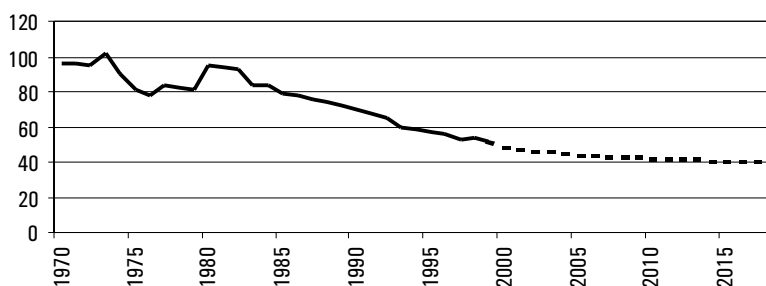


dice conjoncturel de fécondité se stabiliserait à son niveau actuel de 1,8 enfant par femme, on compterait environ 43 accouchements par sage-femme en activité d'ici dix ans au lieu de 53 actuellement (graphique 3.4).

graphique 3.4  
**PROJECTION DU NOMBRE MOYEN DE NAISSANCES PAR SAGE-FEMME**  
 avec une hypothèse de maintien des quotas actuels et un indice conjoncturel de fécondité de 1,8



Champ : France métropolitaine  
 Source : Ministère en charge des affaires sociales, DREES

## 2

## LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### 2.1 LE PAYSAGE HOSPITALIER FRANÇAIS EN 2000

Le secteur hospitalier français présente un paysage varié. Il fait cohabiter des établissements de trois types de statuts juridiques combinant des modes d'organisation et de gestion, de financement et de régulation, de participation aux missions de service public très différents. Les statuts des personnels travaillant dans ces établissements sont également variés.

Cette diversité, essentiellement héritée de l'histoire, reste aujourd'hui encore très structurante de l'organisation de l'offre de soins hospitalière et, en particulier, de la répartition des lits et de l'activité.

Depuis l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme des établissements de santé publics et privés, il existe principalement deux systèmes de financement des structures hospitalières<sup>9</sup> :

- le budget global s'applique à l'ensemble des établissements publics et à une majeure partie des établissements privés non lucratifs, que ceux-ci participent ou non au service public hospitalier ; l'évolution des dotations globales est encadrée par un taux directeur, les dépenses annuelles d'un établissement ne devant pas dépasser le budget prévisionnel qui lui est alloué ;

- un système de paiement mixte au séjour, combinant des rémunérations par des prix de journée et du paiement à l'acte, concerne les cliniques privées (établissements à vocation commerciale) et un peu plus d'une centaine d'établissements privés non lucratifs. Les dépenses d'assurance maladie de ces établissements sont encadrées par l'Objectif quantifié national (OQN), système de régulation qui vise à contrôler, d'une année sur l'autre, l'évolution des tarifs des journées et des actes, en fonction des volumes d'activité réalisés l'année précédente.

Chaque année sont fixés, de manière distincte, les taux d'évolution de la dotation globale et de l'OQN qui constituent, pour l'essentiel, les deux sous-ensembles de la part de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) consacrée aux établissements de santé.

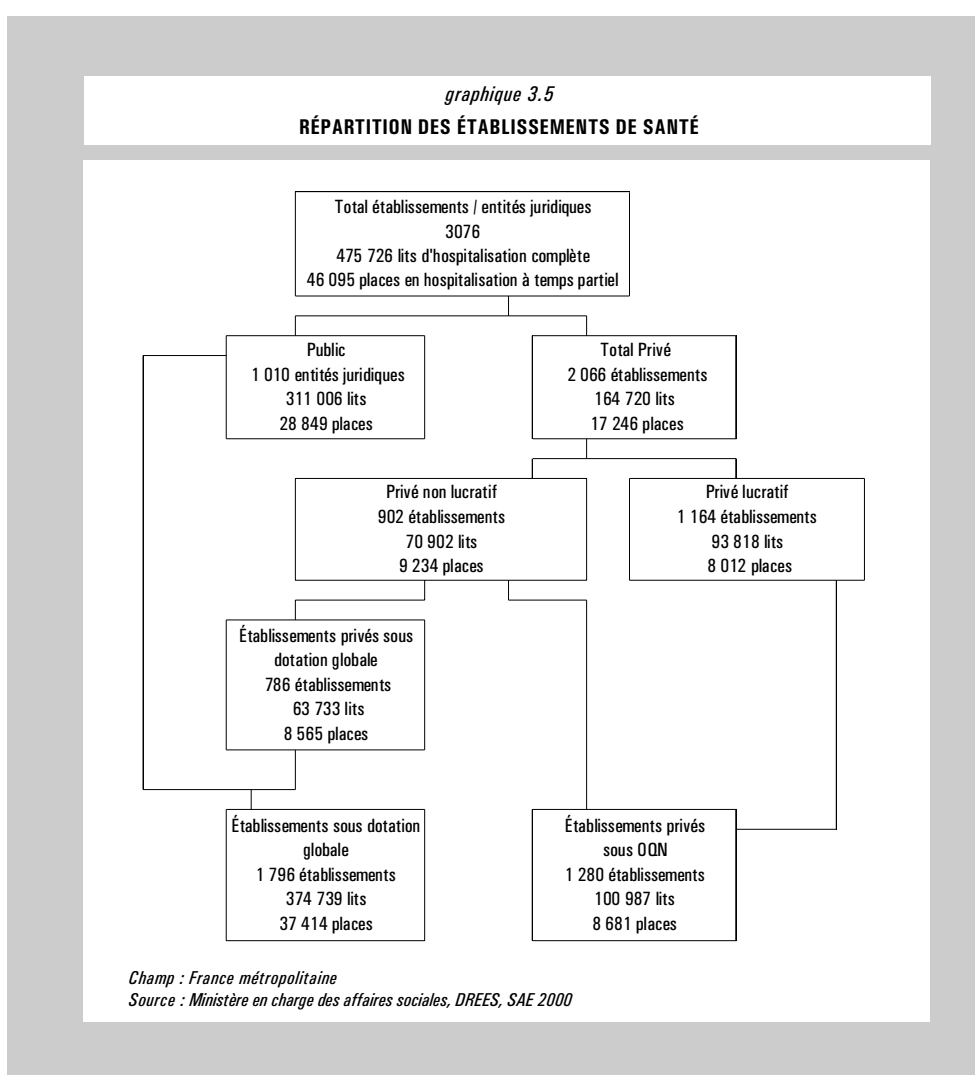
Ainsi, on distingue depuis 1998 dans les statistiques, les établissements financés par le budget global ou soumis à la régulation de l'OQN. À cet égard, nombre d'observateurs soulignent le rôle important que jouent les systèmes de financement et de régulation dans l'organisation de l'offre de soins et son évolution. Toutefois, pour tenir compte d'autres différences évoquées plus haut, on distinguera, ici et de manière conventionnelle, les hôpitaux en trois catégories : les établissements publics, les établissements privés sous dotation globale et les établissements privés sous OQN.

En 2000, on comptait en France 3 076 établissements ou entités juridiques sanitaires disposant de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet ou dans le cadre d'alternatives à l'hospitalisation complète (chirurgie ambulatoire, hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit).

Les systèmes d'information repèrent également environ un millier de structures supplémentaires, définies réglementairement comme des établissements de santé,

9. L'ordonnance disposait de la disparition du mode de financement dit de « prix de journée préfectoral » qui concernait pour l'essentiel des établissements de soins de suite et de réadaptation privés (lucratifs et non lucratifs). Au 1<sup>er</sup> janvier 1998, la quasi-totalité de ces établissements avait procédé à leur basculement vers la dotation globale (plus de 90 % des établissements non lucratifs), vers le financement régulé par l'Objectif quantifié national (de manière obligatoire pour tous les établissements privés lucratifs).

mais qui ne constituent pas des hôpitaux, au sens commun du terme, puisqu'ils ne disposent pas de capacité d'hébergement. Pour l'essentiel, il s'agit de structures associatives d'auto-dialyse et de dialyse à domicile ou de sociétés privées (sociétés civiles de moyens, groupement d'intérêts économiques ou sociétés civiles professionnelles) regroupant des appareils d'imagerie ou de radiothérapie. Les dépenses d'assurance maladie de ces structures n'entrent d'ailleurs pas dans les deux grands systèmes de régulation des dépenses hospitalières que sont la dotation globale et l'OQN<sup>10</sup> (graphique 3.5).



10. Les dépenses d'imagerie sont comptabilisées dans l'enveloppe « autres dépenses de médecine de ville » et celles des centres d'auto-dialyse sont bien comptabilisées dans l'ONDAM - cliniques privées mais hors OQN, leurs tarifs étant fixés, chaque année, par arrêté.

## 2.2 L'ACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN 2000

**22,7 millions de séjours** On distingue habituellement deux grands modes de prise en charge à l'hôpital :

- l'hospitalisation complète, durant laquelle le patient est hébergé à l'hôpital (y sont comptés les séjours où le patient passe au moins une nuit à l'hôpital) ;

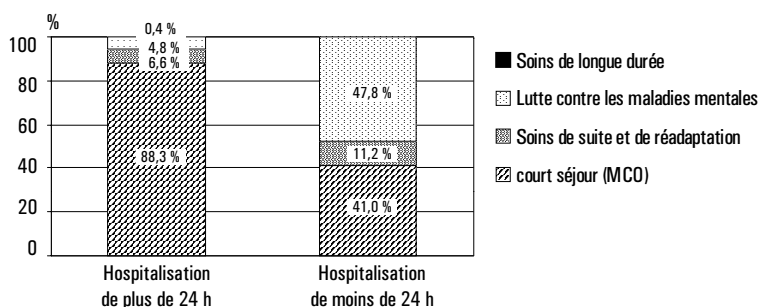
- l'hospitalisation à temps partiel ou de moins de 24 heures, qui correspond à plusieurs formes de prise en charge des patients sur une durée très courte : hospitalisation de jour en médecine, soins de suite et de réadaptation ou en psychiatrie, chirurgie et anesthésie ambulatoire, hospitalisation de nuit essentiellement en médecine et en psychiatrie.

En 2000, les séjours en France métropolitaine se sont répartis en 11,9 millions d'hospitalisations complètes et 10,8 millions d'hospitalisations partielles (hors les séances de dialyse, radiothérapie et chimiothérapie), soit respectivement 53 et 47 % de l'ensemble des séjours hospitaliers.

La répartition des séjours dans les six grandes disciplines médicales (médecine, chirurgie, et obstétrique (MCO) - regroupées sous l'appellation « court séjour-MCO » - et soins de suite et de réadaptation, psychiatrie et soins de longue durée) [graphique 3.6] varie très fortement selon le mode d'hospitalisation. Ainsi, en hospitalisation complète, le court séjour - MCO représente 88 % des prises en charge, les soins de suite et de réadaptation environ 6,5 %, la psychiatrie 5 % et les soins de longue durée 0,4%.

graphique 3.6

### COMPARAISON DE L'ACTIVITÉ PAR DISCIPLINE ENTRE L'HOSPITALISATION DE PLUS ET DE MOINS DE 24 HEURES (en % du nombre de séjours)



Champ : France métropolitaine

Source : DREES, PMSI 2000 pour le court séjour MCO, SAE 2000 pour le reste

En hospitalisation à temps partiel, les soins de courte durée-MCO ne constituent plus que 41 % des séjours, contre 11 % pour les soins de suite et de réadaptation. La psychiatrie qui, depuis plus longtemps que les autres disciplines, a développé les alternatives à l'hospitalisation, rassemble 48 % des hospitalisations à temps partiel.

Ces formes de prises en charge correspondent à des capacités d'accueil réglementées (lits en hospitalisation complète et places en hospitalisation partielle) dont les quantités, l'implantation et, pour certaines activités, les normes de fonctionnement, sont fixées par la planification et la carte sanitaire.

Au 31 décembre 2000, on recensait environ 476 000 lits et 46 100 places installés. Ces lits se répartissaient à raison de 241 000 lits de court séjour (un peu plus de 50 % des lits), 89 000 lits de soins de suite et de réadaptation (19 %), 62 300 lits de psychiatrie (13 %) et 83 300 lits de longue durée (17,5 %). En hospitalisation partielle, on comptait 26 000 places (56,5 % de la totalité) en hospitalisation de jour et de nuit en psychiatrie, 7 700 places (16 %) en anesthésie et chirurgie ambulatoire et 12 700 places (27,5 %) en hospitalisation de jour et de nuit dans les autres disciplines.

Cette situation résulte d'une tendance de moyen terme à la baisse du nombre de lits en hospitalisation complète qui s'est prolongée, voire accentuée en 2000. Le nombre de lits installés recule en effet de 2,1 %, plus rapidement qu'il ne l'avait fait en 1999 (1,3 %). Cette légère accélération du processus de fermeture des lits installés se retrouve dans l'ensemble des disciplines d'équipement. Le recul est ainsi de 1,8 % en 2000 en médecine, chirurgie, obstétrique contre 1,7 % en 1999, de 5,4 % en psychiatrie (-3,1 % en 1999), de 2,3 % en soins de suite et de réadaptation (-1,1 % l'année précédente). En soins de longue durée, on observe une stabilité en 2000 alors que le nombre de lits installés augmentait de 1,1 % en 1999.

Depuis 1996, pour le secteur public, et 1997 pour le privé, tous les établissements de santé ayant une activité de court séjour-MCO fournissent une description « médico-économique » de leur activité à partir du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Chaque séjour donne lieu à un recueil d'informations qui permet de le classer dans un Groupe homogène de malades (GHM). Ce dernier rassemble des séjours relativement proches, à la fois en termes de pathologies ou d'actes thérapeutiques, et de consommation de ressources. Les GHM sont eux-mêmes regroupés en 27 catégories majeures de diagnostics (CMD) qui permettent de décrire très grossièrement l'activité des hôpitaux selon les grands groupes de pathologies.

L'analyse des données de l'activité hospitalière en 2000, au travers des GHM et des CMD, fait ressortir deux éléments remarquables sur le court séjour – MCO :

- la concentration d'une partie importante de l'activité sur quelques pathologies ou actes qui correspondent, pour beaucoup, à des procédures relativement simples et standardisées (cataractes, hernies inguinales, cathétérisme cardiaque, etc.) et caractérisant le secteur privé sous OQN ;
- le poids de l'activité diagnostique en ambulatoire qui génère autour de 10 % des prises en charge hospitalières en court séjour, qui caractérise le secteur public.

**sept catégories de diagnostics sur 27 suffisent à décrire 60 % de l'activité de court séjour** Pour 60 % de l'activité de court séjour, comprenant aussi bien les hospitalisations à temps complet qu'à temps partiel, les séjours concernent des patients pris en charge pour des affections des appareils musculo-squelettique, digestif, circulatoire, du système nerveux, de l'ORL ou dans le contexte d'une grossesse auxquels s'ajoutent les hospitalisations pour facteurs influant sur l'état de santé

tableau 3.4

**LES 13 GROUPES HOMOGÈNES DE MALADES (GHM)  
REGROUPANT LE QUART DES SÉJOURS LES PLUS FRÉQUENTS EN MCO**

Libellé du GHM	N° du GHM	Nombre de séjours	% du nombre total de séjours	% cumulé	Répartition de séjours entre les secteurs hospitaliers (en %)		
					Public	Privés sous DG	Privés sous OQN
Endoscopies sous anesthésie, en ambulatoire	830	819 393	6	6	11	5	84
Accouchements par voie basse sans complication	540	547 994	4	9	57	6	37
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé : ambulatoire, sans acte opératoire	823	475 128	3	13	88	6	6
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	51	287 343	2	14	21	3	76
Autres facteurs influant sur l'état de santé	675	245 571	2	16	63	8	29
Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus : ambulatoire, sans acte opératoire	817	173 890	1	17	77	13	9
Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres	295	169 069	1	18	30	8	63
Dilatations et curetages au cours de la grossesse, en ambulatoire	777	157 386	1	20	61	5	34
Affections de la peau, tissus sous-cutanés et des seins : ambulatoire, avec acte opératoire	709	153 985	1	21	19	5	76
Cathétérismes cardiaques ou coronarographies pour une pathologie autre	182	147 788	1	22	48	4	48
Chimiothérapie pour autre tumeur sans CMA	587	146 431	1	23	65	26	9
Ligatures de veines et éveinages	167	145 344	1	24	16	5	79
Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	184	143 982	1	25	76	6	17

Champ : France métropolitaine

Source : Ministère de l'Emploi et de la solidarité - DREES, PMSI 2000

ou autres motifs de recours aux soins. Cette dernière catégorie de séjours, très hétérogène, correspond essentiellement à des examens de contrôle sans résultats anormaux, à des recours aux soins pour des états morbides mal définis et enfin pour des motifs sociaux liés aux urgences. Il s'agit essentiellement de séjours médicaux réalisés en hospitalisation à temps partiel.

***13 GHM sur 585 concentrent le quart des séjours les plus fréquents en médecine, chirurgie et obstétrique***

Cette concentration de l'activité est encore plus marquée à l'étude détaillée des Groupes homogènes de malades (GHM). En effet, 13 GHM sur 585<sup>11</sup> concentrent le quart des séjours (tableau 3.4). De la même manière, 54 GHM permettent de décrire la moitié des séjours. À l'opposé, 315 GHM sont nécessaires pour décrire les 10 % des séjours les plus rares.

Sur ces 13 GHM, 6 regroupent des séjours dont la durée est inférieure à 24 heures (graphique 3.7), soulignant l'importance continuellement croissante de cette forme de recours à l'hôpital, dont la part dans le total des séjours est passée de 27 % en 1998 à 28 % en 1999 et 29,5 % en 2000. En particulier, les deux GHM les plus importants de cette catégorie regroupent à eux seuls près de 9 % de la totalité des hospitalisations MCO. Le premier concerne les endoscopies, dont la plupart est réalisée sous anesthésie. Cet acte exploratoire est dans près de 90 % des cas liés à des troubles de l'appareil digestif ; il est effectué en très grande majorité (84 %) dans les cliniques privées. Le second GHM rassemble les séjours dont les motifs d'hospitalisation sont liés aux « facteurs influant sur l'état de santé » correspondant le plus souvent à des examens de surveillance sans résultats anormaux. Ces venues se font pour 88 % des cas dans des hôpitaux publics.

Pour les hospitalisations à temps complet, une part très importante de l'activité des établissements de santé est consacrée à la grossesse et à la naissance. En effet, le premier motif d'hospitalisation est l'accouchement. En 2000, les 770 000 accouchements ont représenté, comme en 1999, 5 % de l'activité hospitalière de court séjour – MCO. Aux 548 000 accouchements sans complications, s'ajoutent environ 90 000 autres plus ou moins difficiles et près de 132 000 césariennes. De 1999 à 2000, ces dernières connaissent d'ailleurs une croissance plus rapide que celle des accouchements par voie basse (6,4 % contre 3,8 %, et 4,2 % d'augmentation globale). Cette hausse s'observe aussi bien dans les établissements pu-

11. La sixième version de la classification des séjours comporte 600 groupes homogènes de malades (GHM) auxquels nous avons retiré les 10 groupes concernant l'activité en séances et les séjours groupés en erreur.

blics que privés, la répartition entre catégories d'établissements restant identique à celle de 1999 (57 % dans le secteur public, 6 % dans le secteur privé sous dotation globale, 37 % dans le secteur privé sous OQN).

La baisse de l'activité médicale en hospitalisation complète ne modifie pas le classement des séjours médicaux les plus fréquents entre 1999 et 2000. Néanmoins, on peut noter une diminution sensible (-3,2 %) des hospitalisations à temps complet dans le but de réaliser des chimiothérapies et, en particulier, des séjours liés aux « affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus » qui représentent 86 % de cette activité<sup>12</sup> (baisse de 2,1 % entre 1999 et 2000). À l'inverse, les séjours pour insuffisance cardiaque augmentent de 1 %.

***le traitement de la cataracte reste l'acte chirurgical le plus fréquent, suivi des opérations sur les amygdales ou les végétations et des interventions sur les veines des membres inférieurs***

Dans le domaine de la chirurgie, une part importante de l'activité des établissements hospitaliers concerne des actes qui ne nécessitent pas de prise en charge lourde. Ces cas « légers » se retrouvent en effet parmi les actes les plus fréquents. Les 50 actes opératoires classants les plus fréquents représentent 46 %<sup>13</sup> de la totalité des actes opératoires classants recensés dans le PMSI. Parmi ces actes fréquents, seules les interventions pour tumeurs du sein (environ 82 000 interventions en 2000) et les opérations réalisées sous Circulation extra corporelle (CEC) pour certaines interventions en chirurgie cardiaque (environ 35 500 CEC réalisées en 2000) peuvent être considérées comme « lourdes ».

En 2000, les interventions sur la cataracte représentent toujours l'acte chirurgical pratiqué le plus fréquemment (426 000 interventions dont 138 000 à temps partiel), enregistrant une augmentation de 7,5 %. La chirurgie des varices et autres troubles veineux des membres inférieurs a été pratiquée 270 000 fois en hospitalisation complète et près de 50 000 fois en hospitalisation à temps partiel. En ORL, ce sont les opérations des végétations ou les amygdalectomies qui sont toujours le plus fréquemment pratiquées (un peu plus de 213 000 actes), avec cependant une baisse de 3,5 % par rapport

12. Trois GHM identifient une activité de chimiothérapie en hospitalisation à temps complet. Ces GHM sont les 585, 586, et 587 et appartiennent à la catégorie de diagnostics intitulée : « Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus ». Le premier correspond au traitement des leucémies aiguës, les deux derniers aux autres types de tumeurs (les lymphomes, par exemple).

13. Il s'agit ici d'un pourcentage d'actes et non de séjours, plusieurs actes pouvant être réalisés au cours d'un même séjour. Un acte marqueur d'une consommation de ressources significative est défini comme classant. Un acte classant peut être opératoire (intervention chirurgicale) ou non (comme la radiologie interventionnelle des artères coronaires (coronarographies) et les dilatations coronaires, appelées aussi angioplasties).

à 1999. Le nombre d'IVG enregistrées par l'enquête SAE<sup>14</sup> apparaît aussi en légère baisse (-1,6 %) avec un peu moins de 200 000 interventions pour la France métropolitaine<sup>15</sup>. En chirurgie générale, les petites interventions pour des problèmes dermatologiques (ablation de kystes, tumeurs, traitements de maladie de la peau) ont généré près de 160 000 actes classants, suivies par les interventions sur le canal carpien (environ 112 000 actes). En chirurgie digestive, le traitement des hernies de l'aine et les appendicites arrivent en tête (respectivement environ 160 000 et 140 000). Les actes les plus fréquents en chirurgie orthopédique sont les arthroscopies (environ 220 000 actes classants), les poses de prothèse de hanche et de genou, ainsi que les traitements de fracture. Globalement, les séjours pour interventions majeures sur les articulations sont en hausses, de 4,8 %. Enfin, en chirurgie cardiaque, le nombre de pontages coronariens est en hausse de 3,4 %, avec environ 20 000 séjours en 2000.

***un partage de l'activité hospitalière à temps complet stable dans le temps***

Si la spécialisation historique du secteur privé lucratif dans la chirurgie, et plus généralement dans les activités programmées et standardisées, s'est maintenue, les études menées ces dernières années à partir de l'analyse des données issues du PMSI montrent des formes de spécialisations plus fines des différents secteurs. Celles-ci s'observent non seulement sur certaines activités, mais également, pour une pathologie donnée à travers les formes de prise en charge (hospitalisations à temps complet ou, au contraire, à temps partiel et en chirurgie ambulatoire) [graphique 3.7].

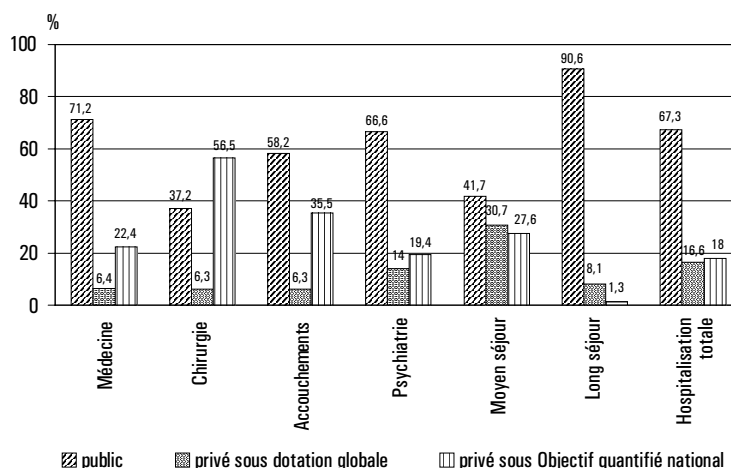
En évolution de moyen terme, sur la période 1997/2000, le partage de l'activité entre les différents secteurs semble rester stable pour les disciplines de court séjour – MCO. S'il faut rester prudent sur la précision des chiffres de 1997 qui marquent une période de montée en charge du programme de médicalisation des systèmes d'information, les données 1998/2000 confirment la faiblesse des évolutions intersectorielles.

Ainsi, en chirurgie, la part des établissements privés sous OQN a légèrement augmenté de 56,3 % en 1997 à 56,5 % en 2000 (en 1998, elle était de 56 %). Celles des secteurs public et privé sous dotation globale sont passées respectivement de 37 % en 1997 à 37,4 % en 1998 et à 37,2 % en 2000, de 6,7 % à 6,6 % et à 6,3 % des séjours. En médecine, la part du public augmente très lé-

14. L'estimation habituelle du nombre annuel d'IVG se fait par confrontation entre le décompte des bulletins d'IVG et les données SAE.

15. Le redressement effectué estime le nombre d'IVG pratiquées à 214 000.

graphique 3.7  
**RÉPARTITION DES SÉJOURS EN HOSPITALISATION COMPLÈTE  
 PAR SECTEUR D'HOSPITALISATION ET DISCIPLINE (en %)**



Champ : France métropolitaine  
 Source : DREES, PMSI 2000 pour le court séjour MCO, SAE 2000 pour le reste

gèrement, passant de 70,3 % en 1997 à 70,6 % en 1998 et à 71,3 % en 2000, induisant une faible baisse de celles des deux secteurs privés, de 0,3 point pour le privé sous dotation globale et de 0,7 point pour le privé sous OQN. Enfin, la part des accouchements diminue dans le privé sous OQN de 36,3 % à 36,1 % en 1998 et à 35,5 % en 2000, au profit des établissements sous dotation globale.

La situation apparaît plus équilibrée sur les soins de suite et de réadaptation. Si ces hospitalisations représentent 24 % de l'activité des établissements privés sous dotation globale, contre 4,5 % pour les hôpitaux publics et 6 % pour les établissements sous OQN, chaque secteur prend en charge approximativement le tiers de l'activité totale de soins de suite et de réadaptation. Ici encore la part des cliniques privées est parfaitement stable entre 1998 et 2000, mais celle des hôpitaux publics baisse de 0,6 point au profit des établissements privés sous dotation globale.

En psychiatrie, l'évolution dans la répartition par secteur d'hospitalisation est plus marquée. En effet la part du secteur privé sous dotation globale diminue de 1,8 %, passant de 15,8 % en 1998 à 14 % en 2000. Le secteur public est le principal bénéficiaire de cette baisse : sa

part était de 65,3 % en 1998, elle est de 66,6 % en 2000. Les cliniques privées, quant à elles, obtiennent maintenant 19,4 % de l'activité de plus de 24 heures en psychiatrie contre 18,9 % en 1998.

Enfin, le secteur public assume la quasi-totalité de l'activité de long séjour (91 % des séjours) même si celle-ci ne représente que 0,6 % de ses hospitalisations. Les établissements privés sous dotation globale accueillent 8 % des séjours de longue durée, le secteur privé sous OQN étant quasiment absent de cette discipline.

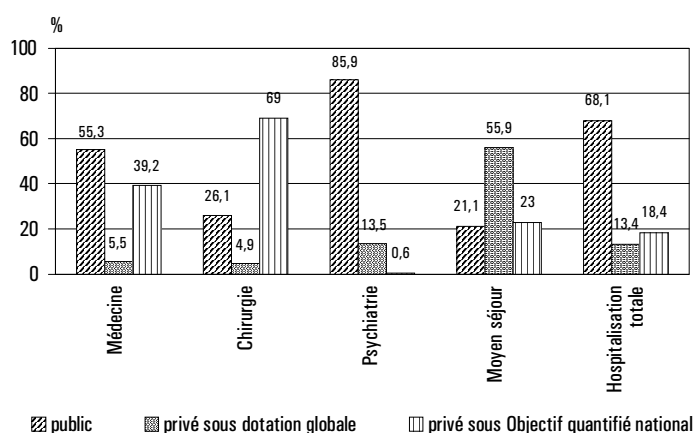
***un partage public/privé plus marqué pour l'hospitalisation à temps partiel et la chirurgie ambulatoire***

Les hôpitaux publics prennent en charge la très grande majorité des venues à temps partiel en psychiatrie (86 %), ainsi qu'une majeure partie des venues en médecine (62 %). À l'opposé, ils sont relativement peu présents dans le domaine de la chirurgie ambulatoire où les cliniques concentrent 69 % des venues (graphique 3.8). Pour cette forme de prise en charge, les établissements privés sous dotation globale sont plus présents sur le moyen séjour avec près de 56 % des séjours.

Malgré une augmentation sensible de l'activité à temps partiel (en particulier de la chirurgie ambulatoire) dans les hôpitaux publics, le partage entre les trois secteurs reste très stable en hospitalisation de moins de 24 heures. La part du privé sous OQN baisse de 0,5 point

graphique 3.8

**RÉPARTITION DES VENUES EN HOSPITALISATION PARTIELLE PAR SECTEUR D'HOSPITALISATION ET DISCIPLINE (en %)**



Champ : France métropolitaine

Source : DREES, PMSI 2000 pour le court séjour MCO, SAE 2000 pour le reste

en médecine, au profit du public, et augmente d'autant en chirurgie. Seuls les soins de suites et de réadaptation connaissent en ce domaine de réelles modifications. En effet, en ce qui concerne les hospitalisations à temps partiel dans cette discipline, la part des établissements privés sous dotation globale a régulièrement augmenté depuis 1998, passant de 52,3 % à 55,9 % soit un gain de 3,6 points en trois ans.

Cette répartition de l'activité correspond globalement à la répartition des capacités d'accueil en temps partiel (on parle alors de places) : 68 % des places en médecine se trouvent dans le secteur public, et 21 % dans le secteur privé sous OQN, alors que 83 % des places de chirurgie ambulatoire sont concentrées dans ce dernier secteur.

***plus ponctuellement  
les spécialisations observées  
sur certaines pathologies  
ou certains actes se renforcent...***

Les cliniques privées sous OQN réalisent les deux tiers de leur activité sur les sept grandes catégories de diagnostics les plus fréquentes, citées plus haut (affections de l'appareil digestif, traumatismes de l'appareil musculo-squelettique, affections de l'appareil circulatoire, de l'ORL, du système nerveux, examens de contrôle ou de dépistage et recours pour motifs sociaux, séjours liés à la grossesse), proportion quasi stable depuis 1997. En 2000, l'augmentation de l'activité pour les affections de l'œil s'accroît (7,4 % de leur activité), avec une progression passant de 4,6 % en 1999 à 8,5 % en 2000. L'augmentation des séjours et venues pour traitement chirurgical de la cataracte explique 95 % de cette progression. La progression observée en 1999 pour les affections de la peau (5,9 % de leur activité) s'inverse pour passer de 6 % en 1999 à -1,1 % en 2000. La diminution de l'activité ORL se confirme avec une évolution négative de 3,5 %.

La part de l'activité réalisée dans ces sept catégories de séjours les plus fréquentes est un peu moins élevée pour les établissements publics (58,8 %) et les établissements privés sous dotation globale (57,5 %). Cette concentration de l'activité est cependant en hausse depuis trois ans dans les deux secteurs. L'augmentation résulte d'une croissance importante de l'activité liée aux « facteurs influant sur l'état de santé », c'est-à-dire principalement les examens de contrôle ainsi que les recours pour motifs sociaux liés aux urgences. En trois ans, la part de cette activité est passée de 9,3 % à 11,1 % pour les établissements publics ; de 6,7 % à 12,5 % pour les établissements privés sous dotation globale.

Autre pôle d'activité en progression sensible, la prise en charge des affections du système nerveux totalise près de 813 000 séjours réalisés dans 82 % des cas dans les établissements sous dotation globale (77 % dans les hôpitaux publics). Les affections de l'appareil respira-

toire, les affections liées au VIH, les affections des glandes endocrines, les maladies infectieuses et parasitaires connaissent le même type de répartition.

De même, la spécialité de pédiatrie reste très largement l'apanage des établissements financés par dotation globale (85 %). En outre, toutes les pathologies lourdes de l'enfance sont le plus souvent prises en charge dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les centres hospitaliers régionaux (CHR).

***... avec une incidence sur les formes de prise en charge en hospitalisation complète ou partielle dans les trois secteurs***

Les différents secteurs ont développé les alternatives à l'hospitalisation complète de manière très inégale. En conséquence, pour une pathologie donnée, les modes de prise en charge proposés varient sensiblement selon le secteur d'hospitalisation.

Par exemple, pour le traitement chirurgical de la cataracte, les cliniques privées réalisent, en 2000, 36 % des interventions en ambulatoire, contre 30 % dans les établissements privés sous dotation globale et 20 % dans les établissements publics. Dans le cas du traitement chirurgical de la hernie de l'aîne, et contrairement à ce qui se produit pour l'ensemble de la chirurgie programmée, la part de la chirurgie ambulatoire est plus importante dans les CHR avec 17 % des interventions contre 8 % dans les autres établissements sous dotation globale et 6 % dans les cliniques privées. L'arthroscopie diagnostique ou thérapeutique, portant sur le genou ou la hanche dans la majorité des cas, est quant à elle réalisée dans la même proportion en ambulatoire par les cliniques privées et les établissements sous dotation globale (29 % en 2000).

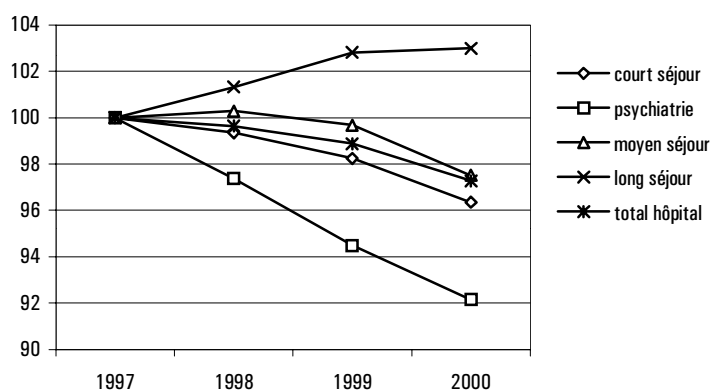
Le mode de rémunération des établissements est souvent invoqué pour expliquer la propension des établissements privés à développer ce mode de prise en charge. Pour certains actes (chirurgie de la hernie de l'aîne, arthroscopies), les prises en charges en chirurgie ambulatoire sont aussi fréquentes, voire plus, dans les établissements sous dotation globale. D'autres facteurs explicatifs sont sans doute également à rechercher, notamment dans les capacités d'adaptation et d'organisation propres à chaque établissement, ainsi que dans les motivations professionnelles des équipes de praticiens et des autres personnels soignants.

## **2.3 DES ÉVOLUTIONS DE FOND**

***entre 1997 et 2000, le nombre de journées d'hospitalisation diminue dans toutes les disciplines, à l'exception des soins de longue durée***

Le nombre de journées réalisées par l'ensemble des établissements de santé diminue de 2,8 % entre 1997 et 2000. Cette évolution ne traduit pas nécessairement une baisse du nombre de séjours mais plutôt la conjugaison de plusieurs effets dont une baisse de la durée moyenne de séjour dans toutes ces disciplines, et une augmentation de la prise en charge en hospitalisation partielle entre 1997 et 2000 (graphique 3.9).

graphique 3.9  
**ÉVOLUTION DU NOMBRE DE JOURNÉES DANS LES GRANDES DISCIPLINES ENTRE 1997 ET 2000**  
 (base 100 en 1997, total journées en hospitalisation complète et venues)



Champ : France métropolitaine

Source : DREES, PMSI 2000 pour le court séjour MCO, SAE 2000 pour le reste

En soins de courte durée – MCO, la baisse du nombre de journées résulte à la fois d'une diminution du nombre de séjours en hospitalisation complète et de la réduction de la durée moyenne de séjour. Mais cette évolution masque une croissance soutenue de l'activité à temps partiel.

En effet, en soins de courte durée MCO, le nombre de séjours en hospitalisation complète a diminué de 1,6 % entre 1997 et 2000. Dans le même temps, la Durée moyenne de séjour (DMS) n'a cessé de baisser, passant de 6,4 à moins de 6,2 jours. Mais sur la même période, le nombre de venues à temps partiel a fortement augmenté, aussi bien en médecine (+12 % entre 1997 et 2000 à un taux moyen annuel de 4 %) qu'en chirurgie (+20 % avec un taux annuel moyen de 6,5 %).

En soins de suite et de réadaptation, la baisse moyenne de durée de séjour également diminué de presque une journée entre 1997 et 1999. Malgré une hausse en 1998, le nombre de journées réalisées en soins de suite et de réadaptation a en effet baissé de 2 % entre 1997 et 2000. Si l'on ne peut pas calculer la durée moyenne de séjour

en 2000<sup>16</sup>, on sait toutefois qu'entre 1997 et 1999, cette durée moyenne de séjour a baissé de presque une journée (passant de 32,9 à 32,1 jours) et explique en partie la baisse du nombre de journées réalisées. Cette diminution apparaît comme un phénomène structurel : entre 1995 et 1999 la durée moyenne de séjour a baissé de trois jours. Rien ne justifierait une rupture dans cette tendance et on peut donc supposer que cette baisse se prolonge en 2000. La diminution du nombre de journées réalisées s'accompagne aussi, comme en MCO, d'une forte croissance de l'hospitalisation partielle qui, entre 1997 et 2000, augmente de plus de 12 %.

C'est la psychiatrie qui connaît la diminution la plus importante du nombre de journées réalisées avec près de 7 % de journées en moins entre 1997 et 2000. Cette évolution est cependant disparate selon le type d'établissements concernés. Le recul du nombre de journées en hospitalisation complète est plus modéré dans le secteur public (-5 %). Les établissements privés sous dotation globale enregistrent, quant à eux, une diminution beaucoup plus marquée (-13 %). Dans ce secteur, on constate en effet une baisse de près de 14 % du nombre de lits (contre 12 % dans le secteur public). Les établissements sous OQN enregistrent pour leur part une diminution de 8 % du nombre de journées d'hospitalisation. C'est aussi la psychiatrie qui voit sa durée moyenne de séjour diminuer le plus : entre 1997 et 1999, elle passe de 40,1 à 36,4 jours, c'est-à-dire une baisse de deux jours par an. Comme en moyen séjour, il est naturel de supposer que cette diminution se prolonge en 2000.

L'offre de soins psychiatriques fait l'objet d'une organisation très spécifique. On distingue ainsi la psychiatrie sectorisée qui regroupe une majorité des établissements publics et une partie des établissements privés sous dotation globale, de la psychiatrie non sectorisée composée du reste des établissements (donc essentiellement privés). La psychiatrie sectorisée propose une prise en charge des patients en réseau au sein de zones géo-démographiques déterminées. En 2000, les secteurs de psychiatrie ont assuré plus des trois quarts du total des hospitalisations complètes en santé mentale pour la France métropolitaine. Cette part est encore plus con-

---

16. La comptabilisation des séjours se fait dans la statistique annuelle des établissements (SAE), à partir de cette date, selon la même définition que celle utilisée dans le PMSI (Programmation médicale des systèmes d'information). En particulier, les mutations entre services de MCO et l'intérieur d'un établissement ne sont plus considérées comme induisant un nouveau séjour. Ce changement de définition induit une rupture de série ne permettant pas de calculer une durée moyenne de séjour comparable à celle des années précédentes.

sidérable en matière d'hospitalisation de jour et de nuit, puisque les secteurs concentrent plus de 86 % de ces venues. Les secteurs offrent également d'autres formes d'accueil et de prise en charge, alternatives à l'hospitalisation (accueil à temps complet, à temps partiel, ou en ambulatoire, au sein de structures souvent situées en dehors des murs de l'hôpital). Ces dernières sont pour la plupart très spécifiques et quasi exclusives de l'offre sectorisée. En particulier, l'accueil de jour en centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel est réalisé, dans 95 % des cas, au sein des secteurs.

***les soins de long séjour se développent***

Les soins de longue durée accueillent aujourd'hui presque exclusivement des personnes âgées, souvent dépendantes, mais ne nécessitant pas, dans la majorité des cas, une surveillance médicale constante. Elles restent en général hospitalisées plus d'un an et demi. L'offre publique représente la quasi-totalité (91 %) de l'offre totale.

Les coefficients d'occupation des lits sont très élevés (98 % en 2000), ce qui reflète une saturation des capacités d'accueil. Entre 1997 et 2000, 1 700 lits ont été ouverts en long séjour. Le nombre de lits augmente donc de 2 % sur cette période alors qu'il baisse de 5 % pour l'ensemble des disciplines d'hospitalisation.

***la croissance de l'activité est due essentiellement au temps partiel...***

Dans l'ensemble des disciplines (hormis la psychiatrie), les prises en charge à temps partiel augmentent plus vite que celles à temps complet.

Entre 1997 et 2000, cette évolution est plus particulièrement remarquable pour les soins de courte durée - MCO : le nombre d'hospitalisations à temps complet a diminué de 1,6 % (malgré une croissance du nombre d'accouchements de 8,5 %), alors que, dans le même temps, le nombre de venues en hospitalisation à temps partiel a augmenté de 12,6 % (graphique 3.10).

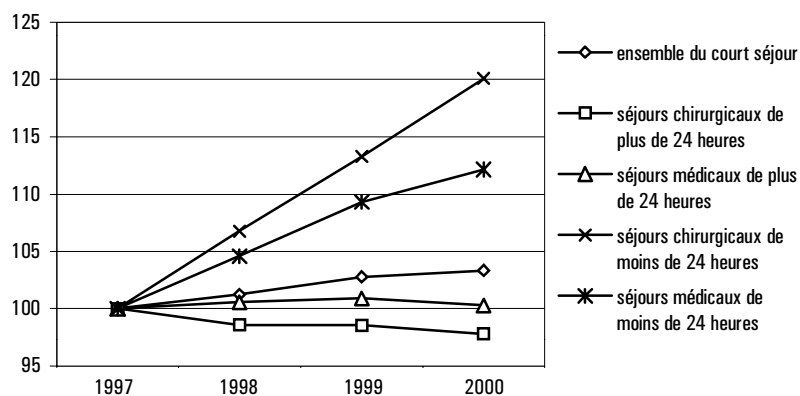
Sur l'ensemble de la période, la diminution d'activité constatée en hospitalisation complète s'explique essentiellement par la diminution lente, mais régulière, du nombre de prises en charge chirurgicales. Le nombre de séjours médicaux reste, quant à lui, relativement stable.

L'hospitalisation de moins de 24 heures représentait près de 27 % de l'activité en court séjour en 1997. En 2000, la part des venues en hospitalisation partielle ou en chirurgie ambulatoire dans la totalité des séjours de courte durée est proche des 30 %.

C'est toutefois en chirurgie que l'augmentation du nombre de venues est la plus forte<sup>17</sup> avec 20 % d'augmentation (le taux annuel moyen en chirurgie est de 6,5 % alors qu'il est de 4 % en médecine).

17. Les chimiothérapies ne sont pas prises en compte en venues de médecine. Si c'était le cas, ces venues augmenteraient davantage.

graphique 3.10  
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SÉJOURS EN COURT SÉJOUR PAR DISCIPLINE ENTRE 1997 ET 2000  
(base 100 en 1997)



Champ : France métropolitaine  
Source : DREES, PMSI 2000

**... la substitution entre temps complet et temps partiel est encore limitée à certains actes**

L'analyse de la répartition des séjours de moins de 24 heures entre les différentes catégories de diagnostics met en évidence la concentration de cette activité sur les examens diagnostiques et quelques actes bien repérés. Cinq catégories de diagnostics permettent de décrire 60 % de l'activité de moins de 24 heures (facteurs influant sur l'état de santé et affections du tube digestif), et concentrent à elles seules 35 % de ces séjours. Rappelons qu'il s'agit, pour l'essentiel, d'investigations sans résultats anormaux, de suivis post-opératoires, de surveillances de maladies en cours de traitement et, enfin, d'examens endoscopiques (graphique 3.11).

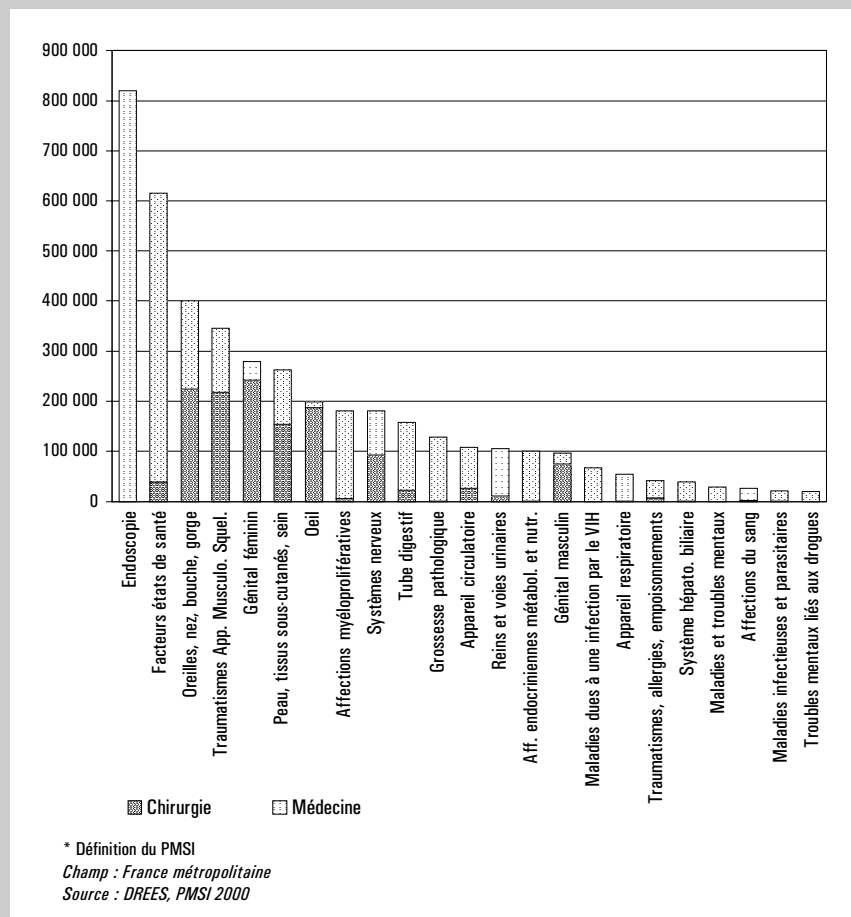
En ce qui concerne la chirurgie ambulatoire, la situation est plus tranchée. On note par exemple une forte augmentation des interventions sur l'œil en ambulatoire (+59 % entre 1997 et 2000), ce qui correspond essentiellement au traitement chirurgical de la cataracte : 19 % des cataractes étaient réalisées en ambulatoire en 1997, 32,5 % en 2000. Ce chiffre reste toutefois globalement faible en France par rapport aux autres pays développés. Près de 99 % des opérations de la cataracte<sup>18</sup> sont

18. Dominique BAUBEAU, Frédéric BOUSQUET, Marc JOUBERT avec la participation du P<sup>i</sup> Christophe BAUDOUIN, du D<sup>r</sup> Stéphane QUESNOT, du D<sup>r</sup> Thierry TORROSSIAN et d'Alain CORVEZ « Le traitement chirurgical de la cataracte en France : un développement encore limité de la chirurgie ambulatoire », *Études et Résultats* n° 101, février 2001, DREES.

réalisées en chirurgie ambulatoire au Canada et aux États-Unis, 67 % au Royaume-Uni, 60 % en Suisse ou encore 45 % en Espagne. De même, en France, en 1998, 6 % des cures de hernie de l'aine étaient effectuées en ambulatoire contre 83 % aux États-Unis, 65 % au Canada, 38 % au Royaume-Uni et 24 % en Espagne. En France, cette part a atteint 9 % en 2000.

Par ailleurs, les actes chirurgicaux les plus fréquemment réalisés en chirurgie ambulatoire (hormis la cataracte) sont liés à l'IVG, aux adénoïdectomies ou à la mise en place de drains transtympaniques en oto-rhino-laryngologie, aux arthroscopies du genou et à la décom-

graphique 3.11  
**RÉPARTITION DES SÉJOURS DE MOINS DE 24 HEURES PAR CATÉGORIE MAJEURE DE DIAGNOSTICS ET SELON LE CARACTÈRE MÉDICAL OU CHIRURGICAL DU SÉJOUR\***



pression du canal carpien en orthopédie, à la réduction de fractures de la jambe et aux petites interventions sur la main, aux sutures de lésions superficielles ou aux interventions sur les varices. Les amygdalectomies et les adénoïdectomies sont en baisse de 3,5 % dans les trois secteurs, en ambulatoire et en hospitalisation complète.

La chirurgie du canal carpien pratiquée en ambulatoire présente une forte progression de 1997 à 2000 (11 %), avec une augmentation de 2,7 points de la part réalisée en hospitalisation partielle. L'arthroscopie progresse aussi en ambulatoire, dans une moindre proportion (6,1 %), avec sans doute comme pour la chirurgie du canal carpien, un transfert d'activité depuis l'hospitalisation complète. Certaines extractions ou prothèses dentaires sont également réalisées ou mises en place en ambulatoire (environ 214 000 séjours dans les deux types d'hospitalisation) avec en 2000, la baisse constatée (-3,5 %) en hospitalisation complète, contrastant avec une hausse de 3,1 % en venues de jour.

La progression des activités diagnostiques en ambulatoire se confirme en 2000. Le GHM des endoscopies réalisées sous anesthésie, totalise le plus grand nombre de séjours (environ 5 % de l'activité hospitalière globale et 19 % du total de l'ambulatoire). Les coronarographies progressent de 16 %, davantage dans le public que dans les autres secteurs.

***les activités de séances  
pour le traitement de l'insuffisance  
rénale chronique et du cancer***

Les activités de séances (chimiothérapie, radiothérapie et dialyse) font l'objet d'une grande hétérogénéité de modes de recueil et de comptabilisation de la part des établissements. Ceci fragilise les résultats statistiques, surtout dans la mise en perspective du nombre de séances avec la file active concernée.

- *Les traitements de l'insuffisance rénale chronique : l'hémodialyse en progression au contraire de la dialyse péritonéale*

Deux méthodes sont utilisées pour le traitement de l'insuffisance rénale : l'hémodialyse et la dialyse péritonéale. Lors d'une séance d'hémodialyse, le sang est épuré par un appareil à l'extérieur du patient. Deux ou trois séances d'épuration par semaine sont en général nécessaires. Dans l'autre méthode, c'est le péritoine qui sert de membrane entre le sang du patient et une solution physiologique injectée dans son abdomen. Cette technique peut être réalisée de façon intermittente mais a lieu plus fréquemment en continu au domicile du malade, c'est pour cette raison qu'elle est comptabilisée ici en semaine.

En 2000, le traitement de l'insuffisance rénale chronique a donné lieu à 3,8 millions de séances d'hémodia-

lyse et à 186 000 semaines de traitement par dialyse péritonéale. L'activité d'hémodialyse connaît une progression soutenue avec une augmentation de 5 % du nombre de séances par rapport à 1999. À l'inverse, l'activité de dialyse péritonéale a diminué sur la même période de près de 4 %. L'hémodialyse chronique est encore le plus souvent réalisée en centre (65 % des séances en 2000), mais la part de l'auto-dialyse ne cesse d'augmenter. Alors qu'elle représentait 17 % du total des séances d'hémodialyse en 1995 puis, un peu plus du quart en 1999, elle constitue en 2000 près du tiers de ces séances. Elle est réalisée par le patient hors de son domicile et ne nécessite qu'une assistance minimale.

Au contraire, la dialyse péritonéale se fait essentiellement à domicile (dans 92,3 % des cas), la dialyse péritonéale continue ambulatoire restant la modalité la plus répandue (près de 75 % des traitements à domicile). Les dialyses péritonéales en centre, de plus en plus rares, sont, pour moitié des séances, des entraînements à la prise en charge au domicile par le malade lui-même.

Cette évolution sensible et régulière du nombre de séances serait due, d'une part à un allongement de l'espérance de vie des malades souffrant d'insuffisance rénale chronique en raison des progrès des techniques d'épuration extra-rénale et, d'autre part, au vieillissement général de la population, cette pathologie étant aussi liée au vieillissement (néphropathies d'origine vasculaire ou diabétique).

Les deux tiers des hémodialyses sont effectués dans des établissements privés sous OQN, dont près de la moitié dans les centres de dialyse et d'entraînement à la dialyse. La part du secteur privé sous OQN est encore plus importante en ce qui concerne les dialyses péritonéales, puisque 70 % de ces séances sont réalisées dans ce secteur.

- *Les traitements anticancéreux : diminution continue de la radiothérapie au profit de la chimiothérapie*

Concernant le traitement des affections cancéreuses par radiothérapie, l'activité est partagée entre le public (29 %), les centres de lutte contre le cancer (27 %) et les autres établissements privés (43 %). Le nombre de traitements avait diminué de 0,8 % entre 1998 et 1999 et cette diminution s'accroît entre 1999 et 2000 (-2,4 %).

En ce qui concerne les traitements par chimiothérapie, on compte, en 2000, plus de 1,24 million de séances de chimiothérapie à temps partiel contre 1,19 million en 1999, soit une augmentation de 4 %.

## 2.4 LES PERSONNELS HOSPITALIERS EN 2000 : 158 000 MÉDECINS ET 871 100 PERSONNELS NON MÉDICAUX (ETP)

*entre 1995 et 2000, augmentation de 3,2 % des personnels médicaux malgré une diminution sensible de l'effectif des internes*

L'ensemble des médecins, odontologistes et pharmaciens, y compris les internes et autres personnels en formation représente 13 % du personnel des établissements de santé publics et 11 % du personnel privés sous dotation globale, contre 24 % du personnel des établissements privés sous Objectif quantifié national (OQN) [tableau 3.5].

*tableau 3.5*

**PERSONNELS MÉDICAUX - EFFECTIFS EN NOMBRE DE PERSONNES**

	Effectif total (salariés, attachés et libéraux)	Établissements publics de santé		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés soumis à l'OQN		Ensemble des établissements publics et privés	
		2000	2000/1999	2000	2000/1999	2000	2000/1999	2000	2000/1999
Médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens		81 892	-1,4	12 254	3,4	44 868	3,0	139 014	0,4
Internes, FFI, DIS (1)		17 461	-3,6	1 286	-5,9	-	-	18 747	-3,8
<b>Total</b>		<b>99 353</b>	<b>-1,8</b>	<b>13 540</b>	<b>2,4</b>	<b>44 868</b>	<b>3,0</b>	<b>157 761</b>	<b>-0,1</b>

(1) FFI : faisant fonction d'interne ; DIS : diplôme interuniversitaire de spécialités.  
*Champ : France métropolitaine*  
*Source : Ministère de l'Emploi et de la solidarité - DREES, SAE 2000*

Près de la moitié des personnels médicaux est affectée dans des unités de soins de courte durée - MCO et plus du tiers dans les unités médico-techniques (laboratoires, accueil et traitement des urgences, anesthésiologie et réveil, imagerie).

En 2000, le personnel médical des établissements de santé s'élève à 158 000 personnes, il est quasiment stable par rapport à 1999. Les deux tiers (99 400 personnes) sont employés par les hôpitaux publics, 28 % dans les établissements privés sous OQN et 9 % dans les établissements privés sous dotation globale. Ces effectifs sont en diminution dans le secteur public (-1,8 %). Le secteur privé enregistre une hausse sensible (+2,4 % pour les établissements sous dotation globale et +3,0 % pour ceux soumis à l'OQN)<sup>19</sup>.

19. Ces évolutions, calculées à partir des données de la SAE 2000 renouvelée, sont assez fragiles et devront être confortées par l'analyse de celles de la SAE 2001.

Dans les hôpitaux publics, sur la période 1995-2000, l'effectif total des médecins (internes compris) est resté stable (+0,4 %) mais avec des disparités entre les différentes catégories. En particulier, l'effectif médical hors internes et faisant fonction a augmenté de 2,7 % alors que celui des internes et faisant fonction a diminué de 9,1 %.

Dans les établissements privés, environ un quart des médecins est salarié, la plupart intervenant à titre libéral. De même que pour les établissements publics, mais de façon plus marquée, sur la période 1995-2000, leur effectif médical hors internes et faisant fonction a augmenté fortement (+9,8 %) alors que celui des internes et faisant fonction a diminué de 31,2 %.

La diminution de l'effectif des internes et faisant fonction dans toutes les catégories d'établissements sur la période 1995-2000 (-11 %) est la conséquence logique de celle du nombre de postes ouverts à l'internat.

***une évolution contrastée  
des personnels non médicaux  
selon les catégories d'établissements***

En 2000, les personnels non médicaux employés dans les établissements représentent quant à eux 871 100 personnes en équivalent temps plein (ETP), dont les trois quarts relèvent des établissements publics. Comparés à 1999, les effectifs sont stables dans les hôpitaux publics (+0,0 %) et dans les établissements sous OQN (-0,2 %) alors qu'ils augmentent sensiblement dans les établissements sous dotation globale (+4,1 %). Cette augmentation s'explique sans doute pour partie par la mise en œuvre, dès 2000, de la loi sur l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) dans ces établissements.

Toutefois, ces évolutions sont contrastées selon les catégories de personnels. Le personnel des services de soins est en hausse dans les trois secteurs. Cette hausse s'observe plus particulièrement pour les sages-femmes et le personnel infirmier.

À l'inverse, ce sont essentiellement les personnels techniques qui voient leurs effectifs diminuer, poursuivant la tendance observée les années précédentes (tableau 3.6).

***entre 1995 et 2000, une évolution  
plus rapide des effectifs infirmiers***

Globalement, les effectifs (en ETP) des personnels des services de soins<sup>20</sup> ont crû de 3,2 % sur la période 1995-2000 (graphique 3.12).

Les personnels infirmiers sont à l'origine de l'ensemble de la croissance des personnels soignants employés à l'hôpital, avec une augmentation de 9 % du nombre d'infirmiers sur la période 1995-2000. Dans le même temps, le nombre d'aides-soignants est resté glo-

20. On distinguera ici les secteurs publics, privés non lucratifs et privés lucratifs en raison des modifications du statut des personnels selon le statut juridique des établissements et non selon le mode de financement.

tableau 3.6  
**SAGES-FEMMES ET PERSONNELS NON MÉDICAUX**  
 effectifs en équivalent temps plein

	Établissements publics de santé		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés soumis à l'OQN		Ensemble des établissements publics et privés	
	2000	2000/1999	2000	2000/1999	2000	2000/1999	2000	2000/1999
<b>Personnel administratif</b>	72 542	-0,7	13 535	4,3	18 195	2,2	104 272	0,4
<b>Personnels soignants et éducatifs</b>	463 558	0,5	65 897	5,6	90 910	1,1	620 365	1,1
<i>dont : - sages-femmes</i>	6 664	3,8	597	14,9	2 336	1,6	9 597	3,9
- <i>personnel d'encadrement du personnel soignant</i>	24 193	-2,2	3 563	0,6	3 595	3,9	31 351	-1,2
- <i>infirmiers (1)</i>	179 642	1,8	23 562	5,5	35 896	1,9	239 100	2,2
- <i>aides-soignants (2)</i>	156 184	0,0	17 306	4,5	26 080	-1,0	199 570	0,2
- <i>ASH et autres personnels des services médicaux</i>	72 435	-1,1	12 171	8,2	19 379	0,9	103 984	0,3
- <i>autres</i>	24 441	0,8	8 698	5,7	3 624	5,4	36 763	2,4
<b>Personnels médico-techniques</b>	32 303	-1,1	4 215	4,6	2 861	13,7	39 379	0,4
<b>Personnels techniques</b>	83 520	-1,6	12 929	-3,1	10 825	-14,7	107 274	-3,3
<b>TOTAL</b>	<b>651 923</b>	<b>0,0</b>	<b>96 576</b>	<b>4,1</b>	<b>122 791</b>	<b>-0,1</b>	<b>871 289</b>	<b>0,4</b>

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

(2) Non compris les élèves.

Champ : France métropolitaine

Source : DREES, SAE 2000

graphique 3.12  
**ÉVOLUTION DES PERSONNELS DE SOINS**



Champ : France métropolitaine

Source : DREES, PMSI 2000 pour le court séjour MCO, SAE 2000 pour le reste

blement stable (avec une légère augmentation depuis 1998) et celui des agents de service hospitaliers (ASH) a sensiblement diminué (de près de 4 %) pour se stabiliser à partir de 1998.

Les évolutions sont toutefois différentes selon les secteurs d'hospitalisation. En effet, si dans chacun des secteurs, le nombre de personnels infirmiers a augmenté

plus vite que celui des autres personnels non médicaux, cette croissance s'est faite à des rythmes très différents. Dans les établissements publics, les effectifs des personnels infirmiers ont connu une hausse de 7 % sur la période 1995-2000. L'augmentation est un peu plus marquée dans les établissements privés non lucratifs (9,4 %), du fait de la forte croissance observée entre 1999 et 2000 (+5 %). Elle est cependant beaucoup plus forte dans les cliniques privées (17,4 %).

Durant la même période, le nombre d'ASH dans les établissements publics a diminué sensiblement (-5,5 %). Dans les établissements privés non lucratifs, après une baisse régulière de 1995 à 1999 (- 5 %), l'effectif d'ASH augmente fortement en 2000 (+5 %), retrouvant son niveau de 1995. De même, dans les cliniques privées, le nombre d'ASH, stable entre 1995 et 1999 (+0,0%), s'accroît en 2000 de 1,9 %.

***un fort développement  
de l'exercice à temps partiel***

L'exercice à temps partiel a connu un fort développement dans la catégorie des personnels des services de soins : leur nombre a progressé de 40 % entre 1995 et 2000 et concerne 22 % des effectifs dans le public, 32 % dans le privé non lucratif et 25 % dans le privé lucratif (tableau 3.7). Ainsi, en 2000, tous secteurs confondus, 23 % des personnels des services de soins exercent une activité à temps partiel. Cette évolution se retrouve aussi bien chez les agents de service hospitaliers, les aides-soignants et les infirmiers, mais plus encore chez les sages-femmes, pour lesquelles elle semble toutefois avoir atteint un palier aux environs de 35 % d'effectifs à temps partiel. En effet, pour cette dernière catégorie, les effectifs à temps plein, en baisse régulière de 1995 à 1999 (- 5 % sur la période), augmentent plus fortement en 2000 que ceux à temps partiel (+4,7 % contre +3,0 %). Cette évolution se traduit par une augmentation sensible de leurs effectifs en équivalent temps plein (+3,9 %).

tableau 3.7  
**ÉVOLUTION DE LA PART DES PERSONNELS  
DES SERVICES DE SOINS EXERÇANT À TEMPS PARTIEL**

	en %	
	1995	2000
<b>Infirmiers</b>	20	26
<b>Aides soignants</b>	14	20
<b>Agents de service hospitaliers</b>	12	18
<b>Sages-femmes</b>	27	35
<b>TOTAL</b>	17	23

Champ : France métropolitaine  
Source : DREES, SAE 2000

Chez les infirmiers, le nombre des personnels à temps plein progresse de 2,1 % entre 1995 et 2000 alors que celui des personnels à temps partiel a augmenté de 40,5 %. Cependant, la part des personnels à temps partiel semble atteindre un palier à 26 % à partir de 1999.

# 3

## LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

### 3.1 LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

L'accueil des personnes âgées dépendantes dans des établissements d'hébergement adaptés à leurs besoins est un aspect essentiel de leur prise en charge.

En 2002, les établissements d'hébergement pour les personnes âgées (EHPA) regroupent des maisons de retraite, catégorie la plus nombreuse (6 500), des logements-foyers (3 000) et des unités de soins de longue durée des hôpitaux (1 000). Ces établissements réalisent généralement un hébergement de longue durée, moins de 200 d'entre eux proposent un hébergement temporaire. Par ailleurs, l'accueil familial concernait environ 6 000 personnes (en 1997).

Sur l'ensemble des EHPA, 5 800 relèvent du secteur public, un peu moins de 3 000 établissements ont un statut d'associations à but non lucratif et 1 800 sont des établissements commerciaux, essentiellement des maisons de retraite<sup>21</sup>.

En 1996, les maisons de retraite commerciales ont une capacité moyenne de 48 places, celles à but non lucratif accueillent en moyenne 60 personnes et les maisons de retraite publiques, souvent plus grandes, comptent en moyenne 75 places si elles sont autonomes et 89 si elles sont rattachées à un hôpital. Les logements-foyers, quant à eux, ont, en moyenne, une cinquantaine de places<sup>22</sup>. Ils accueillent essentiellement des personnes autonomes ou très peu dépendantes puisque plus de 90 % d'entre eux n'acceptent pas de personnes dépendantes.

Les maisons de retraite accueillent des personnes plus ou moins dépendantes selon leur statut juridique. 40 % des maisons de retraites publiques acceptent à l'entrée des personnes confinées au lit ou au fauteuil ; près de

21. Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) 2002, ministère de l'Emploi et de la solidarité.

22. Martine NEISS : « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Enquête EHPA. Situation au 31 décembre 1996 », *Document statistique*, n° 297, janvier 1998, ministère de l'Emploi et de la solidarité, SESI.