimer l'impact de la réforme sur le volume d'activité

6. Éventail des cas traités.

7. Pour le nombre de séjours, l'effet relatif se calcule de la manière suivante : $(2,2/24,3) \times 100 = 8,9$.

8. Cet effet se calcule comme suit : $(2,490/24,3) \times 100 = 10,3$. 2,490 étant le coefficient estimé en 2008 et 24,3 le nombre moyen de séjours en 2008.

TABLEAU 1 ● Évolution relative de l'activité et de la durée de séjour selon le statut de l'établissement

		2005	2008	2008 - 2005
		I	II	II - I
Nombre moyen de séjours par GHM	Privé	33,5	33,4	- 0,1
	Public	24,3	26,4	+ 2,1
	Public - Privé	- 9,2	- 7,1	+ 2,2
Durée moyenne de séjour	Privé	2,7	2,5	- 0,2
	Public	5,5	5,0	- 0,4
	Public - Privé	+ 2,7	+ 2,5	- 0,2

Champ • Échantillon de 1 198 établissements de santé (hors hôpitaux locaux) ayant accueilli des séjours chirurgicaux entre 2005 et 2008. France métropolitaine, hors Corse.

Sources • ATIH-PMSI 2005-2008, traitements DREES-INSEE.

TABLEAU 2 ● Répartition de l'activité chirurgicale selon le secteur en 2008

Pôle d'activité	Public		Privé	
	Répartition des séjours (en %)	DMS (en jours)	Répartition des séjours (en %)	DMS (en jours)
Orthopédie, Rhumatologie	28,5	5,4	26,8	3,2
Digestif	14,3	7,6	10,0	5,1
Gynécologie	9,5	3,2	7,3	2,9
ORL, Stomatologie	8,4	2,0	15,4	0,7
Ophtalmologie	7,8	1,1	16,8	0,5
Tissu cutané et sous-cutané	6,9	3,5	6,7	1,3
Uro-néphrologie	6,8	4,9	7,4	3,7
Système nerveux	5,3	5,8	0,7	4,3
Vasculaire périphérique	4,3	4,3	5,4	2,6
Cardiologie	2,8	11,3	1,4	7,0
Autres (pneumologie, brûlures, maladies infectieuses, etc.)	5,3	8,7	2,2	4,9
Ensemble	100,0	5,0	100,0	2,5

Champ • Échantillon de 1 198 établissements de santé (hors hôpitaux locaux) ayant accueilli des séjours chirurgicaux entre 2005 et 2008. France métropolitaine, hors Corse.

Sources • ATIH-PMSI 2005-2008, traitements DREES-INSEE.

et la durée de séjour, nous affinons ensuite le modèle. L'utilisation d'une matrice de distances entre établissements nous permet en effet de mesurer l'effet moyen de la réforme, selon le degré de concurrence auquel sont soumis les établissements de santé (encadré 2).

Le tableau 4 présente les résultats sur le volume d'activité et la durée moyenne de séjour, et montre que les hôpitaux publics du groupe 4, c'est-à-dire ceux confrontés à une concurrence importante des cliniques privées, ont beaucoup plus augmenté leur volume d'activité sur la période que les hôpitaux publics du groupe 1, c'est-à-dire ceux confrontés à une concurrence faible des cliniques privées (colonnes I et II).

De plus, cet effet croît de manière monotone avec l'intensité de la concurrence : chaque année, les coefficients les plus faibles sont ceux du groupe 1 et les plus

élevés ceux du groupe 4 ($\forall t$, on a $\beta_t^1 < \beta_t^2 < \beta_t^3 < \beta_t^4$). Ce gradient concurrentiel est prononcé, passant de +0,975 pour le groupe 1 à 3,824 pour le groupe 4 (dans le modèle additif MCO). Néanmoins, les niveaux de départ sont différents, en pourcentage, la croissance des effets se fait principalement entre le groupe 1 et le groupe 2, les trois derniers groupes présentant des effets proches (+3,7 % pour le groupe 1 et autour de 10 % pour les trois autres groupes).

Nous avons vérifié que ce gradient concurrentiel n'était pas biaisé par la présence massive d'établissements en Île-de-France, ce qui conduit le groupe 4 à être en grande partie constitué d'hôpitaux publics franciliens. Une analyse réalisée hors Île-de-France conduit en effet au même diagnostic, le gradient lié à la concurrence étant même encore plus prononcé.

TABLEAU 3 • Impact du changement de tarification sur l'activité (sans concurrence)

Indicateur	Nombre de séjours	Nombre de séjours	Durée moyenne de séjour
Type de modélisation	MCO ¹	Poisson	MCO ¹
	I	II	III
Public x 2006	0,241* (0,147)	0,016*** (0,001)	0,056 (0,039)
Public x 2007	1,119*** (0,149)	0,045*** (0,001)	-0,025 (0,040)
Public x 2008	2,490*** (0,151)	0,093*** (0,001)	-0,132*** (0,041)
Effets hôpital - GHM	Oui	Non	Oui
Effets hôpital	Non	Oui	Non
Effets année - GHM	Oui	Oui	Oui
Contrôles hôpital-année	Non	Oui	Oui
Nombre d'observations	730 440	730 440	585 282
R ²	0,96	-	0,78
Log-vraisemblance	-	-16,2	-

1. MCO : moindres carrés ordinaires.

L'écart-type des paramètres des variables explicatives est indiqué entre parenthèses.

***, **, * indiquent respectivement une significativité des coefficients à 1 %, 5 % et 10 %.

Les contrôles hôpital-année incluent les variables sur les équipements (tomographie, IRM, échographie doppler), le personnel (médecins, chirurgiens, infirmières, personnel administratif), les capacités et les caractéristiques sociodémographiques (revenus, population).

Lecture • Dans le modèle II, le coefficient de la variable «Public*2008» égal à 0,093 signifie que l'augmentation relative du nombre de séjours dans le secteur public par rapport au privé est de 9,3% «toutes choses égales par ailleurs» entre 2005 et 2008.

Champ • Échantillon de 1 198 établissements de santé (hors hôpitaux locaux) ayant accueilli des séjours chirurgicaux entre 2005 et 2008.

France métropolitaine, hors Corse.

Sources • DREES-SAE, ATIH-PMSI 2005-2008, traitements DREES-INSEE.

Comme mis en évidence précédemment, il existe aussi un gradient temporel, dans la mesure où à l'intérieur de chaque groupe, l'effet de la réforme augmente d'année en année ($\forall i$, on a $\beta_{2006}^i < \beta_{2007}^i < \beta_{2008}^i$), ce qui est cohérent avec l'adoption progressive du système de paiement prospectif et avec les résultats du tableau 3.

Ces estimations sont cohérentes avec l'hypothèse n° 3 de l'annexe 1 : plus la concurrence avec les cliniques privées est forte, plus l'activité augmente dans les hôpitaux publics, en référence aux cliniques privées. On remarque par ailleurs que même les hôpitaux publics isolés (groupe 1) augmentent davantage leur volume d'activité que les cliniques privées sur la période : en raison de la baisse de la part du secteur privé, l'activité relative du public augmente mécaniquement.

Les résultats relatifs à la durée moyenne de séjour figurent en colonne III. Dans l'ensemble, les estimations confirment que la DMS s'est davantage réduite dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées. L'ampleur de cette réduction varie de manière monotone selon le degré de concurrence, mettant là aussi en évidence l'existence d'un gradient concurrentiel. Les hôpitaux faisant face à un environnement concurrentiel ont en effet réduit, toutes choses égales par ailleurs, leur DMS plus rapidement que les cliniques privées,

de près de 0,24 jour en 2008, soit - 4,4 %, tandis que pour les hôpitaux isolés, la faible différence estimée de réduction de DMS par rapport aux cliniques n'est pas significative. Cet effet traduit une réduction des durées de séjours en hospitalisation complète et un développement des hospitalisations partielles.

Pour résumer, nos résultats mettent en évidence un impact de la concurrence locale sur l'évolution des parts de marché. Suite à la réforme, le volume d'activité des hôpitaux publics a d'autant plus augmenté que ces hôpitaux étaient dans un environnement concurrentiel. Cela est cohérent avec l'hypothèse selon laquelle les hôpitaux publics exposés à une forte concurrence du privé sont censés augmenter davantage leur activité que ceux confrontés à une moindre concurrence. Par ailleurs, la durée moyenne de séjour a davantage diminué dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées sur la période, et cet effet a été amplifié en situation de forte concurrence locale.

Comme vu précédemment, il est possible que les résultats diffèrent selon le niveau d'agrégation retenu pour les séjours. Des spécifications complémentaires ont donc été réalisées pour tester la robustesse des résultats.

ENCADRÉ 1 ● Sources et champ

Sources

Pour étudier l'interaction entre le changement de tarification à l'hôpital et la concurrence, notre analyse s'appuie sur deux sources exhaustives : le PMSI-MCO (Programme de médicalisation des systèmes d'information) et la SAE (Statistique annuelle des établissements de santé). Ces deux sources administratives nous fournissent des informations détaillées sur l'ensemble des offreurs de soins français. Le PMSI recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence, etc.), et du séjour (diagnostics, actes réalisés pendant le séjour, ...). Produité à la sortie du patient, le compte rendu de son hospitalisation détermine le classement de chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM). Ainsi, on récupère des informations sur l'activité et la durée des séjours pour chaque hôpital au niveau GHM. La SAE, elle, est une enquête obligatoire — et donc exhaustive — auprès de tous les hôpitaux et cliniques de France ; elle contient des informations sur les équipements, le personnel et les capacités d'accueil.

Nous disposons également de variables sociodémographiques, au niveau départemental : répartition de la population selon l'âge et le sexe, ainsi que le revenu médian. Ces données permettent de compléter la caractérisation des hôpitaux via leur département d'implantation.

Enfin, pour calculer des variables géographiques mesurant la concurrence locale, nous recourons au logiciel Odomatrix, développé par l'INRA, qui donne la distance ou le temps de trajet entre codes communaux.

Champ

La T2A s'applique aux soins médicaux, chirurgicaux et obstétricaux ; nous nous intéressons cependant dans cette étude seulement à la chirurgie. Pour l'obstétrique, la structure du marché est loin d'être constante : les cliniques privées se sont en partie retirées de cette discipline au cours des dernières années. Cette discipline, du fait notamment de la baisse de l'activité et du manque de praticiens, est en effet devenue moins rentable. De plus, un mouvement amorcé dans les années 1970, dont le but est de rendre l'accouchement plus sûr, a conduit à fermer de nombreuses petites maternités, appartenant souvent au secteur privé. Par conséquent, ces fermetures et fusions risqueraient d'affecter l'analyse. De tels changements dans la structure de marché sont moins fréquents en médecine et en chirurgie. Le champ de cette première étude porte sur la chirurgie, ces travaux devant être actualisés sur le champ de la médecine.

Comme mentionné précédemment, nous nous concentrons sur la période 2005-2008. Seuls les hôpitaux présents sur l'ensemble de la période sont retenus, afin d'avoir une structure de marché constante. Par contre, tous les GHM chirurgicaux observés au moins une fois dans un hôpital donné sont conservés. Par ailleurs, la version de classification des GHM (V10c) reste constante au cours de la période 2005-2008 ; par conséquent, notre procédure d'estimation n'est pas polluée par d'éventuels changements dans la classification. Enfin, pour travailler à champ constant, nous avons également essayé de neutraliser l'impact de l'arrêt de la sécurité-environnement introduit en 2007, qui a conduit à enregistrer certains séjours hospitaliers comme des consultations externes et a eu pour conséquence une chute du volume de certaines pathologies entre 2006 et 2007.

Nos données proviennent de 1 198 établissements de santé couvrant l'ensemble de la France métropolitaine à l'exclusion de la Corse : 619 hôpitaux publics ou privés à but non lucratif et 579 cliniques privées à but lucratif. Chaque année, nous observons environ 5,5 millions de séjours chirurgicaux ventilés parmi 19 domaines d'activité : ophtalmologie, cardiologie, etc. Nous observons pour chaque établissement de santé le nombre de séjours ainsi que la durée moyenne de séjour par GHM. À partir de ces 5,5 millions de séjours, nous constituons un échantillon sous la forme d'un panel constitué de 730 440 observations sur la période 2005-2008, correspondant à 182 610 couples hôpital-GHM observés chaque année de 2005 à 2008. Plus précisément, les séjours ont été regroupés au niveau de la « racine du GHM », qui correspond à un niveau légèrement plus agrégé. En effet, la plupart des racines de GHM peuvent être divisées en deux GHM, selon la présence ou non de comorbidités associées. Dans notre cas, les séjours chirurgicaux, y compris en ambulatoire, sont regroupés en 280 racines correspondant à 367 GHM. Ce choix de raisonner au niveau de la racine du GHM correspond à une volonté de neutraliser un potentiel « effet codage », qui a pu survenir lors de la mise en place de la T2A. En effet, la réforme peut avoir incité les établissements à optimiser le codage des séjours, en renseignant davantage les comorbidités. Il est toutefois difficile de distinguer ce qui relève du « rattrapage » (dans le cas où les établissements ne déclaraient pas les comorbidités avant la réforme) et ce qui relève du « surcodage ». Des tests de robustesse ont toutefois été réalisés au niveau fin du GHM, sans que cela ne modifie fondamentalement les résultats.

ENCADRÉ 2 ● Mesure de la concurrence

L'un des objectifs de la T2A étant d'accroître l'efficacité en stimulant la concurrence, il semble intéressant d'affiner le modèle, en tenant compte du degré de concurrence auquel les établissements sont soumis, ce degré variant selon la présence d'établissements privés à proximité.

À cette fin, nous mesurons l'intensité de la concurrence grâce à plusieurs indicateurs géographiques. Ces indicateurs doivent être construits de manière aussi exogène que possible. Nous recourons à un indicateur fondé sur le nombre de lits chirurgicaux dans les cliniques privées.

Tout d'abord, pour chaque hôpital public de notre échantillon, nous calculons le nombre de lits chirurgicaux présents dans les cliniques privées en 2005, pondérés par la distance les séparant de cet hôpital public $d(.,h)$:

$$comp_h = \sum_{i \neq h} e^{-rd(i,h)} beds_{i,2005}$$

Cette quantité est calculée en 2005 dans le souci d'éviter un problème potentiel d'endogénéité. En effet, intégrer cette quantité pour chaque année pourrait poser un problème d'endogénéité dans le sens où l'évolution de l'activité observée en 2006 pourrait dépendre du degré de concurrence en 2006 qui lui-même pourrait expliquer l'évolution de cette activité. Notons également que le paramètre r est un degré de liberté supplémentaire. Cependant, le choix d'un critère adéquat pour r ne fait pas l'objet, à notre connaissance, d'un consensus dans la littérature. Nous préférons ainsi choisir une valeur qui paraît raisonnable ($r = 0,05$ ce qui signifie qu'une clinique privée située à 20 minutes a un poids de $e^{-1} \approx 0,36$), et ensuite fournir des tests de robustesse au regard du choix de cette valeur particulière.

Nous ventilons ensuite notre échantillon d'hôpitaux publics suivant les quatre quartiles de la distribution de l'indicateur de concurrence $comp_i$: le groupe 1 correspond aux hôpitaux publics les moins exposés à la concurrence, alors que le groupe 4 correspond aux hôpitaux publics dont la concurrence avec le privé est la plus intense. Enfin, nous estimons un modèle linéaire :

$$y_{hgt} = \sum_{i=1}^4 \beta_i \text{groupe } i_{h(g)} + X'_{ht} \gamma + \delta_{gt} + \xi_{hg} + \epsilon_{hgt}$$

Les coefficients β_i mesurent pour chaque groupe $i = 1, \dots, 4$ l'évolution du nombre de séjours (ou de la durée de séjour) du groupe par rapport aux cliniques privées, et permettent de manière adéquate de tester l'hypothèse n° 3 de l'annexe 1, à savoir que les hôpitaux publics soumis à une forte concurrence du secteur privé ont davantage augmenté leur volume d'activité — relativement aux cliniques — que les hôpitaux publics isolés ou dans un environnement faiblement concurrentiel.

Des résultats valides quel que soit le niveau d'agrégation des séjours

Le déplacement de parts de marché en valeur vers les structures publiques pourrait s'expliquer par une amélioration du codage dans ces établissements. En effet, la réforme instaurant un remboursement fondé sur l'activité, les hôpitaux publics sont incités à optimiser leur stratégie de codage. Cela pourrait consister, pour les praticiens, à davantage coder les risques diagnostiques liés à chaque patient, afin d'être classé dans un GHM plus « sévère » et donc mieux valorisé financièrement. Pour ne pas biaiser nos résultats, l'analyse a ainsi été menée au niveau de la racine des GHM chirurgicaux.

Des exploitations complémentaires menées au niveau plus fin du GHM ont permis de confirmer les résultats obtenus et leur ordre de grandeur : au lieu d'utiliser la racine du GHM (sur cinq caractères) comme dans le reste de l'article, on utilise ici le GHM en lui-même

(sur six caractères). Une autre analyse, réalisée à un niveau plus agrégé (produits de la classification OAP, qui regroupent souvent plusieurs racines de GHM) conclut sensiblement aux mêmes résultats. Sur le nombre de séjours, les résultats varient très peu avec le niveau d'agrégation (tableau 5). Concernant la durée moyenne de séjour, ils sont par contre moins robustes.

...et neutres du point de vue de la qualité des soins

La hausse plus importante du nombre de séjours dans le secteur public pourrait également provenir d'une augmentation du nombre de réhospitalisations. Dans ce cas, les résultats sur la durée de séjour pourraient s'interpréter comme une détérioration de la qualité des soins, puisque cela signifierait que les patients sortent trop tôt de l'hôpital, ce qui nécessiterait une seconde hospitalisation. Cependant, la littérature en économie de la santé considère plutôt la durée moyenne de

TABLEAU 4 ● Interaction concurrence / changement de tarification

	Nombre de séjours		Durée moyenne de séjour
	MCO ¹	Poisson	MCO ¹
	I	II	III
Public x Groupe 1 x 2006	-0,311 (0,246)	0,003 (0,003)	0,085 (0,068)
Public x Groupe 1 x 2007	0,069 (0,250)	0,003 (0,003)	0,018 (0,070)
Public x Groupe 1 x 2008	0,975*** (0,253)	0,038*** (0,003)	-0,052 (0,071)
Public x Groupe 2 x 2006	-0,052 (0,237)	0,016*** (0,003)	0,148** (0,064)
Public x Groupe 2 x 2007	0,928*** (0,239)	0,056*** (0,003)	0,006 (0,065)
Public x Groupe 2 x 2008	1,854*** (0,241)	0,097*** (0,003)	-0,038 (0,066)
Public x Groupe 3 x 2006	0,417* (0,219)	0,015*** (0,002)	0,019 (0,057)
Public x Groupe 3 x 2007	1,407*** (0,222)	0,051*** (0,002)	-0,045 (0,058)
Public x Groupe 3 x 2008	2,996*** (0,226)	0,104*** (0,002)	-0,158*** (0,059)
Public x Groupe 4 x 2006	0,761*** (0,237)	0,022*** (0,002)	-0,001 (0,062)
Public x Groupe 4 x 2007	1,861*** (0,244)	0,051*** (0,002)	-0,059 (0,064)
Public x Groupe 4 x 2008	3,824*** (0,248)	0,103*** (0,002)	-0,241*** (0,065)
Effets hôpital - GHM	Oui	Non	Oui
Effets hôpital	Non	Oui	Non
Effets année - GHM	Oui	Oui	Oui
Contrôles hôpital-année	Oui	Oui	Oui
Nombre d'observations	730 440	730 440	585 282
R ²	0,96	-	0,78
Log-vraisemblance	-	-16,2	-

1. MCO : moindres carrés ordinaires.

L'écart-type des paramètres des variables explicatives est indiqué entre parenthèses.

***, **, * indiquent respectivement une significativité des coefficients à 1 %, 5 % et 10 %.

Les contrôles hôpital-année incluent les variables sur les équipements (tomographie, IRM, échographie doppler), le personnel (médecins, chirurgiens, infirmières, personnel administratif), les capacités et les caractéristiques sociodémographiques (revenus, population).

Lecture • Dans le modèle II, le coefficient de la variable « Public*Groupe4*2008 » égal à 0,103 signifie que les établissements publics du groupe 4, c'est-à-dire confronté à une concurrence forte du privé, ont augmenté entre 2005 et 2008 leur nombre de séjour de 10,3 % de plus que les cliniques privées « toutes choses égales par ailleurs ».

Champ • Échantillon de 1 198 établissements de santé (hors hôpitaux locaux) ayant accueilli des séjours chirurgicaux entre 2005 et 2008.

France métropolitaine, hors Corse.

Sources • DREES-SAE, ATIH-PMSI 2005-2008, traitements DREES-INSEE.

séjour comme un indicateur d'efficacité. Les faibles durées de séjour n'y sont pas associées à une mauvaise qualité des soins. La plupart des études de corrélation trouvent en général un effet nul ou négatif entre durée moyenne de séjour et qualité des soins, notamment Thomas, Guire, et Horvat (1997), ce qui signifie-

rait que la qualité s'améliore quand la DMS diminue.

Afin de vérifier ce point, nous avons calculé un indicateur de réhospitalisation sur la période étudiée. Sont considérées comme des réadmissions toutes les hospitalisations dans les 30 jours suivant la sortie d'un séjour chirurgical, quelle que soit la discipline de

TABLEAU 5 ● Impact du changement de tarification sur l'activité (sans concurrence)
Deux autres niveaux d'agrégation des séjours

	Nombre de séjours	Nombre de séjours
Type de modélisation	Poisson	Poisson
Niveau de classification	GHM	Produit OAP ¹
Public x 2006	0,017*** (0,001)	0,025*** (0,001)
Public x 2007	0,045*** (0,001)	0,036*** (0,001)
Public x 2008	0,094*** (0,001)	0,078*** (0,002)
Effets hôpital - GHM	Non	Non
Effets hôpital	Oui	Oui
Effets année - GHM	Oui	Oui
Contrôles hôpital-année	Oui	Oui
Nombre d'observations	951 324	201 856

1. À titre d'exemples : cataractes, amygdalectomies, pontages coronaires, appendicectomies, etc.

L'écart-type des paramètres des variables explicatives est indiqué entre parenthèses.

***, **, * indiquent respectivement une significativité des coefficients à 1 %, 5 % et 10 %.

Les contrôles hôpital-année incluent les variables sur les équipements (tomographie, IRM, échographie doppler), le personnel (médecins, chirurgiens, infirmières, personnel administratif), les capacités et les caractéristiques sociodémographiques (revenus, population).

Champ • Échantillon de 1 198 établissements de santé (hors hôpitaux locaux) ayant accueilli des séjours chirurgicaux entre 2005 et 2008. France métropolitaine, hors Corse.

Sources • DREES-SAE, ATIH-PMSI 2005-2008, traitements DREES-INSEE.

ce second séjour, hors transferts. Cet indicateur peut être considéré comme une dimension de la qualité des soins. Il en ressort que les réadmissions à 30 jours augmentent légèrement plus vite dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées, mais l'écart est très faible et non linéaire dans le temps (tableau 6).

Par ailleurs, l'introduction du facteur concurrence conduit à des résultats non significatifs. Il semble donc injustifié d'attribuer tout ou partie de l'augmentation de l'activité aux réadmissions, et donc à une détérioration de la qualité des soins. À l'instar de ce que l'on trouve dans la littérature, nous expliquons plutôt la réduction de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux publics par une augmentation de l'efficacité, en l'occurrence une meilleure organisation des soins et par le progrès technique.

Enfin, l'augmentation de la part de marché du public pourrait aussi s'expliquer par l'augmentation des dépassements d'honoraires des praticiens exerçant dans les cliniques privées. En effet, bien que la plupart des patients aient une assurance complémentaire, toutes ne prennent pas en charge les dépassements d'honoraires. Les patients seraient donc réticents à se faire hospitaliser dans les cliniques privées et préféreraient se faire soigner à moindre coût dans les hôpitaux publics. Malheureusement, les données à notre

disposition sur les dépassements sont très agrégées, puisque nous observons le montant total des honoraires facturés par les chirurgiens et les anesthésistes, exerçant en libéral, au niveau du département, et la part de ce montant située au-delà du prix couvert par l'assurance de base.

Pour essayer de contrôler cet effet, nous avons intégré l'élément dépassement d'honoraires dans le modèle en construisant quatre groupes de départements, suivant le niveau de dépassement observé. Trois typologies de départements ont été calculées de la manière suivante :

- l'évolution du taux de dépassement entre 2005 et l'année t (typologie A),
- l'évolution du montant moyen de dépassement, c'est-à-dire du rapport entre le montant du dépassement et le nombre de séjours (typologie B),
- le niveau de dépassement moyen (typologie C).

Dans chacun des trois cas, les quartiles obtenus ont ensuite servi à ventiler les départements en quatre groupes.

Au final, nous ne trouvons pas de corrélation entre l'augmentation relative du volume d'activité du public et les dépassements d'honoraires observés dans le secteur privé en niveau ou en évolution (tableau 7). En

TABLEAU 6 • Impact du changement de tarification sur le taux de réadmission à 30 jours (sans concurrence)

Indicateur	Taux de réadmission à 30 jours
Type de modélisation	MCO ¹
Public x 2006	0,003** (0,001)
Public x 2007	0,001 (0,001)
Public x 2008	0,003** (0,001)
Effets hôpital - GHM	Oui
Effets hôpital	Non
Effets année - GHM	Oui
Contrôles hôpital-année	Oui
Nombre d'observations	568 642
R ²	0,55

1. MCO : moindres carrés ordinaires.

L'écart-type des paramètres des variables explicatives est indiqué entre parenthèses.

***, **, * indiquent respectivement une significativité des coefficients à 1 %, 5 % et 10 %.

Les contrôles hôpital-année incluent les variables sur les équipements (tomographie, IRM, échographie doppler), le personnel (médecins, chirurgiens, infirmières, personnel administratif), les capacités et les caractéristiques sociodémographiques (revenus, population).

Lecture • Dans le modèle, le coefficient de la variable «Public*2008» égal à 0,003 souligne une augmentation relative entre 2005 et 2008 du taux de réadmission dans le secteur public par rapport au privé de l'ordre de 0,3 point «toutes choses égales par ailleurs».

Champ • Échantillon de 1 198 établissements de santé (hors hôpitaux locaux) ayant accueilli des séjours chirurgicaux entre 2005 et 2008. France métropolitaine, hors Corse.

Sources • DREES-SAE, ATIH-PMSI 2005-2008, traitements DREES-INSEE.

effet, les parts de marché des hôpitaux publics n'augmentent pas plus rapidement ni dans les départements où les dépassements sont en forte hausse ni dans les départements où le niveau de dépassement d'honoraire est le plus élevé.

Conclusion

Cet article examine l'impact sur l'activité du changement de tarification en prenant en compte la concurrence créée par ce nouveau système de financement. Nos résultats empiriques indiquent une complémentarité entre la tarification et la concurrence, l'effet de la T2A se révélant d'autant plus marqué que le degré

de concurrence est élevé. Les résultats indiquent ainsi que les incitations inhérentes à la réforme auraient bien été intégrées par les établissements de santé.

De plus, cette hausse ne s'expliquerait pas par l'optimisation du codage des séjours, et notamment celui des comorbidités. En effet, notre analyse est réalisée au niveau de la racine du GHM, ce qui permet de neutraliser l'impact éventuel de ces comorbidités. Des tests de robustesse montrent par ailleurs que ces résultats restent stables quel que soit le niveau d'agrégation des séjours.

D'autre part, cet effet observé de la T2A ne semble pas se faire au détriment de la qualité des soins, appréhendée ici au travers des taux de réadmission. ■

TABLEAU 7 ● Impact du changement de tarification sur l'activité, avec prise en compte d'un indicateur sur les dépassements d'honoraires

Indicateur	Nombre de séjours					
	Type de modélisation	MCO ¹	Poisson	MCO ¹	Poisson	MCO ¹
Méthode de construction des classes de départements	A	A	B	B	C	C
Public x Classe 1 x 2006	0,268 (0,202)	0,015*** (0,002)	0,253 (0,197)	0,015*** (0,002)	0,371* (0,214)	0,022*** (0,0020)
Public x Classe 1 x 2007	1,237*** (0,217)	0,049*** (0,002)	1,054*** (0,202)	0,044*** (0,002)	1,224*** (0,223)	0,046*** (0,0021)
Public x Classe 1 x 2008	2,407*** (0,215)	0,091*** (0,002)	2,202*** (0,212)	0,082*** (0,002)	2,354*** (0,218)	0,083*** (0,0020)
Public x Classe 2 x 2006	0,281 (0,208)	0,018*** (0,002)	0,447* (0,233)	0,024*** (0,002)	0,533** (0,224)	0,028*** (0,0021)
Public x Classe 2 x 2007	1,064*** (0,201)	0,041*** (0,002)	1,276*** (0,223)	0,052*** (0,002)	1,221*** (0,214)	0,056*** (0,0020)
Public x Classe 2 x 2008	2,795*** (0,229)	0,103*** (0,002)	2,76*** (0,217)	0,103*** (0,002)	2,823*** (0,212)	0,114*** (0,0020)
Public x Classe 3 x 2006	0,332 (0,220)	0,018*** (0,002)	0,248 (0,212)	0,016*** (0,002)	0,225 (0,222)	0,014*** (0,0020)
Public x Classe 3 x 2007	1,094*** (0,241)	0,043*** (0,002)	1,069*** (0,232)	0,042*** (0,002)	1,17*** (0,219)	0,043*** (0,0020)
Public x Classe 3 x 2008	2,447*** (0,216)	0,082*** (0,002)	2,69*** (0,226)	0,099*** (0,002)	2,731*** (0,26)	0,096*** (0,0023)
Public x Classe 4 x 2006	0,276 (0,220)	0,018*** (0,002)	0,222 (0,237)	0,014*** (0,002)	0,007 (0,236)	0,007*** (0,0019)
Public x Classe 4 x 2007	1,374*** (0,212)	0,055*** (0,002)	1,408*** (0,237)	0,047*** (0,002)	1,147*** (0,257)	0,04*** (0,0021)
Public x Classe 4 x 2008	2,765*** (0,210)	0,106*** (0,002)	2,815*** (0,251)	0,095*** (0,002)	2,521*** (0,244)	0,087*** (0,0020)
Effets hôpital - GHM	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Effets hôpital	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Effets année - GHM	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Contrôles hôpital-année	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Nombre d'observations	725 348	725 348	725 348	725 348	725 348	725 348
R ²	0,96	-	0,96	-	0,96	-
Log-vraisemblance	-	-11 793 696	-	-11 793 727	-	-11 793 739

1. MCO : moindres carrés ordinaires.

L'écart-type des paramètres des variables explicatives est indiqué entre parenthèses.

***, **, * indiquent respectivement une significativité des coefficients à 1%, 5% et 10%.

Les contrôles hôpital-année incluent les variables sur les équipements (tomographie, IRM, échographie doppler), le personnel (médecins, chirurgiens, infirmières, personnel administratif), les capacités et les caractéristiques sociodémographiques (revenus, population).

Champ • Échantillon de 1 198 établissements de santé (hors hôpitaux locaux) ayant accueilli des séjours chirurgicaux entre 2005 et 2008. France métropolitaine, hors Corse.

Sources • DREES-SAE, ATIH-PMSI 2005-2008, CNAM-TS pour les données sur les dépassements d'honoraires, traitements DREES-INSEE.

ANNEXE 1 ● Concurrence non tarifaire

Les résultats présentés dans cet article peuvent être interprétés au travers d'un modèle théorique de concurrence non tarifaire entre les établissements de santé. Ce modèle considère des établissements de santé asymétriques, c'est-à-dire que ces établissements diffèrent selon leur fonction « objectif » (lucrative ou non), leur taille et leur mode de financement.

Des études théoriques sur les incitations des fournisseurs de soins peuvent être mobilisées. Différents articles, de Pope (1989), Ellis (1998) et Brekke, Siciliani et Straume (2011), ont étudié la concurrence hors prix, en se restreignant aux équilibres symétriques. Le premier article suppose que les hôpitaux choisissent leur niveau de dépenses de qualité et leur niveau d'effort managérial de réduction des coûts. Les deux autres articles supposent que les établissements de santé sont semi-altruistes et se concentrent sur les soins de qualité, en différenciant notamment les établissements selon la gravité moyenne du patient.

Dans notre cas, nous partons du modèle de Pope en intégrant le plus possible d'éléments relatifs au contexte français. Puis nous analysons l'impact du changement de tarification sur l'évolution des dépenses en qualité qui permettent d'augmenter l'utilité des patients. Nous faisons en effet l'hypothèse qu'une augmentation des dépenses en qualité augmenterait l'utilité des patients et ainsi le volume d'activité. Dans le présent article, nous construisons d'abord un modèle stylisé de l'hôpital en concurrence hors prix¹, où les établissements se concurrencent en qualité dans le but d'attirer les patients. Contrairement aux articles théoriques mentionnés ci-dessus, nous autorisons des équilibres asymétriques, en intégrant des fonctions « objectif » et des règles de financement différentes selon le statut des établissements de santé, public ou privé. Nous examinons ensuite dans quelle mesure le changement de mode de financement affecte l'activité des hôpitaux publics et comment se déplace l'équilibre du marché.

Ainsi, ce modèle stylisé considère une concurrence fictive entre un hôpital public et une clinique privée à but lucratif afin d'attirer les patients. On suppose que l'attractivité pour un établissement dépend positivement de l'utilité qu'il offre, et négativement de l'utilité offerte par son concurrent. En d'autres termes, si l'hôpital augmente sa qualité, alors la demande va augmenter. *A contrario*, si la clinique augmente sa qualité, alors la demande pour l'hôpital va diminuer. Un niveau d'équilibre de la demande existe. L'objectif de ce modèle théorique est d'analyser le déplacement de l'équilibre consécutif au changement de mode de financement.

Ensuite, nous modélisons l'évolution des incitations de la réforme pour les établissements publics en introduisant une modification de la contrainte budgétaire de ces établissements. En effet, la contrainte budgétaire s'est davantage modifiée pour le public, dans la mesure où l'hôpital public recevait auparavant une dotation qui n'était pas directement liée à son activité, tandis que le privé était dans une certaine mesure payé en prix de journée. Avant la réforme, les dépenses ne devaient pas dépasser le budget historique. Après l'adoption d'un système de paiement prospectif (T2A), les dépenses ne doivent pas être plus élevées que les revenus générés par l'activité correspondante.

Ainsi, la construction de ce modèle nous permet d'analyser le déplacement de l'équilibre public/privé en déterminant, avant et après la réforme, le niveau de dépenses qui maximise la fonction « objectif ». Cette fonction « objectif » varie selon le statut de l'établissement : tandis que l'objectif des cliniques est de maximiser les profits, les hôpitaux publics essaient plutôt de maximiser la quantité fournie².

L'analyse de l'équilibre montre que la réforme entraîne une augmentation des dépenses en qualité des deux types d'établissement. Toutefois, le modèle met en évidence une augmentation plus importante de ces dépenses pour les hôpitaux publics relativement aux cliniques privées. Cette prédiction nous amènerait à tester empiriquement l'hypothèse suivante :

Hypothèse n° 1 : sur la période 2005-2008, l'utilité des patients augmente davantage dans le secteur public que dans le secteur privé.

Dans cet article, nous nous situons cependant au niveau du séjour et non du patient, et ne pouvons donc pas directement tester cette hypothèse structurelle. Les parts de marché découlant d'une concurrence en utilité, l'hypothèse 1 suggère toutefois que les cliniques privées perdraient des parts de marché par rapport au public suite à la réforme. À cet effet, nous suggérons l'hypothèse suivante :

Hypothèse n° 2 : le volume d'activité augmente davantage dans le secteur public que dans le secteur privé.

Nous pouvons également suggérer d'autres prédictions suivant le degré de concurrence que connaissent les hôpitaux publics. Ainsi, il semble raisonnable de penser qu'un hôpital public se trouvant dans une zone isolée, c'est-à-dire soumis à une faible concurrence de la part du privé, aurait moins d'intérêt à augmenter l'utilité des patients, et donc son activité. *A contrario*, un hôpital public confronté à forte concurrence du privé augmenterait son utilité. Nous suggérons donc l'hypothèse suivante :

Hypothèse n° 3 : les hôpitaux publics exposés à une forte concurrence du privé augmentent davantage leur activité que les hôpitaux publics confrontés à une faible concurrence.

1. Pour plus de détails sur la construction du modèle théorique, voir Choné *et al.*, 2013.

2. Ils peuvent également se soucier des bénéfices, ce qui ne modifie pas l'analyse.

ANNEXE 2 • Spécification économétrique

Notre évaluation de la réforme de la tarification à l'activité porte sur le nombre de séjours et la durée moyenne de séjour. Sur ces deux aspects, nous cherchons à comparer l'évolution des hôpitaux publics (HP) et des cliniques privées (CP) au cours de la période 2005-2008, afin de tester l'hypothèse n° 2, à savoir que l'activité a davantage augmenté dans le secteur public que dans le secteur privé.

Le modèle retenu est le suivant :

$$y_{hgt} = \beta_t HP_h + X'_{ht} \gamma + \delta_{gt} + \xi_{hg} + \epsilon_{hgt}$$

où h caractérise l'établissement, g le GHM et t l'année. Cette régression des moindres carrés ordinaires comprend deux facteurs : des effets fixes hôpital-GHM ξ_{hg} et des effets fixes GHM-année δ_{gt} . Les premiers capturent l'activité moyenne au niveau hôpital-GHM, et tiennent donc compte de la spécialisation des hôpitaux dans certaines activités chirurgicales. Les seconds contrôlent les éventuels changements dans l'activité nationale sur la période, au niveau du GHM (épidémies, vieillissement de la population, tendances spécifiques de certaines maladies, progrès technique – chirurgical notamment, nouveaux équipements, etc.). X'_{ht} regroupe des contrôles hôpital-année, c'est-à-dire des variables sur les facteurs de production : personnel (nombre de chirurgiens, de médecins et d'infirmières), équipements (scanner, IRM, doppler, tomographie par émission de positons [TEP]), capacités [nombre de lits] et des variables sociodémographiques [revenu médian, population, population stratifiée par âge et sexe]). HP_h est une indicatrice qui est égale à 1 pour les hôpitaux publics. Et β_t mesure donc l'évolution relative des hôpitaux publics par rapport aux cliniques privées, pour la variable d'intérêt y_{hgt} , entre 2005 (année de référence, où $\beta_{2005} = 0$) et 2006, 2007, 2008. Nos résultats portent soit sur le volume d'activité $y_{hgt} = n_{hgt}$, soit sur la durée moyenne de séjour $y_{hgt} = DMS_{hgt}$.

Par ailleurs, puisque n_{hgt} est un entier, il semble logique d'estimer un modèle de comptage, à savoir un modèle de Poisson, afin d'obtenir directement l'effet relatif mesuré ici par β_t :

$$n_{hgt} \sim P(\delta_{gt} \xi_{hg} e^{\beta_t HP_h + X'_{ht} \gamma})$$

Cette spécification non linéaire peut être considérée comme un test de robustesse de la forme fonctionnelle du modèle. Toutefois, cette hypothèse a un coût, car nous ne pouvons pas introduire autant d'effets fixes que dans le modèle linéaire : seuls les effets fixes hôpital et année-GHM peuvent être inclus de manière séparée dans cette modélisation non linéaire¹ (et pas les effets fixes hôpital-GHM).

1. En effet, il y a 182 640 ξ_{hg} et 1 468 δ_{gt} dans l'équation 5.

Bibliographie

- Brekke K. R., Siciliani L., and Straume O.R., 2011, "Hospital Competition and Quality with Regulated Prices", *Scandinavian Journal of Economics*, 113(2), 444-469.
- Cash R., Dupilet C., 2011, « La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires », DREES, *Dossier Solidarité et Santé*.
- Choné P., Evain F., Wilner L., Yilmaz E., 2013, « Introducing activity-based payment in the hospital industry: Evidence from French data », INSEE, *Document de travail G 2013/11*.

- Cooper Z., Gibbons S., Jones S., and McGuire A., 2011, "Does Hospital Competition Save Lives? Evidence From the English NHS Patient Choice Reforms", *The Economic Journal*, 121(554), 228-260.
- Cour des Comptes, 2009, « La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours », chapitre 7, *La Sécurité sociale*.
- Couty E., 2013, « Le pacte de confiance pour l'hôpital, synthèse des travaux », Rapport à la ministre des Affaires sociales et de la Santé, février.
- Ellis R.P., 1998, "Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins", *Journal of Health Economics*, 17, 537-555.
- Ellis R.P., and McGuire T.G., 1996, "Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selection, and practice-style effects", *Journal of Health Economics*, 15, 257-277.
- Evain F., 2011. « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », DREES, *Études et Résultats* n° 785, novembre.
- Evain F., 2013, « Hospitalisation de court séjour. Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », DREES, *Études et Résultats* n° 854, octobre.
- Gaynor M., and Town R.J., 2012, "Competition in Health Care Markets", *Handbook of Health Economics*, vol. 2, pp. 499-637. Elsevier B.V.
- Gowrisankaran G., Lucarelli C., Schmidt-Dengler P., and Town R., 2011, "The Impact of the Medicare Rural Hospital Flexibility Program on Patient Choice", *International Journal of Industrial Organization*, 29, 342-344.
- Herwartz H., and Strumann C., 2012, "On the effect of prospective payment on local hospital competition in Germany", *Health Care Management Science*, 15, 48-62.
- Hodgkin D., and McGuire T.G., 1994, "Payment levels and hospital response to prospective payment", *Journal of Health Economics*, 13, 1-29.
- IGAS-IGF, 2012, « Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017 » Rapport.
- Kessler D.P., and McClellan M. B., 2000, "Is hospital competition socially wasteful?" *The Quarterly Journal of Economics*, 115(2), 577-615.
- Laffont J., and Tirole J., 1986, "Using cost observation to regulate firms", *The Journal of Political Economy*, pp. 614-641.
- Lancaster T., 2000, "The incidental parameter problem since 1948", *Journal of Econometrics*, 95(2), 391-413.
- Ma C.-T.A., 1994, "Health care payment systems: Cost and quality incentives", *Journal of Economics & Management Strategy*, 3(1), 93-112.
- Moreno-Serra R., and Wagstaff A., 2010, "System-wide impacts of hospital payment reforms : Evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia", *Journal of Health Economics*, 29, 585-602.
- Newhouse J., 1970, "Toward a theory of nonprofit institutions: An economic model of a hospital", *The American Economic Review*, pp. 64-74.
- Pascal P., Coutard J., Dupuy E., Varnier F., Welter G., 2012, « Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux », rapport IGF n° 2011-M-056-01, avril.
- Pope G.C., 1989, "Hospital nonprice competition and Medicare reimbursement policy", *Journal of Health Economics*, 8, 147-172.
- Pouvourville G. de, 2009, « Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas, la mise en œuvre de la tarification à l'activité », *Revue économique* vol. 60 n° 2.
- Propper C., 2012, "Competition, incentives and the English NHS", *Health Economics*, 21(1), 33-40.
- Propper C., Burgess S., and Gossage D., 2007, "Competition and quality : Evidence from the NHS internal market 1991-9", *The Economic Journal*, 118(525), 138-170.
- Schleifer A., 1985, "A theory of yardstick competition", *The Rand Journal of Economics* 16(3), p. 319-328.
- Studer N., 2011, « Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ? », DREES, *Document de travail série Études et recherche*, n° 114.
- Tay A., 2003, "Assessing Competition in Hospital Care Markets: The Importance of Accounting for Quality Differentiation", *The RAND Journal of Economics*, 34(4), 786-814.
- Thomas J., Guire K., and Horvat G., 1997, "Is patient length of stay related to quality of care?", *Hospital & health services administration*, 42(4), 489.
- Yilmaz E. et Frikha S., 2012, « Les hôpitaux publics ont amélioré leur efficience entre 2003 et 2009 », DREES, *Le Panorama des établissements de santé - édition 2012*.

FICHES



1 Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel

Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel

Ce chapitre présente le cadre juridique qui prévaut en 2013, après la promulgation de la loi n° 2009879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) et la publication de la plupart de ses décrets d'application. L'année de référence des données présentées dans l'ouvrage est 2011. Des petites différences peuvent subsister entre le cadre législatif et réglementaire présenté dans ce chapitre et les données présentées dans les fiches, notamment au niveau des catégories d'établissements ou des personnels. À titre illustratif, même si la catégorie « établissements de santé privés d'intérêt collectif » est censée se substituer à la catégorie des établissements de santé privés à but non lucratif, pour l'année 2011, la présentation traditionnelle établissements publics/privés à but non lucratif/privés à but lucratif est conservée.

Les établissements de santé constituent un ensemble de structures qui se différencient par leur statut juridique, leurs missions et activités, ainsi que par leurs modes de financement.

I – Le statut des établissements de santé

Les établissements de santé sont des personnes morales de droit public ou privé. « Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'État [...]. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial » (article L6141-1 du code de la santé publique). Ces établissements « sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire ». Ce conseil de surveillance remplace l'ancien conseil d'administration, en application de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST). Suite à la loi HPST, les hôpitaux locaux disparaissent et seuls les centres hospitaliers subsistent. « Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas [...] » (article L6141-1). « Les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés centres hospitaliers régionaux ; ils assurent en outre les soins courants à la population proche » (article L6141-2). La majeure partie des CHR sont aussi des centres hospitaliers 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 à la recherche médicale et pharmaceutique et aux enseignements paramédicaux, sans porter préjudice aux attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement (article L6142-1). Une des nouveautés de la loi HPST est que, selon l'article L6141-7-3 du code de la santé publique, « les établissements publics de santé peuvent créer une ou plusieurs fondations hospitalières, dotées de la personnalité morale, [...] pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux missions de recherche. Ces fondations disposent de l'autonomie financière. Les règles applicables aux fondations d'utilité publique [...] s'appliquent. [...] Les règles particulières de fonctionnement de chaque fondation hospita-

lière sont prévues par ses statuts, qui sont approuvés par le conseil de surveillance de l'établissement public de santé ». 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 privées, plusieurs personnes morales peuvent coexister : 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.). La loi HPST introduit une nouvelle catégorie pour les établissements de santé privés : celle des établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC). Cette catégorie se substituera de manière générale à celle des établissements privés à but non lucratif ainsi qu'à celle des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), ces deux dernières catégories se recoupant en grande partie, avec toutefois des droits et obligations très différents. Selon l'article L6161-5, « sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif :

- 1° Les centres de lutte contre le cancer ;
- 2° Les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif qui en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé ».

La notion d'ESPIC est une « qualité » des établissements de santé privés non lucratifs. Elle est liée à un engagement vis-à-vis du public :

- pas de limitation à l'accès aux soins ;
- pas de dépassement d'honoraires ;
- continuité du service.

Elle n'est pas liée à une échelle tarifaire alors que les ex-PSPH étaient nécessairement sur l'échelle publique dite « ex-dotation globale (DG) ». C'est ainsi que plusieurs établissements de dialyse se sont déclarés ESPIC bien qu'ils soient sur l'échelle de tarif privée dite « ex-objectif quantifié national (OQN) ».

II – Les missions des établissements de santé

Les missions générales

La mission générale des établissements hospitaliers est définie par l'article L6111-1 du code de la santé publique qui les dénomme établissements de santé. Quel que soit leur statut, « ces derniers assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Ils

délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre comme lieu de résidence ou bien un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ». Les établissements de santé peuvent également développer des activités sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation qui 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. « Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensées par :

- 1° Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie ;
- 2° Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires.

« Dans les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, sont mises en œuvre des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale.

Dans les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires sont mis en œuvre, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire » (article R6121-4).

Par ailleurs, les « établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et à traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et la iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux » (article L6111-2). Les établissements de santé peuvent en outre créer et gérer des services et des établissements sociaux et médico-sociaux (comme des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD), ainsi que des centres de santé (article L6111-3).

Les missions de service public

Aux activités générales d'hospitalisation des patients confiées à tous les établissements de santé s'ajoutent les missions dites de service public. Elles sont définies à l'article L6112-1 du code de la santé publique. Ces missions peuvent être assumées par tout établissement de santé avec une contrepartie : appliquer des tarifs opposables et garantir un égal accès ainsi qu'un accueil 24 heures sur 24 sur le champ de la mission. Cela permet d'ouvrir à tous les établissements de santé l'accès à la

réalisation de certaines missions. Cette ouverture s'étend aux établissements privés à but lucratif, qui de fait exerçaient déjà certaines missions (permanence des soins en établissement de santé notamment), et à certaines autres structures de soins, notamment les structures d'exercice coordonné, groupements de coopération sanitaire, cabinets de radiologie, etc., pour :

- réduire les situations de carence en ouvrant l'accès à davantage d'offres de soins, y compris ambulatoires ;
- reconnaître la réalisation de fait de certaines missions par des acteurs privés (notamment la permanence des soins) ;
- permettre de rationaliser le cas échéant les situations de sur-offre, pour une attribution plus équitable des financements entre territoires.

La liste des missions est la suivante :

- « 1° La permanence des soins ;
- 2° La prise en charge des soins palliatifs ;
- 3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- 4° La recherche ;
- 5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- 6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- 7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- 8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- 9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- 10° Les actions de santé publique ;
- 11° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
- 13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- 14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ».

III – Les personnels travaillant dans les établissements de santé relèvent de statuts diversifiés

Les personnels des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques

Ces personnels intervenant dans les établissements publics sont en grande majorité salariés (voir tableau 1).

Les personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires comprennent :

- des personnels titulaires : les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférences-praticiens hospitaliers (MCU-PH) sont des fonctionnaires en leur qualité d'enseignants-chercheurs ;

TABLEAU 1 ● Statuts et lieux d'exercice des médecins : tableau théorique

Statuts		Lieux d'exercice et types d'établissements		
		Établissements publics	Établissements de santé privés d'intérêt collectif, dont CLCC	Autres établissements privés
Salarié	Fonctionnaire (PU-PH et MCU-PH) Personnels temporaires (PHU) Personnels non titulaires (CCA/AHU)	Article L952-21 du code de l'éducation Articles 1 ^{er} des décrets n° 84-135 du 24/02/1984 et n° 90-92 du 24/01/1990	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L6142-5 du code de la santé publique)	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L6142-5 du code de la santé publique)
	Salarié de droit public attachés, PH	Articles R6152-1 et 6152-604 du code de la santé publique	Détachement de PH (article R6152-51 du code de la santé publique)	Détachement (article R6152-51 du code de la santé publique)
Salarié de droit privé				
Profession libérale		Possible (articles L6146-2 et L6112-4 du code de la santé publique)	Article L6161-9 du code de la santé publique	Article L162-5 du code de la Sécurité sociale
En formation (internes)		Article R6153-8 du code de la santé publique	Article R6153-9 du code de la santé publique	Article R6153-9 du code de la santé publique

■ Peu fréquent ■ Situation majoritaire ■ Situation impossible

- les praticiens hospitaliers universitaires (PHU) qui exercent leurs fonctions à titre temporaire ;
- des personnels non titulaires : les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCA) et les assistants hospitaliers universitaires (AHU).

Les praticiens hospitaliers (PH) sont régis par des statuts spécifiques figurant dans le code de la santé publique ; ils ne relèvent pas de la fonction publique hospitalière. De même, les praticiens contractuels, assistants et praticiens attachés sont régis par des dispositions statutaires prévues par le code de la santé publique. Ces médecins interviennent dans l'ensemble des centres hospitaliers. Avec la mise en œuvre de la loi HPST, les conditions d'exercice des praticiens libéraux au sein des établissements publics sont élargies, ils peuvent désormais être autorisés, dans l'ensemble des établissements publics, à participer à l'exercice des missions de service public ainsi qu'aux activités de soins. Ainsi, selon l'article L6146-2, « le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires, à participer à l'exercice des missions de service public attribuées à cet établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile ». Dans les cliniques privées, les médecins ont majoritairement un statut d'exercice libéral et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent.

Les établissements privés d'intérêt collectif accueillent, quant à eux, majoritairement des salariés de droit privé. Des professionnels libéraux peuvent également y intervenir. Par ailleurs, un praticien hospitalier peut être détaché, en qualité de salarié, dans les établissements de santé privés chargés d'une ou plusieurs des missions de service public dès lors qu'il exerce ses fonctions dans le cadre d'une ou plusieurs de ces missions, ou auprès de certains établissements médico-sociaux accueillant notamment des personnes âgées dépendantes (article R6152-51). Un établissement public de santé peut recruter un assistant et par voie de convention de coopération le mettre à disposition d'un établissement ESPIC pour une partie de son temps de travail en application des dispositions prévues aux articles R6152-501 et R6152-502 du code de la santé publique. De même, les praticiens attachés peuvent être recrutés dans les EHPAD conformément aux dispositions de l'article L313-12 du code de l'action sociale et des familles. Les personnels hospitalo-universitaires peuvent, quant à eux, être affectés dans un établissement privé associé au centre hospitalier universitaire, dans le cadre d'une convention d'association. Enfin, les établissements publics et privés d'intérêt collectif accueillent en outre des médecins en cours de formation (les internes). Depuis la loi HPST, les cliniques privées peuvent également accueillir des internes. Ainsi, la loi HPST a ouvert les statuts à l'ensemble des établissements de santé, alors qu'auparavant il existait de nombreuses situations impossibles.

Les personnels non médicaux

Les personnels non médicaux des établissements de santé publics relèvent de la fonction publique hospitalière. La grande majorité d'entre eux (environ 85 %) sont des fonctionnaires relevant des titres I et IV du statut général de la fonction publique, mais les établissements peuvent également avoir recours à des agents contractuels à durée déterminée ou indéterminée ou à des personnels intérimaires, soit pour assurer des fonc-

tions pour lesquelles il n'existe pas de corps de fonctionnaires, soit pour des remplacements temporaires ou pour faire face à des accroissements momentanés d'activité. Le même statut s'applique aux personnels des établissements publics 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). Les personnels des établissements de santé privés sont, quant à eux, soumis aux dispositions du code du travail, de conventions collectives distinctes selon le statut des établissements (privés avec ou sans but lucratif), et de clauses particulières de leur contrat de travail.

IV – Les groupements de coopération sanitaire

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée avait créé les groupements de coopération sanitaire (GCS) comme instrument de coopération entre les établissements publics et privés de santé. La loi HPST a refondu le cadre juridique de ces groupements. Elle distingue désormais, selon leurs finalités, deux grandes catégories de GCS :

- le GCS de moyens ;
- le GCS-établissement de santé.

Il est à noter que, selon l'article L6321-2, un réseau de santé peut également se constituer en groupement de coopération sanitaire. Dans ce cas, le GCS-réseau de santé fonctionne de la même manière que le GCS de moyens et a pour membres ceux du réseau de santé.

Le GCS de moyens

Selon l'article L6133-1, le GCS de moyens « poursuit un but non lucratif ». Il « a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres. Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour :

- 1° Organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ;
- 2° Réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun [...] ;
- 3° Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement ».

Selon l'article L6133-6, il est ainsi prévu que « [...] les professionnels médicaux des établissements de santé [...], des centres de santé membres du groupement et les professionnels médicaux libéraux membres du groupement [puissent] assurer des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé membres du groupement et participer à la permanence des soins [...] ».

Un GCS de moyens peut également être titulaire d'une autorisation d'équipement matériel lourd, d'une pharmacie à usage intérieur ou encore être la structure juridique exploitant un laboratoire de biologie médicale. Le GCS de moyens permet des coopérations entre les secteurs sanitaire (établissements de santé), médico-social et de ville (professionnels et structures libérales et salariés de centres de santé, laboratoires de biologie médicale, maisons de santé, etc.). Sa seule obligation est de comporter un établissement de santé. En effet, selon

l'article L6133-2, « un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux [...], des centres de santé et des pôles de santé, des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société. Il doit comprendre au moins un établissement de santé ». Par ailleurs, « d'autres professionnels de santé ou organismes peuvent participer à ce groupement sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé ». Le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être employeur. Le statut juridique du groupement détermine alors les règles de recrutement des personnels médicaux et non médicaux. Par ailleurs, selon les articles R6133-6 et R6133-3, les établissements membres du GCS peuvent mettre à disposition du groupement leur personnel. Celui-ci peut également être détaché auprès du GCS (article R6152-51). Selon l'article L6133-3, « le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué avec ou sans capital. Sa convention constitutive [voir ci-dessous] est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé, qui en assure la publication. Ce groupement acquiert la personnalité morale à dater de cette publication ». Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public ou de droit privé selon les personnes qui le composent. Ainsi, s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux, le GCS est de droit public. En revanche, le GCS est une personne morale de droit privé s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé. Par ailleurs, lorsque le GCS comporte à la fois des personnes de droit public et de droit privé, le choix du statut public ou privé relève de ses membres. « Lorsque le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public, le groupement est soumis aux règles de la comptabilité publique et il est doté d'un agent comptable nommé par un arrêté du ministre en charge du budget. Lorsque ce groupement est une personne morale de droit privé, ses comptes sont certifiés par un commissaire aux comptes. » (article L6133-5). Selon l'article L6133-4, « la convention constitutive du groupement de coopération sanitaire de moyens définit son objet. Elle précise la répartition des droits statutaires de ses membres, proportionnellement à leurs apports ou à leur participation aux charges de fonctionnement, ainsi que les règles selon lesquelles les membres du groupement sont tenus de ses dettes. Elle détermine [...] les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement. [...] ».

Le GCS-établissement de santé

Le GCS-établissement de santé est généralement issu d'un GCS de moyens. Ainsi, « lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Le groupement de coopération sanitaire de droit privé est érigé en établissement de santé privé et le groupement de coopération sanitaire de droit public est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire est un établissement public

de santé, les règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé s'appliquent », sous certaines conditions (article L6133-7). « Lorsqu'un groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé, il est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé [...] » (article L6133-8). Enfin, selon l'article L6131-2, « le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à des établissements publics de santé [...] de créer un groupement de coopération sanitaire [...] ».

V – L'organisation de l'offre sanitaire

Les missions des agences régionales de santé

La loi HPST crée les agences régionales de santé (ARS), qui rassemblent au niveau régional les ressources de l'État et de l'Assurance maladie. Plus largement, elles regroupent les ex-directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), les anciennes agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les groupements régionaux de santé publique (GRSP), les Unions régionales des caisses d'Assurance maladie (URCAM), les missions régionales de santé (MRS) et le volet hospitalier de l'Assurance maladie. Les ARS sont des établissements publics de l'État à caractère administratif. Elles sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général (article L1432-1). Elles « sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région : 1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique [et notamment l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées], en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. À ce titre :

a) elles organisent, en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé, la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;
b) elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;
c) [sans préjudice de leurs fonctions de veille, sécurité et polices sanitaires] elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, [en particulier celles dont elles ont la responsabilité], en fonction des orientations retenues [par le projet régional de santé] et des priorités définies par le représentant de l'État territorialement compétent. Elles réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procèdent aux inspections nécessaires ;
d) elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation.

2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé. À ce titre :

a) elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé, des personnels qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées [ou dans certains établissements et services sociaux et médico-sociaux] une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que les formations des aidants et des accueillants familiaux ;

b) elles autorisent la création et les activités des établissements de santé et des installations [de chirurgie esthétique] ainsi que de [certains] établissements et services médico-sociaux ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ; elles attribuent également les financements aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle et s'assurent du respect des cahiers des charges ;

c) elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population. À ce titre, elles mettent en œuvre les mesures mentionnées [dans le schéma régional d'organisation des soins (SROS)] ;

d) elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ;

e) elles veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bien-traitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;
f) elles veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psycho-sociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;

g) [...] elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;
h) en relation avec les autorités compétentes de l'État et les collectivités territoriales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel ;

i) elles évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire » (article L1431-2).

La création, la conversion et le regroupement des activités de soins (y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile), de même que l'installation des équipements matériels lourds sont soumis à une autorisation de l'agence régionale de santé (article L6122-1) [voir encadré].
Peuvent être titulaires d'autorisation (article L6122-3) :

1° Un ou plusieurs médecins, éventuellement associés pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice ;

ENCADRÉ ● Les activités et les équipements soumis à autorisation

En 2011, année de référence pour cette publication, les activités soumises à autorisation, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, sont les suivantes (article R6122-25) :

- « 1° Médecine ;
- 2° Chirurgie ;
- 3° Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
- 4° Psychiatrie ;
- 5° Soins de suite et de réadaptation¹ ;
- 7° Soins de longue durée ;
- 8° Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques ;
- 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° Médecine d'urgence ;
- 15° Réanimation ;
- 16° Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
- 17° Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et 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 ».

Pour indiquer les services offerts par les établissements de santé, le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS²) les identifie à l'aide d'un triplet composé des éléments suivants : activité/modalité/forme. Ainsi, par exemple, un établissement peut être autorisé pour une activité de chirurgie cardiaque, qui soigne des adultes (modalité) en hospitalisation complète (forme).

Par ailleurs, en 2011, les équipements lourds soumis à autorisation sont les suivants (article R6122-26) :

- « 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 ».

1. Le décret n° 2008-377 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) prévoit une seule modalité d'autorisation avec des possibilités de mentions complémentaires (SSR adultes, avec la prise en charge ou non des enfants/adolescents, avec une ou plusieurs prises en charges spécialisées).

2. <http://finess.sante.gouv.fr/finess/index>.

2° Un établissement de santé ;

3° 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'article L6122-1 ou la pratique des activités propres aux laboratoires 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 et également à la réalisation d'une évaluation dans des conditions fixées par décret (article L6122-5). Elle est donnée pour une durée déterminée d'au moins cinq ans, sauf pour les activités de soins nécessitant des dispositions particu-

lières dans l'intérêt de la santé publique. L'agence régionale de santé conclut avec chaque établissement de santé, ou titulaire de l'autorisation, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans. Lorsqu'il comporte des clauses relatives à l'exécution d'une mission de service public, le contrat est signé pour une durée de cinq ans (article L6114-1). Ces contrats déterminent les orientations stratégiques des établissements de santé ou des titulaires de l'autorisation sur la base du projet régional de santé (PRS) défini à l'article L1434-1, et notamment du schéma régional d'organisation des soins ou du schéma interrégional.

Les PRS et les SROS

Selon l'article L1434-1, « le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre ». Il « est constitué :

- 1° D'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;
- 2° De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;
- 3° De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine [...] » (article L1434-2).

Le schéma régional d'organisation des soins (SROS) est donc intégré au sein du projet régional de santé. Il remplace l'ancien schéma régional d'organisation sanitaire. Si les modalités d'élaboration du nouveau SROS ne diffèrent pas de celles du schéma régional d'organisation sanitaire – elles sont basées sur la consultation avec les professionnels de santé –, les modalités de consultation sont élargies suite à la loi, du fait notamment de la création de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. D'autre part, le SROS doit être élaboré de manière coordonnée avec les schémas régionaux relatifs à la prévention et à l'organisation médico-sociale. Une des innovations du nouveau SROS est l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoire. En effet, selon l'article R1434-4, le SROS comprend à améliorer l'efficacité de l'offre de soins » et précise « les modalités de coordination des établissements, professionnels et services de santé » ainsi que « les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation des soins » (article R1434-4). Selon l'article L1434-7, le SROS « a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. [...] ». Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales ». Le SROS « tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires. Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux. [...] ». Il organise la coordination entre les différents services

de santé et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé ». Par ailleurs, selon l'article L1434-9, le SROS « fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé :

- 1° Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret ;
- 2° Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
- 3° Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ;
- 4° Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L6112-2 ;
- 5° Les objectifs et les moyens dédiés à l'offre de soins en milieu pénitentiaire [...] ».

Mis en place par l'ordonnance du 4 septembre 2003, l'ancien dispositif de régulation avait pris définitivement le relais de la carte sanitaire qui fixait des plafonds de capacité d'accueil ou de nombre d'équipements. Il s'était mis 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 et pour une période de cinq ans. L'année 2011, année de référence de l'ouvrage, se situe dans le déroulement des SROS III. Les SROS III ne peuvent plus *a priori* être révisés depuis le 1^{er} juillet 2010. Ils conservent cependant leur validité juridique dans le cadre de la gestion des demandes d'autorisation jusqu'à leur expiration, au terme des cinq ans suivant la date de leur première publication. Suite à la loi HPST, le nouveau dispositif de régulation se met progressivement en place en plusieurs étapes : finalisation du diagnostic, élaboration du PRS, révision des schémas régionaux au niveau général puis thème par thème (chirurgie ambulatoire, dialyse, etc.). Il sera valable pour une durée de cinq ans. 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 types, et des établissements autorisés à exercer l'activité de médecine d'urgence.

VI – Le financement

Deux modes de financement distincts selon les disciplines

Depuis 2004-2005, les deux principaux modes de financement des établissements de santé coexistants sont déterminés à la fois par les disciplines exercées et accessoirement par leur statut juridique :

- La tarification à l'activité (T2A) a été introduite en 2004 dans les établissements publics et ceux participant au service public hospitalier (PSPH), financés antérieurement par dotation globale, et en 2005 dans les établissements privés à but lucratif jusqu'alors rémunérés par des prix de journée et des forfaits techniques (forfait de salle d'opération par exemple). La T2A rémunère l'activité de soins produite dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) quels

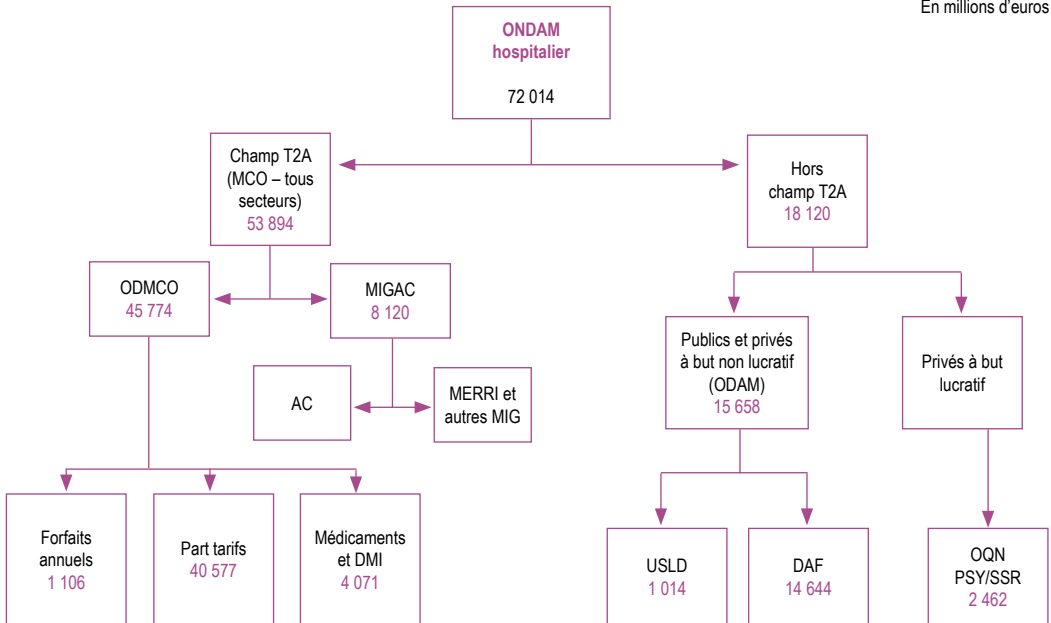
que soient le statut de l'établissement et le type d'activité (hospitalisation complète, partielle, à domicile, structure de dialyse), à l'exception des hôpitaux locaux et des centres hospitaliers de Mayotte et de Saint-Pierre et Miquelon. Concernant les hôpitaux locaux, la loi HPST du 21 juillet 2009 a supprimé le statut d'hôpital local. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 a néanmoins prévu qu'ils resteraient financés par la dotation annuelle de financement (DAF) jusqu'au 1er janvier 2012 et que le passage à la T2A ferait l'objet d'un calendrier aménagé. Il est à noter que le périmètre de la T2A a été élargi aux établissements militaires (service de santé des armées – SSA) depuis le 1^{er} janvier 2009 et aux établissements de Guyane (avec une mise en œuvre progressive aboutissant en 2018) depuis le 1er janvier 2010.

- Concernant les autres disciplines (soins de suite et de réadaptation – SSR, psychiatrie et long séjour), elles sont appe-

lées à connaître un mode de financement similaire à la T2A, mais demeurent pour l'instant financées selon un mode différent, qu'il s'agisse d'établissements publics et privés PSPH (DAF) ou d'établissements privés à but lucratif (facturation de prix de journée). L'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) présente depuis 2006 deux sous-objectifs hospitaliers distincts selon le mode de financement qui génère ces dépenses : les dépenses des établissements de santé relevant de la tarification à l'activité et les autres dépenses relatives aux établissements de santé (voir schéma et tableau 2). Ce second sous-objectif agrège les dépenses de psychiatrie et de SSR, celles des ex-hôpitaux locaux, des unités de soins de longue durée (USLD), mais aussi certaines dépenses non régulées ainsi que celles du Fonds de modernisation des établissements publics et privés (FMESPP) intégré dans l'ONDAM la même année.

SCHÉMA ● La décomposition de l'ONDAM hospitalier en 2011¹

En millions d'euros



1. Hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Les chiffres présentés correspondent aux dépenses constatées en 2011.

Sources • Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, données ATIH.

Sigles

- ONDAM : Objectif national des dépenses d'Assurance maladie
- ODMCO : Objectif national des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique
- MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
- MERRI : Missions d'enseignement, recherche, référence et innovation
- MIG : Missions d'intérêt général
- AC : Aide à la contractualisation
- ODAM : Objectif des dépenses d'Assurance maladie
- DMI : Dispositifs médicaux implantables
- USLD : Unité de soins de longue durée
- DAF : Dotation annuelle de financement
- OQN PSY/SSR : Objectif national quantifié, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation

TABLEAU 2 ● Les dépenses hospitalières dans l'ONDAM

En millions d'euros

		Dépenses hospitalières dans l'ONDAM, hors FMESPP	SSR, psychiatrie, USLD, etc.	T2A	dont ODMCO	dont dotation MIGAC
2009	Dépenses constatées	69 106	17 701	51 405	43 727	7 678
2010	Dépenses constatées	70 334	17 668	52 665	44 866	7 799
2011	Dépenses constatées	72 014	18 120	53 894	45 774	8 120
2012	Dépenses constatées	73 303	18 480	54 815		
2013	Objectifs	75 621	19 015	56 605	48 020	8 585

Sources

2010 : ATIH, Rapport des réalisations de la campagne budgétaire 2010.

2011 : ATIH, Analyse de l'activité hospitalière 2011.

2012 : le périmètre ONDAM ES est hors FMESPP et hors crédits ayant alimenté le Fonds d'intervention régional au 1^{er} mars 2012.

2013 : DGOS, circulaire relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé du 29 mars 2013.

Les composantes de la T2A

La T2A comporte elle-même deux composantes.

- La première composante rémunère des prestations de soins selon une nomenclature tarifaire révisée chaque année, dont le socle correspond à des forfaits au séjour tout compris (groupes homogènes de séjours – GHS). Les séjours réalisés dans les établissements sont préalablement rattachés à des groupes homogènes de malades (GHM) selon des caractéristiques médico-économiques codées et rassemblées à la sortie du patient dans un résumé de sortie standardisé (RSS). Certains éléments peuvent être facturés en sus des GHS comme les médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) particulièrement coûteux, les suppléments journaliers (réanimation et néonatalogie) ou les séjours de durée extrême (haute ou basse) qui peuvent faire l'objet d'une tarification spécifique. Par ailleurs, 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, la médecine d'urgence et les prélèvements d'organes. La médecine d'urgence, les greffes 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 distinctes de l'activité et liées à l'organisation de la permanence des soins, que des patients soient présents ou pas. Le total des dépenses de Sécurité sociale correspondant à cette première composante est régulé à l'intérieur d'un objectif commun à tous les établissements appelé ODMCO (objectif national des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique).

- La seconde composante est constituée par la dotation finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) dont l'objet, défini par l'article L162-22-13 du code de la Sécurité sociale, est de financer les engagements des établissements figurant dans leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM – article L6114-2 du code de la santé publique). En conséquence, cette dotation est en premier lieu destinée à financer les activités ne pouvant se traduire en prestations de soins individualisées et tarifables. Il s'agit de financer des missions comme la recherche ou l'enseignement (missions d'enseignement, recherche, réfé-

rence et innovation – MERRI) et des missions d'intérêt général (MIG) fixées par arrêté qui consomment 72,2 % des MIGAC en 2011. À ce titre, la dotation MIGAC finance, par dérogation à la règle générale, des activités de soins identifiables, mais dispensées à certaines populations spécifiques (détenus par exemple). Néanmoins, la dotation d'aide à la contractualisation (AC, 27,8 % de la dotation MIGAC en 2011) finance les autres engagements pris par les établissements dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Cette dotation a été conçue de manière à financer ponctuellement et temporairement les établissements de santé afin qu'ils puissent mettre en œuvre les adaptations de l'offre de soins, les orientations visant à améliorer la qualité des soins, les priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, ainsi que pour accompagner la montée en charge du modèle de financement T2A. Depuis 2008, cette dotation sert aussi à mettre en œuvre les engagements figurant dans les contrats de retour à l'équilibre financier. Si la T2A s'applique aux établissements anciennement sous dotation globale (publics et privés PSPH), ainsi qu'aux cliniques privées, et se trouve régulée dans des objectifs communs aux deux secteurs d'établissements, elle présente des spécificités dans chacun des secteurs :

– le secteur privé ne perçoit que très peu de dotation MIGAC (1,24 % en 2011) ;

– chaque secteur se voit appliquer des tarifs différents mais calculés selon une méthodologie commune (ceux des cliniques n'incluant pas les honoraires perçus par les médecins comptabilisés par ailleurs dans les dépenses de soins de ville de l'ONDAM et non dans les dépenses hospitalières).

Une réforme progressive et aménagée

Dans sa composante tarifaire, la T2A a pour objet de rémunérer les établissements selon l'activité de soins effectivement produite, mais elle a aussi pour vocation de corriger les inégalités historiques de ressources constatées entre les établissements. Les tarifs doivent converger vers les tarifs nationaux, calculés pour chaque secteur en fonction de leur moyenne respective : publics et privés PSPH anciennement sous dotation globale d'une part, cliniques privées d'autre part. Dans ce processus de convergence, des montants importants sont redéployés entre établissements (à activité identique). Jusqu'à fin 2007, les mécanismes destinés à garantir la progressivité de ces

effets redistributifs étaient différents dans chaque secteur :

– pour les établissements privés à but lucratif, un coefficient de transition appliqué aux tarifs nationaux a été calculé pour chaque établissement jusqu'au début de l'année 2011. Depuis mars 2011, il n'a plus lieu d'être (coefficient de 1 pour tous les établissements) ;

– pour les hôpitaux publics et les cliniques anciennement sous dotation globale, une part croissante (10 % en 2004, 25 % en 2005, 35 % en 2006 et 50 % en 2007) de l'activité totale facturée a été rémunérée par application des tarifs nationaux, l'établissement percevant en même temps une dotation annuelle

complémentaire (DAC). En 2008, la DAC a été supprimée, les tarifs nationaux sont applicables à 100 % et sont modulés par un coefficient de transition spécifique à chaque établissement. Ce coefficient est de 1 depuis le 1er mars 2011, date de fin de la période de transition. La convergence est donc achevée. La T2A comportait également un objectif de convergence des tarifs entre les deux secteurs, mais le terme de sa mise en œuvre, fixé dans un premier temps à 2012 d'après la loi de financement de la Sécurité sociale – LFSS – de 2004, a été repoussé à 2018 par la LFSS pour 2010. « Le processus de convergence a été abandonné à partir de la LFSS pour 2013. »

2 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
- Les internes dans les établissements de santé
- Personnels non médicaux salariés et sages-femmes
- Les salaires dans le secteur hospitalier
- Les établissements de santé dans les DOM : activité et capacités

Les grandes catégories d'établissements de santé

En France métropolitaine et dans les DOM hors Mayotte, 2 694 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Ils offrent 414 000 lits d'hospitalisation à temps complet et 65 000 places d'hospitalisation partielle. Ces structures diffèrent par leur statut juridique, leur taille et leurs missions.

Résultant à la fois d'initiatives publiques et privées, le secteur hospitalier français présente aujourd'hui un paysage varié. Des structures de trois types de statuts juridiques cohabitent ; elles 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 y travaillant présentent la même hétérogénéité.

2 694 structures hospitalières offrant 414 000 lits et 65 000 places

Au 31 décembre 2011, 2 694 structures hospitalières disposent de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (comptées en places) en France métropolitaine et dans les DOM, hors Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA). Le nombre de lieux de soins est en réalité plus élevé car on dénombre soit des établissements géographiques, soit des entités juridiques (voir définitions). Ces structures hospitalières peuvent être de tailles et de natures très différentes. Au total, elles offrent une capacité d'accueil de 414 000 lits et 65 000 places (voir la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital »). De plus, certains établissements autorisés dispensent des soins (comptés en séances) sans avoir de capacité d'accueil. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. On dénombre à ce titre, en 2011, 112 entités juridiques de dialyse auxquelles sont rattachées 680 antennes. Enfin, les structures hospitalières peuvent former des groupements de coopération sanitaire pour mutualiser des moyens ou une partie de leur activité. Ces groupements peuvent eux-mêmes être érigés en établissements de santé (publics ou privés) s'ils sont titulaires d'autorisations d'activité de soins (voir chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel »). Le nombre de structures hospitalières s'est continuellement réduit, essentiellement en raison de la disparition d'établissements géographiques (voir définitions) de statut privé. Ces derniers ont vu leur nombre diminuer sous l'effet des réorganisations et restructurations. 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. Toutefois, les nouveaux modes de coopération pourraient

Champ

France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA). Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou d'une place) à temps complet ou partiel, y compris hôpitaux locaux. 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. Les ESPIC se substituent de manière générale aux établissements privés à but non lucratif. Cependant, la présentation traditionnelle « établissements publics/privés à but non lucratif/privés à but lucratif » est conservée dans le reste de l'ouvrage. Par ailleurs, la catégorie « hôpital local » n'existe plus suite à la loi

HPST. Ces établissements restent cependant financés sous forme de dotation jusqu'en 2012. Dans cette fiche, ils sont comptabilisés avec les centres hospitaliers mais, dans le reste de l'ouvrage, ils constituent une catégorie à part entière.

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 ou un conseil de surveillance, 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

à conduire dans les prochaines années à une augmentation du nombre d'entités juridiques (entités juridiques institutionnelles et entités juridiques détentrices d'autorisation).

Un paysage hospitalier très varié

Parmi les 947 entités juridiques publiques coexistent trois types d'établissements qui se différencient selon leurs missions : 33 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 ; 802 centres hospitaliers (y compris ex-hôpitaux locaux), catégorie intermédiaire d'établissements, assurent la majeure partie des prises en charge de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ainsi que la prise en charge et les soins pour les personnes âgées ; 88 centres hospitaliers sont spécialisés en psychiatrie (voir tableau). Enfin, les 24 « autres établissements publics » correspondent essentiellement à des centres d'imagerie et de radiothérapie. Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements cohabitent : les établissements privés à but lucratif, au nombre de 1 047, et les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC). Ces derniers regroupent les 19 centres de lutte contre le cancer ainsi que 681 autres établissements privés à but non lucratif (voir encadré). Les cliniques privées représentent environ un quart des lits et places du secteur hospitalier et les ESPIC, 14 %.

Un poids du secteur privé très variable selon les régions

En termes de lits et de places, le secteur public est prédominant dans l'ensemble des régions, excepté en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) où il représente 46 % des capacités (voir carte). Dans quatre régions, ce secteur dispose de plus de 75 % des capacités. Il s'agit du Limousin, du Poitou-Charentes, de la Martinique et de la Picardie. Les cliniques privées disposent de 47 % des lits et des places en Corse, 39 % en PACA, mais de seulement 5 % en Alsace. La part du secteur privé à but non lucratif est très variable d'une région à l'autre : dans quelques régions, ce secteur n'est pas ou peu présent (Corse, Champagne-Ardenne, Guadeloupe, Martinique, Poitou-Charentes), alors qu'en Alsace et en Lorraine, il représente plus de 20 % des lits et des places.

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 groupement de coopération sanitaire sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

Pour en savoir plus

- Bras P.-L., Pouvoirville (de) G., Tabeau D. (dir.), 2009, *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences Po/Éditions de Santé, juin, Paris.
- Kervasdoué (de) J., 2005, *L'Hôpital*, coll. Que sais-je ?, PUF, 2^e édition.

Sources

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

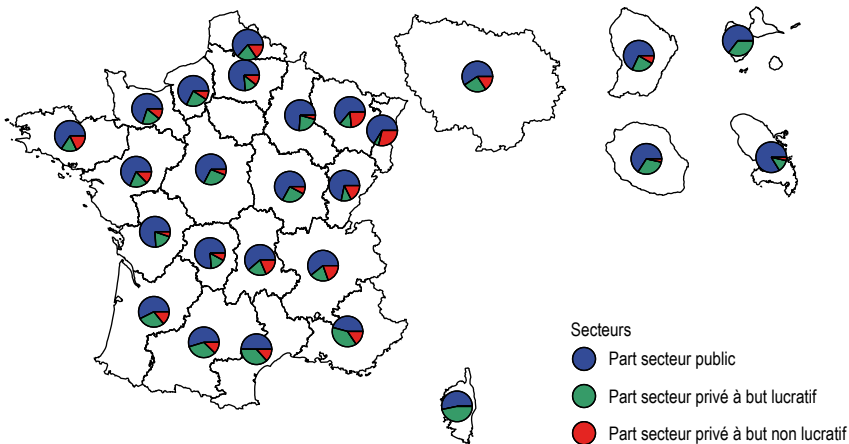
TABLEAU ● Établissements de santé avec capacités d'hospitalisation par catégorie d'établissements en 2011

Catégorie d'établissements	Entités	Nombre de lits	Nombre de places
Public	947	258 156	38 862
Centres hospitaliers régionaux (CHR/CHU)	33	75 374	8 934
Centres hospitaliers (CH) (dont anciens hôpitaux locaux)	802	153 053	15 213
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	88	26 208	14 243
Autres établissements publics	24	3 521	472
Privé à but non lucratif	700	57 717	11 778
Centres de lutte contre le cancer	19	2 884	795
Autres établissements privés à but non lucratif	681	54 833	10 983
Privé à but lucratif	1 047	98 522	14 512
Établissements de soins de suite et de réadaptation	318	25 078	2 025
Établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires	551	60 054	11 464
Établissements de lutte contre les maladies mentales	141	11 589	918
Établissements de soins de longue durée	12	508	0
Autres établissements privés à but lucratif	25	1 293	105
Ensemble	2 694	414 395	65 152

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2011 traitements DREES.

CARTE ● Répartition du nombre de lits et de places au 31 décembre 2011 selon le statut juridique des établissements



Champ • Champ France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2011 traitements DREES.

Les capacités d'accueil à l'hôpital

En 2011, 414 000 lits d'hospitalisation à temps complet ont été dénombrés dans les établissements de santé de France métropolitaine et dans les DOM, hors Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA), soit une diminution de 54 000 lits d'hospitalisation en huit ans. En contrepartie, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre, en 2011, un total de 65 000 places.

Une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein

Entre 2003 et 2011, hors Mayotte, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468 000 à 414 000, y compris le service de santé des armées (SSA). La fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier et a concerné la quasi-totalité des disciplines. Le nombre de lits en court séjour (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique) et en psychiatrie a diminué tout au long de la période. Ce sont surtout les capacités d'accueil en long séjour qui ont diminué, passant de 80 000 en 2003 à 32 000 en 2011 en raison de la transformation en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de certaines unités. Cette baisse résulte de l'application de la circulaire de novembre 2008 relative à la partition des unités de soins de longue durée (USLD) [circulaire DHOS/02/ F2/DGAS/2C/CNSA n° 2008/340 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les USLD]. Elle a été particulièrement forte en 2009 et 2010 et s'est nettement ralentie en 2011. Seules les capacités en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) ont continué d'augmenter, le nombre de lits étant passé de 92 000 en 2003 à plus de 100 000 en 2011 (voir graphique 1). Ce mouvement résulte, d'une part, de la volonté de suppression de lits excédentaires et de la réorganisation de l'offre et traduit, d'autre part, 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 à la faveur de l'hospitalisation à temps partiel est en effet intervenue à la suite des innovations en matière de technologies médicales et médicamenteuses,

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 2003 et 2011, il s'est ainsi créé 10 000 places d'hospitalisation à temps partiel en MCO, venant compléter les 18 000 places déjà existantes (voir graphique 2). En psychiatrie, le nombre de places a faiblement augmenté depuis 2003 (+ 2 000 places seulement, soit une augmentation moyenne de 0,8 % par an). En moyen séjour, et en particulier pour la réadaptation fonctionnelle, le nombre de places créées en huit ans est proche de 4 000. La répartition des places par discipline reflète la spécialisation des différentes catégories d'établissements. En 2011, 40 % 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. Les établissements privés à but non lucratif regroupent près de la moitié des capacités d'hospitalisation à temps partiel en moyen séjour et 18 % des places en psychiatrie. Les hôpitaux publics offrent 80 % 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.

Les disparités régionales continuent à se réduire

Toutes disciplines confondues, le nombre de lits pour 10 000 habitants varie de 35 pour La Réunion et la Guyane à 82 dans le Limousin (voir carte 1) et le nombre de places, de 5 en Guyane à 14 dans le Limousin (voir carte 2). Le Limousin et l'Auvergne se distinguent par une forte densité de lits comme de places. À l'opposé, la Guyane apparaît sous-dotée pour les deux types de capacités. L'ampleur des disparités de lits et de places entre régions varie selon la discipline : elles sont très faibles en court séjour [coefficient de variation (CV) de 0,12], un peu plus importantes en psychiatrie ou en moyen séjour (CV de 0,24 et 0,21). Toutefois, les disparités entre régions se sont fortement réduites ces dernières années.

Champ

France métropolitaine et DOM hors Mayotte, y compris le SSA. 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

Les capacités sont classées en fonction de l'autorisation rattachée

à l'unité d'hospitalisation à laquelle elles appartiennent :

- **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.

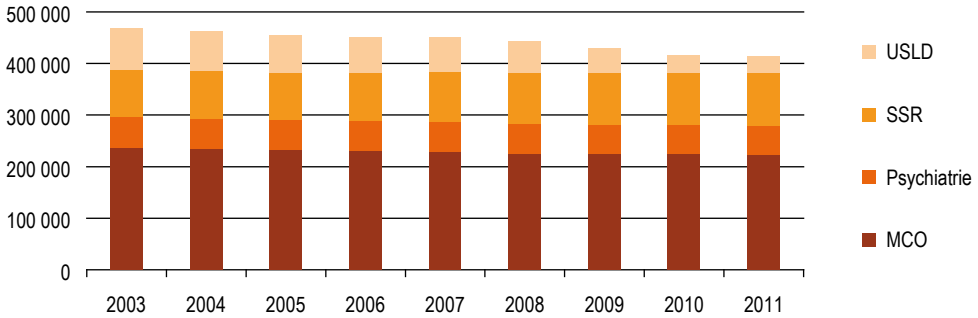
- **Les capacités d'accueil** des établissements de santé sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète et en places pour l'hospitalisation partielle (le nombre de places est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et des places installés au 31 décembre 2011, 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 de 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 ».

Sources

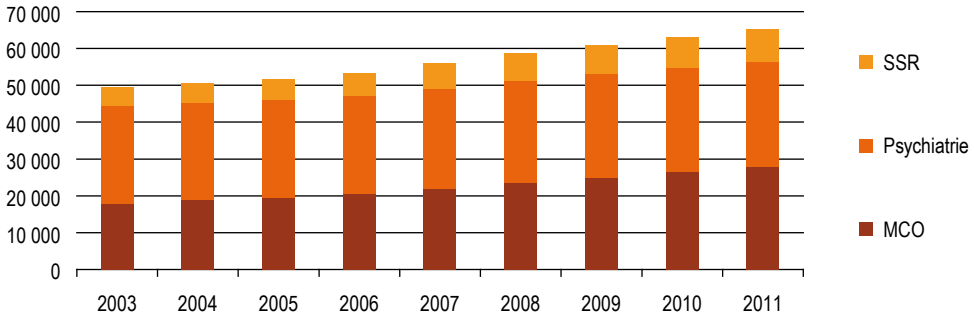
La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

GRAPHIQUE 1 ● Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète entre 2003 et 2011



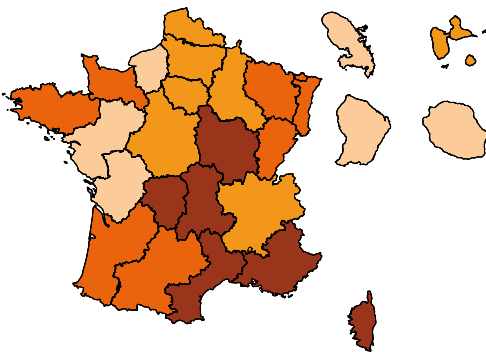
Champ • France métropolitaine et DOM hors Mayotte, y compris SSA.
Sources • DREES, SAE 2003-2011 traitements DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Évolution du nombre de places d'hospitalisation partielle entre 2003 et 2011



Champ • France métropolitaine et DOM hors Mayotte, y compris SSA.
Sources • DREES, SAE 2003-2011 traitements DREES.

CARTE 1 ● Densité de lits en France en 2011

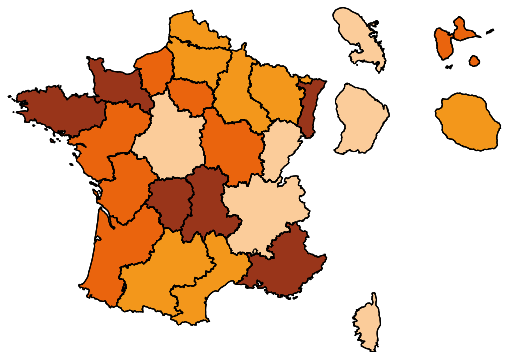


Nombre de lits pour 10 000 habitants

[70 ; 82]	[60 ; 65 [
[65 ; 70 [[14 ; 60 [

Champ • France métropolitaine et DOM hors Mayotte, y compris SSA.
Sources • DREES, SAE 2011 traitements DREES;
INSEE, estimations localisées de la population au 1^{er} janvier 2011.

CARTE 2 ● Densité de places en France en 2011



Nombre de places pour 10 000 habitants

[11 ; 14]	[9 ; 10 [
[10 ; 11 [[2 ; 9 [

Champ • France métropolitaine et DOM hors Mayotte, y compris SSA.
Sources • DREES, SAE 2011 traitements DREES;
INSEE, estimations localisées de la population au 1^{er} janvier 2011.

L'activité en hospitalisation complète et partielle

En France métropolitaine et dans les DOM (hors Mayotte), le secteur hospitalier a pris en charge, en 2011, 26 millions de séjours, dont plus de la moitié ont duré moins de un jour. Ces derniers continuent leur progression, notamment en MCO et en moyen séjour où leur part dans l'activité est de plus en plus importante. Le nombre de journées d'hospitalisation diminue de 1 %. Les portefeuilles d'activité des établissements de santé par mode de prise en charge et par grande discipline font apparaître leur spécialisation, comme les soins de longue durée et la psychiatrie qui sont essentiellement pris en charge par les établissements publics.

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

Au cours de l'année 2011, les établissements de santé ont pris en charge 26,4 millions de séjours répartis en 12,1 millions d'hospitalisations à temps complet et 14,3 millions de venues en hospitalisation partielle ou de moins de un jour (voir tableau). 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 plus de 86 % des prises en charge, le moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) 8 % et la psychiatrie 5 %. Les soins de longue durée représentent maintenant une part négligeable de l'activité. 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. Les soins de courte durée représentent, quant à eux, 44 % des venues et le moyen séjour 19 %.

Évolution progressive des modes de prise en charge

Depuis une vingtaine d'années, on enregistre une diminution de l'activité d'hospitalisation à temps complet, même si le nombre d'entrées en hospitalisation complète s'est globalement stabilisé ces dernières années. Dans le même temps se sont développées les prises en charge à temps partiel, avec des disparités toutefois selon le statut juridique et la discipline d'équipement. En 2011, l'activité à temps partiel a augmenté dans l'ensemble de 3,3 % : +6,7 % en moyen séjour, +3,3 % en médecine, chirurgie et obstétrique et +1,7 % en psychiatrie.

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, poursuit sa diminution en 2011 (-4,9 %), avec 11,4 millions de journées. Après une augmentation jusqu'en 2001, l'activité a diminué dans cette discipline, suite à la transformation en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'un grand nombre d'unités. Le nombre de jour-

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2011, en France métropolitaine et dans les DOM hors Mayotte (hors séances), y compris le service de santé des armées (SSA). 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 (0,3 % des séjours).

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 », également appelée hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. Un séjour supérieur à un jour est classé en hospitalisation de plus de un jour,

nées d'hospitalisation continue d'augmenter en moyen séjour (+1,2 %), il se stabilise en psychiatrie (-0,2 %) et diminue en médecine, chirurgie, obstétrique (-1 %).

Peu de variations régionales

Le nombre d'entrées en hospitalisation complète en MCO rapporté à la population s'élève à 16 % pour la France et les DOM (voir carte). Ce nombre demeure supérieur à 18 % en Limousin, Corse et Bourgogne, régions qui comptent parmi les plus âgées avec environ trois habitants sur dix âgés de 60 ans ou plus. À l'opposé, c'est pour La Réunion qu'il est le plus bas (13,2 %), région qui comporte également la proportion la plus faible de personnes âgées de 60 ans ou plus. Or, c'est surtout après 65 ans que le taux d'hospitalisation en MCO augmente fortement (voir la fiche « Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle »).

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

La structure d'activités, tant en termes de grande discipline que de mode de prise en charge, varie sensiblement selon le statut juridique des établissements de santé (voir graphique). Les soins de courte durée en hospitalisation complète et partielle sont essentiellement répartis entre hôpitaux publics et cliniques privées. 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 ; les établissements privés à but non lucratif prennent toutefois une forte part dans les soins de suite et de réadaptation à temps partiel et les établissements publics dans ceux à temps complet. 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 », « La spécialisation en chirurgie », « La spécialisation en obstétrique »).

encore appelée hospitalisation complète. Dans les autres disciplines, les séjours sont classés en fonction de l'autorisation rattachée à l'unité d'hospitalisation (hospitalisation complète ou hospitalisation partielle).

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

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit

l'activité des établissements de santé (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 DGOS et l'ATIH fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

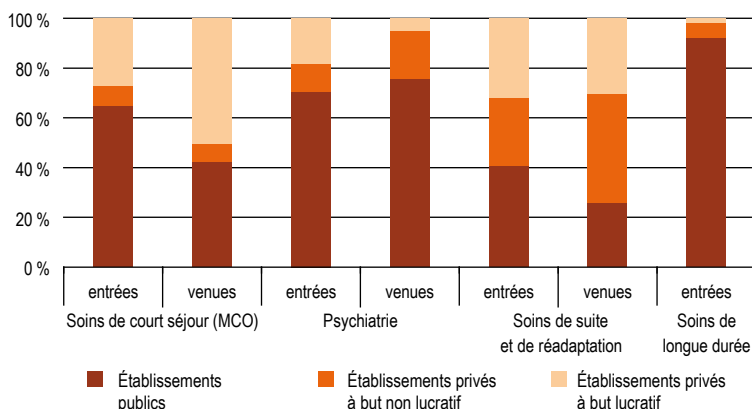
TABLEAU ● Nombre de journées et de séjours (entrées et venues) par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2011

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011
Venues en hospitalisation partielle	7 405 597	2,3 %	2 649 401	1,6 %	4 226 231	6,2 %	14 281 229	3,3 %
MCO	2 641 233	2,5 %	474 443	3,0 %	3 145 345	4,1 %	6 261 021	3,3 %
Psychiatrie	4 078 874	1,3 %	1 022 391	-0,4 %	273 642	17,8 %	5 374 907	1,7 %
Soins de suite et de réadaptation	685 490	8,1 %	1 152 567	3,0 %	807 244	11,2 %	2 645 301	6,7 %
Entrées en hospitalisation complète	7 664 907	0,6 %	1 164 749	-0,1 %	3 261 885	-0,3 %	12 091 541	0,3 %
MCO	6 794 494	0,7 %	825 505	-0,5 %	2 833 137	-0,7 %	10 453 136	0,2 %
Psychiatrie	454 428	0,4 %	71 836	3,8 %	118 998	1,6 %	645 262	1,0 %
Soins de suite et de réadaptation	396 317	0,6 %	266 031	0,0 %	309 400	2,3 %	971 748	1,0 %
Soins de longue durée	19 668	-5,6 %	1 377	-8,0 %	350	-22,6 %	21 395	-6,1 %
Journées en hospitalisation complète	78 043 692	-0,9 %	16 695 874	-1,0 %	27 389 682	0,3 %	122 129 248	-0,7 %
MCO	42 517 671	-0,6 %	4 727 207	-1,1 %	12 827 807	-2,2 %	60 072 685	-1,0 %
Psychiatrie	12 148 375	-1,0 %	2 209 705	-2,3 %	4 246 246	3,6 %	18 604 326	-0,2 %
Soins de suite et de réadaptation	12 985 947	1,4 %	8 896 098	-0,2 %	10 126 307	2,2 %	32 008 352	1,2 %
Soins de longue durée	10 391 699	-5,0 %	862 864	-4,7 %	189 322	-0,5 %	11 443 885	-4,9 %

Champ • France métropolitaine et DOM hors Mayotte, y compris SSA.

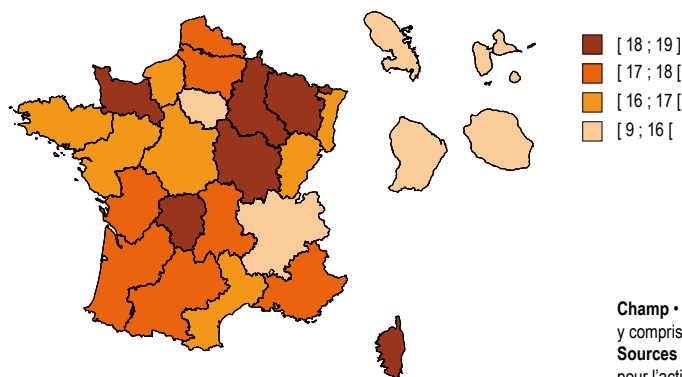
Sources • ATI, PMSI-MCO 2010-2011 traitements DREES, pour l'activité de court séjour; DREES, SAE 2010-2011 traitements DREES, pour les disciplines hors MCO.

GRAPHIQUE ● Répartition des séjours en 2011



Lecture • Entrées pour l'hospitalisation à temps complet ; venues pour l'hospitalisation à temps partiel. Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'à temps complet.
 Champ • France métropolitaine et DOM hors Mayotte, y compris SSA.
 Sources • ATI, PMSI-MCO 2011 traitements DREES, pour l'activité de court séjour; DREES, SAE 2011 traitements DREES, pour les disciplines hors MCO.

CARTE ● Nombre d'entrées en hospitalisation complète de MCO pour 100 habitants en 2011



Champ • France métropolitaine et DOM hors Mayotte, y compris SSA.
 Sources • ATI, PMSI-MCO 2011 traitements DREES, pour l'activité de court séjour.

Les autres prises en charge hospitalières

Les établissements de santé ont réalisé, en 2011, 14,3 millions de séjours en hospitalisation à temps partiel en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), en psychiatrie et en moyen séjour, pour un total d'environ 65 000 places. À ces prises en charge, il faut ajouter 16 millions de séances ou de préparations de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse ainsi que des séjours en hospitalisation à domicile.

Les alternatives à l'hospitalisation complète

La fermeture de lits d'hospitalisation complète 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 complète (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, et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires (voir la fiche « L'activité en hospitalisation complète et partielle »). Les structures d'hospitalisation à domicile (voir les fiches correspondantes) assurent également des prises en charge intermédiaires entre l'établissement de santé et la médecine de ville (voir tableau 1). Jusqu'en 2006, l'hospitalisation de moins de un jour a connu une progression considérable. En 2007, les modifications du codage des prises en charge – liées à la circulaire sur les actes frontalières et à l'arrêté sur les forfaits « sécurité-environnement » (SE) – ont eu pour effet de conduire à une baisse très nette de l'hospitalisation partielle par rapport à 2006, au profit notamment des consultations externes (non étudiées dans cette fiche). L'évolution à champ constant est difficile à mesurer entre 2007 et 2008. Après 2008, la comparaison est de nouveau possible, et l'hospitalisation partielle en court séjour continue de progresser : +3 % entre 2008 et 2009, +1,7 % entre 2009 et 2010, +3 % entre 2010 et 2011 tous secteurs confondus.

Les séances

Par ailleurs, on comptabilise, en France métropolitaine et dans les DOM, des traitements et des cures ambulatoires, en particulier 4,5 millions de préparations de chimiothérapie, 5,7 millions de séances de dialyse et 3,9 millions de radiothérapie (voir tableau 2). La grande majorité (96 %) des séances de

Champ

Activités alternatives à l'hospitalisation à temps complet ayant fonctionné en 2011 en France métropolitaine et dans les DOM, hors Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA), sauf pour l'hospitalisation à domicile qui ne comporte pas le SSA. Les consultations externes déclarées par les établissements publics de santé ne sont pas comptabilisées.

Définitions

• **Alternatives à l'hospitalisation** : elles ont « pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les presta-

tions ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile » (article R6121-4 du code de la santé publique).

• **Chimiothérapie** : elle consiste en 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

radiothérapie sont réalisées en ambulatoire et principalement dans les cliniques privées. Le secteur public occupe, quant à lui, une place prépondérante dans l'activité de chimiothérapie. En effet, 51 % des préparations délivrées le sont dans ce secteur. Les dix-neuf centres de lutte contre le cancer (CLCC) prennent également en charge une partie importante de l'activité de radiothérapie et de chimiothérapie. En effet, ces établissements ont délivré 13 % des préparations de chimiothérapie et réalisé 21 % des séances de radiothérapie.

Enfin, environ 500 000 personnes ont été transfusées (données Établissement français du sang). Les autres traitements et cures ambulatoires sont notamment réalisés par du personnel non médical. Ils concernent essentiellement les prises en charge en psychiatrie (psychologues, infirmières, etc.) et en réadaptation fonctionnelle (kinésithérapie, etc.).

Les consultations mémoires

En lien avec la mise en place du Plan Alzheimer 2008-2012, 592 entités ayant une activité de médecine ou de moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) déclarent avoir une consultation mémoire dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées en France métropolitaine et dans les DOM. Ces consultations ont accueilli quelque 254 000 patients différents au cours de l'année 2011, il s'agit de consultations labellisées pour 200 000 d'entre eux.

Les soins palliatifs

En France métropolitaine et dans les DOM, on dénombre, en 2011, 115 unités de soins palliatifs (USP) ; celles-ci totalisent 1 300 lits (voir tableau 3). Ces unités sont présentes en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) ou en moyen séjour. Par ailleurs, 5 200 lits sont des lits identifiés en soins palliatifs, mais localisés hors d'unités dédiées (USP). Enfin, 420 équipes mobiles spécifiques de soins palliatifs (EMSP) se déplacent au lit des malades, auprès des soignants, voire interviennent au domicile ou dans d'autres structures. Elles ont un rôle de conseil et de soutien et ne pratiquent pas de soins.

Les urgences

En France métropolitaine et dans les DOM, les urgences ont accueilli 18,4 millions de passages en 2011. 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 chapitres 5 et 6).

des affections non cancéreuses est faible.

• **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 centres de lutte contre le cancer (CLCC)** sont au nombre de 19 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., Mermilliod C., 2005, « L'activité de radiothé-

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

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

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (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

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Venues/ Séjours en milliers(1)	Places	Venues/ Séjours en milliers(1)	Places	Venues/ Séjours en milliers(1)	Places	Venues/ Séjours en milliers(1)	Places
Hospitalisation partielle en MCO dont :								
<i>médecine</i>	1 749	9 065	258	1 507	1 365	2 171	3 372	12 743
<i>anesthésie-chirurgie</i>	666	3 974	202	1 202	1 725	8 932	2 593	14 108
<i>gynéco-obstétrique</i>	227	1 009	14	32	55	39	296	1 080
Total	2 642	14 048	474	2 741	3 145	11 142	6 261	27 931
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie	4 079	22 468	1 022	5 030	274	926	5 375	28 424
Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation	685	2 346	1 153	4 007	807	2 444	2 645	8 797
Total	7 406	38 862	2 649	11 778	4 226	14 512	14 281	65 152
Hospitalisation à domicile (HAD) (2) (données hors SSA)	57 127	3 705	86 682	7 416	15 439	1 855	159 248	12 976

1. On parle de séjours en hospitalisation à domicile et de venues pour les autres alternatives à l'hospitalisation complète.

2. Champ : France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, hors SSA.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2011 traitements DREES, pour l'activité de court séjour ; PMSI-HAD 2011 traitements DREES pour l'HAD ; SAE 2011 traitements DREES, pour les autres disciplines.

TABLEAU 2 ● Nombre de séances ou de préparations en 2011 selon le statut de l'établissement

Séances	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif, dont CLCC*	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Chimiothérapie				
Nombre de venues en chimiothérapie	994 078	385 918	676 452	2 056 448
Nombre de préparations de chimiothérapie délivrées	2 257 346	947 179	1 256 695	4 461 220
Radiothérapie				
Nombre de séances sur malades ambulatoires	883 766	859 909	1 973 281	3 716 956
Nombre de séances sur malades hospitalisés	61 884	56 109	53 225	171 218
Nombre total de séances	945 650	916 018	2 026 506	3 888 174
Dialyse				
Nombre de séances	1 562 388	2 164 436	2 011 835	5 738 659
Nombre total de séances ou de préparations	5 759 462	4 413 551	5 971 488	16 144 501

* Depuis 2010, le CLCC Huguenin de Saint-Cloud est absorbé par le CLCC Institut Curie.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2011 traitements DREES.

TABLEAU 3 ● Répartition des structures d'accueil en soins palliatifs selon le statut de l'établissement

	Effectif total	Répartition selon le statut de l'établissement (en %)		
		Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif
Unités de soins palliatifs (USP)	115	61 %	23 %	16 %
<i>Nombre de lits dans les USP</i>	1 329	52 %	35 %	13 %
Équipes mobiles spécifiques de soins palliatifs (EMSP)	420	80 %	13 %	7 %
Nombre de lits identifiés «soins palliatifs» hors USP	5 222	60 %	24 %	16 %

Note • Le décompte dans ce tableau est réalisé au niveau des établissements géographiques et non pas au niveau des entités juridiques.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2011 traitements DREES.

Emplois de médecins, odontologistes et pharmaciens

En 2011, le nombre d'emplois médicaux, y compris internes, dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM, y compris le service de santé des armées (SSA) s'établit à 180 000 (+0,6 % par rapport à 2010). Les emplois salariés qui représentent 6 emplois sur 10 sont stables, tandis que le nombre de libéraux concentrés pour 87 % dans les établissements privés à but lucratif diminue.

Progression des emplois médicaux dans les secteurs privés à but non lucratif et à but lucratif

En 2011, les emplois médicaux des établissements de santé sont au nombre de 180 000 : 111 000 salariés, 42 500 praticiens libéraux et 27 000 internes et assimilés. Le nombre de postes de médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens salariés reste stable entre 2010 et 2011 (+0,1 %). À l'inverse, le nombre de postes de praticiens libéraux diminue de 0,6 % (voir tableau 1). Deux tiers des emplois médicaux relèvent des hôpitaux publics, 23 % des cliniques privées et 10 % des établissements privés à but non lucratif.

Le nombre total d'emplois médicaux demeure constant dans les établissements publics, de même que les emplois salariés : -0,2 % en effectifs, +0,3 % en équivalent temps plein (ETP) (voir tableau 2). En revanche, le nombre d'internes et assimilés augmente toujours, conformément à la hausse continue du nombre de postes ouverts lors des épreuves classantes nationales (ECN). À l'hôpital, les internes et assimilés représentent 25 000 emplois, c'est-à-dire 20 % des emplois médicaux. Enfin, 1 400 professionnels libéraux exercent dans les établissements publics.

Dans les établissements privés à but non lucratif, les emplois médicaux augmentent de 1,3 %. Les emplois salariés, qui représentent 71 % des emplois, sont en hausse (+1,8 %). Ceux des libéraux diminuent de 2,3 % et les internes et assimilés enregistrent une hausse de 6,1 %.

Dans les cliniques privées, les emplois médicaux sont plus nombreux qu'en 2010 (+1,8 %). Les emplois salariés augmentent de 1,8 % et les libéraux de 1,7 %. Les libéraux non exclusifs, exerçant dans plusieurs établissements, sont comptés autant de fois qu'ils interviennent dans des établissements différents.

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

Parmi les emplois de praticiens exerçant à titre salarié ou libéral dans les établissements de santé, 60 % sont dédiés, à temps plein ou à temps partiel, à la médecine générale et à des spécialités médicales (anesthésie, réanimation, pédiatrie, etc.), quel que soit le secteur dans lequel ils interviennent (voir tableau 3). La part des emplois relevant de la médecine générale et des spécialités médicales est un peu plus élevée dans les établissements publics et privés à but non lucratif (60 %) que dans les cliniques privées (57 %). Celles-ci se consacrent en effet davantage à la chirurgie (voir la fiche « La spécialisation en chirurgie »). Quant à la moindre proportion des emplois de praticiens consacrés à la biologie médicale et la radiologie dans le secteur privé, 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, hors Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA).

Définitions

• **Personnel médical** est composé de médecins, de biologistes, d'odontologistes et de pharmaciens auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction (FFI) qui sont en formation. Sont déclarés les personnels médicaux des établissements sanitaires uniquement.

• **Salariés et libéraux** : la majorité des médecins exerçant dans un cadre libéral travaillent au sein des cliniques privées. Ils peuvent également intervenir dans les établissements publics et privés à but non lucratif : les conditions d'exercice de ces praticiens se sont en effet élargies depuis la mise en place de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21

juillet 2009. 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).

Lorsque leur contrat de travail ou leur statut leur permet, les médecins salariés (notamment attachés) peuvent exercer dans des hôpitaux différents. 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 restructurations 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 par 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 leur activité 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 professions de santé,

2009, *Le renouvellement des effectifs médicaux*, tome III, Rapport 2008-2009.

• Kranklader E., 2012, « Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 25, mars, DREES.

• Vanderschelden M. et Attal-Toubert K., 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 12, DREES.

Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (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 2011

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011
Médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens								
Salariés	93 509	-0,2 %	12 989	1,8 %	4 739	1,8 %	111 237	0,1 %
Libéraux	1 368	-35,5 %	3 849	-2,3 %	37 104	1,7 %	42 321	-0,6 %
Total	94 877	-1,0 %	16 838	0,8 %	41 843	1,7 %	153 558	-0,1 %
Internes	22 570	7,3 %	1 346	8,9 %	74	-	23 990	7,6 %
Faisant fonction d'internes (FFI)	2 486	-16,4 %	221	-8,3 %	1	-	2 708	-15,8 %
Total internes et FFI	25 056	4,4 %	1 567	6,1 %	75	-	26 698	4,6 %
Total	119 933	0,1 %	18 405	1,3 %	41 918	1,8 %	180 256	0,6 %

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010-2011, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● Répartition par statut en équivalent temps plein (ETP) des emplois médicaux salariés dans les établissements publics en 2011

	2011	Évolution 2010-2011
Emploi total des salariés	93 509	-0,2 %
ETP des hospitalo-universitaires titulaires *	3 155	-1,2 %
ETP des praticiens hospitaliers	40 394	0,9 %
ETP des assistants	4 018	2,6 %
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	2 026	0,4 %
ETP des attachés	9 155	-4,6 %
ETP des autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	6 808	3,1 %
Total des ETP salariés	65 555	0,3 %

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

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010-2011, traitements DREES.

TABLEAU 3 ● Les emplois médicaux en établissement de santé en 2011, selon la spécialité

Spécialité	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Structure en %
Médecine générale	14 656	2 376	2 966	19 998	13,0 %
Anesthésie réanimation	7 460	1 167	3 824	12 451	8,1 %
Pédiatrie	3 978	411	686	5 075	3,3 %
Autres spécialités médicales	30 329	6 643	16 467	53 439	34,8 %
Gynécologie-obstétrique	4 042	570	1 789	6 401	4,2 %
Spécialités chirurgicales	11 564	2 291	11 815	25 670	16,7 %
Biologie médicale	5 021	315	1 015	6 351	4,1 %
Psychiatrie	8 175	1 516	1 140	10 831	7,1 %
Pharmacie	3 829	949	1 318	6 096	4,0 %
Autres	5 823	600	823	7 246	4,7 %
Total	94 877	16 838	41 843	153 558	100,0 %

Lecture • 13,3 % des emplois médicaux en établissement de santé concernent la médecine générale en 2011.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010-2011, traitements DREES.

Les internes dans les établissements de santé

Fin 2011, 24 000 étudiants en médecine, pharmacie et odontologie sont affectés, dans le cadre de leur internat, dans des établissements de santé de France métropolitaine et des DOM, y compris le service de santé des armées (SSA), soit une augmentation de 7 % par rapport à 2010. Le nombre de faisant fonction d'internes (FFI), quant à lui, diminue (-16 %), tout comme les années précédentes, excepté en 2009. Les internes sont principalement accueillis dans les établissements publics, avec plus d'un interne sur deux en centre hospitalier universitaire (CHU). La majorité travaille en court séjour, à savoir en médecine, chirurgie et obstétrique.

Davantage d'internes en médecine

Les études de médecine, pharmacie et odontologie sont composées de trois cycles. Pour les étudiants de médecine, le troisième cycle s'effectue obligatoirement dans le cadre d'un internat. À l'inverse, pour les futurs pharmaciens et odontologistes, ce statut n'est pas systématique et il est même marginal pour les odontologistes. De ce fait, fin 2011, plus de 9 internes sur 10 (92 %) sont inscrits en médecine (voir tableau 1), ceux inscrits en odontologie en représentent moins de 2 %. Cette répartition reflète celle des professions médicales (hors sages-femmes) exerçant à temps plein au sein des hôpitaux publics et privés à but non lucratif : 95 % des « temps plein » (y compris hospitalo-universitaires) sont des médecins. Le nombre d'internes par praticien salarié à temps plein est d'environ 1 pour 3 en médecine et 2 pour 3 en pharmacie.

En 2011, le nombre d'internes augmente de 7,4 % par rapport à 2010. Cette progression concerne toutes les spécialités mais est plus marquée en médecine (+7,9 %) qu'en pharmacie (+2,2 %). Le nombre de médecins diplômés en cours de formation complémentaire « faisant fonction d'internes » (FFI) continue de diminuer en 2011 (-15,8 %) après une baisse de 8,2 % en 2010. Désormais, ils ne représentent plus que 10,1 % de l'ensemble des internes titulaires en médecine et des FFI, contre 18 % en 2007. Ce mouvement est lié à la hausse des internes titulaires consécutive à l'augmentation du *numerus clausus* en médecine, qui rend de moins en moins fréquent le recours à d'autres catégories de médecins pour effectuer les tâches dévolues aux internes.

Des internes et FFI accueillis en établissements publics, principalement dans les CHU

Quelles que soient leur filière et leur spécialité, la grande majorité des étudiants font leur internat dans des établissements publics, et plus particulièrement dans les CHU (57 %) [voir tableau 2]. Seuls 6 % des internes sont accueillis en établissements privés à but non lucratif, dont un tiers dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC). Cette répartition des internes dépend de la localisation des services agréés, lesquels se situent majoritairement dans les CHU, les centres hospitaliers (CH) de grande taille (au moins 300 lits) et, dans une moindre mesure, les CLCC. Par ailleurs les FFI, comme les internes, exercent principalement dans le secteur public avec près d'un FFI sur deux en CHU.

Champ

Internes des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM, hors Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA), en fonction au mois de décembre. Ne sont comptabilisés que les établissements comportant au moins un interne, quel que soit le nombre de FFI (faisant fonction d'internes).

Définitions

Les faisant fonction d'internes (FFI) : ce sont le plus souvent des médecins

diplômés hors Union européenne, inscrits à l'université en vue d'acquies une spécialisation complémentaire et qui, dans le cadre de leurs obligations de stage pratique, assurent des fonctions d'interne. En effet, l'exercice en France de ces médecins est conditionné à une autorisation. À défaut, ces médecins ne peuvent exercer des fonctions hospitalières que s'ils sont inscrits à des formations universitaires et uniquement dans des établissements hospitaliers publics.

La répartition des internes par catégorie d'établissements reflète celle des médecins, pharmaciens et odontologistes à temps plein, plus nombreux dans les CHU et les CH de grande taille. Cependant, le nombre d'internes par praticien salarié à temps plein est deux fois plus élevé dans les CHU que dans les grands CH. En moyenne, on compte 5,6 internes pour 10 praticiens salariés à temps plein dans un CHU, contre 2,9 dans un grand CH.

Cette distribution suit aussi l'activité hospitalière mesurée en entrées : les CHU et les CH de grande taille, qui accueillent 80 % des internes, représentent aussi la majorité des entrées (71 %). Toutefois la répartition des internes entre ces deux catégories n'est pas proportionnelle à l'activité observée. Les CH de grande taille représentent en effet 40 % des entrées en 2011 mais n'accueillent que 23 % des internes. De ce fait, rapporté au nombre d'entrées en hospitalisation complète, le nombre d'internes est trois fois plus élevé dans les CHU.

Des étudiants plus souvent accueillis dans des services de médecine, chirurgie et obstétrique

La majorité des internes et des FFI (60 %) effectuent leur formation au sein de services appartenant à la discipline d'équipement « médecine, chirurgie et obstétrique – MCO » (voir tableau 3), 26 % au sein des « autres disciplines de la section hôpital ». Ces autres disciplines correspondent à l'anesthésie-réanimation, à l'imagerie et aux explorations fonctionnelles, aux urgences, à la biologie médicale, à la pharmacie ainsi qu'à l'épidémiologie et à la santé publique. Seuls 10 % des internes exercent en service psychiatrique ou en service de moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) ou encore en soins de longue durée. Plus de la moitié (55 %) des internes en services psychiatriques travaillent dans des centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS) et 29 % en CHU (voir tableau 4). Là encore, pour un même nombre d'entrées, les services de psychiatrie des CHU comptabilisent trois fois plus d'internes que les CHS. Les médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers en équivalent temps plein travaillent également en grande partie en MCO (51 %) et dans les autres disciplines de la section hôpital (35 %). Le nombre d'internes et de FFI par praticien salarié à temps plein est d'ailleurs plus important en MCO qu'en psychiatrie, moyen séjour et soins de longue durée (1 interne pour 2 médecins en MCO, 1 pour 3 en moyenne dans les autres disciplines).

Pour en savoir plus

- Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2010, *Les internes en médecine, effectifs et répartition 2010-2014*, Tome I, Rapport 2010-2011.
- Fauvet L., 2012, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2011 », *Études et Résultats*, n° 802, mars, DREES.

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipement, personnel). Cette source de données ne rend donc pas compte des internes effectuant des stages extra-hospitaliers.

TABLEAU 1 ● Les internes et le personnel médical salarié dans les établissements de santé en 2011, selon la spécialité

Spécialités	Internes			Personnel médical à temps plein (hors libéraux)		Ratio interne / personnel médical à temps plein
	Effectifs	%	Évolution 2010-2011	Effectif	%	
Pharmacie	1 741	7,3 %	2,2 %	2 685	4,6 %	0,65
Odontologie	129	0,5 %	1,6 %	566	1,0 %	0,23
Médecine (médecine générale et spécialité de médecine)	22 120	92,2 %	8,0 %	56 252	97,0 %	0,39
Total	23 990	100,0 %	7,6 %	58 017	100,0 %	0,41

Lecture • Un pharmacien forme presque deux fois plus d'internes qu'un médecin.

Champ • Établissements de France métropolitaine et des DOM, hors Mayotte, y compris SSA, accueillant des internes.

Sources • DREES, SAE 2010-2011, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● Les internes et le personnel médical salarié en établissement de santé en 2011, selon la catégorie d'établissements

Spécialités		Établissements publics			Établissements privés à but non lucratif	dont centres de lutte contre le cancer	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
		Centres hospitaliers universitaires	Centres hospitaliers de grande taille (au moins 300 lits)	Autres établissements publics (y compris CHS(1))				
Internes	Effectifs	13 718	5 479	3 373	1 346	501	74	23 990
	%	56,0 %	22,4 %	13,8 %	5,5 %	2,0 %	0,3 %	100,0 %
Faisant fonction d'internes (FFI)	Effectifs	1 108	959	419	221	70	1	2 708
	%	39,9 %	34,5 %	15,1 %	8,0 %	2,5 %	0,0 %	100,0 %
Total du personnel médical salarié à temps plein	Effectifs	24 337	18 648	12 827	3 582	1 227	109	59 503
	%	40,1 %	30,7 %	21,1 %	5,9 %	2,0 %	0,2 %	100,0 %
Entrées	Nombre	2 768 379	3 457 569	1 944 948	618 054	144 459	133 185	8 922 135
	%	30,5 %	38,1 %	21,5 %	6,8 %	1,6 %	1,5 %	100,0 %
Ratio internes / personnel médical à temps plein		0,56	0,29	0,26	0,38	0,41	0,68	0,40
Ratio internes / 100 entrées		0,50	0,16	0,17	0,22	0,35	0,06	0,27

Lecture • Rapportés à un même nombre d'entrées, les CHU et les CLCC forment plus d'internes que les autres établissements de santé.

(1) CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales.

Champ • Établissements de France métropolitaine et des DOM, hors Mayotte, y compris SSA, accueillant des internes.

Sources • DREES, SAE 2011, traitements DREES.

TABLEAU 3 ● Les internes et le personnel médical salarié en établissement de santé en 2011, selon la discipline d'équipement de leur service d'affectation

Disciplines	Internes et FFI		Personnel médical (1) salarié		Ratio internes / personnel médical (1) salarié
	ETP	%	ETP	%	
Administration, services hôteliers et techniques	1 028	4,2 %	697	1,2 %	1,48*
Médecine, chirurgie et obstétrique	14 558	59,9 %	28 749	50,5 %	0,51
Psychiatrie	1 658	6,8 %	6 260	11,0 %	0,25
Soins de suite et de réadaptation	583	2,4 %	1 332	2,3 %	0,41
Soins de longue durée	126	0,5 %	116	0,2 %	0,79
Autres disciplines de la section hôpital	6 353	26,1 %	19 816	34,8 %	0,31
Ensemble des disciplines	24 305	100,0 %	56 969	100,0 %	0,42

(1) Sont dénombrés dans ce tableau les personnels médicaux (hors sages-femmes), à temps plein et temps partiel, des établissements accueillant des internes.

* L'administration gère, entre autres, le PMSI et accueille de nombreux internes de santé publique même si peu de médecins exercent dans ces services.

Champ • Établissements de France métropolitaine et des DOM, hors Mayotte, y compris SSA, accueillant des internes.

Sources • DREES, SAE 2011, traitements DREES.

TABLEAU 4 ● Les internes en services psychiatriques

Établissements	Internes et FFI		Entrées en psychiatrie	Ratio internes / 100 entrées en psychiatrie
	ETP	%		
CHS	917	55,3 %	282 874	0,32
Centres hospitaliers universitaires	477	28,8 %	49 659	0,96
Centres hospitaliers	188	11,3 %	124 398	0,15
Autres établissements	76	4,6 %	10 515	0,72
Ensemble des établissements	1 658	100,0 %	467 446	0,35

Champ • Établissements de France métropolitaine et des DOM, hors Mayotte, y compris SSA, accueillant des internes.

Sources • DREES, SAE 2011, traitements DREES.

Personnels non médicaux salariés et sages-femmes

En 2011, les personnels non médicaux et les sages-femmes exerçant à temps plein ou à temps partiel représentent plus d'un million de salariés en équivalent temps plein dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM hors Mayotte, y compris service de santé des armées (SSA).

Le personnel non médical des établissements sanitaires est stable par rapport à 2010 (+0,1 %). Ces emplois sont majoritairement occupés par des femmes, et le plus souvent à temps plein.

Contrairement aux années précédentes, il s'agit du personnel non médical des établissements sanitaires uniquement, le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation est donc exclu.

Une stabilité du nombre d'emplois qui résulte d'une hausse dans le secteur privé et d'une baisse dans les établissements publics

Les personnels non médicaux salariés et les sages-femmes (voir définitions) dans les établissements de santé représentent 1 007 000 personnes en équivalent temps plein (ETP). Les trois quarts de ces ETP exercent dans des hôpitaux publics. Le quart restant se répartit équitablement entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées (voir tableau 1).

En 2011, le nombre d'ETP progresse dans les cliniques privées (+2 %), plus modérément dans les établissements privés à but non lucratif (+0,6 %), et il diminue légèrement dans le secteur public (-0,3 %). Le nombre d'infirmiers et de sages-femmes en équivalent temps plein est en hausse (respectivement +0,7 % et +1,7 %), tandis que celui des aides-soignants stagne (-0,2 %) et que celui des agents de service hospitaliers est globalement en baisse (-1,8 %), cette baisse étant plus marquée dans le secteur public.

Une hausse du personnel non médical des établissements de santé contrastée par la réforme sur les USLD et EHPAD

Au cours de la période 2002-2011, les ETP de personnels non médicaux et de sages-femmes des établissements de santé ont augmenté de 5,5 % (voir tableau 2). La progression du personnel a été plus forte pour la médecine chirurgie obstétrique (+12 %). La forte diminution du personnel des USLD (-34 000 entre 2002 et 2011) est liée à la réforme de 2006 visant à trans-

Champ

Personnels non médicaux salariés et sages-femmes des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM (hors Mayotte) y compris le service de santé des armées (SSA). Contrairement aux années précédentes, le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation est exclu.

Définitions

• Les personnels non médicaux et les sages-femmes pris en compte ici sont des personnels salariés, titulaires ou contractuels, des établissements sanitaires, rémunérés en décembre par l'établissement dans le secteur privé ou par l'entité juridique dans le secteur public (y compris les élèves rémunérés, les

personnels en congés simples, de longue maladie, cessation progressive d'activité, etc.). Les apprentis et autres contrats aidés ne sont en revanche pas comptabilisés. Le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation n'apparaît pas dans cette fiche.

• Les emplois comptés correspondent au nombre de personnes employées par 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, un aide-soignant qui travaille dans

un service administratif est quand même compté dans les effectifs des personnels des services de soins.

Quatre emplois salariés sur cinq sont occupés par des femmes, un sur cinq est à temps partiel

Le personnel non médical est essentiellement féminin : quatre emplois sur cinq sont occupés par des femmes. Cette féminisation est plus ou moins prononcée selon la catégorie de personnel, allant de 31 % pour le personnel technique à 97 % pour les sages-femmes. La féminisation est plus prononcée dans les cliniques privées : les femmes y occupent 85 % des emplois, contre 79 % dans les établissements publics et privés à but non lucratif.

En 2011, 21 % des emplois non médicaux sont à temps partiel. Les femmes, dont 24 % sont à temps partiel, occupent trois fois plus ces emplois que les hommes. Ainsi, le fait que quatre emplois non médicaux sur cinq soient féminins explique une part d'emplois à temps partiel plus élevée dans les établissements de santé que dans l'ensemble de l'emploi français. Quelle que soit la catégorie de personnel, hormis le personnel médico-technique, le temps partiel est plus courant dans les établissements privés (24 % des emplois) que dans les hôpitaux publics (20 %). Les emplois de sages-femmes, de rééducateurs et de psychologues sont plus souvent à temps partiel que les autres emplois non médicaux.

un service administratif est quand même compté 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

• Kranklader E., Minodier C. et Fourcade N., 2013, « Établissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé », *Études et Résultats*, n° 846, juillet, DREES.

• Cavillon M., 2012, « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs »,

Études et Résultats, n° 791, mars, DREES.

• Barlet M. et Cavillon M., 2011, « La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles », *Études et Résultats*, n° 759, mai, DREES.

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

Sources

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

TABLEAU 1 ● Personnels non médicaux et sages-femmes des établissements de santé* en 2011, emplois en équivalent temps plein (ETP)

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011
Personnels administratifs	95 884	-0,3 %	18 218	1,4 %	19 152	0,9 %	133 255	0,1 %
Personnels soignants	515 749	-0,4 %	78 357	0,5 %	101 217	2,3 %	695 323	0,1 %
- sages-femmes	10 913	2,0 %	967	-2,1 %	2 408	2,0 %	14 288	1,7 %
- personnel d'encadrement du personnel soignant	17 495	-2,4 %	3 534	-1,7 %	3 268	2,3 %	24 297	-1,7 %
- infirmiers (1)	222 848	0,3 %	32 269	0,6 %	43 609	3,1 %	298 726	0,7 %
- aides-soignants (2)	172 565	-0,7 %	22 593	1,3 %	30 020	1,9 %	225 178	-0,2 %
- agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	67 844	-2,4 %	11 711	-1,7 %	18 074	0,2 %	97 629	-1,8 %
- rééducateurs	14 510	0,6 %	5 611	2,7 %	3 127	7,0 %	23 249	1,9 %
- psychologues	9 573	3,1 %	1 672	2,8 %	712	9,2 %	11 956	3,4 %
Personnels éducatifs et sociaux	11 055	2,5 %	3 297	0,6 %	845	5,4 %	15 197	2,3 %
Personnels médico-techniques	40 810	1,0 %	5 695	2,4 %	3 626	8,6 %	50 131	1,7 %
Personnels techniques	96 054	-0,6 %	10 442	-0,6 %	7 456	-2,1 %	113 952	-0,7 %
Total	759 552	-0,3 %	116 009	0,6 %	132 296	2,0 %	1 007 858	0,1 %

* À partir de la SAE 2011, seuls sont interrogés les établissements sanitaires ; les établissements sociaux, médico-sociaux et de formation sont désormais exclus du champ.

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

(2) Non compris élèves.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010-2011, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● Personnels non médicaux et sages-femmes entre 2002 et 2011 par discipline, en ETP

Disciplines	2002*	2004*	2006*	2008*	2010	2011	Évolution 2002-2011
Administration	232 908	244 260	242 940	244 418	242 922	238 715	2,5 %
Section hôpital	722 504	725 667	742 888	760 904	763 825	769 143	6,5 %
MCO	320 655	330 211	333 497	343 204	352 495	357 652	11,5 %
Psychiatrie	106 518	109 825	111 937	112 842	114 166	115 337	8,3 %
SSR	90 416	82 892	86 526	90 512	96 753	97 244	7,6 %
SLD	63 728	51 155	48 403	49 675	33 548	29 640	-53,5 %
Autres disciplines	141 187	151 584	162 525	164 671	166 863	169 270	19,9 %
Ensemble	955 412	969 926	985 828	1 005 323	1 006 747	1 007 858	5,5 %
Ensemble (hors USLD)	891 684	918 771	937 425	955 648	973 199	978 218	9,7 %

* Sont dénombrés dans ce tableau les ETP rémunérés en décembre. Le questionnaire de la SAE ayant été modifié en 2009, les ETP en décembre des CDD n'étaient pas collectés pour la période 2002-2008. Ils ont été estimés par les ETP moyens mensuels rémunérés.

Note • À partir de la SAE 2011, nous interrogeons les établissements sanitaires uniquement. Nous excluons désormais les établissements sociaux, médico-sociaux et de formation.

Champ • France métropolitaine et DOM hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2002-2011, traitements DREES.

Les salaires dans le secteur hospitalier

Dans les établissements de santé, le salaire net annuel moyen d'un équivalent temps plein s'élève à 26 030 euros en 2011. Pour les professions non médicales, le salaire moyen est plus élevé dans le secteur public que dans le secteur privé. C'est parmi les professions les plus qualifiées que les revenus sont les plus dispersés et qu'ils croissent en particulier davantage avec l'âge.

Le salaire net annuel moyen est plus élevé dans le secteur public

En 2011, le salaire net annuel moyen (voir définitions) d'un équivalent temps plein s'élève à 26 030 euros, soit 26 490 euros dans le secteur public, 26 070 euros dans le secteur privé à but non lucratif et 22 690 euros dans le secteur privé à but lucratif (voir graphique). Toutefois, la comparaison des salaires moyens entre les secteurs public et privé doit être prudente compte tenu de différences de structure concernant la qualification et, de manière moins prononcée, l'âge. Ainsi, le secteur privé lucratif se distingue des autres secteurs par une faible proportion de médecins salariés et par des professions intermédiaires soignantes (principalement les infirmières) en moyenne plus jeunes, deux facteurs qui influent sur le salaire moyen observé. Les « médecins, pharmaciens, psychologues » (hors internes, externes et résidents) perçoivent un salaire net annuel moyen de 56 820 euros. Les comparaisons entre secteurs des salaires moyens des médecins sont délicates du fait de la spécificité des modes de rémunération dans les différents secteurs. Pour les professions intermédiaires « soignantes et sociales », le salaire annuel moyen est plus élevé dans le secteur public (27 560 euros) que dans les secteurs privés à but non lucratif et lucratif (respectivement 25 930 euros et 25 730 euros). De même, les « agents de service et employés administratifs » gagnent respectivement 19 950, 18 310 et 17 550 euros dans les secteurs public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif. En 2011, la dispersion des salaires, appréciée par le rapport inter-déciles, est supérieure à 2 dans l'ensemble du secteur de la santé (voir le tableau 1). Il s'agit du rapport entre le salaire annuel au-delà duquel se situent les 10 % des salariés les mieux payés et celui en deçà duquel se situent les 10 % les moins bien payés. Dans le

secteur public comme dans le secteur privé, c'est parmi les professions les plus qualifiées que les revenus sont les plus dispersés : le rapport inter-déciles est ainsi de plus de 3 parmi les cadres – médicaux ou non –, tandis qu'il est inférieur à 2 pour les autres professions, rapports qui ne diffèrent pas d'un secteur à l'autre. Ces dispersions sont stables d'une année sur l'autre.

Des écarts de salaires selon l'âge beaucoup plus marqués pour les catégories les plus qualifiées

En 2011, un « médecin, pharmacien, psychologue ou cadre » employé d'un établissement de santé perçoit en début de carrière un salaire annuel compris en moyenne entre 24 940 euros s'il est âgé de moins de 30 ans et 42 310 euros s'il a entre 30 et 39 ans (voir tableau 2). Entre 50 et 59 ans, il perçoit en moyenne 63 180 euros par an. Cet écart selon l'âge est beaucoup plus marqué pour les plus qualifiés que pour les autres salariés de l'hôpital. Au sein des professions intermédiaires (soignantes, sociales, administratives et techniques), les salariés de moins de 30 ans gagnent ainsi en moyenne 21 520 euros par an, tandis que les salariés âgés de 50 à 59 ans perçoivent en moyenne 31 560 euros. Les écarts selon l'âge sont plus faibles encore pour les agents de service et ouvriers, de 16 860 euros pour les plus jeunes à 21 370 euros pour leurs aînés. Le salaire moyen des hommes est supérieur de 28 % à celui des femmes dans le secteur public, en partie du fait des fonctions occupées : les « médecins, pharmaciens, psychologues » représentent 20 % des postes en équivalent temps plein occupés par des hommes contre 6 % pour les femmes, ces dernières exerçant plus souvent des postes de la filière soignante (infirmière, sage-femme, aide-soignante, etc.) correspondant aux professions intermédiaires soignantes et aux agents de services.

Champ

France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, et hors stagiaires, contrats aidés, internes, externes et résidents. La présente étude porte sur les établissements dont l'activité économique principale relève des activités hospitalières (8610Z) ou ayant la catégorie juridique « établissement d'hospitalisation » (7364).

Définitions

• **Salaire net annuel moyen** : il est calculé à partir du salaire net fiscal disponible dans les DADS. Il est net de toutes cotisations sociales, y compris la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Il ne comprend pas les participations (qui ne sont pas imposables). Les calculs sont effectués sur l'ensemble des postes, qu'ils

soient à temps complet ou à temps partiel. Les effectifs sont convertis en équivalent temps plein (ETP) au prorata de leur durée de présence et de leur quotité travaillée. Pour chaque poste, les salaires sont pondérés par leur poids en ETP pour le calcul des moyennes. Par exemple, un poste occupé durant six mois à temps plein et rémunéré 10 000 euros compte pour 0,5 ETP, rémunéré 20 000 euros par an. Un poste occupé toute l'année avec une quotité travaillée de 60 % et rémunéré 12 000 euros compte pour 0,6 ETP rémunéré 20 000 euros par an. Le salaire net annuel moyen est obtenu en pondérant les salaires annualisés des postes par le nombre d'ETP.

• **Agents de services ou employés administratifs** : ils incluent les agents de services hospitaliers, les aides-soignants et les ambulanciers.

• **Professions intermédiaires « soignantes »** : elles sont constituées des infirmiers, des sages-femmes, des spécialistes de la rééducation et des techniciens médicaux.

• **Professions intermédiaires « sociales »** : elles sont constituées des assistantes sociales et des éducateurs spécialisés.

Pour en savoir plus

• Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2013, disponible sur le portail de la fonction publique <http://www.fonction-publique.gouv.fr>

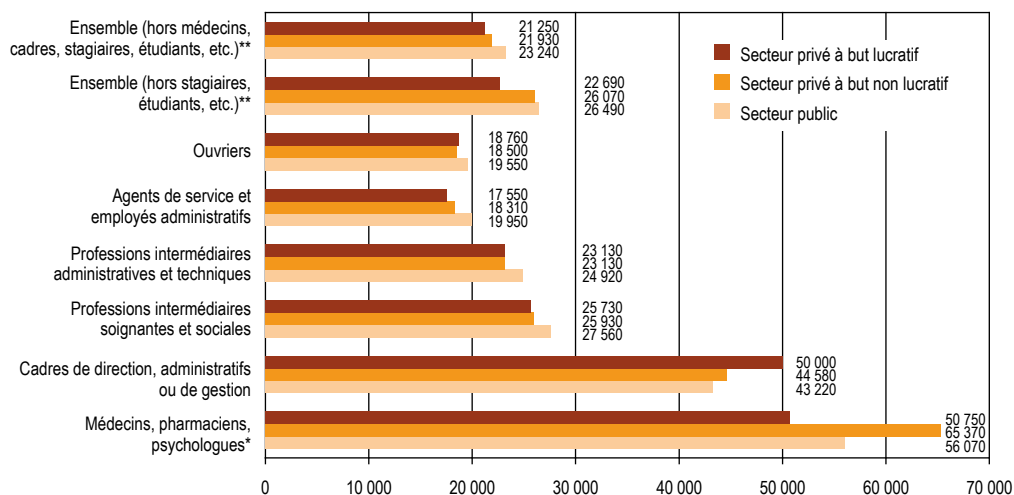
• INSEE, 2013, « Les salaires dans la fonction publique en 2011 (premiers résultats) », *Informations Rapides*, n° 184, août.

Sources

La déclaration annuelle de données sociales (DADS) est une formalité déclarative que doit accomplir toute

entreprise employant des salariés. Dans ce document commun aux administrations fiscales et sociales, les employeurs fournissent annuellement et pour chaque établissement un certain nombre d'informations relatives à l'établissement et aux salariés (la nature de l'emploi et la qualification, le montant des rémunérations versées, etc.). Le système d'information des agents du secteur public (SIASP) est une déclinaison des DADS spécifique à la fonction publique. Il intègre des concepts et variables caractéristiques du secteur public, liés notamment au statut de l'agent : grade, échelon, indice, etc. Ce fichier remplace les DADS pour toutes les données de salaires dans les hôpitaux publics à partir de 2009.

GRAPHIQUE ● Les salaires nets annuels moyens (SNA) en 2011 par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité (en euros)



Note • La catégorie «Non ventilés» n'est pas représentée ici.

* Hors internes, externes et résidents.

Champ • Salariés, France métropolitaine et DOM, hors Mayotte.

** Y.c. non ventilés.

Sources • INSEE, DADS 2011-SIASP 2011, traitement DREES.

TABLEAU 1 ● Distributions des salaires nets annuels en 2011

Déciles	Secteur public*	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif
D1	16 580	15 220	14 470
D2	18 160	17 080	15 860
D3	19 620	18 630	17 200
D4	21 050	20 300	18 680
Médiane	22 600	21 880	20 270
D6	24 500	23 630	22 040
D7	27 220	25 780	24 180
D8	30 990	28 930	26 920
D9	37 810	38 090	32 020
D9/D1	2,3	2,5	2,2

Note • Hors internes, externes et résidents.

* Y.c. non ventilés.

Champ • Salariés, France métropolitaine et DOM, hors Mayotte.

Sources • INSEE, DADS 2011-SIASP 2011, traitement DREES.

TABLEAU 2 ● Structure des emplois et salaires nets annuels moyens (SNA) par tranche d'âges et catégorie socioprofessionnelle en 2011

Tranches d'âges	Médecins, pharmaciens, psychologues / cadres*		Professions intermédiaires soignantes, sociales, administratives, techniques		Agents des services, employés, ouvriers		Ensemble (hors stagiaires)**	
	Répartition des postes (en %)	SNA en euros	Répartition des postes (en %)	SNA en euros	Répartition des postes (en %)	SNA en euros	Répartition des postes (en %)	SNA en euros
-de 30 ans	4,2 (1)	24 940	21,0	21 520	17,0	16 860	17,4	19 390
30 à 39 ans	26,2	42 310	27,6	24 450	22,9	18 440	25,2	23 630
40 à 49 ans	27,0	55 970	24,7	28 920	31,2	19 800	28,1	26 580
50 à 59 ans	29,7	63 180	24,4	31 560	26,9	21 370	26,1	30 040
60 ans ou +	12,9	67 190	2,3	32 640	2,0	21 900	3,2	43 130

* Hors internes, externes et résidents.

** Y.c. non ventilés.

1. Compte tenu de la longueur des études médicales, l'âge de début de carrière se situe souvent au-delà de 30 ans pour ces professions.

Champ • Salariés, France métropolitaine et DOM, hors Mayotte.

Sources • INSEE, DADS 2011-SIASP 2011, traitement DREES.

Les établissements de santé dans les DOM : activité et capacités

L'organisation sanitaire des 5 départements français d'outre-mer (DOM) revêt une grande diversité. Tandis que la Martinique et la Guadeloupe ont une capacité et une activité hospitalières comparables à celles de la Métropole, en Guyane, à La Réunion et plus encore à Mayotte, la capacité, rapportée à la population, est nettement moins élevée et moins variée.

L'organisation sanitaire des DOM est fortement contrainte par leur géographie. Les Antilles, La Réunion et Mayotte sont des départements insulaires, alors que la Guyane est un vaste territoire faiblement peuplé. De plus, si la structure d'âge est proche de celle de la Métropole en Martinique et en Guadeloupe, la population est, en revanche, nettement plus jeune à Mayotte, à La Réunion et en Guyane. En 2011, la population des DOM représente 3 % de la population française, soit 2,1 millions de personnes. La Guyane, Mayotte et la Corse sont maintenant les seules régions françaises à ne pas avoir de centre hospitalier régional (CHR) [voir tableau 1]. Le CHR de La Réunion, créé par le décret n° 2007-615 du 26 avril 2007, réunit normalement le centre hospitalier Félix Guyon et le groupe hospitalier Sud Réunion, mais, depuis 2010, ces établissements sont comptés dans les recueils comme deux CHR distincts. La Guyane et Mayotte sont également les deux seules régions à ne pas avoir de centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, l'offre publique reposant uniquement sur les centres hospitaliers généraux. En nombre de lits pour 10 000 habitants, la Guadeloupe et la Martinique sont les DOM qui se rapprochent le plus de la Métropole, alors que la Guyane et La Réunion ont des taux d'équipement plus faibles (voir tableaux 2 et 3). Ainsi, par exemple, en soins de suite et de réadaptation (moyen séjour), la Guadeloupe et la Martinique disposent respectivement de 14 lits pour 10 000 habitants, contre 16 en France métropolitaine, alors que la Guyane et La Réunion en ont aux alentours de 5.

Médecine, chirurgie, obstétrique

L'activité MCO en hospitalisation complète, rapportée à la population, est plus faible dans les DOM qu'en France métropolitaine. Le taux d'hospitalisation varie entre 13,2 et 15,2 entrées pour 100 habitants dans les DOM alors qu'il est en moyenne de 16,2 en Métropole (voir tableau 4). En 2011, la durée moyenne de séjour (DMS) est légèrement plus élevée que la moyenne métropolitaine (5,8 jours) dans les deux départements antillais et en Guyane (entre 6,1 et 6,4 jours), mais elle est inférieure à La Réunion (5 jours). L'hospitalisation partielle en MCO rapportée à la population est également moins développée dans les DOM qu'en Métropole, notamment en Guyane, en lien avec une capacité plus faible. L'ouverture en 2011 d'une unité de chirurgie ambulatoire au centre hospitalier de Cayenne a permis l'augmentation du taux de pratique de cette activité. En MCO, la part de l'hospitalisation partielle (nombre de venues en hospitalisation partielle rapportée à la somme des entrées en hospitalisation complète et des venues en hospitalisation partielle) est de 20 % seulement en Guyane

Champ

Les capacités et l'activité concernent l'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2011.

Définitions

• Pour les notions d'établissements de santé, voir la fiche « Les grandes catégories d'établissements de santé » ; pour les notions de lits et de places, d'hospitalisation complète et

partielle, voir la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital ».

• **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 ».

alors qu'elle est respectivement de 40 %, 33 % et 35 % en Guadeloupe, Martinique et à La Réunion, parts comparables à celle de la Métropole (38 %).

La psychiatrie

La prise en charge de la santé mentale dans les DOM repose quasi exclusivement sur une offre portée par les hôpitaux publics. La Réunion est le département où l'activité de psychiatrie en hospitalisation partielle est la plus développée : 516 venues pour 10 000 habitants contre 446 au plus en Guadeloupe. Pourtant, en nombre de places pour 10 000 habitants, la Guadeloupe est mieux dotée que les autres DOM, en particulier la Martinique et la Guyane. En hospitalisation complète, La Réunion enregistre un nombre de lits rapporté à la population inférieur à celui des Antilles et de la Métropole, alors que le nombre d'entrées y est relativement élevé, proche de la moyenne nationale. Cette forte activité s'explique par une durée moyenne de séjour bien plus faible à La Réunion que dans les autres DOM : 17 jours contre environ 33 en Guyane et 27 en Guadeloupe (29 jours en France métropolitaine).

Les soins de suite et de réadaptation

En hospitalisation complète en moyen séjour, la Martinique et la Guadeloupe enregistrent un nombre d'entrées rapporté à la population quasiment équivalent à celui de la France métropolitaine. En hospitalisation partielle, des écarts importants, à la hausse (Guadeloupe, La Réunion) ou à la baisse (Martinique), existent entre chaque DOM et la Métropole. En Guyane, l'activité de moyen séjour est inexistante en ce qui concerne l'hospitalisation partielle, et ce notamment en raison de l'organisation particulière de son territoire et de la jeunesse de sa population.

Mayotte département d'outre-mer depuis le 31 mars 2011

Mayotte se distingue des quatre autres départements d'outre-mer par une capacité très réduite en hospitalisation. Ce département est doté d'un seul centre hospitalier public situé à Mamoudzou dont l'offre est principalement concentrée sur la médecine, chirurgie, obstétrique. Le taux d'équipement y est le plus faible des DOM : 14 lits d'hospitalisation complète et 2 places d'hospitalisation partielle pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation complète en MCO est très inférieur à celui des autres DOM : 8,9 % avec une durée moyenne de séjour de 4,9 jours, et ce en dépit d'une faible part de l'hospitalisation partielle. La capacité et l'activité en psychiatrie sont très réduites : 0,3 lit pour 10 000 habitants, 0,1 entrée pour 100 habitants et une DMS de 6,7 jours en moyenne. Ce département n'a aucune capacité en soins de suite et de réadaptation.

Pour en savoir plus

• Adaius G., Exertier A., 2007, « L'activité des établissements de santé dans les départements d'outre-mer en 2005 », *Études et Résultats*, n° 614, décembre, DREES.

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospi-

talisation 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 DGOS et l'ATIH fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

TABLEAU 1 ● Établissements de santé par catégorie d'établissements en 2011

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Public	10	12	2	5	1	918
Centres hospitaliers régionaux (CHR/CHU)	1	1	0	2	0	29
Centres hospitaliers (CH) (dont anciens hôpitaux locaux)	8	10	2	2	1	780
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	1	1	0	1	0	85
Autres établissements publics	0	0	0	0	0	24
Privé à but non lucratif	0	1	1	2	0	696
Centres de lutte contre le cancer	0	0	0	0	0	19
Autres établissements privés à but non lucratif	0	1	1	2	0	677
Privé à but lucratif	14	4	3	15	0	1 011
Établissements de soins de suite et de réadaptation	4	1	1	7	0	305
Établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires	8	2	2	6	0	533
Établissements de lutte contre les maladies mentales	0	1	0	1	0	139
Établissements de soins de longue durée	0	0	0	0	0	12
Autres établissements privés à but lucratif	2	0	0	1	0	22
Total	24	17	6	22	1	2 625

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2011, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2011

		DOM					France métropolitaine
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	
Lits	Médecine, chirurgie, obstétrique	1 377	1 321	628	1 980	287	218 202
	Psychiatrie	290	329	84	313	6	55 941
	Soins de suite et de réadaptation	582	543	116	558	0	99 427
	Soins de longue durée	197	142	0	70	0	32 295
Places	Médecine, chirurgie, obstétrique	160	136	44	250	50	27 341
	Psychiatrie	197	50	45	274	0	27 858
	Soins de suite et de réadaptation	74	41	30	218	0	8 434
Population au 1 ^{er} janvier 2011		403 578	392 423	234 127	829 402	207 405	63 088 990

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2011, traitements DREES.

TABLEAU 3 ● Nombre de lits et de places installés pour 10 000 habitants au 31 décembre 2011

		DOM					France métropolitaine
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	
Lits	Médecine, chirurgie, obstétrique	34	34	27	24	14	35
	Psychiatrie	7	8	4	4	0	9
	Soins de suite et de réadaptation	14	14	5	7	0	16
	Soins de longue durée	5	4	0	1	0	5
Places	Médecine, chirurgie, obstétrique	4	3	2	3	2	4
	Psychiatrie	5	1	2	3	0	4
	Soins de suite et de réadaptation	2	1	1	3	0	1

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2011, traitement DREES ; INSEE, estimations localisées de population, au 1^{er} janvier 2011 (provisoires).

TABLEAU 4 ● Activité des établissements de santé, taux pour 100 habitants en 2011

		DOM					France métropolitaine
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	
Entrées en hospitalisation complète	Médecine, chirurgie, obstétrique	15,2	14,0	13,8	13,2	8,9	16,2
	Psychiatrie	0,9	0,5	0,3	0,8	0,1	1,0
	Soins de suite et de réadaptation	1,5	1,4	0,3	0,7	0,0	1,5
	Soins de longue durée	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vvenues en hospitalisation partielle	Médecine, chirurgie, obstétrique	9,9	6,9	3,5	7,2	2,8	9,7
	Psychiatrie	4,5	1,1	1,7	5,2	0,0	8,4
	Soins de suite et de réadaptation	4,7	3,9	0,3	7,5	0,0	4,0

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2011, traitement DREES ; INSEE, estimations localisées de population, au 1^{er} janvier 2011 (provisoires).

3 Médecine, chirurgie, 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 neuf ans, le nombre de lits de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) a diminué de près de 17 000, alors que dans le même temps se sont développées les capacités d'hospitalisation à temps partiel. Entre 2010 et 2011, l'activité d'hospitalisation complète évolue peu tandis que l'hospitalisation partielle augmente significativement. Les durées moyennes de séjour restent stables.

Entre 2002 et 2011, le nombre de lits dédiés aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en court séjour a diminué de près de 17 000, pour atteindre quelque 224 000 lits en fin de période. Cette diminution s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : -5 % pour les établissements publics contre -9 % pour les cliniques privées et -14 % pour les établissements privés à but non lucratif. Ces écarts d'évolution n'ont cependant pas modifié de façon significative la répartition globale des lits entre les différents secteurs.

28 000 places d'hospitalisation partielle en médecine, chirurgie et obstétrique en 2011

Le développement de l'hospitalisation partielle a été, en contrepartie, particulièrement important en MCO. En 2002, on dénombrait 17 000 places dédiées à ce mode de prise en charge et près de 28 000 en 2011. Un tiers d'entre elles sont des places de chirurgie ambulatoire ou d'anesthésie dans les établissements privés à but lucratif et un tiers des places de médecine dans les hôpitaux publics (voir tableau 1).

Une évolution de l'activité en MCO portée par l'hospitalisation partielle

L'activité en hospitalisation complète est globalement stable en 2011 par rapport à 2010 (+0,2 %), résultat dû à une faible hausse du nombre de séjours dans le secteur public et à une baisse dans les établissements privés (voir tableau 2). En chirurgie, le nombre d'entrées augmente peu dans les hôpitaux publics (+0,9 %), mais diminue dans les cliniques privées (-0,5 %). Les hospitalisations chirurgicales à temps complet sont ainsi toujours plus nombreuses dans les établissements publics que dans les cliniques privées. Les évolutions du

nombre d'entrées par secteur en médecine sont très proches de celles observées en chirurgie.

L'hospitalisation de moins d'un jour a connu une progression considérable jusqu'en 2006. Entre 2006 et 2008, les modifications du codage des prises en charge, liées à la circulaire sur les actes frontières et à l'arrêté sur les forfaits « sécurité-environnement » (SE), ont rendu difficile toute mesure de l'évolution à champ constant. Depuis 2008, cette comparaison est de nouveau possible, et permet de constater une dynamique importante de l'hospitalisation partielle en court séjour qui, après avoir augmenté de 4,7 % tous secteurs confondus entre 2008 et 2010, augmente encore de 3,3 % entre 2010 et 2011. Cette dernière hausse est davantage le fait des cliniques privées (+4,1 %) que des hôpitaux publics (+2,5 %). L'augmentation des séjours chirurgicaux réalisés en hospitalisation partielle est toutefois très élevée dans tous les secteurs ; les cliniques privées réalisent les deux tiers de cette activité. À l'inverse, la médecine reste l'activité principale des établissements publics puisque 65 % des entrées et 66 % des venues ayant lieu dans ces établissements relèvent de cette discipline (voir graphique).

Stabilisation de la durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète reste stable en 2011, à 5,7 jours. C'est dans les hôpitaux publics qu'elle est la plus longue (6,3 jours) et dans les cliniques privées qu'elle est la plus courte (4,5 jours). Les établissements privés à but non lucratif occupent, quant à eux, une position intermédiaire. Les écarts apparaissent surtout en médecine et en chirurgie, la durée moyenne de séjour en obstétrique étant d'environ 4,6 jours quel que soit le statut juridique de l'établissement.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2011 en France métropolitaine et dans les DOM, hors Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA) hors séances. Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Définitions

• Hospitalisation complète et hospitalisation partielle, hospitalisation

de plus ou de moins d'un jour : en médecine, chirurgie et obstétrique, un séjour d'une durée inférieure à un jour est classé en « hospitalisation de moins d'un jour », encore appelée hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. Un séjour d'une durée supérieure à un jour est classé en hospitalisation de plus d'un jour, également dénommée hospitalisation complète.

• Les capacités d'accueil des établissements de santé sont définies dans

la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital ».

• Le classement des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique correspond au calcul de l'activité de soins 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 ».

• 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 d'un jour.

Sources

Voir la fiche « L'activité en hospitalisation complète et partielle ».

TABLEAU 1 ● Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2011 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	97 350	9 060	9 660	1 510	13 280	2 170	120 290	12 730
Chirurgie	37 710	4 000	7 190	1 200	36 960	8 920	81 860	14 120
Gynéco-obstétrique	14 520	1 010	1 410	30	5 680	40	21 620	1 090
Total	149 580	14 070	18 260	2 740	55 920	11 130	223 760	27 940

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2011, traitements DREES.

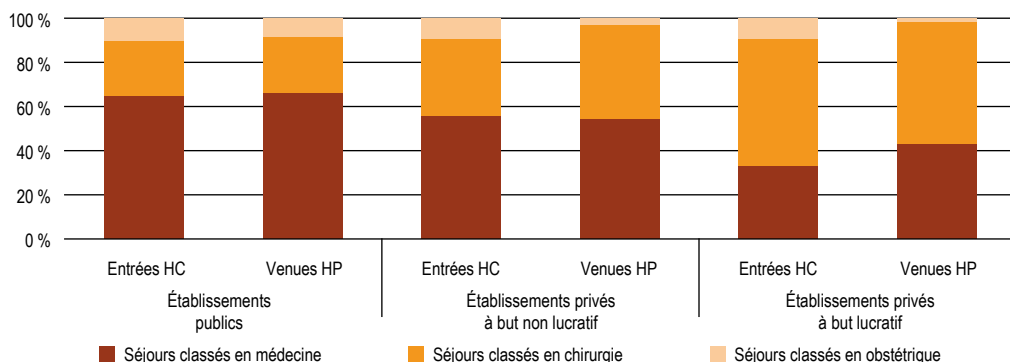
TABLEAU 2 ● Nombre de séjours en 2011 par discipline d'équipement selon le statut de l'établissement

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011
Hospitalisation de plus de un jour								
Séjours classés en médecine	4 421 000	0,9 %	462 000	0,2 %	935 000	-0,4 %	5 818 000	0,6 %
Séjours classés en chirurgie	1 691 000	0,9 %	288 000	-1,2 %	1 639 000	-0,5 %	3 618 000	0,1 %
Séjours classés en obstétrique	682 000	-1,0 %	76 000	-2,1 %	259 000	-2,8 %	1 017 000	-1,5 %
Total	6 794 000	0,7 %	826 000	-0,5 %	2 833 000	-0,7 %	10 453 000	0,2 %
Hospitalisation de moins de un jour								
Séjours classés en médecine	1 749 000	0,8 %	258 000	1,1 %	1 365 000	1,7 %	3 372 000	1,2 %
Séjours classés en chirurgie	666 000	8,8 %	202 000	6,2 %	1 725 000	6,5 %	2 593 000	7,0 %
Séjours classés en obstétrique	227 000	-2,0 %	14 000	-6,3 %	55 000	-6,9 %	296 000	-3,2 %
Total	2 641 000	2,5 %	474 000	3,0 %	3 145 000	4,1 %	6 261 000	3,3 %

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2010-2011, traitements DREES.

GRAPHIQUE ● Répartition des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique selon le statut de l'établissement en 2011



HC : hospitalisation complète ; HP : hospitalisation partielle.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2010-2011, traitements DREES.

Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle

Les enfants de moins de 1 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 touchés par des hospitalisations plus fréquentes (voir graphique 1). Tout d'abord, 426 700 séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ont concerné des nourrissons en 2011, soit 2,6 % des séjours à temps complet et partiel, alors qu'ils ne représentent que 1,2 % de la population. Le deuxième pic d'hospitalisation est lié à la grossesse et concerne les femmes en âge de procréer, entre 15 et 44 ans. Enfin, c'est surtout à partir de 65 ans que le taux d'hospitalisation augmente fortement. Au total, un peu plus d'un séjour en MCO sur trois concerne des personnes de 65 ans ou plus. D'autre part, les hommes ont plus fréquemment recours à l'hospitalisation en MCO que les femmes, sauf entre 15 et 44 ans.

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 2011, le nombre de patients hospitalisés en France métropolitaine et dans les DOM en médecine, chirurgie et obstétrique a ainsi été évalué à 10,9 millions, tous modes d'hospitalisation confondus : 6,1 millions de femmes et 4,8 millions d'hommes. Ainsi, 17 % de la population française connaît une hospitalisation en médecine, chirurgie ou obstétrique au moins une fois dans l'année, les 83 % restants n'étant pas hospitalisés en MCO. 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 (72 %), 17 % des patients l'ont été deux fois et 11 %, trois fois ou plus. Les recours multiples à l'hôpital ne touchent pas toutes les classes d'âge de manière uniforme. Ainsi, avant 29 ans, le nombre moyen d'hospitalisations dans l'année, pour ceux ayant été hospitalisés au moins une fois, s'établit autour de 1,3 (voir graphique 2). Les personnes hospitalisées de plus de 70 ans le sont plus fréquemment, avec plus de 1,7 hospitalisation en moyenne.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2011 en France métropolitaine et dans les DOM, hors Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA) hors

séances. Les séjours des nouveaux-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Définitions

• Les différents statuts juridiques des établissements, leurs modes de finan-

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

Parmi les personnes hospitalisées dans le Limousin, 17 % (soit 35 000 personnes) sont originaires d'autres régions, principalement des régions Aquitaine, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes et Centre. Cela s'explique par la forte attractivité des départements de la Haute-Vienne et de la Corrèze pour les habitants de la Dordogne et du Lot. De la même manière, 10 % des personnes hospitalisées en Bourgogne (soit 43 000 personnes) ne résident pas dans cette région. Les établissements des départements de la Saône-et-Loire et de la Nièvre sont particulièrement attractifs pour les départements limitrophes. Alors que 2,9 millions des hospitalisations de France métropolitaine et des DOM ont lieu en Île-de-France, 1,7 % des personnes hospitalisées dans cette région viennent de Picardie (soit 49 000 personnes) et 1,6 % de la région Centre (soit 46 000 personnes). Au final, 7,7 % 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 des affections du tube digestif constitue un exemple intéressant de la différenciation du recours aux hôpitaux publics et aux cliniques privées 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 50 % pour les patients de 25 à 64 ans. Entre 65 et 84 ans, les cliniques privées font presque jeu égal avec les hôpitaux publics. Mais au-delà de 84 ans, ce sont de nouveau les hôpitaux publics qui accueillent la majorité des patients atteints de cette pathologie. Cette répartition, caractéristique de la spécialisation des établissements par type de patientèle, 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. Toutes pathologies confondues, la part des enfants de moins de 5 ans pris en charge par le secteur public est de 75 % (84 % pour les moins de 1 an), et celle des personnes âgées de 85 ans ou plus est de 70 %.

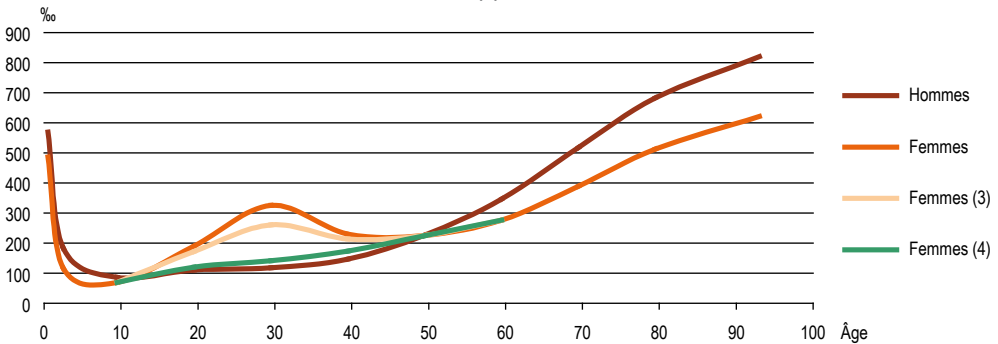
cement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

mis en place par la DGOS et l'ATIH 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 2011 (2)



(1) Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

(2) Hospitalisations d'au moins 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.

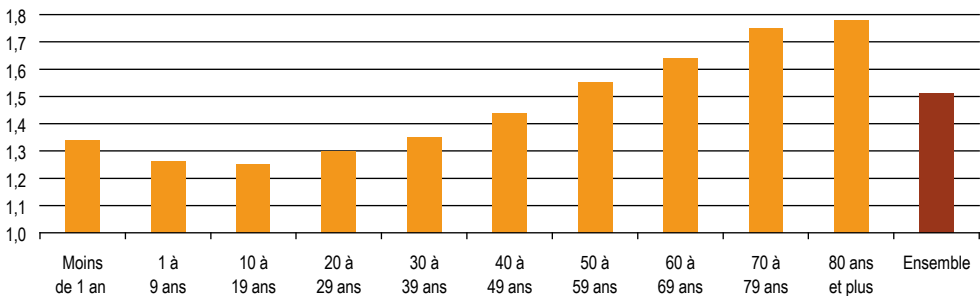
(3) Non compris accouchement unique et spontané (code O80 de la CIM de l'OMS 10^e révision).

(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 et dans les DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2011, traitements DREES ; INSEE, estimations localisées de population, au 01/01/2011 (publication janvier 2013).

GRAPHIQUE 2 ● Nombre moyen d'hospitalisations des personnes hospitalisées dans l'année des personnes hospitalisées en 2011, par classe d'âges

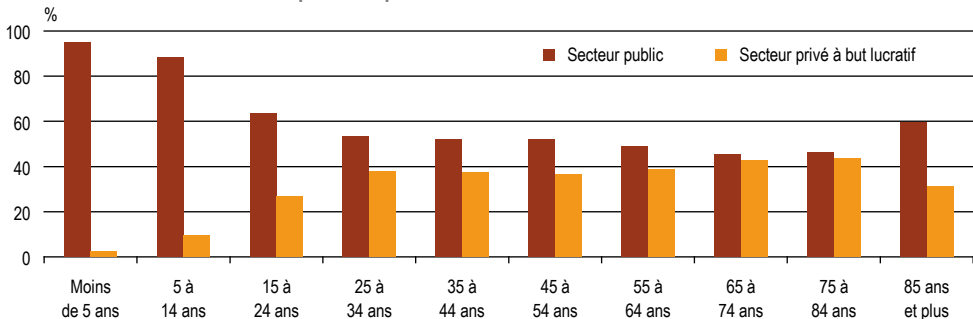


Lecture • Les séjours des bébés restés près de leur mère ne sont pas inclus.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2011, traitements DREES.

GRAPHIQUE 3 ● Prise en charge des gastro-entérites et des affections du tube digestif par âge des patients en 2011 dans les secteurs public et privé à but lucratif



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 2,5 % par le secteur privé à but lucratif.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2011, traitements DREES.

Médecine, chirurgie, obstétrique : motifs de recours

En 2011, pour l'ensemble des patients, les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention, ainsi que les maladies de l'appareil digestif restent les principaux motifs d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en France métropolitaine et dans les DOM. Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs.

Prépondérance des maladies de l'appareil digestif pour les jeunes hommes et de la maternité pour les jeunes femmes

En 2011, les maladies de l'appareil digestif sont le premier motif d'hospitalisation des hommes de moins de 25 ans (13,7 % des séjours), devant les traumatismes (13 %). Pour les jeunes femmes, l'ensemble des séjours liés à la maternité (19,9 % des séjours) demeure, quant à lui, le premier motif de recours en MCO devant les pathologies digestives (15,6 %). Les atteintes respiratoires, comme les pathologies des amygdales ou des végétations adénoïdes, les bronchites ou bronchiolites aiguës et l'asthme, et les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention viennent ensuite.

Importance des séjours liés à la surveillance et à la prévention pour les 25-64 ans

Entre 25 et 64 ans, toujours en 2011, après les séjours liés à la maternité pour les femmes (22 %), les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention, d'une part, et aux maladies de l'appareil digestif, d'autre part, représentent les motifs de recours à l'hôpital les plus fréquents chez les deux sexes : respectivement 16,1 % chez les hommes et 15 % chez les femmes pour les premiers et 16,2 % chez les hommes et

12,3 % chez les femmes pour les seconds. Avant 45 ans, les séjours pour traumatismes et empoisonnements sont particulièrement nombreux chez les hommes. Il s'agit en effet du deuxième motif pour les 25-34 ans et du troisième 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 concernent 10 à 12 % des séjours.

Prédominance des maladies de l'appareil circulatoire 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 l'ensemble des patients âgés. Les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention sont aussi souvent à l'origine des séjours hospitaliers. 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 de près de 12 % des hospitalisations des femmes âgées. En outre, pour les femmes comme pour les hommes, les maladies de l'appareil digestif et les tumeurs restent fréquemment à l'origine des séjours à partir de 65 ans.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2011 en France métropolitaine et dans les DOM hors Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA) hors séances. L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (0,3 % des séjours). Il en est de même pour les 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 ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère.

Définitions

Les groupes de pathologies étudiés ont été constitués à partir du diagnostic principal retenu dans chaque séjour hospitalier. Ce diagnostic principal est défini dans le PMSI-MCO comme étant le problème de

santé qui a motivé l'hospitalisation du patient, déterminé à la fin de celle-ci. Il est codé à l'aide de la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision. La CIM 10 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 comme diagnostic principal celui qui correspond le plus précisément à la prise en charge. Les codes ont été regroupés selon une liste validée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Dans leur niveau agrégé, utilisé dans le graphique, les groupes de pathologies correspondent aux chapitres de la CIM 10. 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 (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision. 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, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs ».

Pour en savoir plus

- Site du ministère des Affaires sociales et de la Santé : <http://www.drees.sante.gouv.fr/donnees-disponibles-sur-la-morbiditye-hospitaliere,3369.html>
- Mouquet M.-C. et Oberlin P., à paraître « L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court

séjour entre 1998 et 2008. Résultats détaillés », *Document de travail*, DREES.

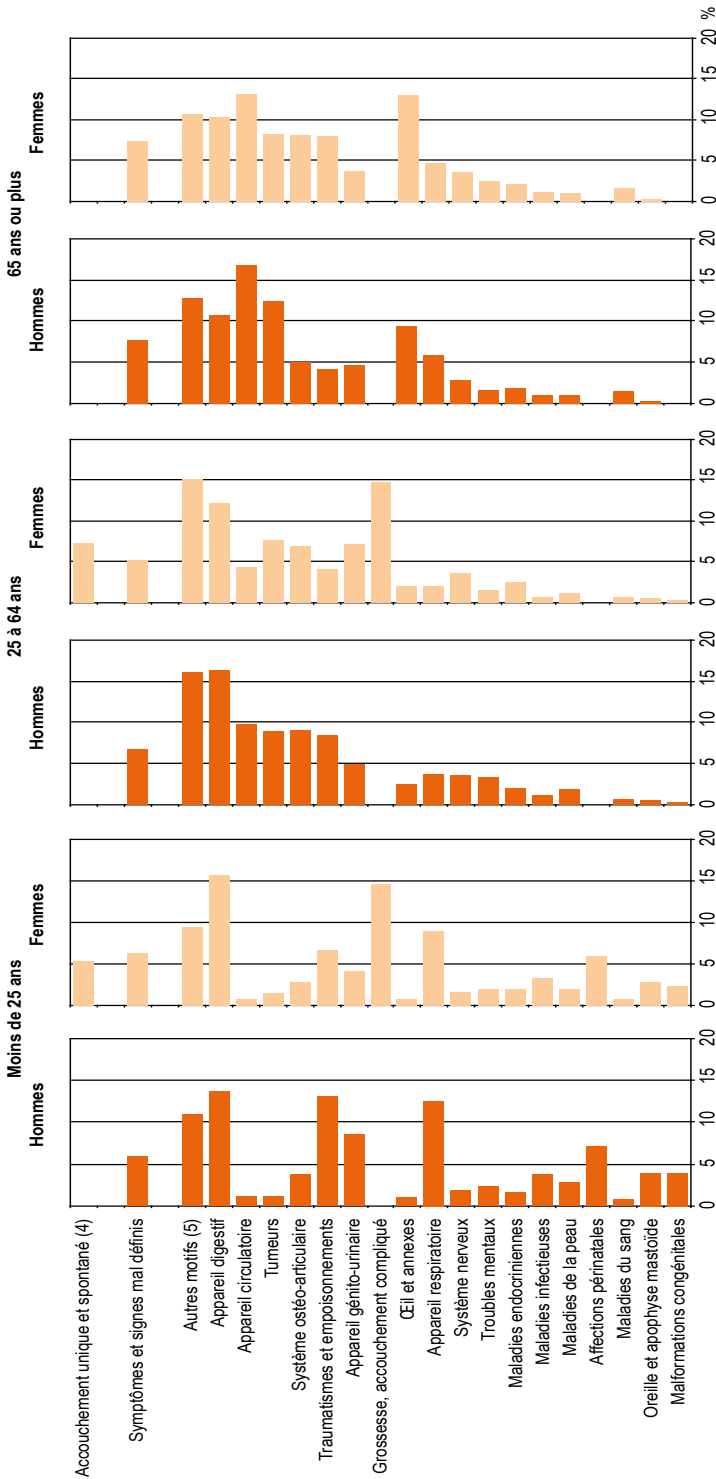
- Mouquet M.-C. et Oberlin P., 2012 « L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 » in *Le panorama des établissements de santé – Édition 2012*, p. 11 à 26, DREES.

- Mouquet M.-C., 2011, « 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 – Rapport 2011*, p. 144, DREES.

Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DGOS et l'ATIH 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 en 2011



Note • 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 fréquences, les deux sexes tous âges réunis.

(1) Hospitalisations \geq 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que traitement itératif (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie...).

(2) Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

(3) Diagnostic principal, 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 maladies ou traumatismes tels que surveillance, prévention, motifs sociaux...

Champ • Établissements publics et privés y compris SSA - Résidents en France métropolitaine et dans les DOM, hors Mayotte.

Sources • ATIH, PMSI-MCO, traitements DREES.

La spécialisation en médecine

La spécialisation des établissements de santé en fonction de leur statut juridique s'est poursuivie au cours des dernières années. L'activité de médecine est ainsi prédominante dans les établissements publics, où elle représente, en 2011, les deux tiers des hospitalisations en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), contre 55 % dans les établissements privés à but non lucratif et 38 % dans les cliniques privées. Ces dernières privilégient les séjours médicaux de courte durée, notamment pour la pratique des endoscopies, actes médicaux les plus fréquents dans ces établissements.

En 2011, les deux tiers des séjours médicaux sont réalisés par le secteur public

La part du secteur public dans l'activité de médecine (67 %) est majoritaire pour quasiment tous les domaines d'activités (voir graphique). Le rôle du secteur public est d'ailleurs presque exclusif pour certaines prises en charge aussi diverses que celles liées à la toxicologie, aux intoxications et à l'alcool, les maladies infectieuses (dont le VIH), les pathologies psychiatriques traitées hors des services de psychiatrie et la prise en charge médicale des affections du système nerveux. C'est pour les pathologies de l'appareil digestif que le poids du secteur public est le plus faible en raison de la part prépondérante des endoscopies dans ce domaine d'activité, celles-ci étant réalisées dans leur majorité dans les cliniques privées (voir tableau). En raison de la complexité des cas traités, la part de l'ambulatoire (moins de un jour) dans l'activité médicale des établissements publics n'est que de 28 %.

Les cliniques privées privilégient l'ambulatoire, notamment pour les endoscopies

Un quart des séjours médicaux ont lieu dans les cliniques privées. Celles-ci accueillent en effet 75 % des endoscopies digestives – de loin les plus nombreuses –, 50 % des endoscopies génito-urinaires, 56 % des endoscopies bronchiques et 61 % des endoscopies otorhinolaryngologiques (ORL). Au final, environ 1,1 million d'endoscopies sont réalisées dans les cliniques privées, ce qui constitue près de la moitié de l'activité médicale de ces établissements. En dehors des endoscopies, le poids des cliniques privées est également très important dans la prise en charge des cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels (43 %). Lorsqu'ils sont interventionnels, et donc à visée thérapeutique, ceux-ci débouchent souvent sur la mise en place d'endoprothèses vasculaires,

c'est-à-dire de stents placés dans les coronaires et les autres vaisseaux. Ces endoscopies et cathétérismes vasculaires sont souvent réalisés en ambulatoire, ce qui explique que la part des séjours médicaux de moins de un jour atteigne 59 % dans les établissements privés à but lucratif, soit une proportion deux fois plus importante que dans le secteur public. La part respective des différents secteurs varie selon l'âge des patients, le secteur public accueillant surtout les jeunes enfants et les personnes les plus âgées (voir la fiche « Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle »).

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 centres de lutte contre le cancer. L'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre, entre autres, sur la prise en charge des douleurs chroniques et les soins palliatifs, les pathologies hématologiques – et notamment les greffes de moelle dont ils assurent 21 % des prises en charge – et les chimiothérapies réalisées en hospitalisation complète (27 % des prises en charge). La part de l'ambulatoire dans l'activité médicale des établissements privés à but non lucratif est de 36 %.

Une évolution stable des parts de prise en charge

Entre 2010 et 2011, les poids des différents secteurs sont stables, toutes prises en charge médicales confondues. De légères évolutions apparaissent toutefois au sein de quelques domaines d'activité. À titre illustratif, le secteur public voit ainsi augmenter son poids au détriment du secteur privé à but lucratif en ce qui concerne les séjours de nouveau-nés (+1,8 point). À l'inverse, la part du secteur public baisse pour les troubles du rythme et de la conduction (-0,8 point) en faveur des cliniques privées.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2011 en France métropolitaine et dans les DOM, hors Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA) hors séances. Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Définitions

• **Domaines d'activité** : les informations médicalisées sur les séjours hospitaliers regroupés dans le Programme de médicalisation des

systèmes d'information (PMSI) permettent de définir près de 2 400 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 utilisée ici, qui regroupe les GHM en groupes d'activité, les groupes d'activité en groupes de planification, et enfin les groupes de planification en domaines d'activité, a été réalisée par l'ATIH. 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).

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

Pour en savoir plus

• Evain F., 2013, « Hospitalisation de court séjour – Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », dans cet ouvrage.

• Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre

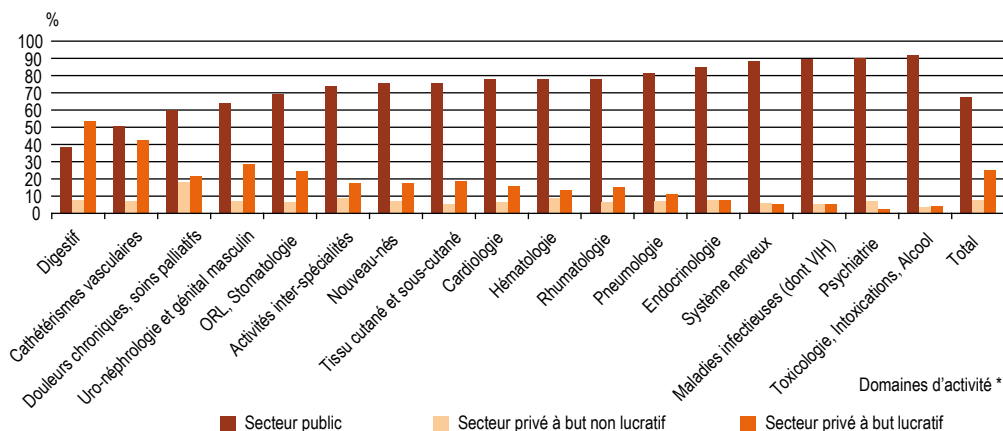
2005 et 2009 », *Études et Résultats* n° 785, novembre, DREES.

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

Sources

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

GRAPHIQUE ● Répartition de l'activité médicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2011



* Seuls les domaines d'activité réunissant plus de 100 000 séjours sont représentés ici.

Lecture • 38,6 % de l'activité médicale digestive est prise en charge par le secteur public, contre 53,5 % par le secteur privé à but lucratif et 7,9 % par le secteur privé à but non lucratif.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2011, traitements DREES.

TABLEAU ● Répartition des prises en charge médicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2011

	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble activité médicale	9 190 000	67,1	7,8	25,0
Digestif, dont :	2 315 000	38,6	7,9	53,5
Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	1 365 000	16,1	8,5	75,4
Symptômes digestifs	234 000	74,1	6,9	19,0
Pneumologie, dont :	812 000	81,4	7,3	11,3
Infections respiratoires	273 000	84,1	7,2	8,7
Bronchites, bronchiolites et asthme	170 000	88,8	4,7	6,6
Cardiologie, dont :	720 000	77,8	6,2	16,0
Cardiopathies, valvulopathies	212 000	80,5	6,3	13,2
Troubles du rythme/conduction	111 000	71,4	6,4	22,2
Système nerveux, dont :	640 000	88,4	6,0	5,6
Accidents vasculaires cérébraux	162 000	90,6	4,6	4,8
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :	577 000	64,4	7,0	28,7
Infections des reins et des voies urinaires, lithiases	205 000	64,4	6,7	28,9
Endoscopies génito-urinaires avec ou sans anesthésie	111 000	40,8	8,7	50,4
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	415 000	50,4	6,8	42,8
Endocrinologie, dont :	369 000	85,0	7,5	7,6
Diabète	126 000	86,7	6,9	6,5
Troubles métaboliques, nutritionnels et obésité	125 000	79,2	7,0	13,8
Toxicologie, Intoxications, Alcool	373 000	92,0	3,9	4,1
Rhumatologie, dont :	333 000	78,2	6,7	15,1
Maladies osseuses et arthropathies	187 000	73,1	6,7	20,2
Hématologie	296 000	77,9	8,7	13,4
Psychiatrie, dont :	271 000	90,2	7,1	2,7
Névroses, psychoses et autres troubles mentaux	153 000	92,9	4,4	2,7
Nouveau-nés	214 000	75,6	7,0	17,4
ORL, Stomatologie	216 000	69,1	6,3	24,6
Tissu cutané et tissu sous-cutané	192 000	75,7	5,5	18,8
Maladies infectieuses (dont VIH)	145 000	89,8	5,1	5,2

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2011, traitements DREES.

La spécialisation en chirurgie

Les cliniques privées réalisent plus de la moitié de l'activité chirurgicale et les deux tiers des interventions réalisées en ambulatoire (moins d'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 près de quatre séjours chirurgicaux sur dix mais pour des actes plus complexes

Bien qu'ils ne totalisent que 38 % de l'activité de chirurgie en 2011, les établissements de santé publics ont la quasi-exclusivité de certains domaines d'activités (voir graphique), comme les transplantations d'organes (96 %), la chirurgie des traumatismes multiples ou complexes graves (96 %) ou celle des brûlures (93 %), telles les greffes de peau. Les autres interventions qui sont majoritairement pratiquées dans le secteur public relèvent de la neurochirurgie, comme par exemple celles concernant les traumatismes crâniens (94 %) [voir tableau]. Par ailleurs, un peu moins d'une intervention d'ophtalmologie sur quatre est réalisée dans les établissements publics, mais cette part est beaucoup plus élevée pour les interventions lourdes (46 %), comme celles sur l'orbite (67 %) ou sur la rétine (40 %). De la même manière, en chirurgie orthopédique, la part du public est de 41 %, mais elle s'élève à 72 % pour les fractures, entorses, luxations et tractions. En raison de la complexité des cas traités, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des établissements publics est de 28 %.

Plus de la moitié des interventions chirurgicales sont réalisées dans les cliniques privées

La chirurgie est l'activité principale des établissements privés à but lucratif. Ceux-ci prennent ainsi en charge 54 % des séjours chirurgicaux en 2011. La part des cliniques privées est prépondérante dans plusieurs domaines d'activité et atteint 69 % pour les interventions ophtalmologiques et 67 % pour la chirurgie ORL et stomatologique. Ces établissements se sont spécialisés dans des interventions chirurgicales peu complexes qui permettent une prise en charge ambulatoire (moins d'un jour). Ils réalisent ainsi 66 % des chirurgies de la main et du poignet, 73 % des arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires, 73 %

de la chirurgie de la cataracte, 69 % des amygdalectomies, végétations et poses de drains transtympaniques, 77 % de la chirurgie de la bouche et des dents et 67 % des circoncisions hospitalisées. Au final, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des cliniques privées est de 51 %, c'est-à-dire quasiment deux fois plus importante que celle du secteur public.

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

En 2011, 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 »), l'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre sur le traitement des pathologies cancéreuses. Ils réalisent ainsi 13 % de l'activité de chirurgie gynécologique et même 33 % des traitements chirurgicaux des tumeurs malignes du sein. La part de l'ambulatoire dans leur activité chirurgicale totale atteint 41 %.

Une répartition de l'activité stable entre les différents secteurs entre 2010 et 2011

Entre 2010 et 2011, les poids des différents secteurs sont remarquablement stables, toutes activités chirurgicales confondues. L'évolution la plus importante concerne les appendicectomies, pour lesquelles la part du secteur public augmente de 2 points, principalement au détriment du secteur privé à but non lucratif. Si la répartition entre les secteurs est stable, on peut toutefois noter quelques évolutions au niveau des volumes d'activité. Ainsi, si le nombre global de séjours chirurgicaux est en augmentation de 3 % entre 2010 et 2011, cette hausse atteint par exemple 6 % pour la chirurgie ophtalmique lourde et 7 % pour la chirurgie transurétrale. Seul le domaine des brûlures a un nombre de séjours global en baisse.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2011 en France métropolitaine et dans les DOM, hors Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA) hors séances. Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Définitions

• **Domaines d'activité** : les informations médicalisées sur les séjours hospitaliers regroupés dans le Programme de médicalisation des

systèmes d'information (PMSI) permettent de définir près de 2 400 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 utilisée ici, qui regroupe les GHM en groupes d'activité, les groupes d'activité en groupes de planification, et enfin les groupes de planification en domaines d'activité, a été réalisée par l'ATIH. 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).

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

Pour en savoir plus

• Evain F., 2013, « Hospitalisation de court séjour – Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », dans cet ouvrage.

• Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour

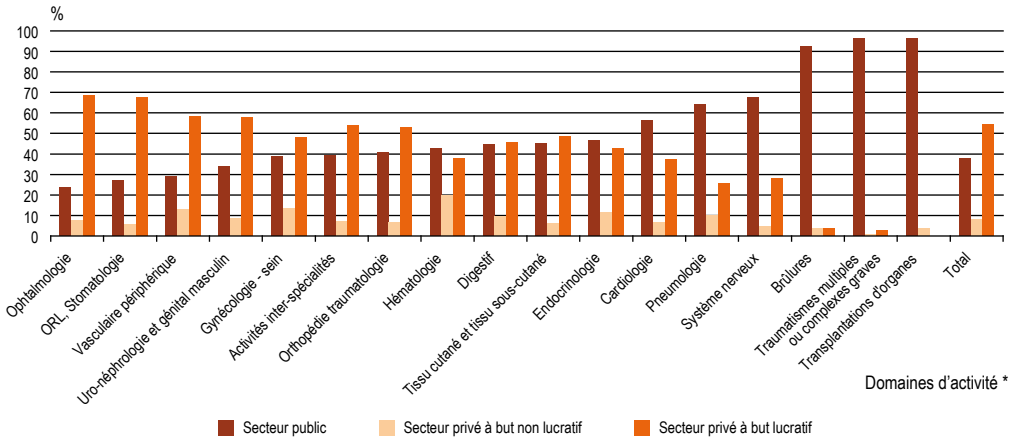
entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats*, n° 785, DREES, novembre.

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

Sources

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

GRAPHIQUE ● Répartition de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2011



Lecture : 23,9 % de l'activité chirurgicale en ophtalmologie est prise en charge par le secteur public, contre 68,7 % par le secteur privé à but lucratif et 7,5 % par le secteur privé à but non lucratif.

Champ : France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources : ATIH, PMSI-MCO 2011, traitements DREES.

TABLEAU ● Répartition des prises en charge chirurgicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2011

	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble activité chirurgicale	6 211 000	38,0	7,9	54,2
Orthopédie traumatologie, dont :	1 607 000	40,8	6,4	52,8
Chirurgie main, poignet	349 000	27,4	7,1	65,5
Chirurgie majeure orthopédique (dont hanche, fémur, genou)	310 000	43,4	7,5	49,1
Arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires	239 000	20,4	7,0	72,6
Fractures, entorses, luxations, tractions	137 000	71,9	4,7	23,5
Ophtalmologie, dont :	862 000	23,9	7,5	68,7
Cataractes	696 000	19,9	7,5	72,6
Chirurgie ophtalmique lourde	76 000	45,9	6,5	47,6
Digestif, dont :	762 000	44,7	9,7	45,7
Hernies	215 000	38,3	10,1	51,6
Appendicectomies	82 000	56,6	6,1	37,4
ORL, Stomatologie, dont :	718 000	26,9	5,7	67,4
Chirurgie de la bouche et des dents	301 000	18,9	4,0	77,1
Amygdalectomies, végétations et drains trans-tympaniques	203 000	23,6	7,3	69,2
Gynécologie - sein, dont :	477 000	38,9	13,2	47,9
Chirurgie utérus/annexes	164 000	44,7	8,2	47,1
Chirurgie pour tumeurs malignes du sein	70 000	29,0	33,4	37,6
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :	471 000	33,6	8,5	57,9
Chirurgie trans-urétrale, autres	167 000	36,5	9,4	54,1
Circoncisions	96 000	26,9	6,2	67,0
Vasculaire périphérique	297 000	29,0	12,8	58,3
Système nerveux, dont :	242 000	67,5	4,7	27,9
Chirurgie rachis/moelle	108 000	36,9	6,3	56,8
Traumatismes crâniens	99 000	94,3	3,1	2,7
Tissu cutané et tissu sous-cutané	221 000	45,1	6,2	48,7
Cardiologie	121 000	56,2	6,7	37,1
Brûlures	12 000	92,5	3,8	3,8
Traumatismes multiples ou complexes graves	9 000	96,4	1,0	2,6
Transplantations d'organes	5 000	96,4	3,6	0,0

Champ : France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources : ATIH, PMSI-MCO 2011, traitements DREES.

La spécialisation en obstétrique

En 2011, en France métropolitaine et dans les DOM, 1,3 million de séjours ont eu lieu en obstétrique ; les accouchements représentent 62 % de ces séjours. Près des deux tiers des accouchements se déroulent dans les hôpitaux publics, qui prennent également en charge une part élevée des affections *ante* et *post-partum*.

Forte prédominance des établissements publics en obstétrique

Les hôpitaux publics réalisent plus des deux tiers de l'activité d'obstétrique et un peu moins des deux tiers des accouchements (voir tableau). Ils se concentrent d'ailleurs davantage sur les accouchements par voie basse avec complications dont ils assurent 75 % des prises en charge. Les établissements publics accueillent également les trois quarts des affections *ante-partum*, parmi lesquelles on trouve principalement des complications de la grossesse. Ces affections représentent 15 % de l'activité obstétricale de l'ensemble des établissements. Les affections *post-partum*, quant à elles, sont prises en charge à hauteur de 72 % par les établissements publics ; elles ne représentent pour autant que 3 % de l'activité obstétricale, tous établissements confondus. Les interruptions médicales de grossesse (IMG) sont à distinguer des interruptions volontaires de grossesse (IVG). Ce sont des accouchements provoqués et prématurés qui interviennent lorsque le fœtus est atteint d'une maladie incurable ou que la grossesse met en jeu la vie de la mère. Ils sont réalisés dans 63 % des cas dans le secteur public et 63 % d'entre eux sont réalisés en ambulatoire (moins d'un jour). Les IVG sont, quant à elles, des avortements provoqués et décidés pour raisons non médicales. La

quasi-totalité sont réalisées en ambulatoire (96 %), et la part du secteur public est prépondérante puisque 80 % des IVG y sont prises en charge.

Près du quart de l'activité d'obstétrique est réalisé dans les cliniques privées

La proportion d'accouchements réalisés dans le secteur privé à but lucratif s'établit en 2011 à 26 %. Ce secteur réalise 27 % des accouchements par voie basse sans complications, 18 % des accouchements par voie basse avec complications et 29 % des accouchements par césarienne. Les cliniques privées prennent également en charge 31 % des interruptions médicales de grossesse mais seulement 16 % des interruptions volontaires de grossesse. Les établissements privés à but non lucratif ont, eux, une part très faible dans le domaine obstétrical et ne réalisent que 7 % de l'ensemble des activités d'obstétrique.

Une évolution de la prise en charge en faveur du secteur public

Entre 2010 et 2011, le poids des différents secteurs dans l'ensemble des activités obstétricales est stable, la plus forte évolution concernant les interruptions volontaires de grossesse qui augmentent dans le secteur public (+0,9 point) au détriment du secteur privé à but lucratif.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2011 en France métropolitaine et dans les DOM, hors Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA) hors séances. Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Définitions

• Les différents statuts juridiques des établissements et leurs modes de

financement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

Pour en savoir plus

- Evain F., 2013, « Hospitalisation de court séjour – Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », dans cet ouvrage.
- Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats*, n° 785, DREES, novembre.
- Arnault S., Exertier A., 2010, « Les maternités : plus de 30 ans d'évolu-

tion », *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2007*, DREES, août.

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

- 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, DREES, juillet.

Sources

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

TABLEAU ● Répartition des prises en charge obstétricales selon le statut de l'établissement et le groupe d'activité en 2011

	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble activités obstétricales	1 313 000	69,2	6,8	23,9
Accouchements, dont :	812 000	65,7	8,0	26,4
Accouchements par voie basse sans complications	542 000	64,6	8,1	27,4
Accouchements par voie basse avec complications	104 000	75,0	7,5	17,6
Accouchements par césarienne	166 000	63,5	7,9	28,6
Affections <i>ante-partum</i>	195 000	75,1	5,7	19,2
Affections <i>post-partum</i>	41 000	71,5	4,8	23,7
Interruptions médicales de grossesse	75 000	62,9	6,3	30,8
Interruptions volontaires de grossesse	190 000	80,4	4,0	15,7

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2011, traitements DREES.

4 Les plateaux techniques



- 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 et des DOM 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, 73 % des salles destinées aux actes sous anesthésie. Elles sont utilisées de manière différente selon le statut public ou privé de l'établissement.

En 2011, 2 800 sites anesthésiques réunissent des activités diverses

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 ou de coronarographie, plus souvent isolées, peuvent également constituer un site. En 2011, on dénombre dans l'ensemble des établissements de santé publics et privés de France métropolitaine et des DOM (hors Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), quatre salles en moyenne destinées aux actes sous anesthésie par site : 11 200 salles sont en fait regroupées dans 2 800 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 1 800 pour 13 400 postes de réveil, soit plus de sept postes par salle, en moyenne. Cinq sites anesthésiques sur dix se situent dans des établissements publics, quatre dans des cliniques privées et le dernier dans des établissements privés à but non lucratif.

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM (hors Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

Définitions

• **Les différents statuts juridiques** des établissements et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel ».

• **Séjours chirurgicaux** : le classement des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique correspond au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. L'affectation se fait en séjour « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et la date de sortie de

l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché.

• **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 égale un site).

• **Endoscopie** : l'endoscopie consiste à introduire une caméra (ou « endoscope ») dans un conduit ou une cavité de l'organisme.

Des salles d'intervention chirurgicale utilisées différemment suivant les secteurs

Les salles d'intervention chirurgicale représentent 73 % des salles destinées aux actes sous anesthésie ; elles sont au nombre de 8 200 en 2011 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 54 % 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 la chirurgie ambulatoire, qui suppose une hospitalisation de moins de un jour et recouvre des actes quasi exclusivement programmés, contribuent à expliquer cette situation. Tandis que 67 % 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 plus complexes (voir la fiche « La spécialisation en chirurgie ») avec des temps de réalisation plus longs. Ces derniers disposent également plus souvent de structures des 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 des horaires d'ouverture plus larges pour les établissements publics que les établissements privés et une activité chirurgicale nocturne plus fréquente : elle concerne deux établissements publics sur trois et un établissement privé à but lucratif sur quatre.

• **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, DREES, octobre.

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

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitali-

sation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Sur les données 2011, comme sur les données 2010, des redressements ont été effectués pour corriger la non-réponse totale ou partielle de certains établissements. Les valeurs 2011 ne sont pas directement comparables à celles des éditions antérieures à 2012.

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la DGOS et l'ATIH, 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 2011

	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*	545	924	248	1 097	2 814
Nombre de salles destinées aux actes sous anesthésie*	2 330	3 348	968	4 571	11 217
Nombre de salles de surveillance post-interventionnelle*	362	471	173	776	1 782
Nombre de postes de réveil*	2 412	3 419	1 228	6 326	13 385

* Résultats issus du redressement de la non-réponse.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2011, traitement DREES.

TABLEAU 2 ● Les plateaux techniques de chirurgie en 2011

	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 *	103	348	101	507	1 059
Nombre de salles d'intervention chirurgicale *	1 651	2 064	687	3 777	8 179
Nombre moyen d'heures d'ouverture hebdomadaire	67	58	61	59	60
Nombre de séjours chirurgicaux (source PMSI-MCO)	967 119	1 389 683	490 472	3 363 728	6 211 002
Nombre d'établissements géographiques ayant déclaré une activité chirurgicale de nuit	59	236	37	133	465

* Résultats issus du redressement de la non-réponse.

Note • 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 et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2011, traitement DREES, pour le nombre de séjours ; DREES, SAE 2011, traitement DREES.

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. Après s'être progressivement réduits, ils semblent s'être stabilisés ces dernières années.

Une concentration plus importante des équipements

En 2011, 2 900 salles de radiologie numérisée sont disponibles dans 785 établissements de santé publics et privés à but non lucratif en France métropolitaine et dans les DOM (hors Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Les salles de radiologie conventionnelle ne sont plus recensées dans la SAE 2011. Il existe également 223 salles de radiologie vasculaire destinées aux angiographies et aux coronarographies. 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. Plus de 500 établissements déclarent au moins un scanner, pour un nombre total de 640 appareils ; 323 établissements possèdent au moins une IRM, ce qui représente 388 appareils. Enfin, 123 établissements disposent d'une unité de médecine nucléaire, pour un total déclaré de 292 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. Dans les cliniques privées, il existe également des équipements d'imagerie, notamment au moins 205 scanners et 112 IRM déclarés dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Là encore, ces chiffres constituent vraisemblablement un minorant. La gestion de propriété est en effet différente selon les statuts juridiques des établissements, plusieurs personnes morales pouvant coexister au sein des cliniques privées, l'une correspondant aux activités de soins et l'autre aux activités médico-techniques. Une expertise est en cours pour fiabiliser ces dénombrements à partir des données d'autorisations du Fichier national des établissements sani-

taires et sociaux (FINESS) et du logiciel de gestion et de suivi des autorisations (ARHGOS).

Des délais d'attente encore importants pour certains équipements

En 2011, le délai d'attente moyen avant de bénéficier d'un examen de scanner est de 12 jours pour un patient en consultation externe et de 3,6 jours pour un patient hospitalisé. Après s'être progressivement réduits ces dernières années, ces délais évoluent peu en 2011 et diminuent davantage pour les patients externes. Ces délais peuvent varier selon les entités considérées. Ils sont notamment plus longs dans les centres hospitaliers régionaux (CHR) que dans l'ensemble des établissements publics et privés à but non lucratif pour un patient hospitalisé (5,8 jours), mais équivalents pour un patient externe. La durée moyenne d'ouverture par semaine est pourtant plus importante dans ces établissements : 79 heures par semaine contre 60 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. Dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC), les délais d'attente pour un scanner sont plus courts pour un patient hospitalisé (3,2 jours), mais beaucoup plus longs en consultation externe (34 jours) ; la durée moyenne d'ouverture hebdomadaire y est plus courte (44 heures). Les délais d'attente avant de bénéficier d'un examen d'IRM sont deux fois plus importants que pour les scanners : 27 jours en consultation externe et 8 jours lors d'une hospitalisation. En 2011, ces délais augmentent légèrement pour les patients hospitalisés (+ 0,9 jour) et diminuent pour les patients externes.

Champ

Seuls sont comptabilisés les équipements d'imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif en France métropolitaine et dans les DOM, hors Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA). Les cabinets de radiologie sont hors champ sauf s'ils sont implantés au sein des cliniques privées, auquel cas ils sont également normalement recensés dans la SAE. En raison d'une sous-déclaration importante concernant ces établissements, ils ont été exclus du champ de cette fiche.

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 sont réalisés dans des salles spécialisées permettant les injections intra-vasculaires nécessaires aux angiographies (visualisation des vaisseaux) en toute sécurité. Les coronarographies (visualisation des artères coronaires) peuvent être réalisées également dans les salles de radiologie vasculaire sous réserve d'un équipement spécifique.

• **Scanner ou tomodensitomètre** : il utilise également les rayons X mais

permet de visualiser des tranches d'épaisseurs variables.

• **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.

• **Caméra à scintillation ou gamma caméra** : elle est utilisée en médecine nucléaire pour la détection de radioéléments qui permettent d'établir 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 (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnels).

TABLEAU ● Équipement en imagerie en 2011

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 patients externes (en jours)	Délai d'attente moyen pour patients hospitalisés (en jours)	Nombre moyen d'heures d'ouverture par semaine
Scanners	514	640	12	3,6	60
IRM	323	388	27	8,2	58
Caméras à scintillation	123	292	7	4,0	51
Tomographes à émission/caméras à positons	68	75			
Salles de radiologie numérisée	784	2 885			
Salles de radiologie vasculaire <i>dont salles de coronarographie</i>	190 117	385 162			

Note • Les délais d'attente moyens sont pondérés par le nombre total d'examens.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA, établissements publics et privés à but non lucratif.

Sources • DREES, SAE 2011, traitements DREES.

5 Les « autres » disciplines hospitalières



- L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé
- Les patients bénéficiant de soins pour dépression dans les établissements de santé
- Les structures d'hospitalisation à domicile
- Les patients hospitalisés à domicile
- Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)
- La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)
- Les parcours de soins hospitaliers

L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé

La psychiatrie a des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales : faible place des actes techniques, nombreuses structures extra-hospitalières, prises en charge récurrentes et diversifiées, etc. La majeure partie des patients des services de psychiatrie des établissements de santé sont pris en charge en ambulatoire. Les autres prises en charge, dites à temps partiel et à temps complet, reposent essentiellement sur les 58 000 lits d'hospitalisation à temps plein, les 28 000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit et les 1 800 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTTP). Toutefois, d'autres types d'alternatives à l'hospitalisation ont également été plus ou moins développés.

Une offre majoritairement publique et spécialisée

En 2011, sur 579 établissements de santé (voir définitions) assurant une prise en charge hospitalière en psychiatrie, près de la moitié sont des établissements publics. Ils représentent les deux tiers de l'ensemble des lits d'hospitalisation complète et les quatre cinquièmes des places d'hospitalisation partielle. L'autre moitié se répartit à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées, ces dernières ayant essentiellement une activité d'hospitalisation à temps plein. L'offre de soins en psychiatrie infantile-juvénile est presque exclusivement le fait des établissements publics et privés à but non lucratif. Près des deux tiers des établissements ayant une activité de psychiatrie sont mono-disciplinaires, c'est-à-dire autorisés uniquement dans cette discipline. Les établissements privés à but lucratif sont quasiment exclusivement spécialisés en psychiatrie. Les établissements pluridisciplinaires sont, en revanche, en grande majorité des établissements publics.

Une prise en charge réalisée en grande partie en ambulatoire

Les patients de psychiatrie en établissements de santé sont essentiellement pris en charge en ambulatoire. En effet, 77 % des patients reçus au moins une fois dans l'année sont pris en charge exclusivement sous cette forme, notamment dans les 3 700 centres médico-psychologiques (CMP) et unités de consultation (voir tableau). Les équipes de psychiatrie interviennent également dans d'autres lieux que les CMP. Ainsi, près de 17 % des actes sont réalisés à domicile ou en institution substitutive au domicile, en unité d'hospitalisation somatique, en établissement social ou médico-social ou encore en milieu scolaire ou en centre de protection maternelle et infantile (PMI).

Un poids plus important du temps partiel en psychiatrie infantile-juvénile

Le nombre de places en hôpital de jour et hôpital de nuit est de 28 000 pour 5,1 millions de venues en 2011. À ces formes d'hospitalisation partielle, il convient d'ajouter les 2 millions de venues dans les 1 800 centres d'accueil thérapeutique à temps

Champ

Établissements de santé publics et privés ayant une activité de psychiatrie au 31 décembre 2011 en France métropolitaine et dans les DOM (hors Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Les nombres de journées de prise en charge à temps partiel publiés ici ne peuvent être utilisés pour faire des comparaisons avec les données publiées dans les éditions antérieures à 2009 du Panorama. En effet, les concepts de la SAE ont évolué : désormais, les venues en

psychiatrie ne sont plus égales aux journées, une venue comptant pour une journée ou une demi-journée (« demi-venue ») selon la durée de prise en charge.

Définitions

• **Établissement de santé ayant une activité de psychiatrie** : il correspond ici à l'entité juridique pour tous les établissements publics ayant une activité de psychiatrie ainsi que pour les établissements privés ayant plusieurs sites dans le même département ; à une entité géographique par département d'implantation si l'entité juri-

partiel (CATTTP) ou ateliers thérapeutiques. La psychiatrie infantile-juvénile est caractérisée par une part beaucoup plus forte des prises en charge à temps partiel. Les places en hôpital de jour et de nuit représentent ainsi 74 % des capacités d'accueil (en lits et places) en psychiatrie infantile-juvénile contre 24 % en psychiatrie générale. En particulier, l'hospitalisation de jour est la forme d'activité, hors ambulatoire, la plus importante en nombre de journées réalisées en psychiatrie infantile-juvénile (57 % des journées y compris les séjours thérapeutiques), alors qu'elle ne représente que 13 % des journées de prise en charge en psychiatrie générale.

Des prises en charge à temps complet réalisées principalement en hospitalisation à temps plein.

Depuis une trentaine d'années, les capacités d'accueil et l'activité en hospitalisation à temps plein en psychiatrie ne cessent de diminuer. Cette diminution a toutefois ralenti ces dernières années et le nombre de lits installés s'établit à environ 58 000 en 2011 pour près de 18,7 millions de journées. Bien que minoritaires par rapport à l'hospitalisation à temps plein, d'autres formes d'activité à temps complet existent, essentiellement en psychiatrie générale, les enfants et adolescents étant plus souvent pris en charge à temps partiel ou en ambulatoire qu'à temps complet. Ainsi, en 2011, les établissements de santé déclarent disposer de 7 400 lits ou places en placement familial thérapeutique, centre de postcure, appartement thérapeutique, hospitalisation à domicile, centre de crise et structure d'accueil d'urgence. Dans ces structures, 1,9 million de journées de prises en charge ont été réalisées, soit 9 % de l'activité à temps complet.

De fortes disparités départementales

La densité nationale d'équipement en lits et en places à temps complet et en places d'hôpital de jour et de nuit est de 144 pour 100 000 habitants en 2011. Elle est à compléter par 2,8 CATTTP ou ateliers thérapeutiques pour 100 000 habitants. Ces taux d'équipement sont très variables d'une région à l'autre. Les mêmes disparités sont observables pour l'activité dénombrée en journées à temps complet ou à temps partiel qui varie en France métropolitaine de 349 journées pour 1 000 habitants dans les Pays de la Loire à 652 en Auvergne (voir carte).

dique regroupe des établissements privés sur plusieurs départements ; à l'entité géographique pour les établissements privés ayant une activité de psychiatrie sur un seul site.

- **Psychiatrie générale** : prise en charge des adultes de plus de 16 ans.
- **Psychiatrie infantile-juvénile** : prise en charge des enfants et adolescents.

Pour en savoir plus

- Leroux I., Schultz P., 2011, « Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale », *Document de travail*, Série statistiques, n° 155, DREES, avril.

- Coldefy M. (coord.), 2007, La prise en charge de la santé mentale – Recueil d'études statistiques, *Collection Études et Statistiques*, Paris, La Documentation française.

Sources

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

TABLEAU ● Capacités et activité en psychiatrie au 31 décembre 2011

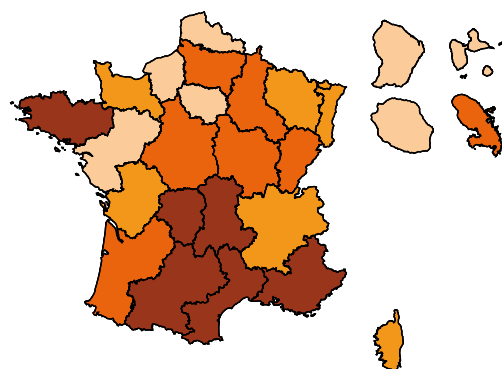
	Psychiatrie générale				Psychiatrie infanto-juvénile			
	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total
Prises en charge à temps complet								
Hospitalisation à temps plein								
Nombre de lits	36 000	7 240	12 150	55 390	1 600	380	170	2 150
Nombre de journées	11 689 700	2 274 500	4 294 800	18 259 000	329 200	80 370	47 830	457 400
Placement familial thérapeutique								
Nombre de places	2 680	180	-	2 860	730	80	-	810
Nombre de journées	732 900	46 690	-	779 590	137 500	12 650	-	150 150
Accueil en centre de postcure								
Nombre de lits	600	530	290	1 420	-	-	-	-
Nombre de journées	145 400	137 200	101 400	384 000	-	-	-	-
Accueil en appartement thérapeutique								
Nombre de places	880	180	-	1 060	-	-	-	-
Nombre de journées	210 400	43 770	-	254 170	-	-	-	-
Hospitalisation à domicile								
Nombre de places	620	50	-	670	250	-	-	250
Nombre de journées	156 400	8 380	-	164 780	45 700	-	-	45 700
Accueil en centre de crise								
Nombre de places	260	7	14	281	20	10	-	30
Nombre de journées	71 190	1 690	5 020	77 900	4 770	2 130	-	6 900
Prises en charge à temps partiel								
Hôpital de jour								
Nombre de places	13 630	3 150	820	17 600	7 500	1 710	60	9 270
Nombre de journées	2 618 000	601 200	226 000	3 445 200	1 125 000	320 800	14 370	1 460 170
Hôpital de nuit								
Nombre de places	1 060	250	60	1 370	90	30	-	120
Nombre de journées	117 400	54 210	10 700	182 310	6 120	3 760	-	9 880
CATTP et ateliers thérapeutiques								
Nombre de structures	1 080	130	-	1 210	580	60	-	640
Nombre de journées	1 395 600	209 000	-	1 604 600	354 200	28 740	-	382 940
Prises en charge en ambulatoire								
Nombre de structures de type CMP	1 960	230	-	2 190	1 300	200	-	1 500
Nombre d'actes réalisés en CMP ou à l'extérieur	11 044 000	1 382 000	-	12 426 000	4 323 000	610 200	-	4 933 200

Lecture • Les nombres concernant les capacités et l'activité sont arrondis.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2011, traitements DREES.

CARTE ● Nombre de journées de prise en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie pour 1 000 habitants



Nombre de journées pour 1 000 habitants

4^e quartile (de 518 à 686)

3^e quartile (de 431 à 518)

2^e quartile (de 380 à 431)

1^{er} quartile (de 127 à 380)

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2011, traitements DREES; INSEE, estimations de population au 1^{er} janvier 2011.

Les patients bénéficiant de soins pour dépression dans les établissements de santé

Plus de 1,5 million de patients adultes ont été suivis dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie en 2011. Parmi eux, 18 % l'ont été pour dépression, qui est en 2011 le premier motif de recours en psychiatrie ; 66 % de ces patients sont des femmes et 62 % ont été suivis exclusivement en ambulatoire. Des différences importantes existent dans la prise en charge de ces troubles entre établissements publics et privés.

Une patientèle aux caractéristiques spécifiques

En 2011, près de 283 000 patients âgés de plus de 16 ans ont été suivis pour dépression dans un établissement de santé de France métropolitaine autorisé en psychiatrie. Avec 18 % de la file active totale suivie en psychiatrie, la dépression constitue le premier motif de recours dans ces établissements. Cette appréciation de l'importance d'une pathologie peut cependant évoluer si on s'intéresse à l'activité mise en œuvre. Lorsque le nombre de journées et d'actes est utilisé et non plus le nombre de patients, c'est alors la schizophrénie qui arrive au premier rang de l'activité des établissements.

L'âge moyen des patients suivis pour dépression en 2011 est de 51 ans et leur taux de recours croît jusqu'à la classe d'âge 51-60 ans, puis diminue pour se stabiliser après 70 ans (voir graphique 1). Les patients ayant recours aux soins en établissement pour dépression sont en majorité des femmes (66 %). Du point de vue de la sévérité, 37 % des patients sont suivis pour un épisode ou un trouble sévère, 35 % pour un épisode ou un trouble d'intensité moyenne, 14 % pour un épisode ou un trouble léger (et autant pour un épisode ou un trouble dépressif autre non défini en termes de sévérité).

Une prise en charge de la dépression majoritairement ambulatoire

La prise en charge des dépressions par les établissements de santé est exclusivement ambulatoire pour deux tiers des patients en 2011 et comporte une hospitalisation à temps plein dans près d'un tiers des cas.

Sur l'ensemble des patients suivis, près de la moitié de ceux traités pour dépression ont eu au moins une consultation avec un médecin, avec en moyenne cinq consultations par an ; et plus d'un quart des patients ont eu recours à des entretiens avec des soignants (infirmiers ou psychologues), avec une fréquence plus élevée de sept entretiens par an en moyenne. Deux tiers des patients hospitalisés à temps complet pour dépression le sont sous ce mode de prise en charge exclusif, tandis qu'un tiers cumule d'autres natures de prises en charge. Le recours à l'hospitalisation augmente avec le degré de sévérité. Plus de la moitié des personnes ayant reçu un diagnostic d'épisode sévère ont été hospitalisées au moins une fois à temps plein dans l'année.

Champ

Patients de 16 ans et plus en établissements de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie en France métropolitaine.

Définitions

- **Les actes** : recueillis uniquement pour l'ambulatoire suivant la grille EDGAR.
- **L'appréciation de la sévérité** est renseignée dans l'intitulé pour certaines catégories de diagnostics de la CIM-10 dans le cas de la dépression.
- **La durée annuelle d'hospitalisation (DAH)** : elle est utilisée ici, car en psychiatrie, les réhospitalisations

peuvent correspondre à une stratégie thérapeutique.

- **Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)** : cette dénomination remplace celle d'établissements de santé privés à but non lucratif.
- **La file active totale** : il s'agit du nombre de patients présents à 0 heure le 1^{er} janvier auquel on ajoute chacun des nouveaux patients pris en charge au moins une fois dans l'année.
- **La nature de prise en charge** : le RIM-P distingue 3 natures de prise en charge, à savoir à temps complet, à temps partiel ou ambulatoire.

D'autre part, la moitié des patients hospitalisés le sont pour une durée annuelle d'hospitalisation (DAH) inférieure ou égale à 21 jours. Cette durée est inférieure à 10 jours pour un quart des patients et supérieure à 45 jours pour 20 % d'entre eux. L'hospitalisation est librement consentie pour la plupart d'entre eux.

Une proportion de patients hospitalisés pour dépression sévère plus importante dans les cliniques privées

En 2011, près des trois quarts des patients suivis pour un trouble ou un épisode dépressif le sont dans le secteur public. Le quart des patients restant se répartit de façon comparable entre les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et les établissements privés à but lucratif.

Au sein de ces derniers, près de la moitié de la patientèle a reçu un diagnostic principal de trouble ou d'épisode dépressif, alors qu'elle représente seulement un cinquième de la patientèle des établissements publics et des ESPIC. L'activité en journées pour la prise en charge de ces patients représente ainsi 39 % de l'activité psychiatrique des établissements privés à but lucratif (contre à peine plus de 10 % dans le public). Cette différence reflète une plus grande concentration du secteur privé sur la dépression.

De plus, la proportion de patients hospitalisés pour dépression sévère (parmi les patients hospitalisés pour dépression) est supérieure dans les cliniques privées par rapport aux autres types d'établissements (voir graphique 2). Elle est de trois quarts dans les établissements privés à but lucratif, de 56 % dans les ESPIC et de 48 % dans les établissements publics.

Le secteur public se distingue par rapport au secteur privé par une DAH plus faible pour les établissements publics généraux et des taux de réhospitalisation inférieurs pour les établissements publics spécialisés.

Ces différents résultats s'expliquent en partie du fait que les établissements publics et les ESPIC développent les prises en charge ambulatoires en plus des autres formes d'hospitalisation, alors que les établissements privés à but lucratif proposent essentiellement de l'hospitalisation à temps plein ou à temps partiel. Dans les établissements publics ou les ESPIC, l'hospitalisation à temps plein est d'ailleurs une forme d'activité intégrée au sein d'une prise en charge globale propre à l'établissement et en articulation avec un suivi ambulatoire.

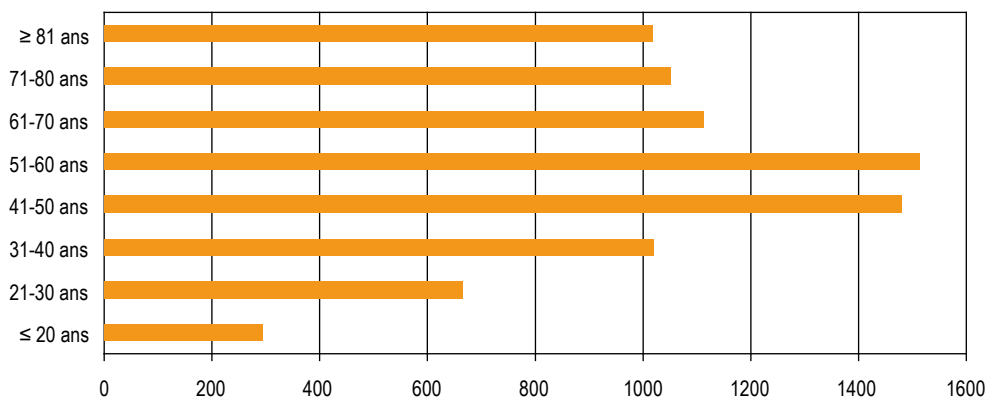
Pour en savoir plus

- Coldefy M., Nestrigue C., 2013, « La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé », *Questions d'économie de la santé, Études et Résultats*, coédition IRDES-DREES, n° 860, décembre.
- Coldefy M., Nestrigue C., Or Z., 2012, « Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie », Rapport de l'IRDES n°555 (Biblio n° 1896), *Document de travail, Série sources et méthodes*, n° 38, coédition IRDES-DREES, novembre.

Sources

Le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P), mis en place en 2007, permet une description fine de la patientèle bénéficiant de soins dans des établissements de santé autorisés en psychiatrie. Les estimations de population de l'INSEE au 1^{er} janvier 2011 sont utilisées pour obtenir la population métropolitaine. Les données de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2011 sont mobilisées pour le calcul de la file active totale.

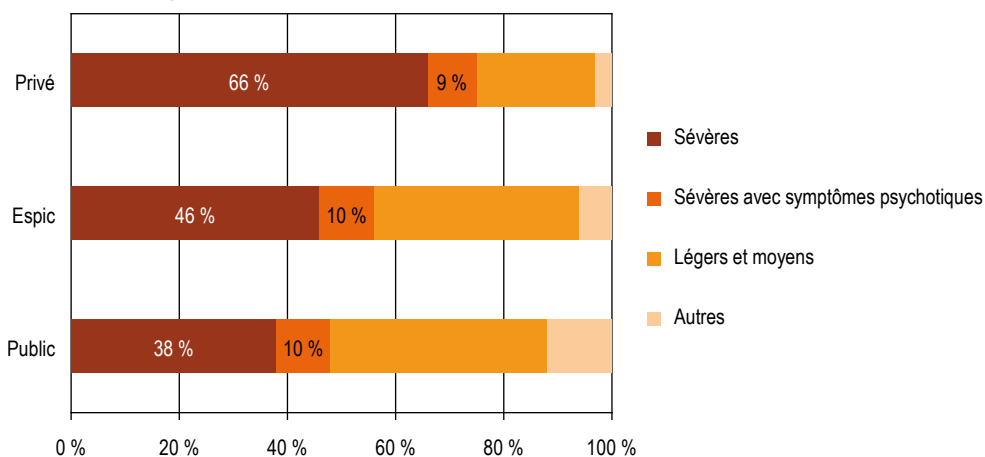
GRAPHIQUE 1 ● Taux de recours aux soins pour dépressions par classe d'âge et pour 100 000 habitants



Champ • France métropolitaine.

Sources • ATIH, RIM-P 2011, traitements IRDES et DREES ; INSEE, estimations au 1^{er} janvier 2011.

GRAPHIQUE 2 ● Proportion des épisodes et troubles dépressifs selon le degré de sévérité et le type d'établissement d'accueil



Champ • France métropolitaine.

Sources • ATIH, RIM-P 2011, traitement IRDES.

Les structures d'hospitalisation à domicile

En 2011, 315 structures d'hospitalisation à domicile (HAD) ont offert 13 000 places et réalisé plus de 4 millions de journées en France métropolitaine et dans les DOM. Ces structures 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 un peu moins d'un quart des places, et près d'un tiers des séjours d'HAD y sont réalisés.

Grâce aux progrès technologiques, l'HAD propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville : elle constitue l'une des alternatives à l'hospitalisation complète (voir la fiche « Les autres prises en charge hospitalières »). Elle permet, en effet, d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux afin de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation en médecine, obstétrique ou en soins de suite, de rééducation et de réadaptation.

Des structures d'HAD diverses par leur statut juridique et leurs capacités

Bien que relativement ancienne, l'HAD joue encore un rôle marginal dans l'offre de soins. En 2011, 315 structures offrent 13 000 places en France métropolitaine et dans les DOM (voir tableau 1). Avec 56 entités, le secteur privé à but lucratif est le secteur où l'HAD est la moins répandue. Les structures d'HAD appartiennent, en 2011, pour 42 % au secteur public et pour 39 % au secteur privé à but non lucratif. Dans le secteur public, 121 structures appartiennent à des centres hospitaliers (CH) et 14 à des centres hospitaliers régionaux (CHR). Plus de quatre structures sur cinq du secteur privé à but non lucratif sont spécialisées sur cette forme d'hospitalisation et relèvent du domaine associatif : elles offrent plus de la moitié des places d'HAD en 2011.

Une offre de soins inégalement répartie sur le territoire

En 2011, sur les 13 000 places d'HAD en France métropolitaine et dans les DOM, près de 2 500 sont concentrées en Île-de-France (voir carte), ce qui représente 19 % de l'offre totale. En termes d'activité, 33 % des séjours y sont réalisés. Cette prédominance de la région Île-de-France est historique : les deux premières structures d'HAD, créées en France à la fin des années 1950, sont l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et Santé Service Île-de-France. Ces structures ont les capacités d'accueil les plus importantes, avec respectivement 820 et 1 200 places en 2011 ; elles réalisent ainsi un peu moins des trois quarts des séjours de la région Île-de-France. La densité moyenne nationale est de 19 places pour 100 000

Champ

Établissements de santé publics et privés situés en France métropolitaine et dans les DOM, hors Mayotte, hors le service de santé des armées (SSA), ayant déclaré une activité d'hospitalisation à domicile en 2011.

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. Cette activité peut être réalisée par un établissement spécialisé sur ce seul type d'hospitalisation ou bien constituer un service d'une entité juridique ou d'un établissement pluridisciplinaire. Afin de mieux organiser l'accès en HAD et de couvrir les zones à desservir, certains départements fonctionnent avec des antennes HAD ou en groupement de

coopération sanitaire. Les antennes sont comptées comme structures lorsqu'elles fournissent de façon autonome un recueil PMSI : pour autant, les pratiques de codage en la matière sont hétérogènes d'un département à l'autre. Ainsi, le décompte des structures HAD est entaché d'une légère imprécision.

• **Les textes** : d'après la circulaire du 30 mai 2000, « l'hospitalisation à domicile concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé ». La circulaire du 1^{er} décembre 2006 rappelle le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD, son régime d'autorisation, ses obligations, le rôle des différents acteurs et son positionnement au sein d'une offre de soins locale.

habitants : la Lorraine et l'Alsace sont sous-dotées avec respectivement 12,4 et 13,9 places. À l'inverse, le Limousin, la Corse et la Basse-Normandie sont les régions qui comptent le plus de places (respectivement 30, 29 et 29), suivies de près par l'Aquitaine, la Champagne-Ardenne et l'Île-de-France. Les DOM, et en particulier la Guadeloupe et la Guyane, ont des densités trois fois supérieures à la densité nationale (respectivement 62,9 et 60,7). Aujourd'hui, l'HAD en Guyane comble les déficits en offre de soins en étant présente là où il manque des professionnels de santé, offrant ainsi un panel de prises en charge que les établissements de santé n'offrent pas ; en Guadeloupe, l'HAD compense la baisse des places en MCO observée entre 2000 et 2011.

L'activité des structures d'HAD

Le secteur public prend en charge un peu moins de 37 % des 159 000 séjours en HAD et le secteur privé à but non lucratif 54 %. La prédominance du secteur privé à but non lucratif est encore plus marquée si l'on mesure l'activité en journées : 61 % des journées y sont réalisées contre 26 % dans le secteur public. Les séjours effectués dans les structures du secteur public sont des séjours plus courts que ceux réalisés dans le secteur privé à but non lucratif : si dans l'ensemble 78 % des séjours sont mono-séquences de soins (voir tableau 2), cette part s'élève à 83 % dans le public contre 78 % dans le privé à but non lucratif. Les modes de prise en charge de « périnatalité », de « soins palliatifs » et de « soins techniques de cancérologie » sont les modes les plus répandus. Ils concentrent 54 % des séjours (voir la fiche « Les patients hospitalisés à domicile »). 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 modes de prises en charge liés aux « soins palliatifs », puis aux « soins techniques de cancérologie » et à la « périnatalité » qui, réunis, représentent près de 55 % des séjours du secteur. Les prises en charge liées à la périnatalité sont, quant à elles, plus répandues dans le secteur public : elles représentent un peu moins d'un tiers des séjours du secteur.

• **Périmètre de l'HAD** : elle concerne les soins de médecine, d'obstétrique et les soins de suite et de 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.

• **L'unité séjour** : il s'agit ici de la notion de séjour-patient : plusieurs séjours effectués par un même patient sont autant de séjours différents.

• **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.

Pour en savoir plus

• Valdelièvre H., Chaleix M., Afrite A., Com-Ruelle L., 2009, « Les structures d'hospitalisation à domicile », *Études et Résultats*, n° 700, DREES, juillet.

• Afrite A., Com-Ruelle L., Chaleix M., Valdelièvre H., 2009, « L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients », *Questions d'économie de la santé*, n° 140, IRDES, mars.

Sources

Voir la fiche « Les patients hospitalisés à domicile ».

TABLEAU 1 ● Capacités et activité des structures d'HAD selon leur statut juridique

Statut juridique des structures	Nombre de structures	Places installées	Activité en journées
Secteur public	135	3 705	1 101 396
Centre hospitalier régional	14	1 182	378 444
Centre hospitalier (et autres)	121	2 523	722 952
Secteur privé à but non lucratif	124	7 416	2 605 906
Centre de lutte contre le cancer	3	156	58 905
Structure associative de HAD	107	6 516	2 282 091
Autres	14	744	264 910
Secteur privé à but lucratif	56	1 855	592 249
Ensemble	315	12 976	4 299 551

Lecture • L'activité est celle des disciplines de médecine, obstétrique et « soins de suite et de réadaptation », i.e. hors psychiatrie. Le total des places d'HAD installées est celui déclaré dans la SAE, pour réaliser l'activité HAD en MCO et SSR.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2011, SAE 2011, traitements DREES.

CARTE ● Densité de places HAD par région, en 2011

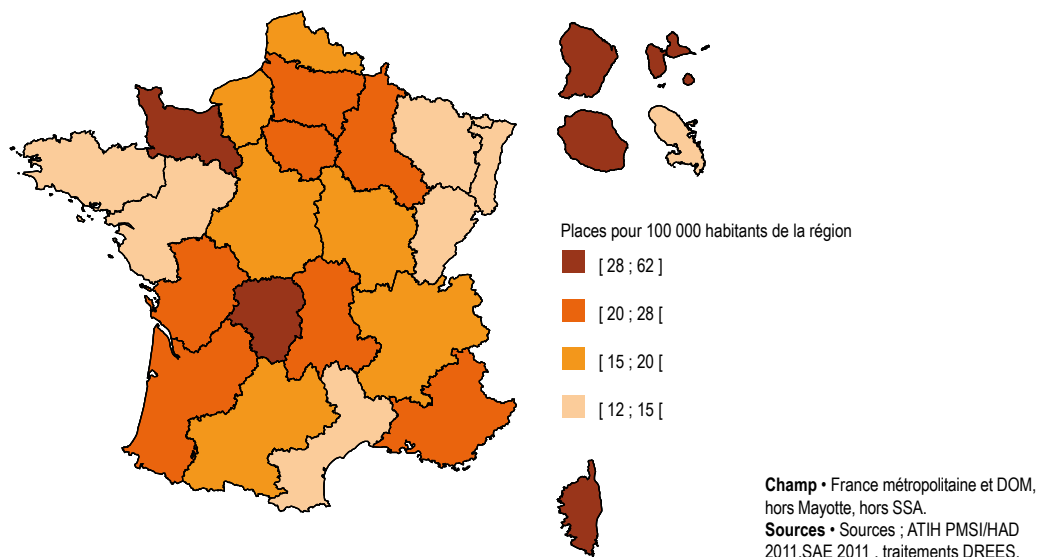


TABLEAU 2 ● Répartition des séjours selon le statut juridique des structures d'HAD

Statut juridique des structures	Activité en séjours	Part des séjours mono-séquences (en %)	Durées moyennes des séjours mono-séquences
Secteur public	57 127	83	13
Centre hospitalier régional	21 601	88	13
Centre hospitalier (et autres)	35 526	79	13
Secteur privé à but non lucratif	86 682	78	21
Centre de lutte contre le cancer	4 263	76	5
Structure associative de HAD	70 399	76	23
Autres	12 020	87	15
Secteur privé à but lucratif	15 439	58	24
Ensemble	159 248	78	18

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2011, SAE 2011, traitements DREES.

Les patients hospitalisés à domicile

En 2011, plus de 4 millions de journées d'hospitalisation à domicile (HAD) ont été réalisées en France métropolitaine et dans les DOM. Les séjours en périnatalité, en soins palliatifs et en cancérologie sont les principaux motifs d'admission des séjours en HAD. Les patients pris en charge sont de tous âges, et plus de six patients sur dix ne sont pas autonomes. Pour deux patients sur trois, l'HAD permet de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation en établissement de santé.

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. En 2011, les enfants de 15 ans et moins concentrent 7,1 % des séjours, dont 4,4 % pour les nourrissons. 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 ou plus totalisent 42,7% des séjours et les seules personnes de 80 ans ou plus, près d'un sur six. Chez les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans (84,4 % des séjours) [voir graphique 1] ; pour cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent plus d'un séjour sur quatre. Plus d'une femme sur trois hospitalisées à domicile a entre 25 et 39 ans. Dans cette tranche d'âge, les femmes représentent d'ailleurs 91,6 % des séjours d'HAD, essentiellement pour une prise en charge en soins de périnatalité (*post-partum* pathologique, retour précoce au domicile après accouchement et grossesse à risque). De fait, les femmes prises en charge en HAD sont, en moyenne, plus jeunes que les hommes : 50,9 ans contre 63,6 ans. Mais si l'on se restreint aux modes de prise en charge « hors périnatalité », l'âge moyen des femmes en HAD se rapproche de celui des hommes (61 ans).

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 19,4 % des séjours effectués : 9 % concernent des *post-partum* et 5,5% 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. Plus de 15 % des séjours concernent des

soins de cancérologie et majoritairement des soins de chimiothérapie anticancéreuse (8,5 %). Les soins palliatifs concentrent, quant à eux, 19,3 % des séjours (voir tableau). Les autres groupes de modes de prise en charge principaux sont moins fréquents, voire rares. Les soins périnataux induisent des hospitalisations d'une durée moyenne plus courte que les autres soins. Ainsi, le nombre de journées qui leur est associé place ce motif de prise en charge loin derrière celui des soins palliatifs, des pensements complexes et de l'assistance respiratoire ou nutritionnelle qui, réunis, rassemblent plus de la moitié des journées (60,6%).

Plus de deux patients sur trois hospitalisés à domicile ne sont pas autonomes

Le degré de dépendance, physique et/ou relationnelle, est mesuré selon un score issu de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ). En 2011, un tiers des admissions en HAD concernent des patients complètement autonomes. À l'opposé, près de 15 % des patients admis en HAD sont complètement dépendants. L'autonomie relationnelle est mieux préservée que l'autonomie physique (avec respectivement 63,1 % et 34,9 % de patients complètement autonomes).

Une hospitalisation en établissement raccourcie ou totalement évitée pour deux patients sur trois

L'HAD se positionne comme une des alternatives à l'hospitalisation du patient en raccourcissant, en retardant ou en évitant totalement une hospitalisation complète. Ainsi, sur le champ des séjours d'HAD commencés et terminés en 2011, près de trois patients sur dix provenaient de leur domicile (voir graphique 2). L'HAD a permis d'éviter totalement une hospitalisation en établissement de santé pour un patient sur cinq puisque 20,9 % demeurent chez eux en fin de séjour ; pour 6 % des patients, l'HAD retarde l'hospitalisation complète puisqu'ils sont ensuite transférés en établissement traditionnel. Sept patients sur dix sont admis en HAD à la suite d'une prise en charge en établissement de santé : 39,7 % des patients écourtent une hospitalisation complète en restant à domicile. Mais ce n'est pas le cas pour près d'un patient sur quatre (24,7 %) pour lequel une (ré)hospitalisation est nécessaire.

Champ

Établissements de santé publics et privés situés en France métropolitaine et dans les DOM, hors Mayotte, ayant déclaré une activité d'hospitalisation à domicile en 2011, hors le service de santé des armées (SSA). Les caractéristiques individuelles et médicales des patients sont celles présentées lors de leur admission en HAD.

Définitions

- Structure d'HAD et périmètre de l'HAD : voir la fiche « Les structures d'hospitalisation à domicile ».
- Le mode de prise en charge : il s'agit d'un traitement prescrit et appliqué au

patient au cours d'une séquence de soins. 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.

- 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 (classe 1) à la dépendance totale (classe 4) dans six dimensions différentes : habillage, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication. La dépendance physique est mesurée par les scores

des quatre premières dimensions. La dépendance cognitive est mesurée par les scores des deux dernières dimensions « comportement, relation-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).

Pour en savoir plus

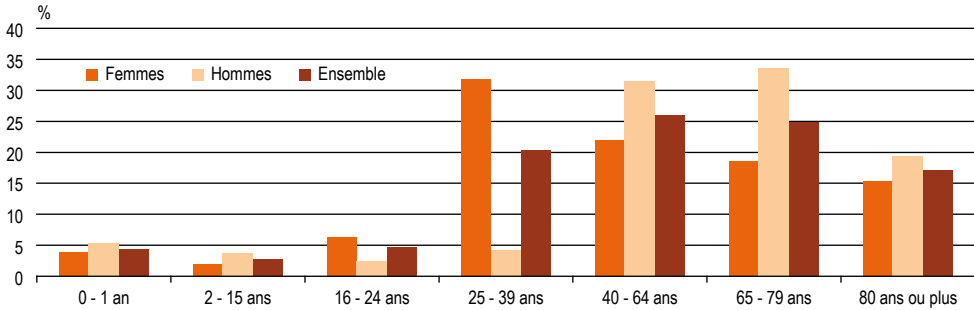
- Valdélièvre H., Chaleix M., Afrite A., Com-Ruelle L., 2009, « Les structures d'hospitalisation à domicile », *Études et Résultats*, n° 700, DREES, juillet.

- Afrite A., Com-Ruelle L., Chaleix M., Valdélièvre H., 2009, « L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients », *Questions d'économie de la santé*, n° 140, IRDES, mars.

Sources

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

GRAPHIQUE 1 ● Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile



Lecture • Les âges sont ceux observés à l'admission.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2011, SAE 2011, traitements DREES.

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

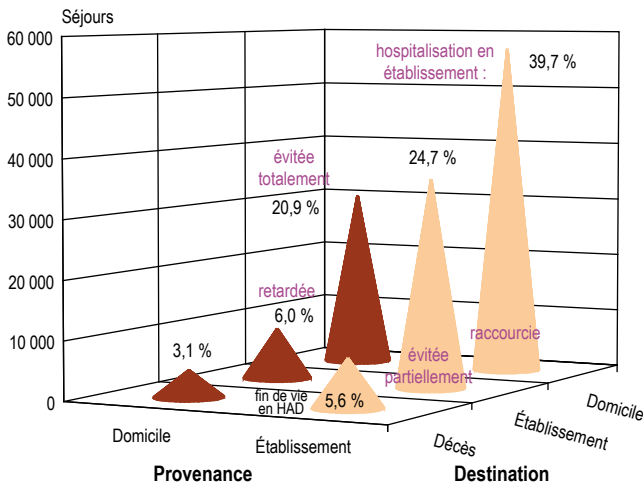
Modes de prise en charge principaux regroupés* prescrits à l'admission	Séjours		Journées		Durée moyenne des séjours	Durée moyenne des séjours mono-séquences
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage		
Périnatalité	30 922	19,4	248 455	5,7	8,1	7,4
Soins palliatifs	30 818	19,4	1 084 216	24,9	37,4	25,7
Soins techniques de cancérologie	23 939	15,0	211 259	4,9	9,1	5,7
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	17 873	11,2	943 412	21,7	58,1	42,4
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	12 668	8,0	609 403	14,0	56,0	38,8
Soins de nursing lourds	6 284	3,9	383 762	8,8	73,8	53,5
Traitement intraveineux	12 608	7,9	228 514	5,3	18,5	11,1
Post-traitement chirurgical	11 700	7,3	215 101	4,9	18,6	11,4
Autres motifs	8 260	5,2	226 414	5,2	30,1	14,0
Rééducation-réadaptation-éducation	4 165	2,6	197 388	4,5	44,2	27,6
Non renseigné	11	0,0	3 851	0,1	60,0	8,9
Ensemble	159 248	100,0	4 351 775	100,0	29,8	17,0

* Agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prises en charge existants dans le recueil.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2011, SAE 2011, traitements DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2011



Lecture • 30 % des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2011 provenaient de leur domicile ; l'hospitalisation en établissement leur a donc été totalement évitée pour 20,9 % d'entre eux. 70% provenaient d'un établissement de santé : leur hospitalisation en établissement a donc été raccourcie pour 39,7 % d'entre eux. 5,6% des séjours en HAD se terminent par un décès.

Champ • Les 143 816 séjours HAD terminés en 2011 en France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2011, SAE 2011, traitements DREES.

Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)

En 2011, quelque 1 826 établissements déclarent une activité de SSR et réalisent plus de 35 millions de journées en hospitalisation complète ou partielle en France métropolitaine et dans les DOM. Le secteur public prend en charge près de 40 % de l'activité. Plus de 110 000 lits et places sont dénombrés, dont 40 % dans le secteur public. Les capacités sont plus importantes en Île-de-France, et surtout dans l'ensemble du sud-est, où les établissements du secteur privé à but lucratif sont, de plus, mieux implantés que dans les autres régions.

L'offre des établissements de soins de suite et de réadaptation

L'offre de soins en SSR est assurée par 1 826 établissements pour la France métropolitaine et les DOM. Près d'un sur deux relève du secteur public (49,6 %), la moitié restante se partageant quasiment à parts égales entre les secteurs privés à but lucratif et non lucratif (voir tableau 1). Le secteur public offre 39,7 % des lits et places dédiés aux SSR, le secteur privé à but non lucratif 30,8 % et le secteur privé à but lucratif 29,5 %.

Le sud-est de la France est mieux doté

Rapportées au nombre de personnes âgées de 50 ans et plus, les densités sont les plus élevées en Provence-Alpes-Côte d'Azur (610 lits et places pour 100 000 personnes de plus de 50 ans), ainsi qu'en Languedoc-Roussillon et en Île-de-France (523 et 529 respectivement [voir carte]). À l'opposé, les régions Champagne-Ardenne (295), Poitou-Charentes (347), Limousin (377) et les Pays de la Loire (416) sont, avec la Guyane et La Réunion, les moins dotées.

Un personnel non médical majoritairement soignant

Les établissements de SSR disposent en moyenne de 0,55 personnel soignant par lit, dont 0,24 pour le personnel infirmier. En termes de combinaison de personnel infirmier/aide-soignant, les établissements de santé publics allouent un peu plus de personnel aide-soignant que les établissements du secteur privé. Le ratio moyen de personnel de rééducation est de 0,15 personne par lit ou par place, et varie peu selon le statut juridique de l'établissement (de 0,12 pour les structures du secteur privé lucratif et 0,17 pour le privé à but non lucratif).

Près de 40 % de l'activité de SSR est prise en charge par le secteur public

Le secteur public réalise près de 14 millions de journées en hospitalisation complète et partielle, soit 39 % de l'activité

Champ

France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, hors établissements du Service de santé des armées (SSA).

Définitions

- **Établissement** : entité géographique ou site de production par opposition à l'entité juridique (voir la fiche « Les grandes catégories d'établissements de santé »).
- **Soins de suite et de réadaptation** : cette activité se développe à travers des prises en charge de différents types : polyvalentes, spécialisées dans la prise en charge des conséquences fonctionnelles de certaines affections (comme appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaires...) ou liées au grand âge (personnes âgées à polypathologies, dépendantes ou à risque de dépen-

dance), ou destinées à certaines populations (enfants, adolescents ou adultes).

- **Capacités** : voir la fiche sur « Les capacités d'accueil à l'hôpital ».
- **Activité** : cumul des journées d'hospitalisation complète et partielle.
- **Part de l'activité à temps partiel** : jours d'hospitalisation partielle rapportés au total de journées.
- **Part des capacités à temps partiel** : nombre de places d'hospitalisation partielle rapporté au total des lits et places.
- **Densités de capacités** : la densité rapporte les capacités de la région en nombre de lits et de places pour 100 000 personnes de 50 ans et plus de la région.
- **Le personnel soignant** : il comprend les infirmier(e)s et les aides-soignant(e)s.
- **Le personnel de rééducation** : il comprend les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens,

les psychologues, les diététiciens, le personnel éducatif...

- **Les ratios par catégorie de personnel** : ils correspondent aux moyennes des ratios (personnel rapporté au nombre de lits et de places par établissement).
- **Taux de fuite** : proportion des séjours des résidents d'une région pris en charge dans une autre région.
- **Taux d'entrée** : proportion des séjours des non-résidents d'une région pris en charge dans la région.
- **Taux d'hospitalisation** : il est calculé, pour une région donnée, par le rapport des patients résidents de la région hospitalisés (dans leur région ou dans une autre région) à la population de la région.
- **Taux d'hospitalisation standardisé** : il est calculé en affectant aux régions la structure par sexe et par âge de la France entière (méthode de standardisation directe) pour une comparaison à structure identique.

Des taux d'hospitalisation variables selon les régions

Le solde entre le taux d'entrée et le taux de fuite (voir « Définitions ») montre que globalement les régions les plus faiblement dotées ont des soldes négatifs, en cohérence avec leur densité d'équipement, notamment la Champagne-Ardenne (-9,9), la Franche-Comté (-9,9) et la Guyane (-60,7) (voir tableau 2). À l'inverse, la région PACA et le Languedoc-Roussillon affichent des soldes positifs en lien avec leurs capacités d'accueil plus élevées que la moyenne nationale. Ces flux de patients permettent en partie de réduire les disparités territoriales d'offre. Les taux d'hospitalisation standardisés sur le sexe et l'âge montrent que la Guadeloupe, La Réunion, l'Alsace et le Limousin sont les régions pour lesquelles les taux d'hospitalisation sont les plus élevés. À l'opposé, la Champagne-Ardenne, la Guyane et la Martinique ont les taux d'hospitalisation les plus faibles. Si l'accroissement des capacités dans certaines régions a amélioré leur situation, des disparités persistent. La Corse présente une situation singulière puisqu'elle est la région de la Métropole pour laquelle le solde entre le taux de fuite et le taux d'entrée est le plus élevé (-16,6) alors qu'elle présente l'une des plus fortes densités d'équipement (481). Cela s'explique par le caractère très spécialisé des établissements de SSR qui accueillent des populations très spécifiques (pour des troubles nutritionnels notamment).

Pour en savoir plus

- Coquelet F., Valdelièvre H., 2011, « Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins », *Dossiers Solidarité Santé*, n° 23, DREES.

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé et les facteurs de production associés (lits, personnel, équipements...). Le PMSI-SSR fournit un résumé de séjour pour toutes les hospitalisations réalisées dans les structures autorisées en soins de suite ou de réadaptation publiques comme privées, pour l'hospitalisation complète ou partielle. Les données sont pondérées afin de tenir compte de la non-exhaustivité du recueil.

TABLEAU 1 ● Établissements* développant des soins de suite et de réadaptation selon le statut et la catégorie d'établissements

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements	905	473	448	1 826
Capacités (lits et places)	43 631	33 935	32 473	110 040
<i>dont part de l'hospitalisation partielle</i>	<i>5,3</i>	<i>11,8</i>	<i>7,6</i>	<i>8,0</i>
Activité en séjours	525 090	411 636	384 279	1 321 005
<i>dont part de l'hospitalisation partielle</i>	<i>19,9</i>	<i>28,5</i>	<i>12,7</i>	<i>20,5</i>
Activité en journées	13 968 579	10 298 195	11 118 006	35 384 780
<i>dont part de l'hospitalisation partielle</i>	<i>5,2</i>	<i>12,1</i>	<i>7,8</i>	<i>8,0</i>
Ratio moyen de personnel soignant**	0,70	0,48	0,34	0,55
Ratio moyen de personnel infirmier	0,29	0,22	0,17	0,24
Ratio moyen de personnel de rééducation	0,16	0,17	0,12	0,15

* Entités géographiques des établissements.

** Personnel soignant = infirmiers (ères) + aides-soignants (tes).

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, hors MECS temporaire, hors SSA, tout type d'hospitalisation.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2011, traitement DREES ; DREES, SAE 2011, traitement DREES.

TABLEAU 2 ● Solde entre les taux de fuite et les taux d'entrée en SSR en 2011 selon la région d'hospitalisation

	Densités de lits et de places*	Solde sur l'ensemble de l'activité**	Rapport du taux d'hospitalisation standardisé au taux national***
Île-de-France	529	-2,7	0,93
Champagne-Ardenne	295	-9,9	0,71
Picardie	461	0,8	0,98
Haute-Normandie	418	-3,2	0,87
Centre	418	1,3	0,95
Basse-Normandie	419	3,6	0,98
Bourgogne	419	-3,4	0,96
Nord-Pas-de-Calais	463	2,3	1,07
Lorraine	431	1,1	1,14
Alsace	467	-0,1	1,29
Franche-Comté	417	-9,4	0,94
Pays de la Loire	416	-1,6	0,88
Bretagne	442	0,4	1,08
Poitou-Charentes	347	-1,6	0,90
Aquitaine	461	3,6	1,01
Midi-Pyrénées	480	-0,2	1,06
Limousin	377	-0,6	1,31
Rhône-Alpes	480	1,0	1,00
Auvergne	433	-2,9	0,87
Languedoc-Roussillon	523	6,9	1,10
Provence-Alpes-Côte d'Azur	610	4,8	1,06
Corse	481	-16,6	0,97
Guadeloupe	496	-8,6	1,48
Martinique	421	-4,0	0,71
Guyanne	413	-60,7	0,47
La Réunion	394	-0,6	1,96
Ensemble	469		1,00

* Densité de lits et de places pour 100 000 personnes de 50 ans et plus.

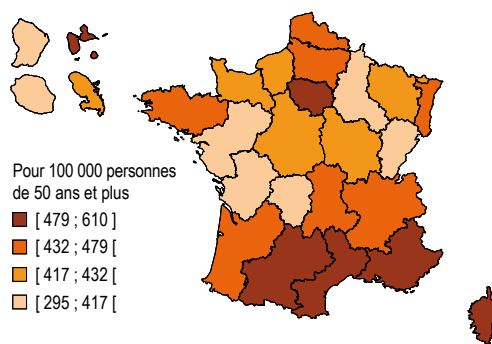
** Le solde est la différence entre le taux d'entrée et le taux de fuite.

*** Méthode de standardisation directe selon le sexe et l'âge.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, hors MECS temporaire, hors SSA, séjours finis.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2011, traitement DREES ; DREES, SAE 2011, traitement DREES.

CARTE ● Densité de capacités en SSR en 2011



Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, hors MECS à caractère temporaire, hors SSA.

Sources • DREES, SAE 2011, traitement DREES.

La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)

En 2011, 1,3 million de séjours ont été effectués dans les établissements de SSR, réalisant 35 millions de journées d'hospitalisation. La part de l'hospitalisation complète est prépondérante avec 80 % de l'ensemble des séjours et 92 % des journées. L'âge moyen des patients est de 65 ans et les femmes sont majoritaires. Les séjours sont principalement réalisés dans les suites d'affections du système ostéo-articulaire, traumatiques ou non, et du système nerveux.

Une patientèle plutôt féminine, âgée et des spécificités liées au genre

Les patients admis en SSR sont plus souvent des femmes (55 %), notamment en hospitalisation complète (58 % contre 45 % en hospitalisation partielle). Alors qu'en hospitalisation complète, la moitié des séjours sont réalisés pour des patients âgés respectivement de plus de 78,5 ans chez les femmes et de plus de 69 ans chez les hommes, en hospitalisation partielle, les âges médians diminuent et atteignent 52 ans pour les femmes et 50,5 ans pour les hommes.

Les deux tiers des séjours classés dans les catégories majeures cliniques (CMC) des affections du système ostéo-articulaire, traumatiques ou non, sont réalisés pour les femmes (voir graphique 1). Les séjours classés dans les CMC des affections de l'appareil circulatoire et des amputations concernent majoritairement des hommes.

Le nombre moyen de jours de présence des séjours de SSR varie selon l'âge

Lors des séjours d'hospitalisation partielle de plus d'une journée, le nombre moyen de jours de présence diminue progressivement avec l'âge passant de 19 jours, pour les patients de 18 à 29 ans, à 14, pour ceux de 85 ans et plus. En hospitalisation complète, le nombre moyen des jours de présence augmente progressivement avec l'âge passant de 21 jours, pour les patients de moins de 13 ans, à 33, pour ceux âgés de 85 ans et plus.

Des patients en majorité autonomes ou faiblement dépendants lors de leur admission en SSR

À l'entrée en SSR, la moitié des séjours concernent des patients autonomes en hospitalisation partielle, contre seulement 15 % des séjours en hospitalisation complète (voir graphique 2). La dépendance des patients enregistrée à la sortie des séjours est globalement plus favorable qu'à l'admission. Cette évolution est due à une amélioration de l'autonomie des patients moyennement dépendants à l'entrée en hospitalisation complète, et des patients faiblement dépendants à l'entrée en hospitalisation partielle. L'évolution favorable de la dépendance globale repose essentiellement sur l'amélioration de la dépendance physique.

Champ

France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors le service de santé des armées (SSA) et hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires. Prises en charge en hospitalisation complète et partielle.

Définitions

• **Le séjour** : période comprise entre le jour de l'admission et le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante, décrit selon les caractéristiques du patient lors de la première semaine de 2011.

• **Les jours de présence** : jours de présence effective en SSR, hors permissions.

• **La morbidité** : problème de santé pour lequel des soins de suite ou de réadaptation ont été prescrits. Appréciée à partir de la manifestation morbide principale (MMP) ou de l'affection étiologique (AE) enregistrées lors de la semaine de l'admission des patients en SSR pour les séjours commencés en 2011 et lors de la première semaine de 2010 pour les séjours débutés en 2010.

Des soins à l'admission centrés sur la rééducation

La rééducation reste le mode principal de prise en charge à l'admission (92 % des séjours d'hospitalisation partielle de plus d'une journée et 61 % d'hospitalisation complète). Les autres séjours d'hospitalisation complète relèvent soit de soins médicaux (troubles mentaux dont les démences, affections des appareils cardio-vasculaire, digestif métabolique et endocrinien ou soins palliatifs), soit des soins de convalescence post-chirurgical ou non (lésions traumatiques, affections cardiovasculaires et soins pour tumeurs malignes principalement). 145 millions d'actes de rééducation ont été réalisés dont 81 % en hospitalisation complète. Les plus fréquents sont les actes de rééducation mécanique qui représentent 34 % de l'activité réalisée, ceux de réadaptation et réinsertion, 19 %, et les différents bilans, 14 %.

Des motifs de prise en charge en SSR variant selon l'âge des patients

Les maladies à l'origine des prises en charge en SSR sont principalement des maladies du système ostéo-articulaire (20 %), des lésions traumatiques (15 %) des maladies du système nerveux (12 %) et de l'appareil cardio-vasculaire (11 %). Les symptômes divers et les troubles mentaux sont à l'origine de 19 % des séjours (voir tableau). Cette répartition varie en fonction de l'âge des patients. Pour les patients de moins de 35 ans, 72 % des séjours sont motivés par des maladies du système nerveux (paralysies cérébrales), du système ostéo-articulaire (lésions articulaires, dorsopathies avec déformation), des lésions traumatiques (genou et jambe) et des affections métaboliques ou endocriniennes (obésité et le diabète). 63 % des séjours des patients âgés de 35 à 69 ans sont réalisés en raison de maladies du système ostéo-articulaire (arthrose, dorsalgies), de maladies du système nerveux, d'affections de l'appareil cardio-vasculaire et de lésions traumatiques (genou, jambe, hanche et cuisse). Pour les patients de 70 ans et plus, les séjours sont réalisés dans 61 % des cas pour des lésions traumatiques (hanche et cuisse), des maladies du système ostéo-articulaire (arthrose de genou et de hanche), de symptômes divers (anomalies de la démarche et de la mobilité, chutes ou malaise et fatigue) et d'affections cardio-vasculaires (insuffisance cardiaque). Les séjours motivés par une démence représentent 6 % des séjours réalisés pour cette tranche d'âge.

• **La finalité principale de prise en charge (FPPC)** : soins délivrés au patient. La MMP est le problème de santé sur lequel s'exerce le type de soins au patient et qui mobilise l'essentiel de l'effort médical et soignant. L'AE est le problème de santé à l'origine de la MMP.

• **Les catégories majeures cliniques (CMC)** décrivent un cadre large de prise en charge des patients.

• **Le degré de dépendance des patients** : évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) à l'admission et à la sortie. Gradu-

tion : voir fiche « Les patients hospitalisés à domicile ».

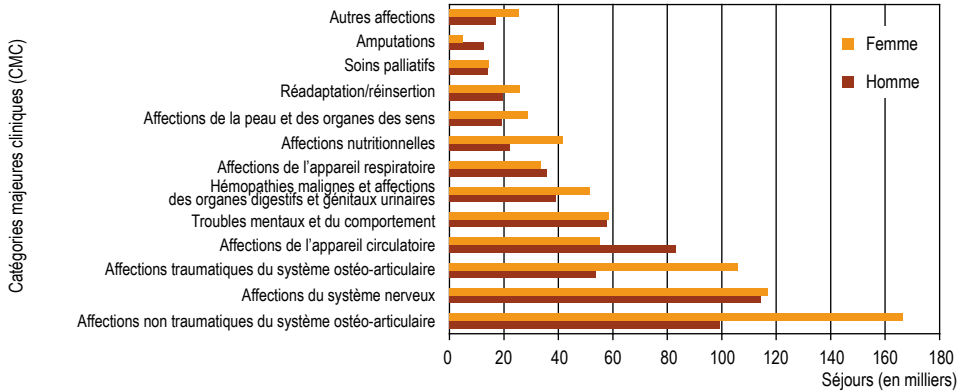
Pour en savoir plus

• Coquelet F., Valdelièvre H., 2011, « Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins », *Dossiers Solidarité Santé*, n° 23, DREES.

Sources

Voir la fiche « Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ».

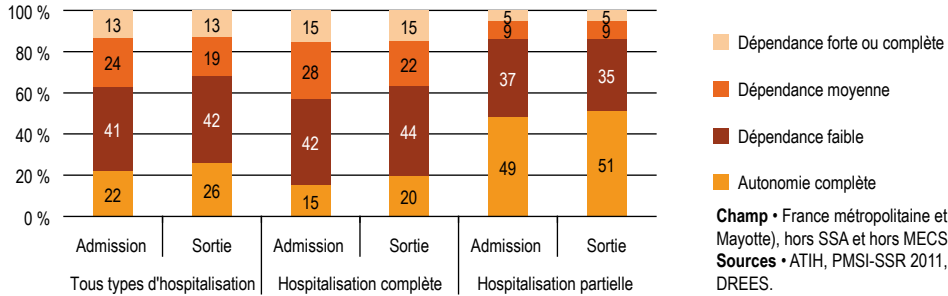
GRAPHIQUE 1 ● Répartition des séjours de SSR selon le genre des patients et la CMC à l'admission en 2011



Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors SSA et hors MECS temporaires.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2011, traitements DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Répartition des séjours selon le degré de dépendance globale des patients enregistré à l'admission et à la sortie et le type d'hospitalisation, en 2011



Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors SSA et hors MECS temporaires.
Sources • ATIH, PMSI-SSR 2011, traitements DREES.

TABLEAU ● Répartition des séjours réalisés en SSR en 2011, selon la morbidité enregistrée

Affections, maladies	Effectif	Part de la pathologie (%)	Part en hospitalisation complète (%)
Appareil cardio-vasculaire	149 396	11	78
Appareil respiratoire	52 824	4	90
Systèmes digestif, métabolique et endocrinien dont :	98 308	7	83
<i>Diabète</i>	15 622	1	90
<i>Obésité et autres excès d'apport</i>	41 185	3	68
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	204 706	15	86
Système nerveux dont :	160 686	12	64
<i>Paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques</i>	107 540	8	62
<i>Affections cérébro-vasculaires</i>	17 406	1	93
Système ostéo-articulaire, des muscles et des tissus dont :	260 400	20	75
<i>Arthropathies</i>	155 892	12	83
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen clinique et de laboratoire, non classés ailleurs	132 150	10	84
Troubles mentaux et du comportement dont :	123 145	9	76
<i>Démence</i>	41 489	3	73
<i>Consommation d'alcool ou de substances psychoactives</i>	31 136	2	89
Tumeurs malignes dont :	69 349	5	98
<i>Organes digestifs</i>	19 652	1	100
<i>De sièges mal définis, secondaires et non précisés</i>	11 440	1	99
<i>Organes respiratoires et intrathoraciques</i>	9 402	1	98
Autres pathologies*	69 407	5	81
Non précisées	635	0	70
Total	1 321 005	100	80

* Affections des organes génito-urinaires, de la peau, maladies infectieuses et parasitaires, maladies du sang, tumeurs bénignes, etc.

Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors SSA et hors MECS temporaires.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2011, traitements DREES.

Les parcours de soins hospitaliers

En 2011, 12 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois. Pour les trois quarts des patients, l'hospitalisation a été un épisode unique au cours de l'année. Celui-ci peut correspondre à un séjour unique ou à deux prises en charge successives en court séjour puis en moyen séjour pour de la rééducation par exemple. Les patients hospitalisés plusieurs fois dans l'année ont des pathologies particulières, notamment des affections du sang ou des tumeurs.

En 2011, 12 015 000 patients ont été hospitalisés en France dans l'un des 2 694 établissements de santé, publics ou privés ; 824 000 y sont nés, 322 000 y sont décédés. Ce décompte a été réalisé à partir des données d'activité détaillées par séjour et transmises par les établissements dans le cadre du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) pour l'ensemble des prises en charge de court comme de moyen séjour.

Un épisode unique d'hospitalisation au cours de l'année pour trois quarts des patients

Plus de deux tiers (68,3 %) des patients n'ont été hospitalisés qu'une seule fois au cours de l'année et pour un séjour unique. Pour 4,2 % des patients, l'hospitalisation a constitué un épisode de soins unique au cours de l'année, mais a compris plusieurs séjours consécutifs. Cet épisode de soins correspond à une prise en charge successive et ininterrompue dans plusieurs établissements ou différentes modalités de prise en charge (par exemple MCO puis SSR, HAD...). En revanche, pour un peu plus du quart des patients (3 300 000, 27,5 %), une nouvelle hospitalisation, voire davantage, a eu lieu à distance du premier séjour, ou épisode (voir tableau 1). Les délais entre les épisodes d'hospitalisation se répartissent de la façon suivante : pour 35,4 % des patients il s'établit entre deux et sept jours, pour 31,4 % entre huit et trente jours, pour 18,7 % entre un et trois mois, pour 9,4 % entre trois et six mois et le délai excède six mois pour 5,1 %. Les trois grands types de parcours hospitaliers au cours de l'année présentent des caractéristiques différentes. Les séjours uniques relèvent principalement du MCO ou de la psychiatrie. Pour la moitié des patients ayant connu un épisode de soins hospitaliers unique avec plusieurs séjours (228 000), l'épisode a débuté par un séjour en MCO et a été suivi immédiatement par une prise en charge en SSR ; pour 29 %, le profil correspond à deux séjours en MCO dans deux établissements différents. Enfin, pour les patients ayant eu plusieurs hospitalisations non contiguës au

cours de l'année, les réadmissions se font en MCO principalement. Ce type de parcours est aussi le plus fréquent pour les patients hospitalisés en psychiatrie.

L'hospitalisation concerne tous les âges de la vie

L'âge moyen des patients est de 46,1 ans (médiane 48 ans), les patients se répartissant ainsi selon les groupes d'âges : 17,5 % ont moins de 18 ans, 27,8 % entre 18 et 44 ans, 37,5 % entre 45 et 74 ans et 17,2 % sont âgés de 75 ans ou plus. La proportion de femmes est de 55,4 % et est plus élevée pour la maternité bien sûr, et pour des pathologies liées à la longévité, comme par exemple la cataracte ou les fractures du col du fémur. La prise en charge a été faite exclusivement en MCO pour 88,7 % des patients, exclusivement en SSR pour 1,1 %, exclusivement en HAD pour 0,1 %, exclusivement en psychiatrie pour 2,1 % ; 971 000 patients, soit 8,1 %, ont eu une prise en charge en hospitalisation dans différents champs sanitaires en 2011, et par la suite une diversité d'intervenants. Les patients ayant eu plusieurs hospitalisations sont en moyenne plus âgés (55,1 ans contre 41,5).

Des parcours de soins en fonction de groupes de prise en charge

En 2011, 27 millions de séjours et épisodes ont été réalisés ; ils ont été répartis dans dix-huit groupes médicaux de prise en charge. Pour les patients ayant plusieurs hospitalisations non contiguës, 38,9 % ont eu des prises en charge relevant du même groupe, 42,6 % des prises en charges de deux groupes distincts, 18,5 % des prises en charge relevant de trois groupes et plus (voir tableau 2). Exception faite des traitements itératifs, les « affections du sang ou tumeurs de siège diffus (tumeur avec métastases) » sont le groupe de pathologies ayant la plus forte proportion de patients avec des séjours ou épisodes non uniques (trois quarts) ; à l'opposé, le groupe des « nouveau-nés et affections de la période périnatale » est associé très majoritairement à des hospitalisations uniques (88,3%).

Champ

Activité d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé publics et privés en France métropolitaine et dans les DOM, hors Mayotte. L'ensemble des séjours réalisés par les établissements pour leur activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO incluant l'ensemble des nouveau-nés), en soins de suite et de réadaptation (SSR), en hospitalisation à domicile (HAD), en psychiatrie a été pris en compte.

Méthodologie

Les établissements transmettent une description anonyme détaillée par séjour de leur activité. Chaque séjour est accompagné d'un numéro alphanumérique non significatif,

obtenu par hachage irréversible du numéro d'assuré social, de la date de naissance, du code sexe correspondant au patient pris en charge. Ce numéro permet le dénombrement des patients distincts hospitalisés sur la période considérée. Une seconde information permet, pour un même patient, de réaliser le positionnement relatif de chaque séjour. Il s'agit du délai en jours entre la date de début de séjour et une date calculée. Cette seconde information, couplée à la durée de séjour, permet de calculer par différence le délai, en jours révolus, entre la fin d'un séjour et le suivant pour un même patient.

Définition

Pour le dénombrement des patients distincts sont pris en considération

tous les numéros alphanumériques pour lesquels les tests de conformité des informations sources n'indiquent pas d'erreur.

Les séjours hospitaliers débutent le jour de l'admission dans un établissement et se terminent le jour où le patient en sort. Lorsque deux séjours sont contigus, c'est-à-dire lorsque le délai entre le premier séjour et le suivant est nul, cet ensemble est décrit comme un épisode de soins hospitaliers. Dans les autres cas, on parle d'hospitalisations distinctes dans l'année. Pour les SSR, l'HAD et la psychiatrie, seuls les séjours ayant effectivement débuté en 2011 ont été pris en compte. Les groupes médicaux de prise en charge ont été constitués à partir du résultat de l'algorithme de groupage « médico-

économique » appliqué à la description médicale faite de chaque séjour (MCO) ou semaine (SSR), du code de mode de prise en charge principal (HAD), du diagnostic principal (psychiatrie).

Pour en savoir plus

<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009700001FF>

Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DGOS et l'ATIH fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé pour chacun des séjours réalisés. Les données comprennent pour chaque séjour une description normalisée de la prise en charge médicale (voir chapitre 8).

TABLEAU 1 ● Caractéristiques des patients en fonction des parcours de soins hospitaliers au cours de l'année 2011

	Séjour hospitalier unique	% des patients	Épisode de soins hospitaliers unique	% des patients	Plusieurs hospitalisations au cours de l'année	% des patients
Nombre de patients	8 206 393		508 381		3 300 102	
Âge moyen, écart type	41,5 ± 26,3		62,6 ± 24,8		55,1 ± 24,0	
Hommes/Femmes (%)	44,1 / 55,9		39,3 / 60,7		46,4 / 53,6	
Nombre de naissances	719 053	8,8	12 496	2,5	92 029	2,8
Nombre de décès	110 815	1,4	42 504	8,4	168 283	5,1
Nb. séjours dans l'année 2011, médiane, p75, p90*	1 / 1 / 1		2 / 2 / 3		2 / 4 / 8	
Une seule admission en MCO	7 931 364	96,6	294 669	58,0	149 783	4,5
Plusieurs admissions en MCO	-	-	199 716	39,3	3 044 521	92,3
Une seule admission en SSR	101 019	1,2	260 708	51,3	318 298	9,6
Plusieurs admissions en SSR	-	-	28 459	5,6	158 995	4,8
Une seule admission en HAD	7 224	0,1	34 002	6,7	36 820	1,1
Plusieurs admissions en HAD	-	-	3 799	0,7	17 647	0,5
Une seule admission en psychiatrie	166 786	2,0	25 683	5,1	76 791	2,3
Plusieurs admissions en psychiatrie	-	-	16 346	3,2	144 879	4,4

Note • Les colonnes «% des patients» donnent la proportion de patients ayant un séjour à l'hôpital dans l'année, en %.

* p75, p90 signifient 75^e et 90^e percentiles : parmi les patients ayant eu plusieurs hospitalisations dans l'année, 75 % ont eu 4 séjours ou moins, 90 % ont eu huit séjours ou moins dans l'année.

Lecture • Pour les épisodes de soins hospitaliers, un même patient peut avoir un séjour, par exemple, en MCO puis SSR; en conséquence la somme des décomptes de patients est supérieure au nombre de patients. Il en est de même pour les patients ayant plusieurs hospitalisations au cours de l'année.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI MCO, SSR, HAD, RIM-P 2011, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● Groupes médicaux de prise en charge et caractéristiques des parcours de soins hospitaliers

	Nombre de séjours	Hospitalisation unique		Épisode hospitalier unique		Plusieurs hospitalisations		
		Nombre de patients	Âge*	Nombre de patients	Âge*	Nombre de patients	%	Âge*
Affections du système nerveux	1 232 111	400 323	50,5	73 177	69,5	404 738	46,1	57,2
Affections de l'œil	906 365	330 609	66,1	2 874	63,3	332 934	50,0	71,5
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche	924 716	682 497	23,9	6 735	39,0	179 781	20,7	39,8
Affections de l'appareil respiratoire	916 499	257 371	49,3	43 308	68,8	355 442	54,2	59,9
Affections de l'appareil circulatoire	1 719 667	502 120	62,4	69 469	72,1	621 902	52,1	67,6
Affections du tube digestif, du foie, du pancréas	3 085 913	1 590 065	51,3	52 109	65,4	846 687	34,0	58,5
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	2 138 674	928 755	48,4	172 206	70,2	559 057	33,7	56,8
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	757 965	376 689	44,4	24 943	69,0	258 405	39,2	58,3
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	511 263	199 971	47,8	15 682	63,9	204 312	48,6	51,1
Affections génito-urinaires	1 466 234	652 127	43,1	23 450	61,7	458 855	40,4	55,4
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1 301 288	809 235	29,4	36 913	29,7	218 834	20,5	29,3
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	866 628	730 784	0,0	12 256	0,1	84 319	10,2	0,0
Affections du sang, tumeurs de siège diffus	519 809	59 639	54,8	7 647	67,4	204 442	75,2	58,4
Maladies infectieuses et parasitaires	140 163	46 268	33,9	5 524	57,4	65 077	55,7	48,7
Maladies et troubles mentaux	1 199 445	234 504	45,5	65 041	54,5	324 627	52,0	47,3
Traumatismes, allergies et empoisonnements	588 331	151 408	38,3	79 714	65,2	212 836	47,9	50,5
Autres affections ou prises en charge	1 050 031	223 359	50,0	63 460	68,4	450 020	61,1	58,0
Traitements itératifs (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie)	7 819 398	12 262	56,8	6 937	63,5	421 540	95,6	62,6
Groupage en erreur, code diagnostic principal absent, clé de chaînage en erreur	56 469	18 407	34,3	3 476	44,6	20 274	48,1	40,8

* Âge moyen des patients.

Lecture • Pour les patients ayant plusieurs hospitalisations, le groupe médical de prise en charge peut être changé d'une hospitalisation à la suivante; en conséquence, la somme des décomptes de patients est supérieure au nombre de patients.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI MCO, SSR, HAD, RIM-P 2011, traitements DREES.

6

Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière



- La lutte contre les infections nosocomiales
- La naissance : les maternités
- La naissance : caractéristiques des accouchements
- La médecine d'urgence
- Les interruptions volontaires de grossesse
- Les taux de réadmission après un séjour chirurgical
- Les achats de médicaments dans les établissements de santé

La lutte contre les infections nosocomiales

Les résultats 2011 des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (IN) sont rendus publics pour 2 790 établissements de santé de France métropolitaine et des DOM, y compris Mayotte.

L'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales

La lutte contre les infections nosocomiales (IN), c'est-à-dire celles contractées au sein des établissements de santé, mobilise des moyens spécifiques. Le code de la santé publique prévoit ainsi que tous les établissements de santé doivent élaborer un programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, dont l'un des volets est consacré à la lutte contre les IN. Depuis 2006, des indicateurs sont élaborés à partir des bilans d'activité de lutte contre les IN, remplis par chaque établissement de santé. Le ministère chargé de la santé publie ces indicateurs annuellement. Le tableau de bord des infections nosocomiales 2011 comprend six indicateurs qui reflètent le niveau d'engagement d'un établissement de santé dans la prévention des IN : l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2 (ICALIN.2), l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB), l'indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO), l'indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains version 2 (ICSHA.2), l'indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes (ICA-BMR) et le taux triennal de *Staphylococcus aureus* résistant à la pénicilline (SARM). En 2011 sont diffusés pour la première fois des indicateurs de deuxième génération qui sont des évolutions d'un indicateur existant, plus exigeant dans leur version 2 (ICALIN.2, ICSHA.2, ICA-LISO), ainsi qu'un nouvel indicateur visant à renforcer un champ d'intervention prioritaire : les bactéries multi-résistantes (ICA-BMR). Une évolution de tendance des taux annuels de SARM entre 2006 et 2011 est également calculée reflétant les efforts réalisés par les établissements dans la maîtrise de diffusion de cette bactérie et de prescription des antibiotiques. Les résultats de tous les indicateurs sont comparés par catégorie d'établissements et présentés par 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.

Un investissement constant des établissements de santé dans la lutte contre les infections nosocomiales

Sur les 2 790 établissements répondants au tableau de bord des IN 2011, 68 % ont atteint le plus haut niveau de performance en

Champ

Établissements de santé publics et privés en France métropolitaine et dans les DOM, y compris Mayotte.

Définitions

Les résultats des indicateurs de 1^{re} génération publiés dans *Le panorama des établissements de santé 2012* ne peuvent pas être comparés aux indicateurs 2^e génération.

• **ICALIN.2** : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2. Il reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé et de ses personnels et se centre sur les actions du programme de prévention des IN 2009-2013 notamment les infections graves et évitables.

• **ICSHA.2** : indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains version 2. Il est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des

mains, une mesure clé de prévention de nombreuses IN. Son exigence en nombre de frictions par jour et par patient augmente chaque année.

• **ICA-LISO** : indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire. Il remplace l'indicateur SUR-VISO (surveillance des infections sur site opératoire) et reflète l'organisation, les moyens et les actions mis en place pour lutter contre les infections du site-opératoire (pour les établissements de santé ayant une activité de chirurgie ou d'obstétrique).

• **ICA-BMR** : indicateur composite de maîtrise des bactéries multi-résistantes. Ce nouvel indicateur reflète l'organisation, les moyens et les actions mis en place pour maîtriser la diffusion des bactéries multi-résistantes. Il complète d'une part l'indicateur de résultat sur le SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la pénicilline) et d'autre part l'indicateur ICATB sur le bon usage des antibiotiques.

matière de prévention des IN – ICALIN.2 classe A et B – (voir tableau). Cela reflète l'investissement constant des établissements dans la prévention des IN malgré un indicateur plus exigeant, notamment sur les actions menées au sein des établissements. Les objectifs personnalisés de consommation de produits hydro-alcooliques – ICSHA.2 A et B – ont été atteints par 75 % des établissements, alors que les exigences en matière de nombre de frictions par jour et par patient en solutions hydro-alcooliques sont plus élevées qu'en 2010. De 2006 à 2011, le pourcentage d'établissements ICATB classe A et B a fortement progressé : de 32 % à 89 % (voir graphique). Les gains d'une année sur l'autre sont désormais faibles entre 2010 et 2011, y compris pour la répartition entre les classes A et B. Pour la première année de diffusion publique des résultats pour l'indicateur de deuxième génération ICA-LISO, 71 % des établissements de santé ayant en 2011 une activité de chirurgie ou d'obstétrique sont en classe A et B. Ces résultats reflètent l'investissement important des établissements de santé ayant une activité de chirurgie ou d'obstétrique dans la nécessité de s'organiser, de se donner les moyens et de mettre en œuvre des actions de prévention et d'évaluation du risque infectieux en chirurgie. Enfin, plus de la moitié des établissements (57,4 %) sont en classe A et B sur l'indicateur ICA-BMR. Ces résultats montrent l'importance de continuer à sensibiliser les professionnels sur le risque de diffusion des BMR et encouragent les établissements à mieux s'organiser pour maîtriser les BMR et prévenir les épidémies. Au total, pour le score agrégé qui permet une lecture synthétique de ces cinq indicateurs, 81 % des établissements sont classés en A et B. Ces résultats reflètent les efforts fournis de manière continue par les établissements pour prévenir les infections nosocomiales. Le nombre d'établissements dont le taux triennal de SARM est dans la meilleure classe de performance augmente légèrement entre 2010 et 2011 de 39 % à 43 %. Une baisse significative des taux annuels de SARM entre 2006 et 2011 est constatée.

• **ICATB** : l'indicateur composite du bon usage des antibiotiques. Il objective l'organisation mise en place dans l'établissement pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, les moyens qu'il a mobilisés et les actions conduites.

• **Score agrégé** : il réunit en un score les cinq indicateurs ICALIN.2, ICSHA.2, ICATB, ICA-LISO et ICA-BMR et mesure d'une façon globale le niveau des activités développées dans les établissements de santé pour lutter contre les infections nosocomiales.

• **Taux triennal de SARM** : le taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la pénicilline (SARM) est calculé sur trois ans. Il correspond au nombre de SARM déclarés en (N) + (N-1) + (N-2) rapportés à 1 000 journées d'hospitalisation sur la même période. L'année suivante, l'indice glisse d'une année. Il correspond à la pression de sélection globale dans l'établissement (présence plus ou moins importante

de patients porteurs de SARM). L'évolution de tendance des taux annuels du SARM met l'accent sur les efforts consentis par l'établissement pour diminuer cette résistance et maîtriser sa diffusion.

Pour en savoir plus

• Dossier « Infections nosocomiales » sur le site du ministère de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr/les-infections-nosocomiales.html>

• Site de diffusion publique des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé : Platines (Plateforme d'informations sur les établissements de santé) : <http://www.platines.sante.gouv.fr/>

Sources

Tableau de bord des infections nosocomiales – rapport national établi par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) <http://www.sante.gouv.fr/tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-les-resultats.html>

TABLEAU ● Indicateur ICALIN.2 : répartition des établissements de santé par classe de performance

Catégories d'établissements	ICALIN.2 2011*						Nombre d'établissements concernés
	%A ¹	%B	%C	%D	%E	%DI ²	
Centres hospitaliers régionaux/universitaires (CHR/CHU)	56,3 %	21,1 %	8,5 %	9,9 %	4,2 %	0,0 %	71
Centres hospitaliers généraux (CH) INF 300 LP	41,5 %	19,7 %	16,4 %	9,7 %	12,7 %	0,0 %	330
Centres hospitaliers généraux (CH) SUP 300 LP	45,7 %	23,6 %	14,4 %	7,2 %	9,1 %	0,0 %	208
Établissements psychiatriques	47,6 %	18,4 %	16,2 %	8,3 %	9,5 %	0,0 %	315
Ex hôpitaux locaux	40,3 %	18,7 %	19,0 %	10,7 %	11,3 %	0,0 %	300
Cliniques MCO INF 100 LP	51,1 %	17,0 %	12,7 %	10,5 %	8,7 %	0,0 %	229
Cliniques MCO SUP 100 LP	49,1 %	28,3 %	11,9 %	6,0 %	4,8 %	0,0 %	336
Établissements de soins de suite et de réadaptation	47,7 %	20,0 %	12,9 %	12,1 %	7,3 %	0,0 %	751
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	52,6 %	26,3 %	5,3 %	10,5 %	5,3 %	0,0 %	19
Hospitalisation à domicile	37,4 %	30,4 %	20,9 %	3,5 %	7,0 %	0,9 %	115
Centres d'hémodialyse	63,1 %	22,6 %	4,8 %	2,4 %	7,1 %	0,0 %	84
Établissements de type maisons d'enfants à caractère sanitaire et social	37,5 %	21,9 %	3,1 %	6,3 %	15,6 %	15,6 %	32
Total	1301	593	394	257	239	6	2 790
%	46,6 %	21,3 %	14,1 %	9,2 %	8,6 %	0,2 %	

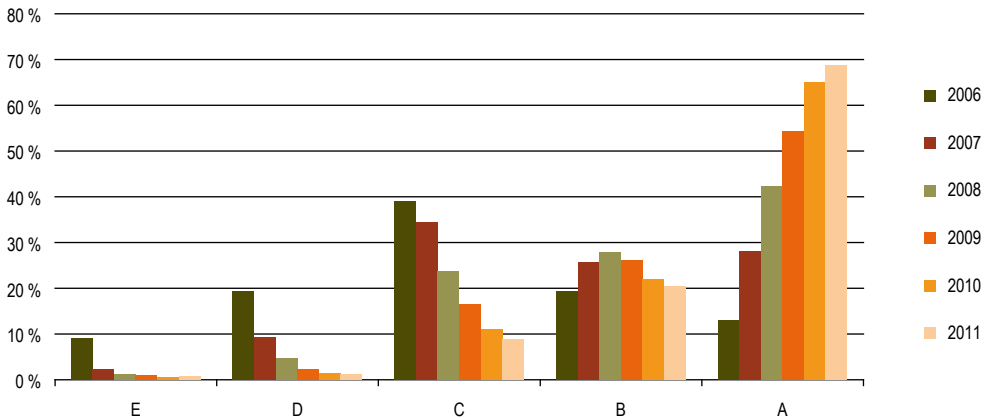
* Les résultats de l'ICALIN 1^{re} génération concernant l'année 2010 et publiés dans *Le panorama des établissements de santé - édition 2012* ne peuvent pas être comparés à ceux d'ICALIN.2

1. Il s'agit du pourcentage d'établissements classés en A sur une échelle allant de A à E, A étant la classe la plus performante, E la moins performante.
2. Il s'agit du pourcentage d'établissements pour lesquels l'indicateur n'a pu être calculé pour cause de données insuffisantes.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte.

Sources • Tableau de bord des infections nosocomiales – rapport national 2011 établi par la DGOS.

GRAPHIQUE ● Évolution d'ICATB entre 2006 et 2011



Lecture • L'échelle va de A à E, A étant la classe la plus performante, E la moins performante.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte.

Sources • Tableau de bord des infections nosocomiales – rapport national 2011 établi par la DGOS.

La naissance : les maternités

Depuis les années 1970, diverses mesures prises par les pouvoirs publics ont construit un nouveau cadre juridique (décrets, plans Périnatalité) pour encadrer la pratique des accouchements et réduire les risques pour l'enfant et la mère. Cela s'est traduit par un long processus de restructuration et de concentration des maternités, dont le nombre a diminué en même temps que la taille augmentait.

Un nouveau cadre juridique en deux étapes...

La première étape débute avec la parution en 1972 du décret Dienech, applicable aux cliniques privées d'accouchement, qui impose des normes de sécurité très détaillées pour les locaux et le plateau technique ; quinze 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 ont été mises en œuvre la même année. La seconde étape est amorcée avec la parution des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 qui définissent règlementairement trois types différents de maternités, pour pouvoir prendre en charge les grossesses en fonction du niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. L'objectif est d'orienter, grâce à un suivi prénatal précoce, les femmes enceintes vers les structures adaptées en fonction de leur risque. Ces dispositions ont été complétées par les plans Périnatalité 1995-2000 et 2005-2007.

... qui s'est traduit par un mouvement régulier de concentration et de spécialisation des maternités

Dans le secteur privé, la parution en 1972 du décret Dienech a entraîné la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales souvent tenues par des sages-femmes. Dans le secteur public, ce sont les maternités des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes qui ont été touchées. Avec l'application des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998, la diminution du nombre de maternités s'est poursuivie entre 1996 et 2011, au profit des maternités de types 2 et 3. Le nombre de maternités est ainsi passé de 1 369 en 1975 à 814 en 1996, pour s'établir à 528 en 2011 en France métropolitaine, hors le service de santé des armées (SSA). Dans les services d'obstétrique, le nombre de lits a quasiment été divisé par deux depuis trente ans alors même que la natalité en France métropolitaine est restée dynamique sur toute la période, avec 710 000 à 800 000 naissances par

an (voir graphique 1). Le taux d'utilisation des lits des maternités a donc fortement augmenté durant cette période : il est passé de 22 accouchements par lit en moyenne en 1975 à 46 fin 2011, avec une réduction conjointe de la durée moyenne de séjour de huit jours en 1975 à moins de cinq jours en 2011.

Une part croissante d'accouchements dans les maternités de types 2 et 3

En 2011, on dénombre 552 maternités en France métropolitaine et dans les DOM (hors Mayotte), y compris le SSA : 264 maternités de type 1, 222 maternités dites de « type 2 » et 66 maternités de type 3 (voir définitions). Elles totalisent 17 700 lits d'obstétriques et ont réalisé environ 812 000 accouchements pour un nombre de naissances vivantes en maternité qui s'élève à 820 000. Les maternités disposant d'un service de néonatalogie ou de réanimation néonatale (type 2 ou 3), qui représentent la moitié des 552 maternités, sont presque exclusivement des maternités publiques ou privées à but non lucratif, en 2011 (73 % des maternités de type 2 et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent les deux tiers des lits et 72 % des accouchements. La proportion d'accouchements réalisés dans les 273 maternités métropolitaines de type 2 ou 3 s'élève à 71 % en 2011, elle était de 43 % en 1996 (voir tableau). Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2011 contre la moitié en 2002. En 2011, près de quatre maternités de France métropolitaine sur dix réalisent au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996 (voir graphique 2). À l'opposé, seulement 3 % des maternités prennent en charge moins de 300 accouchements dans l'année ; cette proportion était de 12 % en 1996. La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. Ainsi, en 2011, une maternité de type 1 effectue en moyenne 879 accouchements par an, une maternité de type 2, 1 762, et une maternité de type 3 en réalise 3 010 pour la France métropolitaine.

Champ

Maternités de France métropolitaine et des DOM, hors Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA), hors centres périnatals de proximité, sauf indications contraires.

Définitions

- **Maternités** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique.
- **Type de maternité** : les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. Trois types de maternités sont ainsi définis : un établissement est dit de « type 1 » s'il possède un service d'obstétrique, un établissement est dit de « type 2 » s'il a un service de néonatalogie sur le même site que

le service d'obstétrique, il est dit de « type 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.

- **Naissances** : en 1977, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini un critère de viabilité qui comptabilise les naissances après au moins 22 semaines d'aménorrhée, ou les enfants – ou fœtus – d'au moins 500 grammes. En 2008, un changement législatif est intervenu : le décret n° 2008-800 du 20 août 2008 a redéfini la notion d'enfant sans vie. Désormais, l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement. Le nouveau dispositif n'est donc plus fondé sur le seuil de viabilité défini par l'OMS. Cependant, ce seuil conserve son caractère indispensable pour l'élaboration des statistiques sanitaires.

Pour en savoir plus

- Baillet A., Evain F., 2012, « Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures », *Études et Résultats*, n° 814, DREES, octobre.
- Vilain A., 2011, « Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, n° 776, DREES, octobre.
- Vilain A., 2011, « La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, n° 775, DREES, octobre.
- Arnault S., Exertier A., 2010, « Les maternités : plus de trente ans d'évolution », *Les établissements de santé – Un panorama pour l'année 2007*, Études et statistiques, DREES.
- Buisson G., 2003, « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000 – un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes

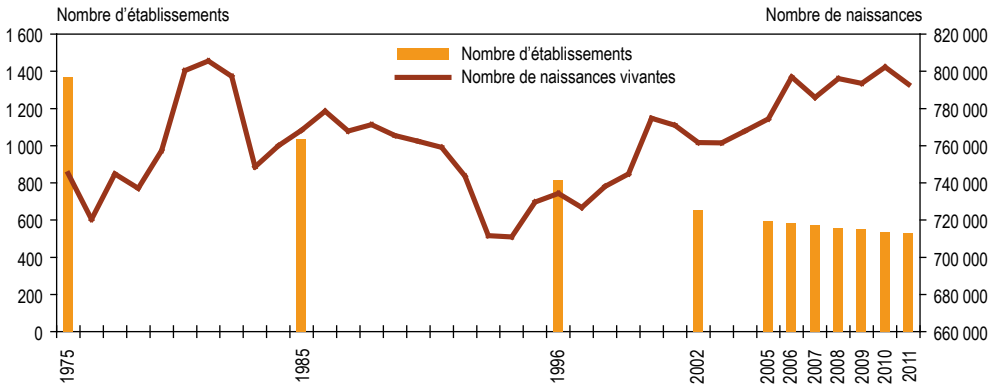
disparités régionales », *Études et Résultats*, n° 225, DREES, mars.

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

GRAPHIQUE 1 ● Évolution du nombre des naissances vivantes et des maternités de 1975 à 2011



Champ • France métropolitaine hors SSA.

Sources • INSEE, état civil ; DREES, H74 et statistique des établissements hospitaliers privés pour 1975, EHP et H80 pour 1985, SAE 1996, 2002, 2005 à 2011, traitements DREES.

TABLEAU ● Répartition des accouchements selon le niveau de la maternité d'accueil en 1996, 2005 et 2011

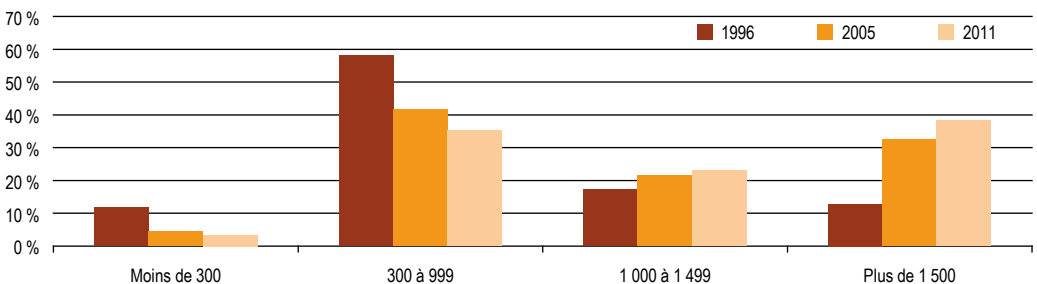
	Année	Niveaux de spécialisation			Total
		Type 1	Type 2	Type 3	
Nombre d'établissements	1996	564	250		814
	2005	321	210	62	593
	2011	255	213	60	528
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443		725 337
	2005	268 643	339 309	156 578	764 530
	2011	224 259	375 281	180 609	780 149
Part d'accouchements	1996	57 %	43 %		100 %
	2005	35 %	44 %	20 %	100 %
	2011	29 %	48 %	23 %	100 %

Note • En 1996, les définitions de niveau existaient déjà, sans être réglementaires (Ruffié A., *et al.*, 1998).

Champ • France métropolitaine hors SSA.

Sources • DREES, SAE 1996, 2005 et 2011, traitements DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2005 et 2011



Champ • France métropolitaine hors SSA.

Sources • DREES, SAE 1996, 2005 et 2011, traitements DREES.

La naissance : caractéristiques des accouchements

Depuis plusieurs années, les conditions de prise en charge autour de la naissance évoluent avec notamment le développement de la péridurale et l'amélioration de l'adéquation entre l'équipement des maternités et le niveau de risque encouru par les mères et les nouveau-nés. Le taux de césariennes, en augmentation constante jusqu'en 2007, s'est depuis stabilisé autour de 20 %.

Une meilleure prise en charge des femmes et des nouveau-nés présentant des risques

Bien qu'elles ne représentent que la moitié des maternités, celles de types 2 et 3 (voir définitions) prennent en charge sept accouchements sur dix. Elles reçoivent par ailleurs la majorité des femmes et des nouveau-nés présentant le plus de risques. Selon les données de la SAE et du PMSI-MCO en 2011, près de 85 % des naissances multiples, des naissances d'enfants de moins de 2 500 grammes et des naissances prématurées ont en effet lieu dans une maternité de type 2 ou 3 (voir graphique). Lorsque le travail ne se présente pas dans de bonnes conditions et que les mères se trouvent dans une maternité de type 1 ne disposant pas d'un environnement adapté, certaines patientes peuvent être orientées vers des structures de type supérieur (type 2 ou 3). Ainsi, en 2011, 3 600 femmes suivies dans une maternité de type 1 ont été transférées dans une maternité de type 2 ou 3, et 2 700 ont été transférées d'une maternité de type 2 vers une maternité de type 3.

Davantage de péridurales

Pour les accouchements par voie basse, le taux de péridurales est en augmentation passant de 67 % en 2001 à 77 % en 2011 (voir tableau 1). Par ailleurs, plus le type de la maternité est élevé, plus ce taux est important. En effet, les maternités de types 2 et 3 sont celles qui accueillent les accouchements les plus complexes et donc potentiellement les plus à risque pour la mère et l'enfant. De plus, en raison de moyens en personnel plus réduits, la probabilité d'avoir un anesthésiste-réanimateur disponible en cas d'accouchement non programmé est plus faible dans les maternités de type 1.

Champ

Maternités de France métropolitaine et des DOM, hors Mayotte et centres périnataux de proximité, mais y compris le service de santé des armées (SSA).

Définitions

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

• **Type de maternité** : les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. Trois types de maternité sont ainsi définis : un établissement est dit de « type 1 » s'il possède un service d'obstétrique, un établissement est dit de « type 2 »

s'il a un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique, il est dit de « type 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.

• **Accouchements** : en cas de naissance multiple, on ne comptabilise qu'un seul accouchement.

• **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., 2011, « La situation périnatale en France en 2010. Premiers

Un taux de césariennes qui se stabilise à un niveau élevé

Entre 2000 et 2007, le taux de césariennes a augmenté de manière régulière. Il est passé de 17,4 % en 2000 à 20,2 % en 2007. Depuis, il semble se stabiliser (20,3 % en 2011). Les maternités de type 2 ou 3 ont un taux de césariennes peu éloigné de celui des établissements de type 1 ; ce qui signifie qu'à niveau de risque équivalent, les établissements de type élevé pratiquent moins fréquemment les césariennes. Les maternités ayant répondu à la question sur la prise en charge de la douleur déclarent que près de neuf femmes sur dix accouchant par césarienne ont recours à la rachianesthésie en 2011, un taux en régulière augmentation depuis 2001. À l'inverse, les anesthésies générales, qui concernaient les autres patientes, ne sont quasiment plus pratiquées.

Des séjours plus courts

En 2011, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement est de 5 jours, soit une baisse d'une demi-journée par rapport à 2003 (voir tableau 2). Cette diminution a concerné aussi bien le secteur public que le secteur privé, et il n'y a au final pas de différence marquante de durée moyenne de séjour selon le statut de l'établissement. Le mode d'accouchement influe par contre grandement sur la durée du séjour. Ainsi, la durée moyenne d'un séjour pour un accouchement par césarienne est en 2011 de 7 jours contre seulement 4,5 jours pour un accouchement par voie basse. Pour ces deux modes d'accouchement, les durées moyennes de séjour sont en baisse depuis 2003.

résultats de l'Enquête nationale périnatale », *Études Résultats*, n° 775, DREES, octobre.

• Vilain A., 2011, « Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, n° 776, DREES, octobre.

• Arnault S., Exertier A., 2010, « Les maternités : plus de 30 ans d'évolution », *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2007*, DREES.

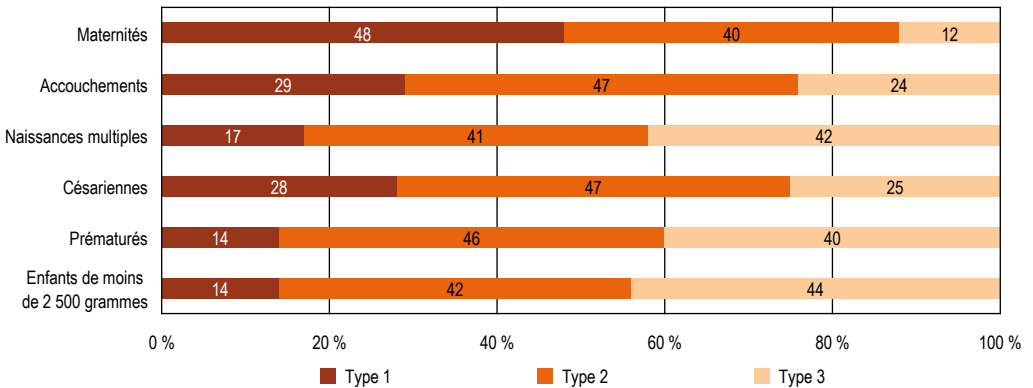
• Vilain A., Peretti de C., Herbet J.-B., Blondel B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003 – Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », Synthèse effectuée à partir de l'analyse et du rapport réalisés par Blondel B., Supernant K., Mazaubrun du C., Bréart G. (INSERM U 149), *Études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

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

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) décrit l'activité des établissements de santé (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 DGOS et l'ATIH fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

GRAPHIQUE ● Caractéristiques de l'activité par type de maternité en 2011 (en %)



Champ • Ensemble des naissances en France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2011 et ATIH, PMSI-MCO 2011, traitements DREES.

TABLEAU 1 ● Évolution des taux de césariennes et de péridurales ou rachianesthésies par type de maternité (en %)

Type de maternité		2001	2006	2011
Ensemble des accouchements				
Taux de césariennes	Niveau 1	18,0	19,8	19,7
	Niveau 2	17,6	19,3	20,1
	Niveau 3	19,9	21,0	21,2
	Ensemble	18,2	19,9	20,3
Accouchements sans césarienne				
Taux de péridurales	Niveau 1	67,0	69,6	74,4
	Niveau 2	65,6	72,8	77,3
	Niveau 3	70,3	74,6	79,7
	Ensemble	67,0	72,1	77,0
Accouchements avec césarienne				
Taux de rachianesthésies	Niveau 1	76,5	89,0	92,3
	Niveau 2	83,7	86,6	91,6
	Niveau 3	88,3	81,7	85,1
	Ensemble	81,5	86,3	90,3

Note • Pour les taux de péridurales et de rachianesthésies ne sont recensées que les maternités ayant renseigné les variables relatives au recours à la péridurale.

Champ • Accouchements en France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2001, 2006 et 2011, données statistiques.

TABLEAU 2 ● Évolution de la durée des séjours pour accouchement selon le statut de l'établissement et le mode d'accouchement (en jours)

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2003	2011	2003	2011	2003	2011	2003	2011
Accouchements par voie basse	4,9	4,5	4,9	4,4	5,0	4,3	4,9	4,5
Accouchements par césarienne	8,3	7,3	7,8	6,5	7,6	6,4	8,0	7,0
Ensemble des accouchements	5,5	5,1	5,5	4,9	5,5	4,8	5,5	5,0

Champ • Accouchements en France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2003 et 2011, traitements DREES.

La médecine d'urgence

En 2011, en France métropolitaine et dans les DOM, les 654 structures des urgences ont accueilli 18,4 millions de passages, soit une progression de 5 % par rapport à 2010. Aux côtés des structures des urgences, 104 SAMU et 425 SMUR assurent l'orientation, la prise en charge pré-hospitalière et le transport des malades. Le secteur public prend en charge la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence.

Depuis les décrets de mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence, la nouvelle pratique de cette activité est autorisée selon trois modalités. La régulation des appels est faite par les services d'aide médicale urgente (SAMU). Les patients sont ensuite, si leur état le nécessite, pris en charge à domicile (ou sur la voie publique, le lieu de travail...) par la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), qui peut être une structure permanente ou saisonnière. Enfin, les patients pris en charge par le SMUR sont transportés vers la structure des urgences la plus proche et disposant du plateau technique le plus adapté à l'état du malade. Les structures d'urgence accueillent les patients se présentant directement, de leur propre initiative ou sur avis médical.

L'organisation de la médecine d'urgence

La médecine d'urgence se compose donc de trois types de services : les structures des urgences, les SMUR et les SAMU. Un SMUR ne peut être autorisé à fonctionner que s'il est rattaché à une structure des urgences. En 2011, en France métropolitaine et dans les DOM, y compris le service de santé des armées (SSA), 654 structures sont autorisées pour l'accueil des urgences ; on dénombre également 425 SMUR et 104 SAMU (voir tableau 1). La médecine d'urgence est prise en charge essentiellement par le secteur public : 75 % des structures des urgences relèvent en effet de ce secteur tandis que 19 % d'entre elles relèvent du secteur privé à but lucratif et seulement 6 % du secteur privé à but non lucratif. La quasi-totalité des SMUR (98 %) sont implantés dans des établissements publics et les SAMU sont exclusivement publics.

Des services spécialisés en pédiatrie ou bien des filières d'accueil spécifiques le cas échéant

Les autorisations des SMUR et des structures des urgences peuvent être générales ou pédiatriques. Dans les faits, elles sont majoritairement générales. En effet, seulement 15 % des structures des urgences et 6 % des SMUR sont autorisés en pédiatrie. Lorsqu'une structure des urgences n'est pas pédiatrique, elle peut en revanche prendre en charge les enfants dans une filière de soins dédiée, en collaboration avec une structure de pédiatrie. Parmi les structures de soins exclusivement générales (au nombre de 556), 19 % ont déclaré avoir

mis en place ce type de filière. Par ailleurs, si une structure des urgences sur quatre relève du secteur privé, c'est le cas de seulement 5 % de celles autorisées en pédiatrie.

Structure des urgences : une progression du nombre annuel de passages

En 2011, les 654 structures des urgences de la France métropolitaine et des DOM ont pris en charge 18,4 millions de passages, ce qui correspond à une progression de 5 % par rapport aux flux observés en 2010 (voir tableau 2). Cette progression concerne principalement les urgences générales (+6 %), tandis que le nombre total de passages aux urgences pédiatriques, dans les structures pédiatriques et les structures générales et pédiatriques, progresse de 1 %. Sur une plus longue période, le nombre annuel de passages semble continuer à progresser après une pause en 2010. En 1996, le nombre annuel de passages s'établissait à 10,1 millions pour la France métropolitaine, et a connu une augmentation de 4 % en moyenne chaque année (voir graphique). La part des passages aux urgences du secteur privé (pris dans sa globalité) s'établit à 17 % en 2011. La permanence des soins, y compris hospitalière, est devenue, depuis la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », une mission de service public que les cliniques privées peuvent désormais mettre en œuvre.

Des structures majoritairement de petite taille...

Les structures des urgences accueillent chacune en moyenne 28 000 patients par an. Elles ont en revanche des tailles variables : les structures des établissements privés à but lucratif sont de plus petite taille que celles des établissements publics et enregistrent en moyenne 19 000 passages annuels, contre 31 000 dans le secteur public. Par ailleurs, le nombre moyen de passages par établissement est plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (21 000 passages en moyenne par an contre 25 000). Tous secteurs confondus, les petites unités sont les plus nombreuses : 27 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an et deux structures sur trois moins de 30 000. À l'autre extrémité, 21 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent plus de 40 % de l'ensemble des passages.

Champ

Établissements publics et privés de France métropolitaine et des DOM, hors Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA), bénéficiant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R6123-1 à R6123-32 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.

Pour en savoir plus

- Vuagnat A., 2013, « Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? », dans cet ouvrage.
- Carrasco V., 2006, « L'activité des services d'urgences en 2004 : une stabilisation du nombre de passages », *Études et Résultats*, n° 524, DREES, septembre.
- Baubeau D., Carrasco V., 2003, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Études*

et Résultats, n° 215, DREES, janvier.

- Baubeau D., Carrasco V., 2003, « Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et Résultats*, n° 212, DREES, janvier.

Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'équipement, 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. Le bordereau a été modifié à compter de la SAE 2007 pour se conformer à la nouvelle législation relative à la médecine d'urgence suite aux décrets du 22 mai 2006. Les données présentées sont issues du bordereau Q13 de la SAE 2011. Des corrections ont été apportées aux réponses brutes déclarées par les établissements notamment concernant les autorisations. En 2011 n'ont pas été pris en compte les passages aux urgences déclarés par les établissements n'ayant pas l'autorisation pour cette activité

TABLEAU 1 ● Nombre de services d'urgences en 2011 selon le statut et l'autorisation

Établissements	Publics	Privés à but non lucratif	Privés à but lucratif	Ensemble
Structure des urgences				
structure générale	398	37	121	556
structure générale et pédiatrique	77	4	0	81
structure pédiatrique	16	0	1*	17
Ensemble	491	41	122	654
SMUR				
SMUR général	392	8	0	400
SMUR général et pédiatrique	14	0	0	14
SMUR pédiatrique	10	0	1	11
Ensemble	416	8	1	425
SAMU	104	0	0	104

* Il s'agit du groupement de coopération sanitaire Hôpitaux pédiatriques Nice CHU Lenval.

Note • Une structure des urgences est exclusivement générale si elle n'accueille que des adultes, exclusivement pédiatrique si elle n'accueille que des enfants et générale et pédiatrique si elle accueille les deux.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2011, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● Nombre de passages aux urgences en 2011 selon le statut et l'autorisation

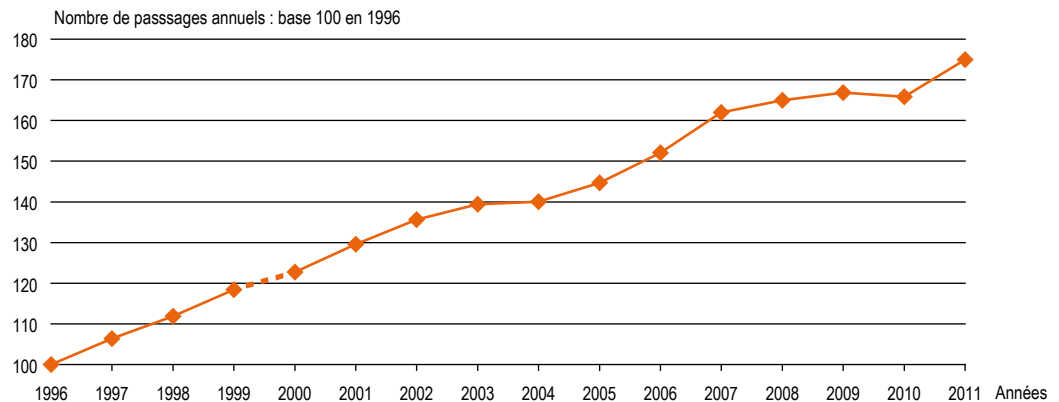
	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011
Structures générales	10 161 455	12,5 %	686 662	4,6 %	2 259 528	2,3 %	13 107 645	10,2 %
Structures pédiatriques	582 641	47,5 %	0	-	52 969*	-	635 610	45,4 %
Structures générales et pédiatriques	4 471 079	-10,1 %	221 444	10,5 %	0	-	4 692 523	-9,3 %
<i>Urgences générales</i>	3 149 134	-9,1 %	137 850	8,6 %	0	-	3 286 984	-8,4 %
<i>Urgences pédiatriques</i>	1 321 945	-12,4 %	83 594	13,9 %	0	-	1 405 539	-11,2 %
Ensemble	15 215 175	5,7 %	908 106	3,2 %	2 312 497	3,8 %	18 435 778	5,3 %

* Il s'agit du groupement de coopération sanitaire Hôpitaux pédiatriques Nice CHU Lenval.

Champ • France métropolitaine et DOM, Hors Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010-2011, traitements DREES.

GRAPHIQUE ● Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



Note • 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, hors SSA.

Sources • DREES, SAE 1996-2011, traitements DREES.

Les interruptions volontaires de grossesse

Selon la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), 191 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en établissement en 2011. Si l'on ajoute les 30 000 IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet de ville et les 1 700 réalisées en centres de santé, centres de planification ou d'éducation familiale, autorisées depuis mai 2009, on obtient un total de 222 000 IVG en 2011, soit un taux de 15,1 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. En établissement, 8 IVG sur 10 sont réalisées à l'hôpital public.

Pour la France métropolitaine et les DOM, hors Mayotte, on compte 15,1 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2011. Ce taux s'établit à 14,6 en Métropole et varie du simple au double d'une région à l'autre : de 10,7 IVG dans les Pays de la Loire à 21,3 en région PACA (voir carte 1). Trois autres régions métropolitaines se singularisent par des taux de recours à l'IVG bien supérieurs à la moyenne, proches de 20 IVG pour 1 000 femmes : le Languedoc-Roussillon (17,8), l'Île-de-France (18,1) et la Corse (18,0). Dans les DOM, les taux de recours, largement supérieurs à ceux observés en Métropole, s'élèvent à 20,5 IVG pour 1 000 femmes âgées entre 15 et 49 ans en 2011 à La Réunion, 24,7 en Martinique, 32,4 en Guyane et 41,4 en Guadeloupe.

Un taux de recours constant et une progression de la méthode médicamenteuse

Le nombre d'IVG est stable depuis 2006. Il diminue en milieu hospitalier, du fait d'un report vers les IVG médicamenteuses réalisées en cabinet libéral où elles sont autorisées depuis 2004 (voir graphique 1), et, dans une moindre mesure et seulement depuis leur autorisation en mai 2009, en centres de santé ou centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF). En milieu hospitalier, les IVG médicamenteuses progressent encore légèrement tandis que les IVG chirurgicales diminuent. Le taux de recours à l'IVG des femmes demeure stable depuis 2006 (voir graphique 2). L'indice conjoncturel d'IVG, correspondant à la somme des taux d'IVG de chaque âge, permet d'évaluer le nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie selon les taux de recours de l'année considérée. Cet indice, qui permet de gommer les effets de l'évolution dans le temps de la structure d'âge des femmes, est de 0,52 IVG par femme en 2011. Il est quasiment stable depuis 2006. Au total, en ville ou en établissement, la méthode médicamenteuse est utilisée pour 55 % des IVG, contre 47 % en 2006.

Une IVG médicamenteuse sur quatre est réalisée hors structure hospitalière

En 2011, 30 000 IVG médicamenteuses ont été réalisées en cabinet de ville (tous régimes d'assurance maladie, y compris le régime agricole et celui des indépendants) et 1 700 en centre de santé ou CPEF, soit 14 % du total des IVG et un quart des IVG médicamenteuses, mais cette proportion demeure très inégale selon

Champ

France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA).

Définitions

• **L'évolution de la législation** : la loi du 4 juillet 2001 a introduit une première modification des règles de recours à l'IVG, en portant le délai maximal de recours autorisé de 10 à 12 semaines de grossesse. L'IVG médicamenteuse est pratiquée en établissement depuis 1989. La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse également dans le cadre de la médecine de ville

jusqu'à cinq semaines de grossesse. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé convention. La loi du 19 décembre 2007 et le décret d'application de mai 2009 ont étendu ce dispositif aux centres de santé et aux centres de planification ou d'éducation familiale. Le tarif payé aux établissements de santé pratiquant l'IVG a été revalorisé de 50 % le 31 mars 2013.

Pour en savoir plus

• Vilain A., Mouquet M.-C., 2013, « Les interruptions volontaires de

grossesse en 2011 », *Études et Résultats*, n° 843, DREES, juin.

• « L'interruption volontaire de grossesse (IVG) », Dossier de la *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2011.

• Vilain A., 2009, « Les établissements et les professionnels réalisant des IVG », *Études et Résultats*, n° 712, DREES, décembre.

• « L'état de santé de la population en France, suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique », rapport 2011, DREES.

La part du secteur public, largement majoritaire, continue de croître

En 2011, la prise en charge des IVG a été assurée par 574 établissements en Métropole et 19 dans les DOM. Les deux tiers sont des établissements publics. La part élevée de ce secteur dans la prise en charge des IVG en établissement continue de croître : en 1990, 60 % des IVG étaient réalisées dans le secteur public, puis 69 % en 2002, 72 % en 2005 et 80 % en 2011. Plus de 9 IVG hospitalières sur 10 sont prises en charge par le secteur public dans la moitié des régions (voir carte 2). Les régions Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Guyane restent les seules où la part du secteur public est inférieure à 70 %.

Moins de 5 % d'IVG « tardives » en 2011

La part des IVG réalisées lors des onzième et douzième semaines de grossesse confirme en 2011 sa légère diminution (6,1 % en 2009, 5,5 % en 2010 et 4,3 % en 2011) due à l'augmentation de la part des IVG médicamenteuses, contraintes juridiquement à être pratiquées avant cinq semaines de grossesse.

Près de 1 000 praticiens conventionnés pratiquent des IVG dans leur cabinet

En 2011, 1 000 praticiens ont réalisé des IVG médicamenteuses en ville, dont 39 % travaillent en Île-de-France et 13 % en PACA, soit un peu plus de la moitié des praticiens pour ces deux seules régions. 52 centres de santé, centres de planification ou d'éducation familiale ont déclaré des IVG médicamenteuses. Les données de la SAE permettent de mesurer le temps de travail effectif pour les unités pratiquant des IVG dans les établissements de santé : en 2011, 245 ETP de médecins (hors anesthésistes) salariés ont été recensés, ainsi que 125 ETP d'anesthésistes et 412 ETP de sages-femmes. Par ailleurs, 678 médecins libéraux et 637 anesthésistes libéraux (exclusifs ou non) sont aussi dénombrés.

grossesse en 2011 », *Études et Résultats*, n° 843, DREES, juin.

• « L'interruption volontaire de grossesse (IVG) », Dossier de la *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2011.

• Vilain A., 2009, « Les établissements et les professionnels réalisant des IVG », *Études et Résultats*, n° 712, DREES, décembre.

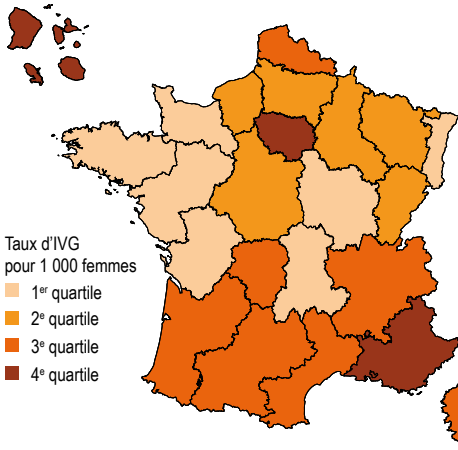
• « L'état de santé de la population en France, suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique », rapport 2011, DREES.

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de

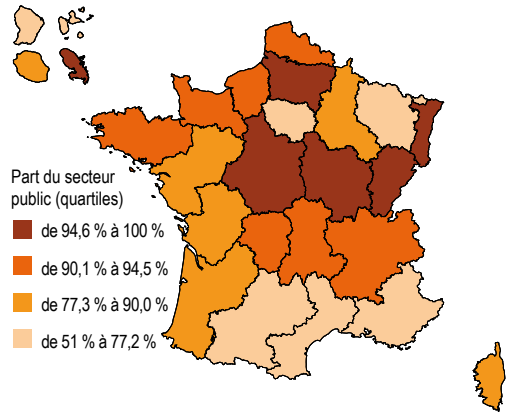
santé et, pour les IVG, l'activité et les personnels travaillant au sein des services. Le Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) permet de recueillir des données individuelles, avec des indications sur l'âge de la femme et son lieu de domicile. La CNAMTS (Erasme) recueille le nombre de forfaits remboursés concernant des IVG réalisées en cabinet libéral, en centres de santé et centres de planification ou d'éducation familiale par méthode médicamenteuse, y compris pour la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI) depuis 2010.

CARTE 1 ● Les recours à l'IVG en 2011



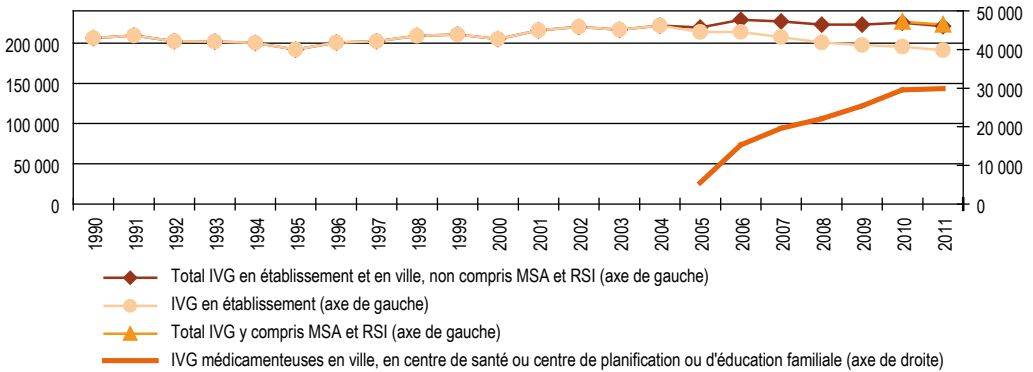
Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.
Sources • DREES, SAE 2011 ; CNAMTS, Erasme, traitements DREES ; INSEE estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2011.

CARTE 2 ● Part du secteur public parmi les IVG réalisées en établissement en 2011



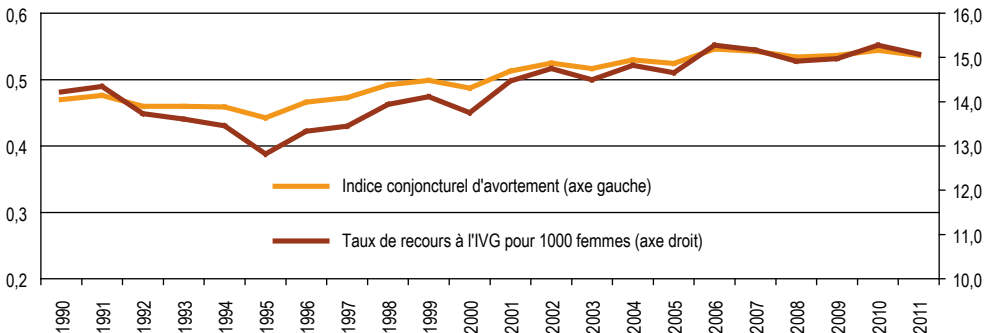
Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.
Sources • DREES, SAE 2011, traitements DREES.

GRAPHIQUE 1 ● Évolution du nombre des IVG depuis 1990



Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA.
Sources • DREES, SAE ; CNAMTS, Erasme, traitements DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Évolution du nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans et indice conjoncturel d'avortement (ICA)



Lecture • Le taux est calculé en rapportant le nombre total d'IVG à l'ensemble des femmes de 15-49 ans.
Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA mais non compris MSA et RSI.
Sources • DREES, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAMTS, Erasme, traitements DREES ; INSEE, population par âge.

Les taux de réadmission après un séjour chirurgical

Les taux de réadmission à 30 jours après un séjour chirurgical ont légèrement augmenté entre 2005 et 2008. La moitié de la hausse s'explique par l'évolution du *case-mix*. Les taux de réadmissions apparaissent plus élevés dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées, ce qui peut traduire une hétérogénéité des patients accueillis au sein d'un groupe homogène de malades donné. L'évolution entre 2005 et 2008 est comparable dans les hôpitaux publics et les cliniques privées.

Entre 2005 et 2008, les taux de réadmission suite à un séjour chirurgical augmentent à la fois dans le secteur public – regroupant les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif – et dans le secteur privé et atteignent respectivement 9,7 % et 7,5 % (voir tableau 1). Logiquement, les taux de réadmission les plus élevés surviennent pour les interventions chirurgicales complexes : ainsi, environ 18 % des opérations chirurgicales sur l'intestin grêle ou le colon donnent lieu à une réadmission dans le mois qui suit la sortie du patient. Les procédures chirurgicales plus courantes présentent des taux de réadmission plus faibles : environ 5 % des patients sont réadmis dans les 30 jours qui suivent une appendicectomie. On remarque également que quel que soit le pôle d'activité, les taux de réadmission sont plus élevés dans les établissements publics que dans les cliniques privées. Le fait que le secteur public accueille les cas les plus complexes au sein de chaque pathologie peut notamment expliquer cet écart.

Une augmentation pour moitié due au *case-mix*

Une partie de l'augmentation constatée des taux de réadmission entre 2005 et 2008 s'explique par le *case-mix*, c'est-à-dire par la répartition des cas traités. Par exemple, sur la période, le nombre de séjours du pôle « uro-néphrologie » (chirurgies reins, uretères, vessie, transurétrales, etc.) a eu tendance à croître fortement (+10 % contre +4 % pour l'ensemble des pôles). Le taux de réadmission étant élevé dans ce domaine, cela contribue à faire augmenter le taux de réadmission global. À *case-mix* constant, c'est-à-dire si les séjours étaient répartis de la même manière en 2008 qu'en 2005, le taux de réadmission serait en 2008 de 9,5 % dans le secteur public et de 7,3 % dans le secteur privé. Ainsi, la répartition des séjours explique 50 % de la hausse des taux dans les établissements publics et 40 % de la hausse dans les cliniques privées. Des travaux

économétriques (disponibles dans le dossier sur l'impact de la T2A du présent ouvrage) suggèrent que les évolutions des taux de réadmission entre 2005 et 2008 ne sont pas significativement différentes entre hôpitaux publics et cliniques privées quand on tient compte du *case-mix* et de l'environnement des établissements.

Taux de réadmission et durée moyenne de séjour : des évolutions opposées

Les graphiques 1 et 2 permettent d'observer les évolutions suivies par les taux de réadmission et la durée moyenne de séjour (DMS), sur la période 2005-2008. Dans le secteur public, le taux de réadmission a augmenté de 5 % pendant que la DMS diminuait de 7 %. De même, dans le secteur privé, le taux de réadmission a augmenté de 8 % pendant que la DMS diminuait de 9 %. Il faudrait toutefois mener des travaux plus approfondis pour conclure le cas échéant que la réduction de la DMS conduit à davantage de réadmissions. La littérature en économie de la santé considère au contraire plutôt la durée moyenne de séjour comme un indicateur d'efficacité : les faibles durées de séjour ne sont pas associées à une mauvaise qualité des soins, contrairement à des taux élevés de réadmission. Tels qu'ils sont calculés ici, ces taux de réadmission sont par ailleurs un indicateur très imparfait de la qualité des soins. D'une part, il nous est impossible de distinguer les réadmissions prévues à l'avance des réadmissions inopinées. Or, sur l'ensemble des réadmissions constatées, certaines sont programmées et ne résultent pas d'une complication faisant suite au premier séjour. D'autre part, tous les séjours – dans un délai de 30 jours – sont comptabilisés comme des réadmissions après un séjour initial en chirurgie. Il se peut donc que le deuxième séjour intervienne pour un motif sans lien avec celui de la première hospitalisation.

Champ

Séjours chirurgicaux effectués en hospitalisation complète ou partielle dans les établissements de santé ayant fonctionné entre 2005 et 2008, en France métropolitaine et dans les DOM.

Définitions

- Le classement des séjours en chirurgie correspond au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH

à partir du groupe homogène de malades du séjour (en V10c pour les années étudiées ici). Un séjour est ainsi défini comme « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et la date de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché.

- Une réadmission suite à un séjour chirurgical se définit ici comme tout

séjour d'hospitalisation complète ou partielle (hors séance) effectué dans un établissement de court séjour dans les 30 jours suivant la sortie du séjour initial. Les taux de réadmission ont été calculés uniquement sur les séjours chaînables, desquels ont été retirés les décès, qui ne peuvent logiquement pas donner lieu à une réadmission. Enfin, les hospitalisations dont la date d'entrée correspond à la date de sortie du séjour ini-

tial ont été considérées comme des transferts et non des réadmissions.

- La durée moyenne de séjour (DMS) est ici calculée à la fois sur l'hospitalisation complète et l'hospitalisation partielle, cette dernière comptant alors pour 0 jour.

Sources

PMSI-MCO 2005 à 2008. Voir la fiche « L'activité en hospitalisation complète et partielle » pour plus de détails.

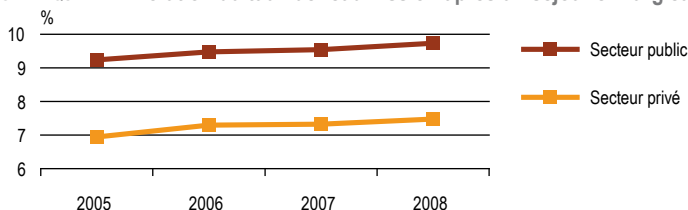
TABLEAU ● Évolution des taux de réadmission entre 2005 et 2008, selon le secteur et le pôle d'activité

	Secteur public			Secteur privé		
	Nombre de séjours en 2008	Taux de réadmission (en %)		Nombre de séjours en 2008	Taux de réadmission (en %)	
		2005	2008		2005	2008
Ensemble de la chirurgie, dont :	2 529 000	9,2	9,7	3 123 000	6,9	7,5
Orthopédie, rhumatologie, dont :	722 000	6,0	6,1	841 000	4,2	3,9
<i>Chirurgies majeures orthopédiques</i>	166 000	7,0	7,7	180 000	4,6	4,7
Ophthalmologie	219 000	10,9	12,9	525 000	13,2	15,6
ORL, stomatologie, dont :	221 000	4,4	4,6	493 000	1,9	1,8
<i>Amygdalectomies, végétations et drains trans-tympaniques</i>	57 000	2,8	3,1	140 000	1,5	1,7
Digestif, dont :	354 000	9,9	10,1	312 000	6,6	6,9
<i>Hernies</i>	97 000	4,5	4,3	107 000	3,0	2,9
<i>Appendicectomies</i>	51 000	5,2	5,4	35 000	4,0	4,0
<i>Chirurgies de l'intestin grêle et du colon</i>	45 000	17,7	18,6	28 000	16,1	17,0
Gynécologie	238 000	9,7	9,8	231 000	7,9	8,8
Uro-néphrologie	174 000	14,5	15,4	233 000	12,2	11,4
Tissu cutané et tissu sous-cutané	170 000	8,6	9,1	184 000	5,0	5,0
Vasculaire périphérique	112 000	19,1	20,8	170 000	10,2	11,7
Systeme nerveux	124 000	7,8	8,5	22 000	8,1	6,8
Traumatismes crâniens	82 000	6,0	6,6	2 000	5,9	8,3
Cardiologie, dont :	67 000	10,7	10,9	44 000	8,6	8,6
<i>Pontages coronaires</i>	10 000	6,9	7,7	5 000	7,2	6,8

Champ • Séjours chirurgicaux en France métropolitaine et DOM. Seuls les pôles d'activité rassemblant au moins 100 000 séjours chirurgicaux figurent dans le tableau.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2005-2008, traitements DREES.

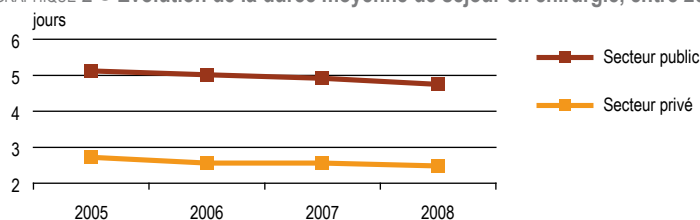
GRAPHIQUE 1 ● Évolution du taux de réadmission après un séjour chirurgical, entre 2005 et 2008



Champ • Séjours chirurgicaux en France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2005-2008, traitements DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Évolution de la durée moyenne de séjour en chirurgie, entre 2005 et 2008



Champ • Séjours chirurgicaux en France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2005-2008, traitements DREES.

Les achats de médicaments dans les établissements de santé

En 2011, les médicaments figurant sur la liste hors groupe homogène de séjours (GHS) représentent près de 60 % de l'ensemble des achats de médicaments dans les établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM. Les médicaments anticancéreux sont les médicaments de la liste les plus achetés. Cette étude est réalisée à partir des données du recueil médicaments DREES et des données d'achat de molécules onéreuses de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Des achats de médicaments estimés à 5,8 milliards d'euros en 2011, dont 3,3 de molécules onéreuses, facturables en sus de l'activité et/ou rétrocédables

En 2011, les achats de médicaments des établissements de santé ont atteint 5,8 milliards d'euros TTC. Les dépenses des centres hospitaliers universitaires (CHU) et celles des autres établissements publics représentent chacune plus du tiers des achats de médicaments des établissements. Ces dépenses concernent également pour 16 % les cliniques privées et pour 6 % les établissements privés à but non lucratif (hors centres de lutte contre le cancer – CLCC). Les CLCC représentent par ailleurs 6 % du montant des achats de médicaments de l'ensemble des établissements. Une liste de spécialités pharmaceutiques, fixée par l'État, fait l'objet d'un remboursement par les organismes d'assurance maladie en sus du financement à l'activité (liste hors groupe homogène de séjours GHS) afin de garantir l'égal accès aux soins. Elle concerne des produits onéreux qui seraient susceptibles d'introduire une hétérogénéité dans la distribution du coût du groupe homogène de malades (GHM) en raison de leur prix. Une partie de ces médicaments peut également être rétrocédée, c'est-à-dire délivrée directement à des patients non hospitalisés. En 2011, sur les 5,8 milliards d'euros d'achats de médicaments des établissements de santé, 3,3 milliards, soit près de 60 %, correspondent à des médicaments inscrits sur la liste hors GHS, qu'ils soient délivrés dans le cadre du séjour du patient ou rétrocédés. Hors rétrocession, l'ensemble des achats représentent 4,4 mil-

liards d'euros, dont 2,5 en molécules onéreuses. La part des molécules onéreuses dans l'ensemble des dépenses de médicaments varie en fonction de la catégorie de l'établissement, mais reste toujours conséquente. Ainsi, les molécules onéreuses représentent 76 % des achats totaux de médicaments dans les CLCC et plus de la moitié des dépenses pour les autres établissements (voir graphique 1). En revanche, en volume, la part de ces médicaments rapportée à l'ensemble des achats est très faible.

La classe des antinéoplasiques et immunomodulateurs concentre la majorité des achats de molécules onéreuses

Parmi les médicaments de la liste en sus, la classe des antinéoplasiques et immunomodulateurs, qui permet de traiter le cancer, est le poste de dépenses le plus important, particulièrement dans les CLCC, les établissements privés à but lucratif et les établissements privés à but non lucratif. Ainsi, dans ces trois catégories, l'achat d'antineoplasiques et d'immunomodulateurs représente plus des trois quarts des dépenses en molécules facturables en sus (voir graphique 2). Dans les autres établissements, cette classe représente la majorité des dépenses des médicaments de la liste en sus. Les autres classes consommées sont les médicaments « anti-infectieux à usage systémique » qui traitent les infections et « sang et organes hématopoïétiques » qui permettent de traiter les maladies du sang. La première est plus importante dans les CHU et la seconde dans les autres établissements publics.

Nouveautés

L'apparition d'une nouvelle nomenclature des GHS a contraint à changer de méthodologie. Ainsi, les chiffres présentés ici ne concernent plus des données de consommation, mais des données d'achat. Elles incluent donc les médicaments consommés, mais aussi les médicaments rétrocédés. Par conséquent, les chiffres de cette année ne sont pas directement comparables avec ceux des années précédentes.

Champ

France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, hors service de santé des armées (SSA). Le champ de cette étude est celui du recueil DREES médicaments. Sont donc exclus les établissements ayant une activité en soins de longue

durée, les centres de dialyse, les hôpitaux locaux, l'hospitalisation à domicile (contrairement aux données du GERS reprises par le rapport d'activité du Comité économique des produits de santé, et qui sont par ailleurs hors taxe).

Définitions

• **Médicaments de la liste hors GHS** : le système de remboursement en sus de la tarification à l'activité a comme objectif, d'une part, de garantir aux patients un égal accès aux soins et aux technologies médicales innovantes et, d'autre part, de faciliter la diffusion de ces dernières dans les établissements de santé. La liste est composée principalement : d'anticancéreux (classe ATC L01), de médicaments composés d'érythroprotéine (classe ATC B03), de facteurs de la coagulation (classe

ATC B02) et 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 hospitalière à des patients qui ne sont pas hospitalisés.

Pour en savoir plus

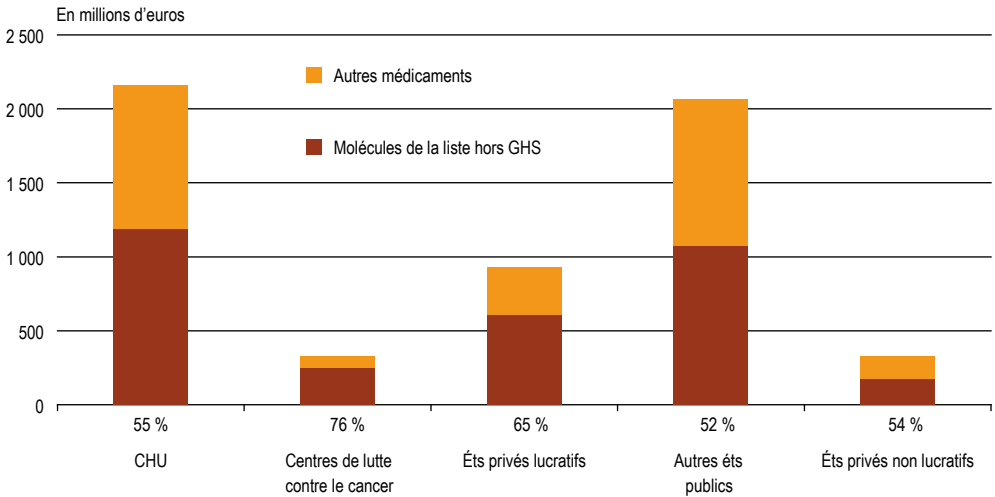
DGOS, 2011, Rapport 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A).

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 moyen pondéré et quantités) de médicaments par unité commune de dispensation (UCD), les quantités délivrées et les ventes au public (rétrocession). Le taux de réponse de cette collecte en termes d'activité MCO est de 82 %.

Les données d'achat de molécules onéreuses de l'ATIH sont des remontées d'information par les établissements de santé sur leurs achats de molécules onéreuses pour en obtenir le remboursement.

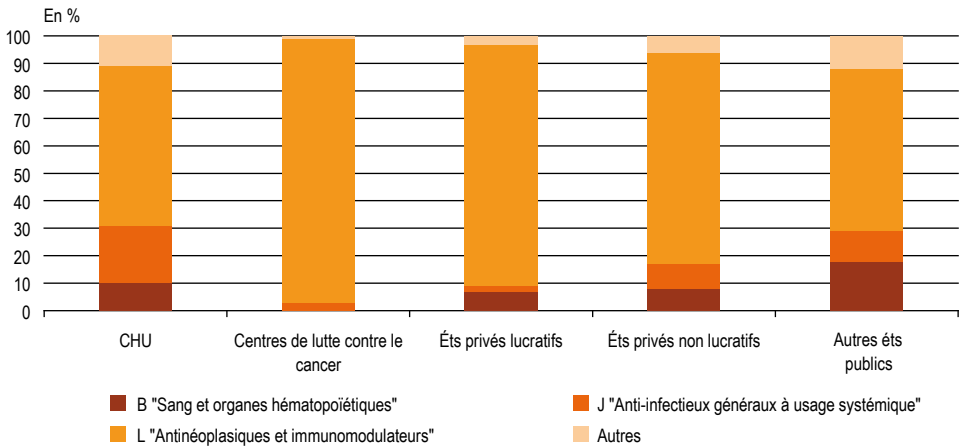
GRAPHIQUE 1 ● Dépenses de médicaments à l'achat et part des médicaments facturables en sus par catégorie d'établissements



Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, hors SSA.

Sources • Recueil médicaments, DREES, 2011 et Fichcomp et RSFA, ATIH, 2011.

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



Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, hors SSA.

Sources • Recueil médicaments, DREES, 2011 et Fichcomp et RSFA, ATIH, 2011.

7

La situation économique du secteur



- La part des établissements de santé dans la consommation de soins
- La situation économique et financière des cliniques privées
- La situation économique et financière des hôpitaux publics

La part des établissements de santé dans la consommation de soins

Avec 85,1 milliards d'euros en 2012, le secteur hospitalier (établissements des secteurs public et privé) représente 46,3 % de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,7 % de la consommation totale des ménages. L'Assurance maladie finance 90,7 % des dépenses de soins hospitaliers.

La consommation de soins hospitaliers s'élève à 85,1 milliards d'euros en 2012

L'ensemble de l'hospitalisation en court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique), moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) et psychiatrie donne lieu à une dépense de soins s'élevant, en 2012, à 85,1 milliards d'euros (voir tableau 1). À la différence des autres fiches, le secteur hospitalier ne comprend pas, dans les Comptes de la santé, l'hospitalisation de longue durée (souvent appelée long séjour). Celle-ci est comptabilisée avec les autres dépenses de soins de longue durée (soins assurés en établissements d'hébergement pour personnes âgées [EHPA] ou en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD] ; soins assurés à domicile par les services de soins et d'aide à domicile [SSAD] ; soins assurés en établissements aux personnes handicapées). La part de la consommation de soins hospitaliers dans l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux est globalement stable : elle est passée de 46,2 % en 2002 à 46,3 % en 2012. Pour la situer dans l'ensemble de l'économie, la consommation de soins hospitaliers représente, en 2012, 5,7 % de la consommation totale effective des ménages. Cette part a légèrement augmenté depuis 2002 (+0,3 point) [voir graphique 1].

De 2002 à 2012, la consommation de soins hospitaliers a progressé en moyenne à un rythme proche de celui de la consommation totale de soins et de biens médicaux, avec des écarts toutefois significatifs en 2007 et en 2009 (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 64,9 milliards d'euros en 2012. Elle croît de 2,4 % en valeur en 2012

après +2,1 % en 2011, soit un rythme de croissance bien en deçà de celui du début des années 2000.

Dans le secteur privé hospitalier, qui comporte principalement les cliniques privées, la consommation de soins (y compris les honoraires perçus en établissement) s'est élevée à 20,2 milliards d'euros en 2012. Bien qu'elle marque une très légère reprise par rapport à 2011, la croissance en valeur observée en 2012 (+2,6 % après +2 % en 2011) est très inférieure à celle des années précédentes.

Un financement presque exclusif par l'Assurance maladie

La place de la Sécurité sociale est prépondérante dans la couverture des dépenses de soins hospitaliers : 90,7 % en 2012 contre 75,5 % pour l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux (voir tableau 2). En effet, une grande partie des séjours donnent lieu à une facturation sans ticket modérateur, compte tenu de leur motivation par une affection de longue durée (ALD) ou de leur tarif. L'intervention des autres financeurs est donc très faible. La part des organismes complémentaires est cependant en progression depuis dix ans (5,2 % en 2012 contre 3,8 % en 2002) tandis que la part de la Sécurité sociale diminue (90,7 % en 2012 contre 92,1 % en 2002). Ces évolutions s'expliquent par les hausses du forfait journalier hospitalier (+1 euro par an entre 2005 et 2007 et +2 euros en 2010) ainsi que des tarifs journaliers de prestations (TJP) qui servent de base au calcul des tickets modérateurs à l'hôpital public. La mise en place fin 2007 de la participation des assurés de 18 euros pour les actes « lourds » (cotés K50 ou supérieurs à un coût de 91 euros) a également eu un impact, de même qu'en 2011 l'alourdissement du ticket modérateur « acte lourd » dont le seuil a été relevé de 91 à 120 euros.

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 2012, en France métropolitaine et dans les DOM, y compris Mayotte et le service de santé des armées (SSA). Les dépenses de soins des personnes âgées en établissements (soins de longue durée et soins en maisons de retraite) sont exclues.

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 (à but 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.

• **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 – pour la satisfaction de leurs besoins individuels par les assurés du régime

français d'Assurance maladie ou les personnes prises en charge par l'aide médicale d'État (AME). Elle est évaluée grâce aux financements, d'origine publique ou privée, qui en sont la contrepartie.

• **Consommation effective des ménages** : elle est égale à la somme de la dépense de consommation des ménages et des dépenses individualisables des administrations publiques (pour l'essentiel dépenses de santé, c'est-à-dire remboursements de l'Assurance maladie et dépenses d'éducation).

Pour en savoir plus

- Le Garrec M.-A., Bouvet M., 2013, « Les comptes nationaux de la santé en 2012 », *Études et Résultats*, n° 851, septembre, DREES.
- Le Garrec M.-A., Bouvet M., 2013, « Comptes nationaux de la santé en 2012 », *Document de travail, Série Statistiques*, n° 185, septembre, DREES.

Sources

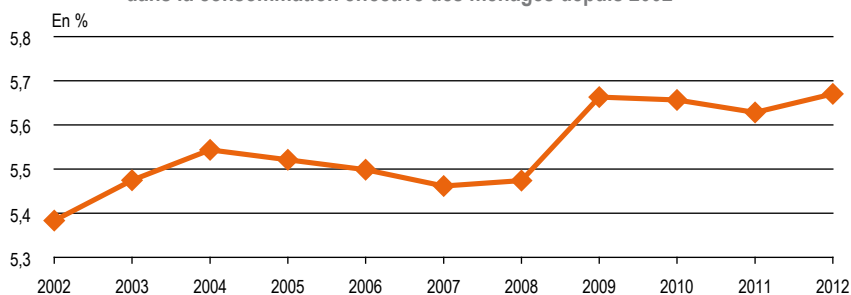
Comptes de la santé, qui est un compte satellite des comptes de la nation. Depuis 2010, les comptes sont établis selon une nouvelle base des comptes nationaux (base 2005).

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

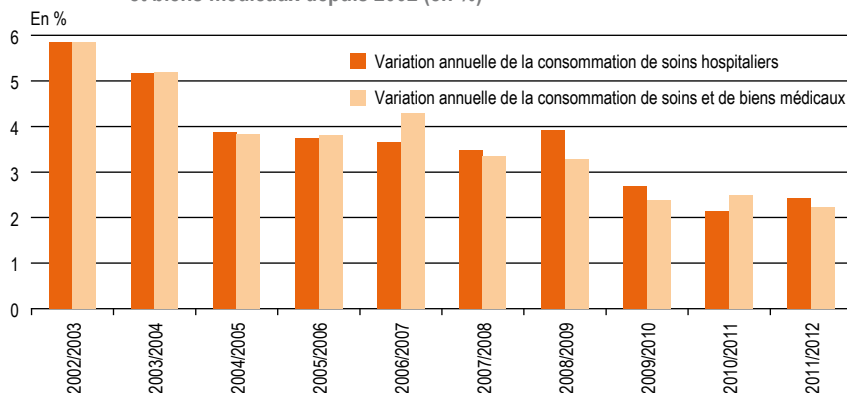
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Consommation de soins et de biens médicaux	128 134	135 633	142 668	148 116	153 748	160 352	165 710	171 149	175 231	179 608	183 623
Consommation de soins hospitaliers, dont :	59 233	62 700	65 941	68 487	71 051	73 644	76 208	79 203	81 330	83 062	85 083
- soins hospitaliers en secteur public	46 009	48 713	51 027	52 774	54 618	56 482	58 187	60 470	62 041	63 388	64 889
- soins hospitaliers en secteur privé	13 224	13 987	14 914	15 714	16 432	17 162	18 021	18 733	19 289	19 674	20 195
Part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et de biens médicaux	46,2 %	46,2 %	46,2 %	46,2 %	46,2 %	45,9 %	46,0 %	46,3 %	46,4 %	46,2 %	46,3 %

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES - Comptes de la santé (base 2005).

GRAPHIQUE 1 ● Évolution de la part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation effective des ménages depuis 2002


Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES - Comptes de la santé (base 2005).

GRAPHIQUE 2 ● Évolution annuelle de la consommation de soins hospitaliers et de la consommation de soins et biens médicaux depuis 2002 (en %)


Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES - Comptes de la santé (base 2005).

TABLEAU 2 ● Structure de financement de la consommation de soins en 2012 (en %)

	Consommation de soins et de biens médicaux	Consommation de soins hospitaliers	
Sécurité sociale de base (1)	75,5	90,7	(1) Y compris déficit des hôpitaux publics.
État et CMU-C organismes de base (2)	1,2	1,1	(2) CMU-C : couverture maladie universelle - complémentaire.
Organismes complémentaires (3)	13,7	5,2	(3) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
Ménages	9,6	3,0	
Ensemble	100,0	100,0	

Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES - Comptes de la santé (base 2005).

La situation économique et financière des cliniques privées

En 2011, le chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques privées atteint 13 milliards d'euros. Parallèlement, leur rentabilité nette est en hausse et s'établit ainsi à 2,6 % du chiffre d'affaires. Cette amélioration est la conséquence d'une hausse du résultat exceptionnel, lié notamment à des opérations de cessions immobilières, et pourrait donc ne pas être pérenne.

Une hausse de la rentabilité nette des cliniques en MCO en 2011...

En 2011, la rentabilité nette des cliniques, c'est-à-dire le rapport du résultat net au chiffre d'affaires, s'établit à 2,6 % du chiffre d'affaires (voir tableau), soit une hausse de 0,6 point par rapport à 2010. Cette évolution de la rentabilité est principalement le fait des cliniques en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), avec un gain de près de un point entre 2010 et 2011, de 1,5 % à 2,4 %. Les cliniques de psychiatrie connaissent, quant à elles, une hausse plus modérée (+0,4 point), mais restent les plus rentables avec une rentabilité nette de 5,8 %. Enfin, on note une très légère diminution de ce ratio concernant les cliniques de SSR (-0,2 point) [graphique 1].

Il convient toutefois de nuancer cette hausse de la rentabilité nette dans le secteur de MCO et, par extension, sur l'ensemble du secteur (compte tenu de la part de ces cliniques sur l'ensemble des établissements).

Ainsi, pour l'ensemble des cliniques, le résultat d'exploitation est en baisse de 0,7 point par rapport à l'exercice 2010, et s'établit à 3,7 % du chiffre d'affaires. Ce mouvement s'explique par la hausse dans une proportion similaire du poste de charges « autres achats et charges externes » (voir tableau), en raison notamment de l'augmentation des loyers.

...qui s'explique par des opérations immobilières

Pour l'ensemble des cliniques, le résultat exceptionnel augmente sensiblement entre 2010 et 2011 (de 1,3 point) pour s'établir à 1,1 % du chiffre d'affaires. Cette hausse est permise à la fois par une baisse des charges exceptionnelles et par une progression des produits exceptionnels pour l'exercice 2011, principalement le poste « produits exceptionnels sur opérations en capital », en d'autres termes la cession de murs, avec une hausse de 0,6 point. Ces évolutions ne concernent qu'un groupe très restreint d'établissements, mais leur ampleur impacte de manière non négligeable les estimations pour l'ensemble du secteur.

Au final, la baisse du résultat d'exploitation des établissements est plus que compensée par la hausse de leur résultat exceptionnel, conduisant à une progression du résultat net des cliniques, et donc de leur rentabilité nette, qui atteint ainsi 2,6 % du chiffre d'affaires en 2011.

Champ

Les comptes des cliniques privées sont transmis aux tribunaux de commerce, avec parfois du retard. Les données 2011 sont relatives aux cliniques privées de France métropolitaine et des DOM ayant déposé leurs liasses fiscales aux tribunaux de commerce ; ces chiffres ont été croisés avec l'enquête SAE 2011 afin de récupérer les données concernant l'activité et les capacités des cliniques privées. Au final, 773 comptes sont étudiés pour l'année 2011, permettant notamment le calcul de la rentabilité nette. Un redressement des données par le recours à un calage sur marges permet, par une repondération des données, de rendre l'échantillon de cli-

niques ayant déposé leurs comptes représentatif de l'ensemble des cliniques. Cette méthodologie permet d'estimer plus précisément le chiffre d'affaires total des cliniques ainsi que les différents indicateurs financiers.

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, etc.

- **Capacité d'autofinancement (CAF)** : elle mesure les ressources restant à disposition de la clinique à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur.

La rentabilité financière est naturellement, elle aussi, impactée par cette hausse du résultat net causée par la forte progression du résultat exceptionnel. Ainsi, en 2011, elle est en nette augmentation pour l'ensemble du secteur et s'élève à 16,3 % des capitaux propres. Cette hausse est principalement due aux cliniques en MCO avec une rentabilité financière de 16,7 % (soit +5,7 points), soit le plus haut niveau depuis 2006, conséquence ici encore de la cession importante de murs par un nombre très restreint de cliniques.

Une clinique en MCO sur trois est en déficit

En 2011, on observe un écart important entre la proportion de cliniques en déficit dans le secteur de MCO (32 %) et celle des autres secteurs (23 % des cliniques de SSR et 13 % des cliniques de psychiatrie). Néanmoins, cette proportion est en recul si l'on compare à l'exercice 2010, où l'on comptait 34 % de cliniques en MCO en déficit. Notons que 17 % des 723 cliniques présentes à la fois dans l'échantillon de 2010 et dans celui de 2011 déclarent des pertes les deux années.

Ralentissement des investissements

La capacité d'autofinancement (CAF) des cliniques privées, exprimée en part du chiffre d'affaires, reste stable en 2011 à 4,2 % du chiffre d'affaires. Le taux d'endettement des cliniques privées connaît, en 2011, une légère baisse à 41,9 % des capitaux permanents (-0,6 point). Cet indicateur reste constant pour les cliniques en MCO à 43 %, mais diminue pour les cliniques de SSR (-3,2 points à 41,6 %) et de psychiatrie (-1,9 point à 30,1%). Le niveau de l'effort d'investissement poursuit sa baisse depuis 2006 à 5,3 % du chiffre d'affaires en 2011 (soit -0,4 point par rapport à 2010) [voir graphique 2], de manière toutefois moins marquée que pour les exercices précédents. Malgré tout, les cliniques de SSR, ayant connu la chute la plus notable pour cet indicateur, connaissent une reprise des investissements à 7,3 % du chiffre d'affaires et redeviennent les cliniques ayant le plus investi (en part de chiffre d'affaires), comme sur la période 2007-2009. L'investissement des cliniques en MCO se contracte en revanche de 0,7 point à 3,9 % du chiffre d'affaires et celui des cliniques de psychiatrie de 1,7 point à 5,2 % du chiffre d'affaires.

- **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.

- **Résultat net comptable** : solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.

- **Rentabilité financière (résultat net/capitaux propres)** : elle mesure le revenu que les actionnaires tirent de l'entreprise et permet d'apprécier l'attractivité du secteur pour les actionnaires.

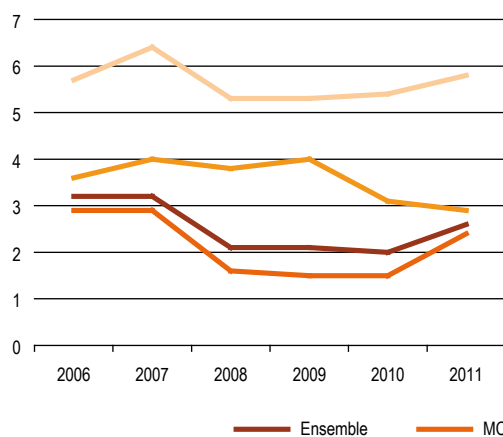
Pour en savoir plus

- Thuaud E., 2013, « La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2011 : une amélioration en trompe-l'œil », *Comptes nationaux de la santé 2012*, Études et Statistiques, DREES, n° 185.

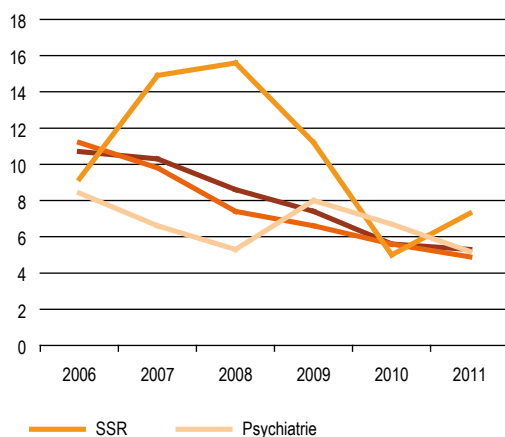
Sources

Comptes des cliniques privées transmis aux tribunaux de commerce. La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

GRAPHIQUE 1 ● Évolution de la rentabilité nette des cliniques privées (en % du CA)



GRAPHIQUE 2 ● Évolution de l'effort d'investissement des cliniques privées (en % du CA)



Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2011, calculs DREES.

TABLEAU ● Compte de résultat des cliniques privées

	2009	2010	2011
Chiffre d'affaires total (milliards d'euros)	12 334	12 508	13 050
Nombre de cliniques dans la population	1 095	1 084	1 076
Chiffre d'affaires moyen (en millions d'euros)	11,3	11,5	12,1
Achats et charges externes (en % du CA)	-45,1 %	-45,0 %	-45,3 %
dont			
- Achats consommés	-17,4 %	-17,7 %	-17,4 %
- Autres achats et charges externes	-27,8 %	-27,3 %	-27,9 %
- Variation de stocks	0,1 %	0,0 %	0,0 %
Frais de personnel (en % du CA)	-43,8 %	-44,0 %	-43,9 %
dont			
- Salaires bruts	-31,6 %	-31,2 %	-31,0 %
- Charges sociales	-12,2 %	-12,8 %	-12,9 %
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)	-5,0 %	-5,0 %	-5,1 %
dont			
- Impôts, taxes et versements assimilés	-5,9 %	-5,7 %	-5,7 %
- Subvention d'exploitation	0,9 %	0,7 %	0,6 %
Excédent brut d'exploitation (en % du CA)	6,1 %	6,1 %	5,7 %
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	0,0 %	0,0 %	0,1 %
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-1,8 %	-1,8 %	-2,1 %
Résultat d'exploitation (en % du CA)	4,2 %	4,4 %	3,7 %
Résultat financier	-0,4 %	-0,4 %	-0,3 %
dont			
- Produits financiers	0,7 %	0,6 %	1,0 %
- Charges financières	-1,1 %	-1,1 %	-1,3 %
Résultat courant (exploitation + financier)	3,8 %	4,0 %	3,4 %
Résultat exceptionnel (en % du CA)	0,1 %	-0,2 %	1,1 %
dont			
- Produits exceptionnels	2,3 %	2,5 %	3,0 %
dont opérations en capital	1,7 %	1,5 %	2,1 %
- Charges exceptionnelles	-2,1 %	-2,6 %	-1,9 %
dont opérations en capital	1,1 %	1,1 %	0,9 %
Participation des salariés (en % du CA)	-0,4 %	-0,4 %	-0,4 %
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	-1,4 %	-1,4 %	-1,5 %
Résultat net (en % du CA)	2,1 %	2,0 %	2,6 %

Lecture • Rapportés au chiffre d'affaires, les produits sont positifs et les charges négatives. Attention, des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, cela à cause des arrondis à un chiffre.

Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2009-2011, calculs DREES.

La situation économique et financière des hôpitaux publics

Les résultats provisoires relatifs à l'année 2012 indiquent une amélioration sensible des comptes financiers des hôpitaux publics : ceux-ci enregistrent un excédent de leur résultat net de près de 100 millions d'euros en 2012, soit environ 0,1 % des produits. Toutefois, cette amélioration s'explique surtout par des facteurs exceptionnels (diminution des dotations aux provisions, etc.).

Les comptes financiers des hôpitaux publics excédentaires en 2012

En 2012, le résultat net des hôpitaux publics est excédentaire de près de 100 millions d'euros, soit 0,2 % des produits (voir tableau). Le budget principal présente toutefois un déficit de près de 150 millions d'euros. Ce rétablissement des comptes financiers, qui fait suite à plusieurs années de déficit, s'explique surtout par des facteurs exceptionnels (augmentation des plus-values de cessions d'actifs, diminution des dotations aux provisions, etc.).

Les produits des établissements publics sont estimés à près de 72 milliards d'euros en 2012

Bien que moins dynamique, le rythme de progression des produits totaux hors rétrocession de médicaments (voir définitions) se poursuit en 2012 (+2,6 % en 2012 contre +3,8 % en 2011). Ces produits atteignent près de 72 milliards d'euros, dont 63 milliards sont imputables au budget principal. Ce budget principal est ventilé en trois titres de produits et en quatre titres de charges. Avec près de 50 milliards d'euros, les produits versés par l'Assurance maladie (titre 1) ont progressé de +1,3 % en 2012. Ils sont constitués principalement des produits de la tarification des séjours, des forfaits et des dotations (graphique 1, et chapitre 1 « Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel »). La progression des autres produits de l'activité hospitalière (titre 2), retraçant principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers, est de +3,7 %. Le montant de ces produits atteint 5,4 milliards d'euros en 2012. Enfin, les autres produits (titre 3) augmentent de +11,5 % pour s'établir à 7,7 milliards d'euros. Ils correspondent, par exemple, aux prestations effectuées au profit de malades d'un autre établissement. Cette forte augmentation est liée notamment au transfert d'une partie de l'enveloppe consacrée aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), classées en titre 1, vers le Fonds d'intervention régional (FIR), classé en titre 3 pour l'année 2012.

71,7 milliards d'euros de charges pour le secteur public en 2012

Les charges du secteur public sont estimées, en 2012, à 71,7 milliards d'euros, dont 88 % sont comptabilisées en bud-

Champ

France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte), hors le service de santé des armées (SSA). Le nombre d'établissements publics considérés dans cette étude s'élève à 930 en 2012. 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.

• **Les centres hospitaliers (CH)** : ils sont classés en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leurs produits : les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros).

• **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 présente les opérations financières des activités de court et moyen séjour et de psychiatrie.

• **Budget annexe** : il décrit les opérations ayant trait à l'exploitation de certains services comme les unités de soins de longue durée et la dotation non affectée (DNA).

Des investissements importants, mais en recul

Malgré un ralentissement, l'effort d'investissement continue d'être soutenu en 2012. La part des dépenses d'investissement rapportées aux recettes produites par l'activité hospitalière est passée de 10,9 % en 2009 à 8,8 % en 2012 (voir graphique 2). Parallèlement à la croissance des investissements, l'encours de la dette des hôpitaux publics continue de croître à un rythme régulier pour atteindre 28,3 milliards d'euros en 2012, dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte. Le taux d'indépendance financière, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières), est ainsi passé de 47,4 % en 2010 à près de 50 % en 2012 (graphique 3).

L'amélioration de la capacité d'autofinancement n'a pas permis d'absorber la totalité de l'effort d'investissement supplémentaire entrepris depuis 2002. Le ratio d'endettement des hôpitaux publics, qui mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaire au remboursement total de la dette, reparaitrait ainsi à la hausse après une stabilisation en 2011. Ce ratio s'établirait à 6,8 années en 2012 contre 6,2 années en 2011.

santé 2012, Études et statistiques, DREES.

Sources

Les données comptables des hôpitaux publics sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFiP). Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements publics. Les données de la DGFiP ont été croisées avec la Statistique annuelle des établissements afin de conserver dans le champ de l'étude uniquement les établissements sanitaires.

Pour en savoir plus

• Yılmaz E., 2013, « La situation économique et financière des hôpitaux publics », *Comptes nationaux de la*

TABLEAU ● Excédent ou déficit des hôpitaux publics entre 2002 et 2012 (en % des produits)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012**
Ensemble hôpitaux publics	0,9	0,5	1,0	0,3	-0,4*	-0,9	-0,6	-0,4	-0,4	-0,6	0,2
AP-HP	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7*	-0,2	0,2	-1,3	-1,7	-1,2	-0,3
Autres CHR	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2	-2,4	-1,7	-0,9	-1,1	0,2
Grands CH	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	-0,1	-0,2	-0,4	0,1
Moyens CH	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	-0,0	-0,7	-1,1	-0,0
Petits CH	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2	0,9	0,5	0,4
Hôpitaux locaux	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,5	2,3	1,4	1,3
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,4

* Hors opérations exceptionnelles de l'AP-HP, la rentabilité économique de l'AP-HP en 2006 s'élève à 1,1 % et celle de l'ensemble des hôpitaux publics à -0,5 %.

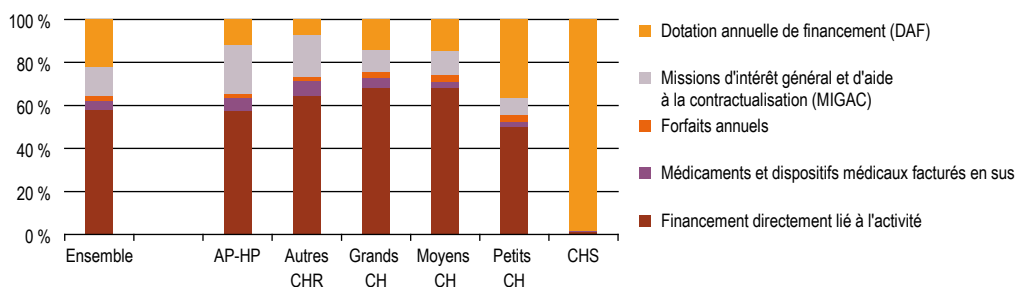
** Données provisoires.

Note • Un CH est devenu CHR en 2012.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte et hors SSA.

Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.

GRAPHIQUE 1 ● Répartition des produits versés par l'Assurance maladie sur le budget principal (titre 1) en 2012*

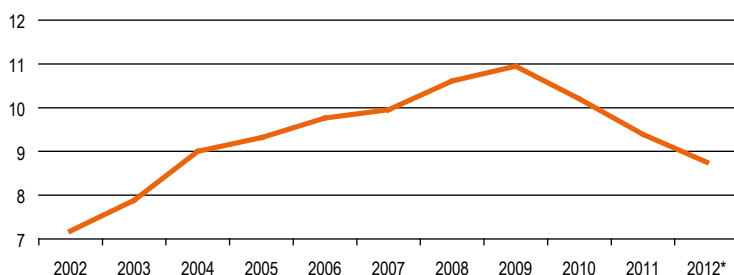


* Données provisoires.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte et hors SSA.

Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics entre 2002 et 2012 (en % des produits)

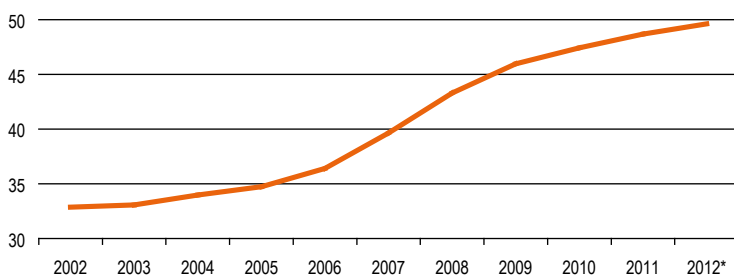


* Données provisoires.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte et hors SSA.

Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.

GRAPHIQUE 3 ● Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics entre 2002 et 2012 (en %)



* Données provisoires.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte et hors SSA.

Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.



8

Les grandes sources de données sur les établissements de santé

Les grandes sources de données sur les établissements de santé

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

• Description

Dès 1975, il existait une enquête annuelle sur les hôpitaux publics et les établissements d'hospitalisation privés, renouvelée en 1985. La Statistique annuelle des établissements de santé en tant que telle a été mise en place en 1994 et refondue en 2000. Les objectifs de la refonte étaient de mieux répondre aux besoins des utilisateurs et de tenir compte de la mise en place du Programme de médicalisation des systèmes d'information – médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO). Depuis cette date, la SAE permet de rendre compte de l'organisation des soins, de caractériser de façon plus précise les établissements, de disposer d'indicateurs sur la mise en œuvre des politiques nationales et le suivi des activités de soins soumises à autorisation et d'avoir un recueil d'informations homogène entre les secteurs public et privé. 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 des établissements de santé assurant la prise en charge sanitaire des détenus et les établissements du service de santé des armées. Les données des établissements du service de santé des armées sont intégrées dans les résultats des années 2010 et 2011, sauf indication contraire, et ce, à la différence des éditions précédentes. Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés selon les thèmes suivants :

- identification, structure et organisation 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. Les données déclarées par les établissements de santé sont mises à disposition sur le site de diffusion de la SAE (<http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/>). Par ailleurs, certaines données peuvent faire l'objet de retraitements statistiques dans le cadre d'études.

• Le mode d'interrogation de la SAE

De manière générale, depuis la refonte de 2000, l'interrogation se fait au niveau de l'établissement géographique pour les établissements privés et au niveau des entités juridiques pour les établissements publics. Cela permet, d'une part, une meilleure comparabilité et, d'autre part, une localisation plus fine des activités et des équipements. Il peut toutefois exister une double interrogation et ainsi des doubles comptes. C'est notamment le cas dans le secteur public (cas d'entités juridiques ayant des établissements interrogés directement, valable en particulier pour les établissements des trois Assurances publiques) et, de manière plus fine, de certaines activités de soins comme la dialyse et les soins de suite et de réadaptation. Cette double interrogation peut expliquer de légers écarts sur les mesures de l'activité et des capacités, selon que l'on prend en compte les données déclarées par les entités juridiques ou le cumul des déclarations de leurs entités géographiques.

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. www.atih.sante.fr

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information s'est progressivement mis en place dans les années 1990, sous l'impulsion de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère chargé de la santé. Depuis 2001, les informations correspondantes sont collectées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation² (ATIH). Dans un premier temps, le PMSI ne concernait que les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). En 1993 apparaît un recueil de type PMSI pour les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR) qui sera obligatoire pour les établissements publics à partir de 1997 avant d'être généralisé en 2003. Mis en place en 2005, le PMSI-hospitalisation à domicile (HAD) est exploité par la DREES depuis le millésime 2006. Le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (après une première expérimentation) se met en place à partir de la fin 2006 (RIM-P).

Le PMSI-MCO

• Le recueil PMSI-MCO

Le PMSI-MCO recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), sur le ou les diagnostics et sur les actes réalisés pendant le séjour, depuis 1997. 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 celui-ci 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 d'une part et de durée de séjour d'autre part. 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. La version 11c de la classification des GHM est utilisée dans cet ouvrage. La nomenclature des GHM en V11c comportant près de 2 400 postes, des regroupements ont été effectués en utilisant une nomenclature élaborée par l'ATIH. Cette dernière consiste à regrouper les GHM en « groupes d'activité », eux-mêmes regroupés en « groupes de planification » puis en « domaines d'activité ». Ces groupes tiennent compte à la fois de la discipline médico-chirurgicale ou de la spécialité (par exemple ophtalmologie, cardiologie, etc.) et de la nature de l'activité.

• Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-MCO et la SAE

Le PMSI-MCO et la SAE sont appariés par la DREES afin d'identifier les quelques établissements non répondants à l'une ou l'autre des deux sources. Certains de ces écarts peuvent notamment s'expliquer par le fait que le champ du PMSI ne couvre pas totalement l'activité MCO : certains centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux, des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, etc., n'y répondent pas. Jusqu'en 2009, un redressement était effectué à partir de la SAE, afin de compenser la non-réponse des établissements au PMSI-MCO. Du fait de la forte amélioration de l'exhaustivité du PMSI au fil du temps, et tout particulièrement depuis la mise en place de la tarification à l'activité en 2005, ce redressement n'est plus nécessaire.

En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), les données d'activité et les durées de séjour présentées ici proviennent du PMSI. 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.

• *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 au début des années 2000 a eu notamment pour but de rapprocher ces concepts entre le PMSI-MCO et la SAE. Sont exclus du PMSI-MCO l'ensemble des séjours ainsi que les séjours concernant les nouveau-nés pour lesquels aucun soin particulier n'a été effectué (nouveau-nés restés près de leur mère). 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.

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. Celle-ci est mesurée en faisant la différence entre la date de sortie et la date d'entrée. Si l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, alors la durée sera nulle et le séjour classé en « hospitalisation partielle » quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge. Un séjour d'une durée d'au moins un jour sera classé en « 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 l'activité de soins 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 ».

Le PMSI-SSR

Le PMSI-SSR, apparié par la DREES avec la SAE, permet de mesurer l'activité des structures exerçant une activité en soins de suite et de réadaptation et de disposer chaque année, aux niveaux national et régional, d'une description des caractéristiques des patients. Depuis le décret du 17 avril 2008, les conditions techniques de fonctionnement et d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation ont évolué : on ne distingue plus les soins de suite de ceux de rééducation et de réadaptation mais une modalité unique d'activité SSR qui peut se développer dans le cadre de plusieurs prises en charge : d'une part, les prises en charge spécialisées des conséquences fonctionnelles d'un certain nombre d'affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaire, respiratoire, etc.) et, d'autre part, les prises en charge des populations (enfants, adolescents et personnes âgées).

• *Le recueil PMSI-SSR*

Le PMSI-SSR recueille depuis 2003, pour chaque semaine de prise en charge, des informations relatives au patient (sexe, âge, lieu de résidence, morbidité, degré de dépendance) et aux soins réalisés (actes médico-techniques et de rééducation-réadaptation). La morbidité est détaillée grâce au recueil de la finalité principale de prise en charge (FPPC), de la manifestation morbide principale (MMP), de l'affection étiologique (AE) et des diagnostics associés (DAS). La dépendance est recueillie à travers des variables mesurant le degré d'autonomie physique et cognitive des patients dans les actions de la vie quotidienne. Toutes ces informations composent le résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Elles permettent de classer les RHS dans l'un des 13 groupes de morbidité dominante (GMD), puis dans l'un des 279 groupes homogènes de journées (GHJ), classement plus fin présentant une homogénéité médicale et économique. Les algorithmes qui orientent les RHS dans les GMD puis les GHJ examinent d'abord la finalité principale de prise en charge, la manifestation morbide principale et l'affection étiologique, puis l'âge, le caractère « classant » de la prise en charge, la morbidité dominante et enfin la dépendance. La nomenclature utilisée pour le codage des variables de morbidité est la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'OMS, la classification commune des actes médico-techniques (CCAM) pour les actes médico-techniques et le catalogue des activités de rééducation-réadaptation (CdARR) pour les actes de rééducation-réadaptation.

• *Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-SSR et la SAE*

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données du PMSI-SSR 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 exerçant une activité en soins de suite et de réadaptation. En 2011, certains établissements n'ont pas fourni un recueil valide du PMSI-SSR : le taux de couverture du PMSI est estimé à 98 %. Pour corriger cette non-réponse, un calage sur l'activité mesurée dans la SAE est réalisé par strate d'établissements (croisement du statut juridique, du type d'établissement et du département d'implantation). Ce redressement est nécessaire pour permettre la comparaison d'une année sur l'autre des niveaux d'activité. Le recueil PMSI

fournit des indications sur la présence des patients pour chaque journée de chaque semaine du séjour. Dans le cas de l'hospitalisation complète, pour l'année considérée, le défaut de remplissage des jours de présence sur certaines séquences conduit à sous-estimer l'activité de l'établissement : les séquences incomplètes sont donc corrigées et des séjours complets sont reconstitués à partir des résumés de chaque semaine de prise en charge. Au final, les résultats issus du PMSI-SSR présentés dans cette publication sont donc des données statistiques, c'est-à-dire pondérées afin de tenir compte de la non-réponse totale et de la non-réponse partielle des établissements.

• Calcul des journées : les différences PMSI et SAE

Comme avec le PMSI-MCO, des écarts peuvent exister au niveau de la mesure de l'activité, en particulier dus au fait que la SAE mesure les séjours commencés dans l'année alors que le PMSI-SSR concerne les séjours terminés dans l'année. Dans certains cas, le décompte des journées diffère entre les deux sources, notamment sur le jour de sortie de l'établissement d'hospitalisation en SSR : dans le cas du transfert d'établissement d'un patient ou dans le cas de la mutation d'un patient dans un service autre que SSR, le PMSI-SSR compte le jour du transfert ou de cette mutation à la fois dans l'unité de départ et dans l'unité d'accueil, alors que la SAE ne le compte qu'une fois. Par contre, le décompte est le même entre le PMSI-SSR et la SAE dans le cas de mutation de patients au sein du champ SSR dans la même structure hospitalière, en cas de décès du patient ou de son retour au domicile.

Le PMSI-HAD

• Le recueil PMSI-HAD

Le PMSI-HAD permet de mesurer l'activité des structures d'HAD et de disposer chaque année, aux niveaux national et régional, d'une description des caractéristiques des patients (sexe, âge et lieu de résidence), du diagnostic principal et des traitements prescrits lors du séjour, et ce depuis 2005. Les informations fournies déterminent le classement de chaque séjour dans un groupe homogène de prise en charge (GHPC). À chaque GHPC est associée une pondération qui module le tarif journalier en HAD en fonction de la durée du séjour.

• 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 par la DREES afin d'améliorer la couverture du recueil. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures pratiquant l'HAD : en 2011, la couverture du PMSI-HAD est quasi exhaustive, à six établissements près. Par ailleurs, les structures ne fournissant pas de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale d'HAD. En outre, afin de corriger la non-réponse sur certaines variables, d'autres traitements sont effectués sur les caractéristiques individuelles, notamment sur les prises en charge liées à la périnatalité et les incohérences entre âge du patient et mode de prise en charge principal. Enfin, les durées de séjour sont recalculées.

Le PMSI-psychiatrie (RIM-P)

Le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P) a été mis en place par la DGOS et l'ATIH dans l'ensemble des établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie en 2006. Il fournit une description médicale détaillée de l'activité d'hospitalisation et ambulatoire. En 2011, 95 % des

établissements de santé (soit 552) ont remonté leurs données à l'ATIH. En termes d'activité, l'exhaustivité du recueil est de 98 % pour les journées d'hospitalisation à temps plein et les venues en temps partiel, et de 80 % pour l'activité ambulatoire en centre médico-psychologique (CMP), lorsque l'on compare les données du RIM-P à celles de la SAE.

Les Déclarations annuelles de données sociales (DADS)

• Description

La Déclaration annuelle de données sociales est une formalité déclarative, commune aux administrations sociales et fiscales, que doit remplir toute entreprise ayant employé au moins un salarié au cours de l'année. Les DADS permettent notamment d'observer les rémunérations versées par les établissements de santé publics et privés. Les principales informations recueillies dans les DADS sont de deux sortes : des mentions générales sur l'établissement (numéro SIRET, code APE, nombre de salariés inscrits au 31 décembre, montant total des rémunérations annuelles, etc.) et des mentions particulières à chaque salarié (âge, sexe, nature de l'emploi, type de contrat, périodes d'emploi, nombre d'heures salariées, montant des rémunérations avant et après déduction des cotisations sociales).

• Le système d'information des agents du secteur public

Le système d'information des agents du secteur public (SIASP) est une déclinaison des DADS spécifique aux trois fonctions publiques. Ces données, produites par l'INSEE, sont exploitées par la DREES pour la fonction publique hospitalière (FPH). Le SIASP intègre des concepts et des variables caractéristiques du secteur public, notamment liés au statut de l'agent : grade, échelon, indice, etc. Ce fichier remplace les DADS pour toutes les données de salaires dans les hôpitaux publics à partir de 2008. Les traitements dans la chaîne de production du fichier SIASP induisent une rupture de série sur les données de salaires préalablement observées à partir des DADS. La nomenclature des emplois hospitaliers (NEH) présente dans SIASP est une nomenclature statutaire de la FPH. Au même titre que la nomenclature des emplois territoriaux (NET) pour la fonction publique territoriale ou la nouvelle nomenclature des emplois (NNE) pour la fonction publique d'État, la NEH permet d'observer finement l'emploi et les salaires par corps, grades et catégories de la fonction publique hospitalière.

• Concepts

Poste : les postes ou emplois salariés, au sens des DADS, correspondent au nombre de personnes employées pour chacun des établissements tout au long de l'année. Les salariés ayant changé d'établissement au cours de l'année ou exerçant à temps partiel dans plusieurs établissements distincts sont donc comptés plusieurs fois. La notion de poste des DADS représente une période d'emploi d'un agent dans un établissement. Elle permet ainsi de recenser l'ensemble des personnes en emploi (hors intérimaires) au cours d'une année et surtout la durée de cette période d'emploi (nombre d'heures travaillées, début et fin de la période d'emploi, durée de la période d'emploi) dans l'année en cours. La durée de la période d'emploi sert de pondération dans le calcul du salaire moyen sur l'année des personnels à temps plein. À partir de la notion de poste et des variables de durée, on peut construire des statistiques d'effectifs comparables à celles de l'enquête SAE, soit en sélectionnant les postes présents le 31 décembre

de l'année pour aboutir à une statistique d'effectif, soit en pondérant le nombre d'heures travaillées d'un poste par la durée de travail réglementaire pour obtenir un volume d'activité en équivalent temps plein (ETP). Ainsi, la statistique de poste est de ce fait plus générale que les notions d'effectifs de la SAE et elle n'est pas directement comparable avec la SAE. Si, par exemple, au cours d'une année, un agent à temps plein change d'établissement au bout de six mois, on recensera deux postes (un dans chaque établissement) dans les DADS, mais au sens de la SAE, on recensera un seul emploi présent au 31 décembre dans le second établissement. Par ailleurs, le champ des DADS est plus large que celui de la SAE, à partir de l'exercice 2011. Les DADS concernent l'ensemble des emplois des entités juridiques sanitaires, tandis que la SAE comptabilise le personnel des établissements sanitaires uniquement, à l'exclusion des emplois des établissements médico-sociaux et de formation dépendant d'entités juridiques sanitaires.

Condition d'emploi : selon la définition des DADS, un poste est dit à temps complet (ou temps plein) si le salarié effectue le nombre d'heures journalier conforme à la durée légale. Un poste est dit à temps partiel dans les autres cas (sous condition que le temps et la durée de travail ne soient pas négligeables).

Salaires net annuel moyen (SNA) : il est calculé à partir du revenu net fiscal disponible dans la DADS ou dans le SIASP. Il est net de toutes cotisations sociales, y compris CSG (contribution sociale généralisée) et CRDS (contribution au remboursement de la dette sociale). Il ne comprend pas les participations (qui ne sont pas imposables). Le salaire est calculé sur l'ensemble des postes, les effectifs étant convertis en équivalent temps plein (ETP) au prorata de leur durée de présence et de leur quotité travaillée. Les salaires sont convertis en ETP pour le calcul des moyennes. Par exemple, un poste occupé durant six mois à temps plein et rémunéré 10 000 euros compte pour 0,5 ETP, rémunéré 20 000 euros par an. Un poste occupé toute l'année avec une quotité travaillée de 60 % et rémunéré 12 000 euros compte pour 0,6 ETP rémunéré 20 000 euros par an. Les moyennes sont obtenues en pondérant les salaires annualisés par l'ETP. Le salaire net annuel moyen correspond au salaire net versé par les établissements.

Les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSYP)

Les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSYP) ont été collectés par la DREES en 2009 sur l'activité de l'année 2008 auprès des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM).

• La complémentarité des sources de données

Cette enquête s'inscrit dans la continuité des rapports d'activité de secteurs de psychiatrie mais couvre l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, sectorisée ou non. Les rapports d'activité ont également évolué dans le cadre du projet global d'amélioration et d'harmonisation du système d'information national sur la psychiatrie, en complément du RIM-P et de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Les RAPSYP visent donc à recueillir des données détaillées sur l'offre et l'organisation des prises en charge en santé mentale complémentaires à celles de la SAE et du RIM-P.

Dans cette publication, et sauf mention contraire, les données sur les capacités, quelle que soit la discipline, et les données sur les activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation et 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 séjours ne sont pas comptabilisés dans l'activité en hospitalisation complète ou partielle, de même que les consultations.

• La particularité du protocole d'enquête

L'enquête comprend deux niveaux de recueil. Un premier questionnaire est rempli par l'établissement et un second par chacune des structures de prise en charge de cet établissement. Une structure de prise en charge est définie par une adresse, une nature (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire) et un mode de prise en charge (psychiatrie générale ou infanto-juvénile). Dans ce cadre, les établissements ont la possibilité de regrouper ou non les différents services au sein d'une même structure, en fonction de leur organisation des prises en charge et de leur système d'information.

• Les informations fournies par le recueil

Les RAPSYP recueillent des informations au niveau de l'établissement sur :

- les personnels médicaux et non médicaux ;
- les équipements : nombre de structures, de lits et places installés ;
- l'activité : nombre de patients pris en charge, nombre de séjours, journées ou venues, actes ;
- l'accès aux soins : accueil des nouveaux patients, permanence, continuité des soins, urgences, prise en charge somatique ;
- la prévention et l'insertion sociale : promotion de la santé, prévention, insertion, interventions dans les établissements médico-sociaux ;
- la psychiatrie de liaison : organisation et personnels ;
- la prise en charge des addictions : organisation dans l'établissement et au-dehors ;
- les hospitalisations sans consentement ;
- l'intervention en milieu pénitentiaire (les services médico-psychologiques régionaux [SMPR] sont interrogés via un questionnaire distinct).

Au niveau des structures, des données plus synthétiques sont recueillies sur le personnel, le nombre de lits et places et l'activité. Les éventuels rattachements à un ou plusieurs secteurs de psychiatrie ou à un dispositif intersectoriel formalisé sont également précisés. Enfin, plusieurs questions portant sur l'organisation des soins et les pratiques professionnelles sont posées, selon le type de structure, autour des thèmes suivants : premier accueil, délai d'attente, unités d'hospitalisation fermées, transfert vers une unité pour malades difficiles (UMD), chambres d'isolement, protocole et formation en lien avec les situations de violence, de fugue ou de risque suicidaire, lien avec la médecine générale.

Données comptables des établissements de santé

Les données comptables et financières des établissements de santé sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFiP) pour les entités juridiques des hôpitaux publics et par la COFACE pour les cliniques privées à but lucratif. Ces dernières déposent leurs liasses fiscales auprès des tribunaux de commerce.

SIGLES

AC : aide à la contractualisation
AE : affection étiologique
AHU : assistant hospitalier universitaire
ALD : affection de longue durée
AME : aide médicale d'État
AMUF : Association des médecins urgentistes de France
AP-HM : Assistance publique-Hôpitaux de Marseille
AP-HP : Assistance publique-Hôpitaux de Paris
ARH : agence régionale de l'hospitalisation
ARS : agence régionale de santé
ASH : agent de service hospitalier
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVQ : activités de la vie quotidienne
BMR : bactéries multi-résistantes
CA : chiffre d'affaires
CAF : capacité d'autofinancement
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCA : chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux
CCAM : classification commune des actes médicaux
CCMU : classification clinique des malades aux urgences
CdARR : Catalogue des activités de rééducation-réadaptation
CDHP : Commission départementale des hospitalisations psychiatriques
CH : centre hospitalier
CHR : centre hospitalier régional
CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales
CHU : centre hospitalier universitaire
CIM : Classification internationale des maladies
CLCC : centre de lutte contre le cancer
CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CMC : catégorie majeure clinique
CMD : catégorie majeure de diagnostic
CMP : centre médico-psychologique
CNUH : Conseil national de l'urgence hospitalière
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRDS : Contribution au remboursement de la dette sociale
CSG : Contribution sociale généralisée
CSP : code de la santé publique
DAC : dotation annuelle complémentaire
DADS : Déclarations annuelles de données sociales
DAF : dotation annuelle de financement
DAH : durée annuelle d'hospitalisation
DAS : diagnostic associé
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DG : Dotation globale
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DGFIP : Direction générale des finances publiques
DMI : dispositifs médicaux implantables
DMS : durée moyenne de séjour

DOM : département d'outre-mer
DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EBE : excédent brut d'exploitation
ECN : épreuves classantes nationales
EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMSP : équipe mobile de soins palliatifs
ENEIS : Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins en établissements de santé
ESPIC : établissement privé d'intérêt collectif
ETP : équivalent temps plein
FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FFI : faisant fonction d'interne
FHF : Fédération hospitalière de France
FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR : Fonds d'intervention régional
FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FPPC : finalité principale de prise en charge
GCS : groupement de coopération sanitaire
GHJ : groupe homogène de journées
GHM : groupe homogène de malades
GHPC : groupe homogène de prises en charge
GHS : groupe homogène de séjours
GMD : groupe de morbidité dominante
GRSP : groupement régional de santé publique
HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé
HDT : hospitalisation à la demande d'un tiers
HO : hospitalisation d'office
HPST (loi) : Hôpital, patients, santé, territoires
HSC : hospitalisation sans consentement
IMG : interruption médicale de grossesse
IN : infections nosocomiales
INRA : Institut national de recherche agronomique
InVS : Institut de veille sanitaire
IRM : imagerie par résonance magnétique
IVA : indice de valorisation de l'activité
IVG : interruption volontaire de grossesse
LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique
MCU-PH : maître de conférences des universités-praticien hospitalier
MECS : maison d'enfants à caractère sanitaire
MERRI : mission d'enseignement, recherche, référence et innovation
MIG : mission d'intérêt général
MIGAC : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MMP : manifestation morbide principale
MRS : mission régionale de santé
MSP : mission de service public
OCDE : Organisation pour la coopération et le développement économique

ODMCO : Objectif national des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDAM : Objectif national des dépenses d'Assurance maladie
OQN : Objectif quantifié national
ORL : oto-rhino-laryngologie
ORU : Observatoires régionaux des urgences
Oscour : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
PH : praticien hospitalier
PHU : praticien hospitalier universitaire
PMI : protection maternelle infantile
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
POSU : pôles spécialisés des urgences
PRS : Projet régional de santé
PSPH : participant au service public hospitalier
PU-PH : professeur des universités-praticien hospitalier
RAPSY : Rapports d'activité de psychiatrie
RHA : résumé hebdomadaire anonyme
RHS : résumé hebdomadaire standardisé
RIM-P : recueil d'information médicale en psychiatrie
RPU : résumé de passage aux urgences
RSS : résumé de sortie standardisé
SAE : Statistique annuelle des établissements
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la pénicilline
SAU : services d'accueil et de traitement des urgences
SE : Sécurité-environnement
SFMU : Société française de médecine d'urgence
SIASP : Système d'information des agents du secteur public
SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation
SNA : salaire net annuel moyen
SPH : service public hospitalier
SROS : Schéma régional d'organisation des soins
SRVA : Serveurs régionaux de veille et d'alerte
SSA : service de santé des armées
SSAD : service de soins et d'aide à domicile
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation
SUDF : SAMU-Urgences de France
SURSAUD : surveillance sanitaire des urgences et des décès
T2A : Tarification à l'activité
TJP : tarif journalier de prestation
UPATOU : unités de proximité d'accueil et de traitement et d'orientation des urgences.
URCAM : Union régionale des caisses d'Assurance maladie
USLD : unité de soins de longue durée
USP : Unité de soins palliatifs

LE PANORAMA DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ - ÉDITION 2013

Dossiers

- Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ?
- Croissance de l'activité et incitations
 - Hospitalisation de court séjour - Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011
 - Tarification à l'activité et concurrence non tarifaire

Fiches

- Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel
 - Données de cadrage
 - Médecine, chirurgie, obstétrique
 - Les plateaux techniques
 - Les « autres » disciplines hospitalières
 - Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière
 - La situation économique du secteur
 - Les grandes sources de données sur les établissements de santé
-

