

Les cliniques privées réalisent plus de la moitié de l'activité chirurgicale et près des deux tiers des interventions effectuées en ambulatoire (moins de un jour). Les établissements publics, pour leur part, pratiquent de façon prédominante les activités chirurgicales les plus complexes. Les établissements privés à but non lucratif concentrent leur activité sur la chirurgie du cancer.

Les hôpitaux publics réalisent plus d'un tiers des séjours chirurgicaux, mais pour des actes plus complexes

Bien qu'ils ne totalisent que 37 % de l'activité de chirurgie en 2015, les établissements de santé publics ont la quasi-exclusivité de certains domaines d'activité (graphique), comme la chirurgie des traumatismes multiples ou complexes graves (98 %), les transplantations d'organes (96 %), ou la chirurgie réparatrice après brûlures (90 %), telles les greffes de peau. Les autres interventions majoritairement pratiquées dans le secteur public relèvent de la neurochirurgie, comme la chirurgie du système nerveux central par exemple (89 %) [tableau]. Par ailleurs, une intervention d'ophtalmologie sur quatre est réalisée dans les établissements publics, mais cette part est beaucoup plus élevée pour les interventions lourdes (45 %), comme celles sur l'orbite (66 %). De la même manière, en chirurgie orthopédique, la part du public est de 37 %, mais elle s'élève à 61 % pour les amputations. En raison de la complexité des cas traités, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des établissements publics n'est que de 34 %.

Plus de la moitié des interventions chirurgicales sont pratiquées dans les cliniques privées

La chirurgie est l'activité principale des établissements privés à but lucratif. Ceux-ci prennent en charge 54 % des séjours chirurgicaux en 2015. La part des cliniques privées est prépondérante dans plusieurs domaines d'activité : elle atteint 67 % pour les interventions ophtalmologiques et 59 % pour la chirurgie ORL et stomatologique. Ces établissements se sont spécialisés dans des interventions chirurgicales peu complexes, qui

permettent une prise en charge ambulatoire (sans nuitée). Ils réalisent 66 % des chirurgies de la main et du poignet, 73 % des arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires, 70 % de la chirurgie de la cataracte, 65 % des amygdalectomies, végétations et poses de drains transtympaniques, et 67 % des circoncisions hospitalisées. Au final, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des cliniques privées est de 56 %.

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

En 2015, les établissements privés à but non lucratif assurent 9 % du total de l'activité chirurgicale. Ce secteur regroupe en particulier les centres de lutte contre le cancer (CLCC). Comme pour la médecine (voir la fiche 13, « La spécialisation en médecine »), l'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre sur le traitement des pathologies cancéreuses. Ils réalisent 14 % de l'activité de chirurgie gynécologique, et même 32 % des traitements chirurgicaux des tumeurs malignes du sein. La part de l'ambulatoire dans leur activité chirurgicale totale atteint 47 %.

Le volume de séjours reste porté par l'ambulatoire en 2015

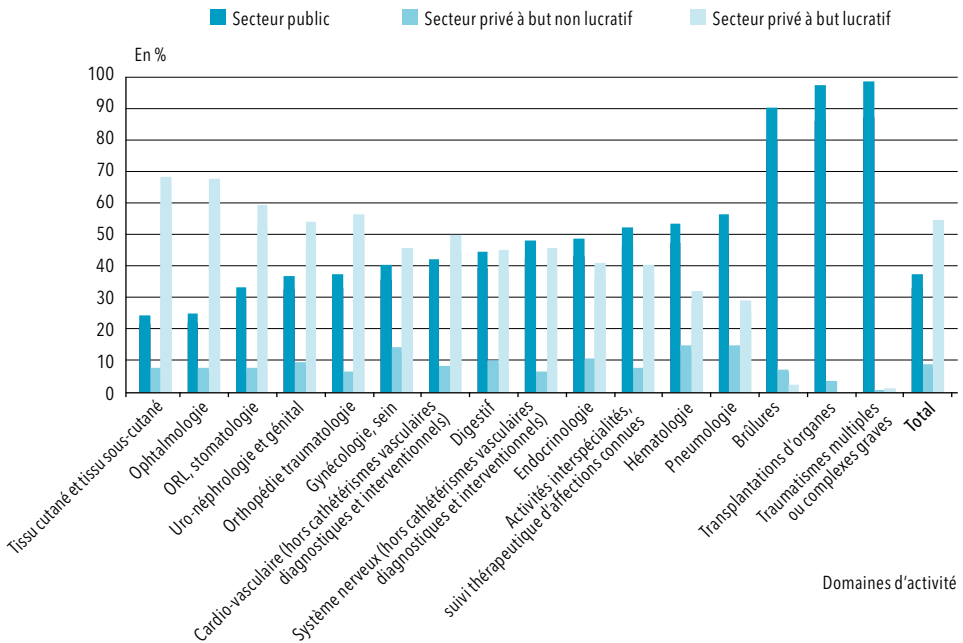
En 2015, le nombre global de séjours chirurgicaux augmente modérément, de 0,9 %. Cette hausse atteint cependant 3,9 % pour la chirurgie de la cataracte et 5,2 % pour la chirurgie des tissus (greffes de peau). À l'opposé, le nombre de séjours diminue dans les domaines de la chirurgie cardio-vasculaire (avec une diminution des ligatures de veines), de l'endocrinologie (baisse du nombre de

chirurgies de la thyroïde) et de la chirurgie ORL et stomatologique (en raison de la forte diminution des amygdalectomies).

La hausse globale des volumes d'activité est portée par une croissance forte de la chirurgie ambulatoire, quel que soit le secteur (+4,9 % pour le secteur privé lucratif, +7,6 % pour le public et +8,1 % pour le privé à but non lucratif), tandis que le nombre de séjours d'hospitalisation complète

diminue. Ces évolutions n'affectent pas la répartition des séjours entre secteurs, qui reste stable entre 2014 et 2015, toutes activités chirurgicales confondues. Toutefois, pour les interventions de chirurgie cardio-vasculaire, et plus particulièrement la pose de défibrillateurs et stimulateurs cardiaques, les parts du secteur public et du privé non lucratif augmentent de près de 1 point, au détriment du secteur privé lucratif. ■

Graphique Répartition de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2015



Lecture > 25,1 % de l'activité chirurgicale en ophtalmologie est prise en charge par le secteur public, contre 67,2 % par le secteur privé à but lucratif et 7,7 % par le secteur privé à but non lucratif.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-MCO 2015, traitements DREES.

Tableau Répartition des prises en charge chirurgicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2015

	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble activité chirurgicale	5 559 931	37,2	8,7	54,1
Orthopédie, traumatologie, dont :	1 520 956	37,4	6,8	55,8
chirurgie main, poignet	357 749	27,5	6,7	65,8
chirurgie majeure orthopédique (dont hanche, fémur, genou)	348 478	44,1	7,9	48,1
arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires	254 160	20,2	6,9	73,0
chirurgie du membre supérieur	115 408	59,2	4,7	36,1
amputations	12 763	61,4	6,8	31,9
Ophthalmologie, dont :	964 481	25,1	7,7	67,2
cataractes	793 833	22,0	7,6	70,4
chirurgie ophtalmique lourde	76 912	45,3	7,4	47,3
Digestif, dont :	739 957	44,6	10,4	45,0
hernies	217 802	39,7	11,0	49,3
cholécystectomies	114 846	46,7	9,8	43,5
appendicectomies	72 546	62,5	6,7	30,8
Gynécologie, sein, dont :	480 166	40,1	14,2	45,7
chirurgie utérus/annexes	161 337	46,5	8,6	45,0
chirurgie pour tumeurs malignes du sein	77 222	29,2	31,8	39,0
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :	497 120	36,8	9,5	53,7
chirurgie transurétrale, autres	208 006	39,3	9,9	50,8
circoncisions	94 499	25,4	7,2	67,4
ORL, stomatologie, dont :	365 998	32,9	8,0	59,1
amygdalectomies, végétations, et drains transtympaniques	165 501	27,1	8,2	64,7
Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	322 561	41,9	8,7	49,4
Chirurgie interspécialités	176 759	52,1	7,9	40,0
Tissu cutané et tissu sous-cutané	188 588	24,2	8,1	67,7
Système nerveux, dont :	159 403	47,7	6,8	45,5
chirurgie rachis/moelle	121 129	35,8	7,3	56,9
chirurgies SNC (système nerveux central)	26 500	88,6	5,2	6,2
Endocrinologie	63 697	48,4	10,8	40,8
Pneumologie	36 642	56,2	14,8	29,0
Hématologie	29 127	53,1	14,7	32,2
Traumatismes multiples ou complexes graves	5 915	97,7	0,8	1,5
Transplantations d'organes	5 550	96,4	3,6	0,0
Brûlures	3 011	89,8	7,5	2,7

Note > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (MCO) se fait à partir des CAS (catégories d'activités de soins, établies à partir du 3^e caractère du GHM).

Champ > France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-MCO 2015, traitements DREES.

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2015 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris 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.

Méthodologie

• **Domaines d'activité** : les informations médicalisées sur les séjours hospitaliers regroupées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettent de définir près de 2 600 groupes homogènes de malades (GHM) à partir des résumés de sortie standardisés de chaque patient. 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 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).

Définitions

- **Identification des séjours de chirurgie** : voir la fiche 10, « Médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie : activité et capacités ».
- **Statuts juridiques des établissements** : les établissements et leurs modes de financement sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

Pour en savoir plus

- Evain F., 2013, « Hospitalisation de court séjour. Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n° 854, octobre.
- Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats*, DREES, n° 785, novembre.
- Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, n° 664, DREES, octobre.

Source

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 chaque séjour réalisé.