

les établissements de *santé*

UN PANORAMA POUR L'ANNÉE 2007



MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE LA SOLIDARITÉ
ET DE LA FONCTION
PUBLIQUE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA RÉFORME
DE L'ÉTAT

Les établissements de santé

Un panorama pour l'année 2007

Les établissements de santé Un panorama pour l'année 2007

Contributeurs :

Séverine Arnault, Johanne Aude, Mhenni Ben Yaala, Nicolas Blanchard, Marc Collet, Marie Cordier, Albane Exertier, Franck Evain, Annie Fénina, Arnaud Fizzala, Thibaud Fusée, Élodie Kranklader, Isabelle Leroux, Laetitia May, Catherine Mermilliod, Marie-Claude Mouquet, Willy Thao Khamsing, Hélène Valdelièvre, Annick Vilain, Engin Yilmaz.

Sous la coordination de :

Mylène Chaleix, Albane Exertier et Christelle Minodier

Édition : Nadine Gautier et Élisabeth Hini

Mise en page : Thierry Betty

Directrice de publication : Anne-Marie Brocas

N° Dicom : 10.066

DREES

11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75 696 Paris Cedex 14
Tél. : 01 40 56 81 28

Internet : [http://www.sante-sports.gouv.fr/
les-etablissements-de-sante-un-panorama-pour-l-annee-2007.html](http://www.sante-sports.gouv.fr/les-etablissements-de-sante-un-panorama-pour-l-annee-2007.html)

Sommaire

LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ Un panorama pour l'année 2007

Avant-propos	7
---------------------------	---

Dossiers

1 – Les centres hospitaliers universitaires : entre activité de pointe et activité de proximité. Un essai de typologie.....	11
2 – Les rémunérations dans les établissements de santé - Comparaisons sur l'ensemble du secteur hospitalier en 2007	31
3 – Les maternités : plus de trente ans d'évolution	49

Fiches

1 – Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel	73
2 – Données de cadrage	81
Les grandes catégories d'établissements de santé	82
Les capacités d'accueil à l'hôpital	84
L'activité en hospitalisation complète et partielle	86
Évolutions de la description de l'activité hospitalière	88
Les autres prises en charge hospitalières	90
Emplois de médecins, odontologistes et pharmaciens	92
Sages-femmes et personnels non médicaux salariés	94
Les salaires dans le secteur hospitalier	96
Les établissements de santé dans les DOM : activité et capacités	98
3 – Médecine, chirurgie et obstétrique	101
Médecine, chirurgie, obstétrique : activité et capacités	102
Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle	104
Médecine, chirurgie, obstétrique : motifs de recours	106
La spécialisation en médecine.....	108
La spécialisation en chirurgie.....	110
La spécialisation en obstétrique.....	112

4 – Les plateaux techniques	115
L'activité d'anesthésie et les équipements chirurgicaux	116
L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif	118
5 – Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière	121
La lutte contre les infections nosocomiales	122
La naissance : les maternités	124
La naissance : caractéristiques des accouchements	126
La satisfaction des usagers de maternités	128
La médecine d'urgence	130
L'offre hospitalière en psychiatrie	132
Les mesures d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie	134
Les établissements ayant une activité de psychiatrie et leurs structures	136
Les structures d'hospitalisation à domicile	138
Les patients hospitalisés à domicile	140
L'activité et les capacités dans les centres hospitaliers universitaires.....	142
Les personnels travaillant dans les centres hospitaliers universitaires	144
Les structures pratiquant des IVG	146
Les dépenses de médicaments dans les établissements de santé	148
6 – La situation économique du secteur	151
La part des établissements de santé dans la consommation de soins	152
La situation économique et financière des cliniques privées.....	154
La situation économique et financière des hôpitaux publics	156
7 – Changements organisationnels dans les établissements de santé	159
Des changements profonds dans l'organisation de l'offre de soins	160
L'évolution de l'attente des usagers des établissements de santé	162
8 – Les grandes sources de données sur les établissements de santé	165

Sigles utilisés

ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé	HDT	Hospitalisation à la demande d'un tiers
AP-HM	Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille	HO	Hospitalisation d'office
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris	HPST (loi)	Hôpital, patients, santé, territoire
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation	IN	Infections nosocomiales
ARS	Agence régionale de santé	IRM	Imagerie par résonance magnétique
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	IVG	Interruption volontaire de grossesse
CCAM	Classification commune des actes médicaux	LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
CDHP	Commission départementale des hospitalisations psychiatriques	MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
CH	Centre hospitalier	MCU-PH	Maître de conférence des universités – praticien hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional	MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
CHU	Centre hospitalier universitaire	MERRI	Mission d'enseignement, recherche, référence et innovation
CIM	Classification internationale des maladies	OAP	Outil d'analyse du PMSI
CLCC	Centre de lutte contre le cancer	ODMCO	Objectif national des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales	ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
CMD	Catégorie majeure de diagnostic	OQN	Objectif quantifié national
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
DAC	Dotation annuelle complémentaire	PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
DADS	Déclaration annuelle de données sociales	POSU	Pôle spécialisé d'urgences
DAF	Dotation annuelle de financement	PSPH	Participant au service public hospitalier
DHOS*	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins	PU-PH	Professeur des universités – praticien hospitalier
DIS	Diplômé interuniversitaire de spécialités	RAPSY	Rapports d'activité de psychiatrie
DMI	Dispositifs médicaux implantables	RSS	Résumé de sortie standardisé
DOM	Département d'outre-mer	SAE	Statistique annuelle des établissements
ECN	Épreuves classantes nationales	SAMU	Service d'aide médicale urgente
ETP	Équivalent temps plein	SAU	Service d'accueil et de traitement des urgences
FFI	Faisant fonction d'interne	SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
FMESP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés	SPH	Service public hospitalier
FNEHAD	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile	SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
GHM	Groupe homogène de malades	SSR	Soins de suite et de réadaptation
GHS	Groupe homogène de séjours	T2A	Tarification à l'activité
HAD	Hospitalisation à domicile	UPATOU	Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
HAS	Haute Autorité de santé	USLD	Unité de soins de longue durée

* Devenue Direction générale de l'offre de soins (DGOS) le 15 mars 2010.

Avant-propos

Le *Panorama des établissements de santé* propose chaque année une synthèse des principales données disponibles sur les établissements de santé français.

Il 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) et pour l'hospitalisation à domicile (PMSI-HAD), ainsi que des données comptables des hôpitaux publics et des cliniques privées.

À travers 38 fiches pédagogiques et synthétiques, accompagnées d'illustrations, de tableaux, de cartes et de graphiques, il fournit les chiffres-clés sur l'activité et la qualité des soins, les capacités et les personnels intervenant dans les structures hospitalières et leur rémunération. Il propose des zooms sur des activités spécifiques comme la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, la psychiatrie, l'hospitalisation à domicile 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.

Cette édition rénovée s'enrichit désormais de dossiers permettant d'approfondir des questions structurelles et d'éclairer les mutations du monde hospitalier. L'édition 2009-2010 propose trois dossiers consacrés, d'une part, aux caractéristiques des centres hospitaliers universitaires (CHU), d'autre part, aux déterminants des écarts de salaires entre établissements de santé et, enfin, aux restructurations qui ont affecté les maternités depuis trente ans.

Le dossier consacré aux centres hospitaliers universitaires (CHU) métropolitains propose une typologie de ces 27 établissements publics qui tiennent une place prépondérante et singulière dans le paysage hospitalier français. Si chaque CHU est bien un lieu de soins incontournable dans le paysage hospitalier régional et en particulier dans les soins de court séjour, seuls certains d'entre eux couvrent toutes les activités, les plus techniques et les plus spécialisées, et maintiennent des activités de recherche de haut niveau. Les disparités entre CHU sont également importantes en termes de capacités d'hospitalisation et de volumes d'activité. Quatre groupes peuvent être distingués : les CHU situés dans des zones vieillissantes avec une faible offre de soins hospitaliers environnante ; les CHU de pointe, situés dans des zones dynamiques

d'un point de vue démographique ; les CHU de proximité, situés dans des zones où l'offre hospitalière environnante est importante ; et pour finir l'AP-HP, qui reste à part.

Le dossier sur les écarts de salaires entre les établissements publics et privés montre, à partir d'une exploitation des déclarations annuelles de données sociales, que les salaires horaires versés aux personnels des établissements de santé dépendent de la qualification des salariés, de leur âge, de leur sexe, de leur région, mais aussi de la taille de l'établissement, mesurée par le nombre de salariés et de son mode de financement. Ce sont en effet les établissements les plus grands qui rémunèrent le mieux leurs salariés, toutes choses égales par ailleurs. Enfin, à caractéristiques identiques des salariés (hors médecins), les établissements publics offrent des rémunérations horaires nettes (hors cotisations employeurs) plus élevées – de 5 à 9,5 % – que les établissements privés.

Enfin, le dossier consacré aux maternités retrace, à partir de la Statistique annuelle des établissements et de ses « ancêtres », le mouvement de concentration et de réorganisation qui les a affectées depuis 1975 sous l'impulsion des pouvoirs publics. Le nombre de maternités est ainsi passé de 1 369 en 1975 à 572 fin 2007. Dans les services d'obstétrique, le nombre de lits a été quasiment divisé par deux alors même que la natalité en France métropolitaine est restée dynamique entre 1975 et 2007. Ces ajustements se sont opérés *via* une baisse sensible de la durée moyenne de séjour, également quasiment divisée par deux. À la faveur de ces réorganisations, impulsées dans le cadre d'une politique de sécurisation de la naissance, l'adéquation entre les risques encourus par la mère ou l'enfant et le niveau de la maternité s'est améliorée. La mortalité infantile a quasiment été divisée par quatre entre 1975 et 2007. Aujourd'hui, 94 % des femmes se déclarent très ou plutôt satisfaites du déroulement de leur accouchement.

Les chiffres clés de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Les chiffres clés de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sont destinés aussi bien aux acteurs qu'aux observateurs du système hospitalier français. Ces ouvrages présentent les grands axes actuels des actions de la DGOS (Direction générale de l'offre de soins) et les chiffres les plus récents les illustrant.

La réalisation de ces éditions s'inscrit dans l'effort d'information entrepris par la DGOS à destination de tous les professionnels de santé concernés pour, notamment, appuyer le déploiement des différents volets de la réforme hospitalière.

<http://www.sante-sports.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-l-offre-de-soins.html>



Dossiers

- Les centres hospitaliers universitaires : entre activité de pointe et activité de proximité. Un essai de typologie.
- Les rémunérations dans les établissements de santé
Comparaisons sur l'ensemble du secteur hospitalier en 2007.
- Les maternités : plus de trente ans d'évolution.

Les centres hospitaliers universitaires : entre activité de pointe et activité de proximité. Un essai de typologie

Franck ÉVAIN et Christelle MINODIER (DREES)

Les centres hospitaliers universitaires (CHU), créés par l'ordonnance Debré de 1958, sont « des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical et pharmaceutique et post-universitaire, ainsi que [...] la recherche médicale et pharmaceutique et les enseignements paramédicaux ». Près de cinquante ans après l'adoption de ce texte fondateur, la dénomination de CHU, qui concerne aujourd'hui 27 établissements en France métropolitaine, recouvre des réalités et des pratiques très différentes. Si chaque CHU occupe bien une place prépondérante dans l'offre de soins de proximité, seuls certains d'entre eux couvrent toutes les activités les plus techniques et les plus spécialisées et maintiennent des activités de recherche de haut niveau. En première approche, cet ensemble semble donc présenter une hétérogénéité irréductible. Il est toutefois possible de faire apparaître, dans une deuxième approche, des groupes homogènes de CHU, caractérisés notamment par l'offre de soins hospitaliers et la population environnantes. Ces groupes se distinguent les uns des autres par des répartitions entre activité de proximité et activité de pointe différentes. Enfin, un zoom sur les CHU de Nantes et de Limoges permet d'illustrer deux exercices différents de la mission de soins qui leur est assignée.

Résultant à la fois d'initiatives publiques et privées, le secteur hospitalier français présente aujourd'hui un paysage varié. Des établissements de trois types de statuts juridiques cohabitent : hôpitaux publics, établissements privés à but non lucratif et établissements privés à but lucratif. Au sein des hôpitaux publics, les centres hospitaliers universitaires (CHU) ont été créés par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale, dite

« réforme Debré ». Cette réforme visait à constituer des centres d'excellence médicale sur l'ensemble du territoire national. Les CHU avaient pour finalité d'attirer les meilleurs praticiens dans le secteur public pour y exercer conjointement trois grandes missions et tout d'abord celle d'assurer des soins, avec une égalité d'accès pour tous et une permanence d'accueil de jour comme de nuit, y compris en urgence. Leur seconde mission est une mission d'enseignement et de formation des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, en collaboration avec les facultés de

médecine et d'odontologie. Et enfin ils ont une mission de recherche, fondamentale ou clinique, afin de contribuer aux avancées médicales et thérapeutiques et à l'amélioration des soins qui en découle.

Parmi ces trois grandes missions que doivent remplir les CHU, la première, c'est-à-dire l'offre de soins, est celle qui nous intéresse dans cette étude. La mission de recherche sera appréhendée uniquement à travers le traitement des pathologies complexes et un critère bibliométrique. En revanche, la mission de formation qui leur est assignée n'est pas abordée ici. Le bilan des CHU en termes d'offre de soins fait aujourd'hui apparaître une très forte hétérogénéité entre les sites. Le présent dossier vise à réduire cette hétérogénéité apparente en faisant apparaître des groupes homogènes au regard de variables d'activité de soins, d'offre hospitalière environnante et de bassin de population. Après avoir situé les CHU dans l'offre totale de soins hospitaliers, cette étude propose en effet une typologie de ces établissements en quatre classes, cohérentes avec la répartition entre activités de soins courants et activités de pointe. Enfin, sont comparés plus finement deux CHU appartenant à deux classes différentes. Cette étude de cas permet d'illustrer les effets de l'offre de soins environnante et de la patientèle sur les activités des CHU.

Les CHU : des établissements en apparence très hétérogènes

L'étude est limitée au court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) en France métropolitaine pour l'année 2007. Les CHU jouent un rôle important en psychiatrie dont ils accueillent 7 % des séjours (entrées et venues), en soins de suite et de réadaptation (8 %) ou en soins de longue durée (13 %). Mais ils ne sont pas les acteurs principaux pour ces activités, contrairement au court séjour dont ils assurent 22 % des prises en charge. En 2007, les CHU ont ainsi assuré 3,4 millions de séjours en MCO. Parmi ces séjours, quatre sur dix se déroulent en hospitalisation partielle ou de moins de un jour. Les autres sont

comptabilisés comme de l'hospitalisation complète et représentent environ 14 millions de journées. Le rôle des CHU est essentiel pour des prises en charge aussi diverses que les maladies liées au VIH, dont ils réalisent 72 % des séjours, les traumatismes multiples ou complexes graves (58 %), les brûlures¹ (53 %), l'hématologie (39 %) ou encore l'endocrinologie, essentiellement des problèmes de diabète (38 %).

En termes de capacités, les 27 CHU occupent également une place prépondérante. Ils représentent à eux seuls 23 % des capacités totales d'hospitalisation, mesurées en nombre de lits et places (voir tableau 1). Cette part – comme celle des établissements publics de manière générale – est plus élevée en médecine (28 %) qu'en chirurgie (19 %) et en obstétrique (18 %).

Au niveau de chaque établissement, ce groupe de 27 structures est souvent considéré comme très hétérogène, que ce soit en termes de capacités d'hospitalisation et de volumes d'activité, ou encore de patientèle et de pathologies traitées.

La carte 1 illustre les disparités des volumes d'activité et met notamment en avant celui de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris qui, avec près de 870 000 hospitalisations (entrées et venues) en 2007 se positionne comme un CHU à part. Toutefois, le volume des séjours réalisés dans un CHU dépend très fortement de la démographie de sa zone d'attraction. Ce n'est donc pas l'indicateur qui caractérise le mieux le poids réel du CHU au sein de son propre paysage hospitalier. En revanche, la part qu'occupe le CHU en termes de lits et places MCO dans sa région donne une meilleure idée de son poids dans l'offre hospitalière environnante. L'AP-HP et le CHU de Limoges, avec des proportions respectives de 34 % et 33 %, sont ainsi incontournables dans leurs régions (voir carte 2). Les CHU de Saint-Étienne (5 %), Grenoble (7 %) et Nice (7 %) ne sont pas dans ce cas. Ils coexistent tous les trois avec un autre CHU plus important qu'eux dans leur région. Le CHU de Limoges figure pourtant nettement au-dessous de la moyenne des capacités des CHU, calculée hors AP-HP (voir annexe 1).

1. Cette part est légèrement surestimée, car le service de santé des armées, qui a notamment un rôle non négligeable dans le traitement des grands brûlés, ne répondait pas au PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) en 2007. Cette base de données est utilisée ici pour étudier le contenu des séjours hospitaliers.

Le poids des CHU et l'organisation de leur activité dépendent ainsi fortement de la structure d'offre hospitalière au sein de laquelle ils prennent place et de la population du bassin de patientèle. Un CHU entouré de multiples centres hospitaliers pouvant prendre en charge les pathologies peu

complexes aura en principe davantage les moyens de se consacrer à des activités plus spécifiques qu'un CHU situé dans une zone peu fournie en offre publique de soins.

Les régions, zones essentiellement administratives, ne semblent pas toujours constituer le meilleur

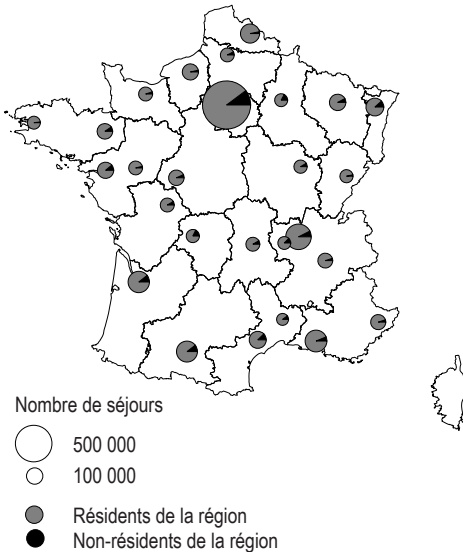
Tableau 1 • répartition des capacités et de l'activité par type d'établissement (en %)

		CHU	Autres établissements publics	Établissements privés à but	
				non lucratif	lucratif
Lits et places	Médecine	28	52	9	11
	Chirurgie	19	25	9	47
	Obstétrique	18	49	6	27
	Ensemble	23	41	9	27
Séjours en hospitalisation complète ou partielle	Médecine	27	40	8	25
	Chirurgie	14	22	8	56
	Obstétrique	18	49	7	26
	Ensemble	21	35	8	36

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques ; DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques.

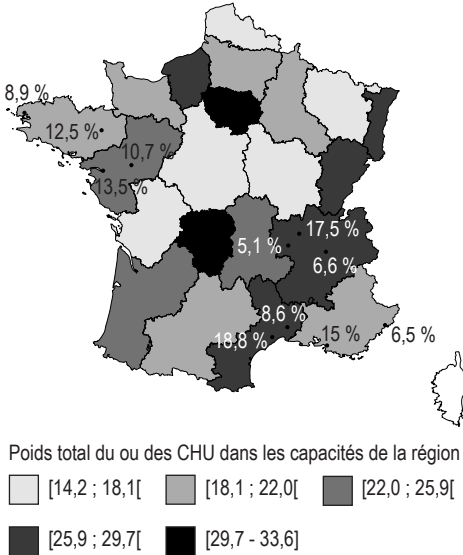
Carte 1 • répartition de l'activité des CHU entre résidents et non-résidents de la région



Champ • France métropolitaine.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques.

Carte 2 • part des CHU dans les capacités de MCO de leur région



Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques.

leur découpage possible pour appréhender l'offre environnante d'un CHU. C'est pourquoi, dans un deuxième temps, l'analyse de l'activité hospitalière dans un rayon de moins de 100 kilomètres à vol d'oiseau du CHU a été privilégiée. Ainsi, le nombre d'établissements d'au moins 300 lits et places – y compris les CLCC – dans ce rayon de 100 kilomètres, qu'ils soient publics ou privés, permet de mesurer l'importance ou non de l'offre alternative au CHU. Les CHU de Brest et de Bordeaux sont les plus isolés puisqu'ils n'ont tous deux que trois établissements d'au moins 300 lits et places à proximité, tandis que les CHU d'Amiens (16), de Rouen (14) et de Lille (14) sont les plus entourés, après l'AP-HP (32). Si certaines zones sont mieux dotées en « gros » établissements que d'autres, cela s'explique en grande partie par les disparités démographiques des bassins de population. Ces contrastes démographiques influencent également l'activité des CHU.

Par ailleurs, la part du CHU dans l'activité MCO localisée dans ce même périmètre de 100 kilo-

mètres semble mesurer efficacement le poids de cet établissement au sein de la structure d'offre environnante. Cette part, mesurée en nombre d'entrées et venues, est de 16 % en moyenne et varie de 6 % pour le CHU d'Amiens à 32 % pour le CHU de Bordeaux. La proximité du CHU d'Amiens avec l'AP-HP, située à moins de 115 km, ainsi que la douzaine de centres hospitaliers (CH) d'au moins 300 lits et places qui l'entourent (Abbeville, Arras, Beauvais, Béthune, Compiègne, Creil, Dieppe, Douai, Lens, Pontoise, Saint-Quentin, Soissons) expliquent ce faible score.

Enfin, l'activité d'un CHU est également tributaire des caractéristiques démographiques du bassin de patientèle dans lequel il intervient. Les différences peuvent être substantielles. En 2007, l'âge moyen des patients reçus au CHU de Lille était par exemple de 42 ans. Dans le même temps, il était de 52 ans aux CHU de Nîmes et de Limoges et de 53 ans au CHU de Poitiers. Les pyramides des âges des patients reçus aux CHU de Lille et Poitiers diffèrent d'ailleurs sensiblement (voir graphique 1). La tranche d'âge 70-90 ans compte ainsi pour 15 % des séjours à Lille et pour 30 % à Poitiers. C'est l'inverse pour la tranche 0-20 ans, qui constitue 21 % des séjours au CHU de Lille contre seulement 12 % des séjours au CHU de Poitiers. Il est dès lors logique d'imaginer les conséquences de tels écarts sur l'éventail des pathologies traitées dans ces établissements.

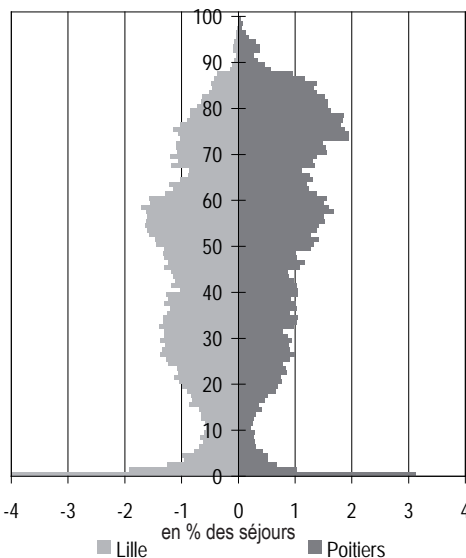
Compte tenu de ces différences de tailles, de volumes d'activité, de poids dans le paysage hospitalier et de patientèle, il est souvent considéré comme vain de tenter la moindre analyse d'un ensemble aussi diversifié. Pour autant, cette hétérogénéité permet de cibler des variables discriminantes qui vont nous servir à construire une typologie de groupes de CHU homogènes entre eux.

Une hétérogénéité qu'il est possible d'analyser

Quatre groupes homogènes de CHU

Afin de réaliser une typologie des CHU permettant de les regrouper dans des classes distinctes, une analyse de différents indicateurs quantitatifs pertinents pour caractériser leur activité et leur environnement est effectuée. Sont recherchés

Graphique 1 • répartition des séjours selon l'âge des patients, exemple des CHU de Lille et Poitiers



Champ • France métropolitaine.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques.

des indicateurs de taille, d'activité, de patientèle et d'offre environnante en lien avec les résultats de la première partie. Au terme de cette analyse, huit indicateurs apparaissent particulièrement discriminants (voir annexe 2).

Ainsi, la part du CHU dans l'activité MCO localisée dans un rayon de moins de 100 km à vol d'oiseau et le nombre d'établissements d'au moins 300 lits et places dans ce même périmètre sont retenus.

Pour l'activité du CHU en lui-même, trois indicateurs sont sélectionnés. Le premier concerne les activités soumises à autorisation administrative, qui ne sont pas présentes dans tous les CHU. Il s'agit d'un score allant de 0 à 7, basé sur sept autorisations d'activités : cinq pour les transplantations d'organes (poumon, foie, rein, cœur et pancréas), une pour la neurochirurgie et une dernière pour le traitement des grands brûlés. Seuls quatre CHU (Toulouse, Nantes, Lyon et Paris) disposent de ces sept autorisations, ce qui laisse ainsi penser que leur activité est davantage orientée vers des traitements de cas complexes que celle du CHU de Nîmes par exemple, qui ne dispose d'aucune autorisation sur les sept. Le poids des pathologies « bénignes » est également mesuré. Pour cela, on regarde le poids, sur l'activité totale du CHU, des passages aux urgences ne débouchant par sur une hospitalisation. Au dénominateur figure le nombre total de séjours hospitaliers dans le CHU (entrées et venues). C'est à Saint-Étienne et à Paris que ce poids est le plus élevé et à Bordeaux, Toulouse, Lille et Poitiers qu'il est le plus faible. De la même manière, le poids de la gériatrie est pris en compte, par le biais des séjours des patients de 80 ans ou plus, comptabilisés en nombre de journées d'hospitalisation. Ce chiffre est généralement compris entre 12 % et 21 %, à l'exception du CHU de Lille qui se distingue par un poids très faible (9 %), et de Dijon (22 %), Rouen (22 %) et Nîmes (23 %) dans le cas contraire.

Ce poids de la gériatrie dans l'offre de soins dépend évidemment fortement de la demande, c'est-à-dire de la population de la zone dans laquelle est située le CHU. C'est la raison pour laquelle sont également intégrés des indicateurs permettant de caractériser cette zone. Deux indicateurs ont été retenus, l'un démographique (la part des 60 ans et plus) et l'autre économique (le PIB par tête). Les données disponibles ne permettent pas de les calculer suivant un rayon de 100 km. Pour ces deux indicateurs, la délimitation administrative est donc retenue. Ainsi, la part des 60 ans et plus dans le département nous renseigne sur le dynamisme démographique du bassin du CHU. Parmi les départements qui contiennent des CHU, celui du Nord (CHU de Lille) est celui qui affiche le taux d'habitants de 60 ans et plus le moins élevé (11 %), à l'opposé en cela des Alpes-Maritimes (CHU de Nice, 16 %), ce qui a forcément un impact sur l'activité des établissements de santé, donc entre autres sur celle des CHU. Le PIB moyen par habitant de la région² nous est également utile pour caractériser la population. On peut supposer par exemple que dans une région relativement pauvre, les patients auront moins tendance à fréquenter les cliniques privées et se tourneront davantage vers le service public et donc les CHU. De ce point de vue, l'Île-de-France arrive largement en tête des régions les plus riches devant Rhône-Alpes, tandis que le Languedoc-Roussillon (CHU de Nîmes et de Montpellier), la Picardie (Amiens) et le Nord-Pas-de-Calais (Lille) ont le plus faible PIB par habitant.

Enfin, en calculant la part des séjours hospitaliers dans une région réalisés par des non-résidents de cette région, on détermine un taux d'entrée régional³. Le Nord-Pas-de-Calais (Lille) et la Haute-Normandie (Rouen) ont un taux d'accueil très faible de non-résidents (respectivement 2 % et 3 %), tandis que le Limousin (Limoges) se distingue par un taux très élevé (16 %), loin devant la Bourgogne (Dijon) qui arrive en deuxième po-

2. Il est impossible de calculer la part des habitants de 60 ans et plus ainsi que le PIB moyen par habitant dans un rayon de 100 km de distance pour chaque CHU. La taille d'un tel cercle de rayon de 100 km équivaut à peu près à la taille moyenne d'une région française. On choisit ainsi comme indicateur le PIB régional par habitant. La part des 60 ans et plus varie davantage, à l'intérieur d'une même région, d'un département à l'autre. Certaines régions possédant deux, voire trois CHU, il est préférable pour cet indicateur mesurant les patients potentiels proches d'opter pour un découpage départemental.

3. Le taux de fuite régional aurait également pu être utilisé, mais comme on ne dispose pas dans le PMSI des séjours des résidents français hospitalisés à l'étranger, il aurait été sous-estimé, en particulier pour les régions frontalières. Ce problème ne se pose pas avec le taux d'entrée puisqu'on dispose des séjours des étrangers hospitalisés sur le territoire français.

sition (10 %). Ces taux s'expliquent en grande partie par la position géographique des régions – ils sont logiquement plus faibles pour les régions périphériques – et des CHU à l'intérieur de celles-ci, mais également potentiellement par leur attractivité au niveau sanitaire⁴.

À partir de ces indicateurs, une typologie des CHU a été construite. Pour cela, une classification hiérarchique (voir encadré 1) est tout d'abord réalisée. L'arborescence obtenue suggère une partition en quatre groupes.

Le premier groupe contient les CHU des dix villes suivantes : Besançon, Brest, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Limoges, Nice, Poitiers, Tours et Strasbourg. Ces villes sont peuplées de 164 000 habitants en moyenne. Il s'agit d'un groupe d'établissements « moyens », dans le sens où les moyennes des indicateurs calculées sur les CHU de ce groupe ne sont pas très éloignées des moyennes, tous CHU confondus. Seules deux caractéristiques sont statistiquement significatives. Ces CHU sont dans des zones où coexistent peu de « gros » établissements (dans un rayon de 100 kilomètres) : 5,6 en moyenne contre 8,9 pour l'ensemble des CHU (voir tableau 2) et où la part des 60 ans ou plus est sensiblement plus élevée qu'ailleurs (14 % contre 13 % pour l'ensemble des CHU). Même si ce n'est pas rigoureusement le cas pour chacun des dix CHU

de la classe, ce groupe est donc celui des CHU situés dans des zones vieillissantes avec une faible offre de soins hospitaliers environnante.

Le deuxième groupe est également composé de dix CHU : Marseille, Bordeaux, Grenoble, Lille, Montpellier, Nancy, Nantes, Rennes, Toulouse et Lyon. Ceux-ci se caractérisent par un nombre d'activités de pointe autorisées beaucoup plus élevé qu'ailleurs (6 en moyenne), un poids plus faible accordé à la gériatrie (14 %) ou aux pathologies bénignes traitées aux urgences sans hospitalisation. Ces CHU sont dans l'ensemble situés dans des zones où la part des plus de 60 ans est faible (12 %). Par rapport aux CHU du premier groupe, ceux-ci sont situés dans des villes deux fois plus grandes (321 000 habitants en moyenne) et dans des régions plus urbaines, ce qui va de pair avec une offre hospitalière environnante plus importante. Ceci leur permet de se délester d'une part de leur activité dite « de proximité » et d'autre part de favoriser les activités « de pointe ».

Avec seulement six CHU, le troisième groupe est plus resserré. Les CHU d'Amiens, d'Angers, de Nîmes, de Reims, de Rouen et de Saint-Étienne le composent. Ils sont situés dans des villes de même taille que celles du premier groupe, avec 150 000 habitants en moyenne. Ces CHU se démarquent par un faible nombre d'activités de

Encadré 1 • la classification ascendante hiérarchique

La classification ascendante hiérarchique (CAH) est une technique qui permet de distinguer, au sein d'un échantillon, des sous-populations aussi homogènes que possible et d'en mesurer les distances, à partir de variables quantitatives. Ces distances sont utilisées afin d'établir une classification en arborescence. C'est la configuration de cet arbre (le dendrogramme) qui permet de tracer une coupure à un certain niveau d'agrégation. Cette coupure détermine le nombre de classes retenues pour la suite des événements.

Un des problèmes rencontrés est qu'il n'existe pas de méthode de mesure infaillible. On sait que des observations comportant n variables constituent k sous-nuages de points aux contours en principe flous et de formes pas toujours simples dans un espace à n dimensions. Mais tel instrument efficace pour mesurer un éloignement entre deux formes le sera moins pour mesurer un éloignement entre deux autres formes.

La méthode de Ward est la méthode la plus courante et celle utilisée ici. Elle consiste à réunir les deux groupes (*clusters*) dont le regroupement fera le moins baisser l'inertie interclasse. C'est la distance de Ward qui est utilisée pour cela : la distance entre deux classes est celle de leurs barycentres au carré, pondérée par les effectifs des deux *clusters*.

4. Voir à ce sujet une étude qui traite des mouvements de patients entre régions et départements : Expert A., Lè F., Tallet F., 2009, « Les disparités départementales des dépenses de santé », in Fénina A., Le Garrec M.-A., Duée M., Comptes nationaux de la santé 2008, *Document de travail*, série Statistiques n° 137, DREES, septembre.

Tableau 2 • moyennes des indicateurs par groupe de CHU

	Groupes de CHU*				
	1	2	3	4	Ensemble
Part du CHU dans l'activité MCO dans un rayon de 100 km	18,2	16,5	8,2	27,6	15,7
Nombre de « gros » établissements dans un rayon de 100 km	5,6	8,7	10,8	32,0	8,9
Indicateur sur les activités autorisées	3,5	6,0	2,0	7,0	4,2
Poids des pathologies bénignes	61,8	57,0	78,8	102,1	65,3
Poids de la gériatrie	18,2	14,0	20,6	15,1	17,1
Taux d'entrée régional	7,5	5,4	6,3	7,5	6,4
PIB par habitant de la région (en euros)	25 771	26 811	26 476	45 982	27 061
Part des 60 ans et plus dans le département	13,6	12,3	13,1	11,4	12,9
Score SIGAPS (rapporté au nombre de lits) **	13,9	20,0	11,9	33,0	16,4
Nombre d'internes (pour 100 lits) **	25,7	26,2	22,5	21,7	25,0

* Groupe 1 : les CHU situés dans des zones vieillissantes avec une faible offre hospitalière. Groupe 2 : les CHU de pointe, situés dans des zones dynamiques. Groupe 3 : les CHU de proximité, situés dans des zones où l'offre hospitalière est importante. Groupe 4 : l'AP-HP.

** Pour ces deux variables illustratives très sensibles à la taille des CHU, on neutralise cet effet taille en rapportant le score de chaque CHU au nombre de lits MCO en hospitalisation complète, puis on calcule une moyenne par groupe.

Note de lecture • La part du CHU dans l'activité MCO dans un rayon de 100km est en moyenne de 18,2 % pour les CHU situés dans des zones vieillissantes avec une faible offre hospitalière, de 16,5 % pour les CHU de pointe, situés dans des zones dynamiques, de 8,2 % pour les CHU de proximité, situés dans des zones où l'offre hospitalière est importante, et de 27,6 % pour l'AP-HP. Sur l'ensemble des CHU, cette part est en moyenne de 15,7%.

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE, données statistiques ; DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques.

pointe autorisées (2 en moyenne), une part importante de l'activité dédiée aux patients de 80 ans ou plus (21 %) ainsi qu'aux pathologies bénignes et un faible poids dans l'activité MCO réalisée dans un rayon de 100 kilomètres. Ce groupe, de par la répartition de son activité, est en quelque sorte l'opposé du deuxième groupe. Il se différencie du premier groupe principalement par une offre hospitalière beaucoup plus importante autour de lui. Les situations des CHU d'Amiens, Reims et Rouen se ressemblent en cela. Ils sont d'une part très entourés par de gros CH de plus de 300 lits et places : 12 dans la zone d'Amiens et de Rouen et 7 dans celle de Reims. Mais ils doivent de plus s'organiser avec la proximité de l'aimant qu'est l'AP-HP avec ses quatre groupements hospitaliers universitaires (voir encadré 2). Paris est en effet situé à moins de 130 kilomètres de ces trois villes. Les trois autres CHU, ceux d'Angers, de Nîmes et de Saint-Étienne, sont tous situés à moins de 100 km de CHU plus importants qu'eux, ce qui explique leur poids relativement faible dans l'activité du périmètre ainsi défini. Nîmes (54 000 séjours) et Saint-Étienne (62 000 séjours) font en effet figure de gros CH en comparaison de leurs voisins respectifs que sont respectivement Montpellier

(109 000 séjours) et Lyon (243 000 séjours). Le CHU d'Angers (71 000 séjours) doit, lui, composer avec la présence de deux autres CHU plus importants en termes de volume d'activité : Nantes (99 000 séjours) et Tours (90 000 séjours), ainsi qu'avec le CH du Mans qui figure parmi les plus gros de France (56 000 séjours). La présence de CHU « de pointe » non loin de ces six CHU du troisième groupe a ainsi tendance à restreindre leur attractivité, notamment concernant le traitement des pathologies complexes, la conséquence étant un recentrage de leur activité sur des pathologies *a priori* plus bénignes.

Enfin, le dernier groupe construit par cette méthode de classification contient uniquement l'entité juridique AP-HP, équivalente au regroupement des quatre GHU. Les indicateurs ont pourtant été choisis de manière à éviter de faire apparaître des « effets taille ». N'ont pas été retenues par exemple des variables comme le nombre de séjours dans le CHU ou le nombre d'habitants dans la région. Malgré tout, l'AP-HP, et sa région, ont des caractéristiques tellement éloignées du reste de la France métropolitaine qu'on ne peut la classer avec aucun autre CHU. En dépit d'un nombre très élevé d'autres « gros » établissements à

Encadré 2 • composition des quatre groupements hospitaliers universitaires (GHU) de l'AP-HP

Les quatre GHU ont été mis en place en juin 2003 avec pour finalité d'offrir aux usagers, au plus près de chez eux, une gamme de services cohérents, adaptés à leurs besoins sanitaires. Cette offre doit tenir compte de celle déjà existante dans le bassin de vie et anticiper les évolutions démographiques qui se dessinent. Seuls les établissements ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique ont été listés :

Groupe hospitalier universitaire Nord : Groupe hospitalier Paul Doumer, Hôpitaux Bretonneau, Lariboisière, Saint-Louis, Bichat, Robert Debré, Beaujon, Louis Mourier, René Muret, Avicenne, Jean Verdier et Charles Richet.

Groupe hospitalier universitaire Sud : Hôpitaux Clémenceau, Antoine Bécclère, Henri Mondor, Bicêtre, Émile Roux et Paul Brousse.

Groupe hospitalier universitaire Est : Hôpitaux Rothschild, Saint-Antoine, Trousseau, Pitié-Salpêtrière, Tenon, Joffe et Charles Foix.

Groupe hospitalier universitaire Ouest : Hôpitaux Hôtel-Dieu, Cochin, Necker, Vaugirard, Sainte-Périne – Chardon-Lagache, Broca, Georges Pompidou, Ambroise Paré, Raymond Poincaré et Corentin Celton.

proximité, la part de l'AP-HP dans l'activité MCO située dans un rayon de 100 km est prépondérante (28 %). Elle dispose, de plus, des sept autorisations nécessaires à une activité de pointe retenues dans cette étude. Cependant, malgré une activité de pointe très développée, le poids des passages aux urgences ne débouchant pas sur une hospitalisation (mesurant ici le poids des pathologies « bénignes », que l'on pouvait supposer être corrélé négativement à l'activité de pointe) est plus élevé qu'ailleurs. L'omniprésence sur le territoire régional de l'AP-HP via ses 35 établissements de court séjour, et donc la facilité d'accès à ses structures des urgences, y est pour beaucoup. Par contre, en raison notamment d'une population départementale et régionale relativement jeune, la part de son activité accordée à la gériatrie est assez faible (15 %). Enfin, outre la richesse économique de la région Île-de-France, celle-ci se distingue également par une forte attractivité au niveau sanitaire, puisque 7 % des séjours (entrées et venues) qui y sont réalisés sont le fait de patients ne résidant pas dans la région. Comme vu précédemment, cette proportion de non-résidents atteint par ailleurs 10 % pour les séjours réalisés à l'AP-HP, ce qui illustre le rôle d'aimant suprarégional de cette entité.

Pour résumer, les quatre groupes de CHU obtenus par la classification sont donc : les CHU isolés dans des zones vieillissantes ; les CHU de pointe, souvent situés dans des zones dyna-

miques du point de vue démographique ; ceux avec une part prépondérante d'activité de proximité, dans des zones où l'offre hospitalière environnante est importante ; et enfin l'APHP. Les poids respectifs de ces quatre groupes dans l'activité totale des CHU, mesurés en proportion du nombre d'entrées et venues, sont de 23 % pour le premier groupe, 40 % pour le deuxième, 12 % pour le troisième, et 25 % pour l'AP-HP. Cette classification, comme toute méthode statistique d'analyse de données, dépend des variables retenues. En ajoutant, supprimant, ou remplaçant certaines variables par d'autres, les frontières entre classes bougent. Cependant, si certains CHU peuvent changer de classe selon les variables explicatives choisies, la plupart d'entre eux se retrouvent souvent avec les mêmes entités d'une classification à l'autre.

Une activité de soins qui se répartit de manière très différente selon les groupes

Il existe plusieurs manières de mesurer la part de l'activité spécifique des CHU. Celle retenue ici consiste à regarder dans l'activité de chaque CHU le poids des GHM réalisés à plus de 50 % dans l'ensemble de ces établissements. De la même manière, on identifie l'activité de proximité, ou « activité CH », en retenant les GHM réalisés à plus de 50 % dans les centres hospitaliers (voir encadré 3).

Encadré 3 • mesure de l'activité spécifique (« U ») et de l'activité de proximité (« CH ») des CHU

Cette étude est réalisée à partir de la base 2007 du PMSI-MCO. Les séjours y sont répartis en groupes homogènes de malades (GHM), dont on utilise la version 9. Les séjours ne sont pas comptabilisés.

Les CHU accueillent environ 22 % des entrées et venues réalisées en médecine, chirurgie et obstétrique. Pour mesurer la part spécifique de l'activité des CHU (activité « U »), on choisit de retenir les GHM réalisés beaucoup plus fréquemment dans les CHU, c'est-à-dire ceux réalisés à plus de 50 % dans ce type d'établissement, soit plus de deux fois plus souvent que le GHM moyen. Ces GHM sont au nombre de 74 (en version 9) et ils correspondent à plus de 220 000 séjours réalisés dans les CHU, sur un total de 3,4 millions. Ces séjours se répartissent à part égale entre hospitalisation complète et hospitalisation partielle (moins d'un jour). Le poids de l'activité spécifique est mesuré uniquement sur l'hospitalisation complète. Parmi les séjours de moins d'un jour, il y a en effet beaucoup d'activités de type « exploration et surveillance », qui, dans leur majorité, ne sont pas caractéristiques de l'activité de pointe des CHU. Par ailleurs, le poids de ces GHM est mesuré en nombre de journées sur l'activité totale d'hospitalisation complète du CHU. Parmi les GHM dont le poids (en nombre de journées) est le plus élevé, on trouve par exemple : les craniotomies, la chirurgie de remplacement valvulaire, les nouveau-nés de moins de 1 000 grammes, les allogreffes de cellules souches et autres transplantations, les interventions pour traumatismes multiples graves, etc.

Attention, ce qui est appelé ici « activités spécifiques » s'apparente davantage aux « activités préférentielles » définies dans un récent rapport de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)¹. Les activités spécifiques décrites dans ce rapport couvrent en effet un champ plus restreint que dans notre étude, puisque l'ATIH ne retient que les activités effectuées à plus de 75 % dans les CHU (complétées par une liste d'activités plus étendue, faite à dire d'experts). Cependant, le terme « préférentielles » n'étant pas très explicite, on préfère également parler ici d'activités « spécifiques », en gardant à l'esprit que leur définition diffère de celle retenue par l'ATIH.

Pour mesurer la part de l'activité de proximité au sein de chaque CHU (activité « CH »), la méthode utilisée est sensiblement identique. Pour identifier cette activité « de proximité », les GHM réalisés à plus de 50 % dans les CH, toutes catégories d'établissements confondus, ont été retenus. Ils sont au nombre de 183 (en version 9) et correspondent à 810 000 séjours réalisés dans les CHU. Cette activité de proximité pouvant se traduire à la fois par des séjours courts ou des séjours longs, on conserve ici l'ensemble des hospitalisations, de plus ou de moins d'un jour. Leur poids est par contre toujours calculé en nombre de journées. Parmi les GHM sélectionnés de cette manière, on trouve par exemple : les affections du système nerveux, les œdèmes pulmonaires et la détresse respiratoire, les insuffisances cardiaques, les pneumonies et pleurésies banales, les accidents vasculaires cérébraux, etc. Les accouchements, dont on pourrait *a priori* penser qu'ils constituent une activité dite « de proximité », sont réalisés à moins de 50 % dans les CH et ne figurent donc pas dans cette liste. De la même manière que l'activité spécifique correspond à une activité « préférentielle CHU », l'activité de proximité correspond ainsi à une activité « préférentielle CH ».

Deux tiers des journées d'hospitalisation relevant de l'activité « spécifique CHU » concernent des séjours chirurgicaux et un tiers des séjours médicaux. La répartition est encore plus inégale pour « l'activité CH », puisque 93 % de ces journées relèvent de séjours médicaux, la chirurgie et l'obstétrique se partageant les 7 % restants.

Les activités « U » et « CH » représentent à elles deux environ 40 % de l'activité des CHU. Parmi les 60 % restants, les activités les plus fréquentes sont des opérations de chirurgie orthopédique, des accouchements par voie basse ou par césarienne, des soins palliatifs ou encore des cathétérismes vasculaires et coronariens.

1. Mendelsohn M., 2009, « L'activité des CHU dans le PMSI. Peut-on isoler l'activité spécifique des CHU ? », ATIH, juin. Disponible sur <http://www.atih.sante.fr>

Ainsi calculées, ces parts prennent pour chaque CHU les valeurs indiquées dans le tableau 3⁵. Il faudrait cependant analyser en détail l'activité de chaque CHU pour avoir une meilleure idée de la répartition de son activité. Ainsi, le CHU de Nancy se voit par exemple attribuer une part importante d'activité spécifique. Mais, comme indiqué dans le rapport de l'ATIH, ceci est en partie dû au fait qu'il n'y a pas d'activité de maternité et d'orthopédie dans ce CHU⁶, ce qui majore de manière mécanique les parts des autres activités réalisées.

À titre illustratif, les parts « U » et « CH » des quatre groupements hospitaliers universitaires de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris sont également renseignées. Le groupement Sud apparaît comme étant celui dont la part d'activité de proximité est la plus élevée, tandis que le groupement Nord est celui qui réalise le moins d'activité de pointe, en proportion de son activité totale. Les GHU Est et Ouest ont, quant à eux, une répartition similaire de ces deux types d'activité, avec relativement peu de soins de proximité. La même typologie que ci-dessus réalisée en prenant ces quatre groupements en lieu et place de la seule entité AP-HP ne modifie pas les résultats. Dans cette hypothèse, ils forment tous les quatre un groupe à part. En effet, certaines des variables explicatives du modèle étant des variables régionales, elles prennent les mêmes valeurs pour les quatre GHU et il est logique que ces derniers soient regroupés au sein de la même classe.

L'affichage des CHU sur des quadrants - séparés par des axes correspondant aux moyennes sur l'ensemble des CHU - permet de constater la corrélation négative évidente entre l'activité spécifique et l'activité de proximité (voir graphique 2).

Seul le CHU de Brest apparaît comme ayant à la fois une part d'activité spécifique et une part d'activité de proximité supérieures à la moyenne. En revanche, quatre CHU se situent au-dessous de la moyenne pour ces deux parts (Nice, Reims, Besançon et Limoges). Les CHU de Nîmes et de Rouen se distinguent respectivement par une très faible part d'activité spécifique et une très forte part d'activité de proximité. Ceux de Nantes et de Lille disposent des plus fortes parts consacrées aux activités de pointe.

Par ailleurs, les groupes obtenus *via* la classification ascendante hiérarchique apparaissent de manière assez distincte sur ce graphique. Les CHU « de pointe » se retrouvent notamment tous dans le même quadrant, avec une part « U » supérieure à la moyenne et une part « CH » inférieure à la moyenne. À l'inverse, tous les CHU du groupe défini comme étant celui des CHU « de proximité » (exception faite de Reims) se trouvent dans le quadrant opposé, avec une forte part « CH » et une faible part « U ».

Certaines des variables utilisées pour aboutir à cette classification, comme le poids de la gériatrie, des passages aux urgences non suivies d'une hospitalisation, ou l'indicateur sur les activités autorisées, peuvent s'apparenter à des proxys permettant de cerner la répartition de l'activité du CHU⁷. Il n'est donc pas étonnant de retomber sur une hiérarchisation des CHU assez proche avec les deux méthodes. En ce sens, la représentation graphique des parts « U » et « CH » a tendance à confirmer la pertinence des classes obtenues précédemment. Calculée en moyenne par groupe de CHU, la part « U » va ainsi de 7 % pour les CHU de proximité situés dans des zones avec une offre hospitalière environnante importante à 13 % pour les CHU de

5. Par rapport au classement obtenu par l'ATIH avec la méthode du seuil de 50 %, il y a quelques différences mais pas de grande révolution. Ces écarts dans le classement s'expliquent par des méthodes différentes, puisqu'on n'utilise pas la même version des GHM, que l'on compte ici en nombre de journées et pas en nombre de séjours, et que l'on supprime les séjours sans nuitée, tandis que l'ATIH supprime les séjours de moins de deux jours et les surveillances de greffe.

Par ailleurs, les deux approches « activité spécifique » et « activité de proximité » n'étant pas complémentaires l'une de l'autre, il est logique que leur somme ne fasse pas 100 %.

6. La situation est très particulière dans ce CHU puisqu'il existe une « maternité régionale universitaire » séparée juridiquement du CHU de Nancy.

7. Le poids des séjours aux urgences non suivis d'une hospitalisation et celui de la gériatrie sont d'ailleurs fortement liés à l'offre environnante ambulatoire en ville et à l'offre médico-sociale en soins de suite et de réadaptation, non appréhendées dans la première partie : ces indicateurs vont au-delà de la simple place du CHU dans l'activité d'hospitalisation de court séjour.

Tableau 3 • poids des activités spécifiques et de proximité (pondéré par le nombre de journées)

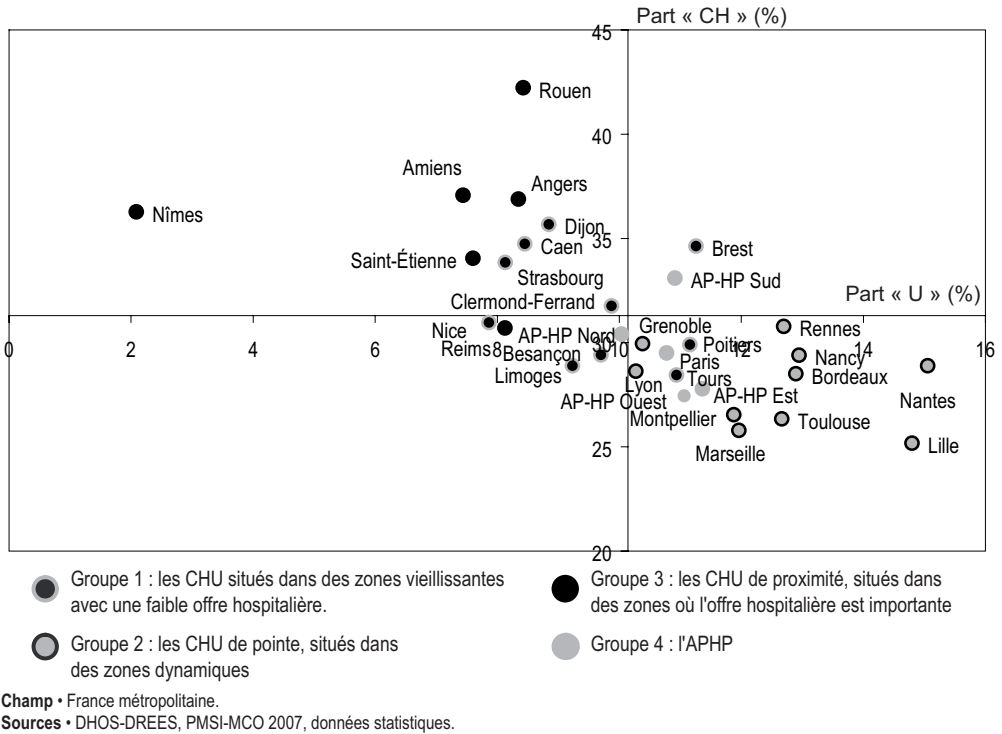
	Poids de l'activité spécifique ("U")	Poids de l'activité de proximité ("CH")
Moyenne ¹ sur l'ensemble des CHU	10,1	31,3
Groupe 1 : les CHU situés dans des zones vieillissantes avec une faible offre hospitalière	9,6	31,8
Brest	11,3	34,6
Poitiers	11,2	29,9
Tours	10,9	28,4
Clermont-Ferrand	9,9	31,8
Besançon	9,7	29,4
Limoges	9,2	28,9
Dijon	8,8	35,7
Caen	8,5	34,7
Strasbourg	8,1	33,8
Nice	7,9	31,0
Groupe 2 : les CHU de pointe, situés dans des zones dynamiques	12,6	28,0
Nantes	15,1	28,9
Lille	14,8	25,2
Nancy	12,9	29,4
Bordeaux	12,9	28,5
Rennes	12,7	30,8
Toulouse	12,7	26,3
AP-Hôpitaux de Marseille	12,0	25,8
Montpellier	11,9	26,5
Grenoble	10,4	29,9
Hospices Civils de Lyon	10,3	28,6
Groupe 3 : les CHU de proximité, situés dans des zones où l'offre hospitalière est importante	7,0	36,2
Rouen	8,4	42,2
Angers	8,4	36,9
Reims	8,1	30,7
Saint-Étienne	7,6	34,0
Amiens	7,4	37,1
Nîmes	2,1	36,3
Groupe 4 : l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris	10,8	29,5
AP-HP Est	11,4	27,8
AP-HP Ouest	11,1	27,4
AP-HP Sud	10,9	33,1
AP-HP Nord	10,0	30,4

1. Moyenne non pondérée par le volume d'activité, chaque CHU a donc le même poids.

Champ • France métropolitaine.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques.

Graphique 2 • lien entre part de l'activité spécifique (« U ») et de proximité (« CH ») pour chaque CHU de France métropolitaine



pointe situés dans des zones dynamiques. C'est le contraire pour la part « CH » : maximale pour les premiers cités (36 %) et minimale pour les seconds (28 %). Déjà mise en évidence lors de l'affichage des CHU sur les quadrants, la corrélation négative entre part « U » et part « CH » apparaît tout aussi nettement parmi les groupes de CHU.

En ce qui concerne l'activité de recherche, la seule variable à notre disposition est le score SIGAPS (Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques). Celui-ci est fondé sur un calcul bibliométrique, accordant des points aux auteurs d'articles dans des journaux indexés dans Medline, la plus grande base bibliographique biomédicale mondiale, en fonction du facteur d'impact de la revue et du rang des auteurs. Il s'agit donc d'un indicateur de performance de l'établissement en matière de recherche. Cet indicateur dépendant très fortement de la taille de l'établissement, on le rapporte ici au nombre de lits en hospitalisation complète pour neutraliser cet effet taille. Il n'en reste pas moins très discriminant selon nos quatre groupes

de CHU (voir tableau 2). L'AP-HP sort complètement du lot. Suivent les CHU du deuxième groupe, c'est-à-dire les CHU de pointe, qui apparaissent également comme ceux accordant une plus grande part à la recherche. Les CHU du groupe 3, ayant davantage une activité de proximité, sont ceux dont les score SIGAPS rapportés à leur taille sont les plus faibles. Cette étude se concentrant sur la mission d'offre de soins des CHU et non sur leur mission de recherche, cette variable n'a toutefois pas été prise en compte lors de la construction de la classification et ne figure ici qu'au titre de variable illustrative.

De la même manière, le nombre d'internes pour 100 lits MCO illustre la mission de formation des CHU. La même hiérarchie entre groupes apparaît à travers cet indicateur du poids de la formation. Une exception subsiste : l'AP-HP, avec moins de 22 internes pour 100 lits MCO, dispose du score le plus faible des quatre groupes. Le groupe des CHU « de pointe » est par contre celui qui semble accorder le plus de poids à la formation, avec un ratio de 26 internes pour 100 lits en moyenne.

En définitive, si les CHU forment certes un groupe très hétérogène avec des situations extrêmement variées, il est cependant possible d'opérer des regroupements plus homogènes. La situation démographique de la zone dans laquelle ils sont situés ainsi que la structure d'offre hospitalière de cette zone influent grandement sur la répartition de leur activité. Si beaucoup d'établissements situés non loin d'un CHU le concurrencent sur son activité de pointe, celui-ci ne peut la développer. Mais s'il y a trop peu d'offre de soins alentours pour gérer l'activité de proximité, et ainsi notamment désengorger les structures des urgences, alors le CHU se voit contraint d'en assumer en grande partie la charge, ce qui se fait au détriment de ses activités plus spécifiques.

Mission de soins et part d'activité spécifique CHU : l'exemple de deux CHU aux caractéristiques opposées

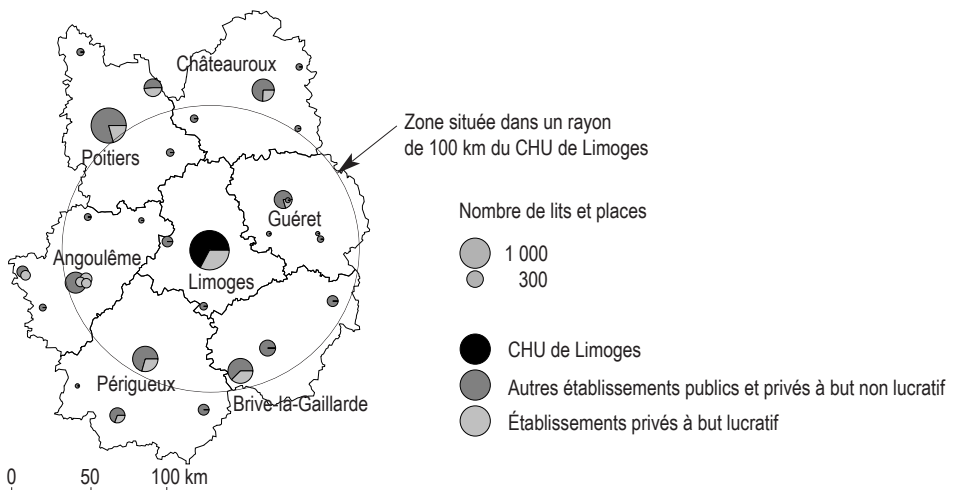
En 2007, 48 000 séjours en hospitalisation complète et 17 000 séjours en hospitalisation partielle ont eu lieu au CHU de Limoges (groupe 1). Un volume d'activité nettement en deçà du CHU de Nantes (groupe 2), qui a totalisé 63 000 séjours

en hospitalisation complète et 36 000 séjours en hospitalisation partielle. Au regard des populations respectives des départements et des régions⁸ dans lesquels sont situés ces CHU, cette différence n'a rien d'étonnant. Mais au-delà de ces écarts de volumes d'activité et de population, ce qui différencie le plus ces deux établissements réside dans la structure de l'offre hospitalière environnante.

Une structure d'offre hospitalière centralisée d'un côté et dispersée de l'autre

Au regard des autres établissements de santé situés dans une zone de 100 kilomètres à vol d'oiseau, le CHU de Limoges apparaît comme étant en situation de quasi monopole. En effet, les seuls établissements d'au moins 300 lits et places qui l'entourent sont le CH de Brive-la-Gaillarde (425 lits et places), le CH de Périgueux (497) et le CH d'Angoulême (483) - et encore ceux-ci sont situés à environ 80 kilomètres de Limoges (voir carte 3). Aucun autre CHU, aucun centre de lutte contre le cancer dans un rayon de 100 kilomètres ne sont présents. Seulement sept cliniques privées d'au moins 100 lits et places sont situées dans ce périmètre. Cette situation est drastique-

Carte 3 • lits et places MCO en Haute-Vienne et départements limitrophes



Champ • Haute-Vienne et départements limitrophes.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques.

8. En 2008, on dénombre 3,5 millions d'habitants dans les Pays de la Loire et 735 000 dans le Limousin.

ment opposée à celle du CHU de Nantes : en effet, dans un rayon de 100 km, deux autres CHU (Angers et Rennes), trois CH (Cholet, La Roche-sur-Yon et Saint-Nazaire), deux centres de lutte contre le cancer (à Rennes et à Saint-Herblain), ainsi que huit cliniques privées d'au moins 100 lits et places sont présents (voir carte 4).

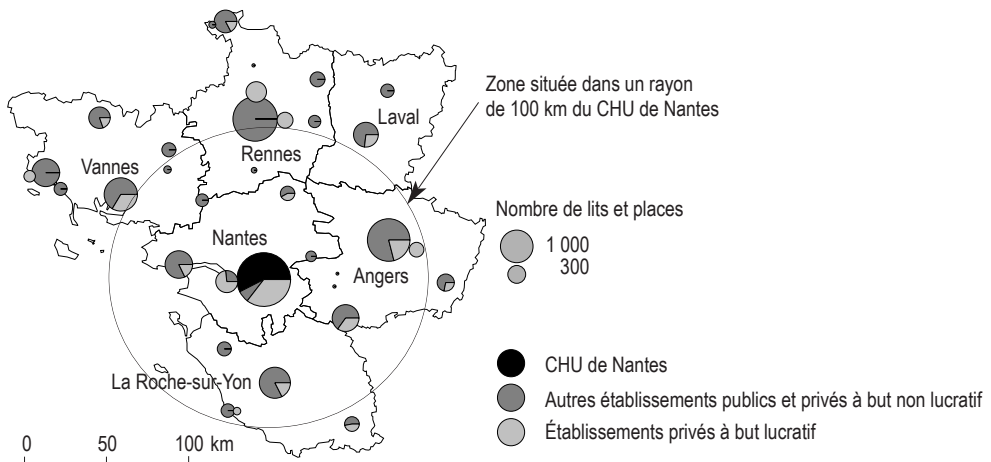
Les comparaisons suivantes sont souvent réalisées au niveau départemental. Il est en effet impossible de calculer la plupart des indicateurs en prenant pour découpage un rayon de 100 km autour du CHU, et pour les deux CHU étudiés, la région ne semble pas non plus être le périmètre le mieux adapté. Dans le premier cas, le CHU de Nantes ne se situe pas du tout au centre de sa région et est plus proche de la Bretagne que de certains départements des Pays de la Loire. Dans l'autre cas, le Limousin étant une région de taille relativement restreinte, le périmètre de 100 km autour du CHU de Limoges dépasse les frontières de sa région.

Ainsi, la densité en offre de soins s'explique mieux par la densité de population départementale : 1,2 million d'habitants et 181 hab./km² en Loire-Atlantique contre 370 000 habitants et une densité de 67 hab./km² en Haute-Vienne. Il est par conséquent logique d'avoir un département mieux pourvu quantitativement que l'autre en termes de lits et places. En rapportant le nombre

de lits et places dans les deux départements (environ 4 200 en Loire-Atlantique et 1 900 en Haute-Vienne) à la population, la Haute-Vienne est d'ailleurs la mieux dotée (5,1 lits et places pour 1 000 habitants contre 3,4 en Loire-Atlantique). Il faut toutefois prendre en compte la structure démographique d'un département pour déterminer ses besoins en lits et places, et en cela la Haute-Vienne, avec une population plus âgée que la Loire-Atlantique, a davantage de besoins. Ainsi, la part des séjours des patients âgés de plus de 50 ans n'est par exemple que de 46 % au CHU de Nantes contre 58 % au CHU de Limoges. À pathologies équivalentes, la durée moyenne de séjour augmente avec l'âge. Il est donc nécessaire qu'il en soit de même pour les capacités d'accueil.

Le poids et le rôle que les CHU ont à jouer dans l'ensemble des hospitalisations diffèrent d'un département à l'autre. Si la population en Loire-Atlantique est plus de trois fois plus importante que celle de la Haute-Vienne, ce n'est pas pour autant que le CHU de Nantes (1 563 lits et places) a des capacités trois fois plus élevées que le CHU de Limoges (1 143 lits et places). L'offre de soins alternative au CHU de Nantes joue donc un rôle capital. En effet, en 2007, sur l'ensemble des séjours hospitaliers réalisés par les habitants de Loire-Atlantique, 24 % ont eu lieu au CHU de

Carte 4 • lits et places MCO en Loire-Atlantique et départements limitrophes



Champ • Loire-Atlantique et départements limitrophes.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques.

Nantes, 71 % dans un autre établissement du département et 5 % en dehors du département. La situation est très différente en Haute-Vienne, où les alternatives au CHU de Limoges sont beaucoup plus limitées. De fait, 48 % des séjours réalisés par les habitants de la Haute-Vienne se sont déroulés au CHU de Limoges, 48 % dans un autre établissement du département et 4 % hors du département.

Ainsi, la part des séjours du CHU de Nantes consacrée aux habitants de son département est deux fois moins élevée que celle du CHU de Limoges. On peut donc s'interroger sur la nature de ces séjours. Les deux CHU accordent la même part de leur activité à des activités dites « de proximité » (« part CH »). Par contre, le CHU de Nantes accorde une place prépondérante à son activité dite « de pointe » (« part U »), ce qui n'est pas le cas du CHU de Limoges qui se situe en deçà de la moyenne des CHU à ce niveau. Quelles sont les activités assurées par le CHU de Limoges qui sont en Loire-Atlantique assurées par les autres établissements que le CHU de Nantes, et comment s'organise cette répartition des tâches ?

Des palettes d'activité qui s'adaptent à la structure de l'offre environnante

En 2007, 290 000 séjours hospitaliers ont concerné les habitants de Loire-Atlantique et 88 000 séjours ceux de Haute-Vienne. Grâce à la nomenclature OAP⁹, on peut regarder, pour chaque ligne de produits, la proportion de ces séjours réalisée dans le CHU du département et la proportion réalisée ailleurs. Pour un produit donné, ces proportions peuvent être très proches d'un département à l'autre ou très différentes. Sur l'ensemble des produits, ces parts sont de 24 % à Nantes¹⁰ et de 48 % à Limoges, soit un écart

du simple au double. Si, pour un produit donné, l'écart est quasi-nul, alors cela signifie que ce produit a la même propension à être traité dans un CHU, indépendamment de l'offre hospitalière environnante. À l'inverse, si l'écart va du simple au quadruple, voire davantage, alors il s'agit d'un produit très sensible à l'offre environnante alternative.

En utilisant cette grille de lecture, l'hypothèse implicite faite ici est que les habitants des deux départements souffrent à peu près des mêmes pathologies, et ce dans les mêmes proportions. Leur structure d'âge étant différente, cette hypothèse n'est sans doute pas vérifiée au sens strict. Afin de se prémunir d'un effet structure par âge de la population, seuls les produits pour lesquels les écarts sont soit très faibles, soit très élevés sont retenus ; le volume des séjours doit également être suffisamment important. Ainsi, parmi les quelques exemples de produits très sensibles à la présence d'une offre alternative figurent, entre autres, les chirurgies de la main et du poignet, les cataractes et les amygdalectomies (voir tableau 4). Ces interventions sont relativement standardisées, peu risquées et peu coûteuses en termes de temps d'opération et de durées d'hospitalisation. En ce qui concerne la chirurgie de la cataracte, les habitants de Loire-Atlantique ayant recours à ce type d'intervention se font opérer à hauteur de 97 % dans des cliniques privées, ne laissant à cette intervention qu'une portion congrue au CHU de Nantes (2 %). Pour les séjours des habitants de Haute-Vienne, la part de l'activité ainsi réalisée par des cliniques privées pour cette opération est de 69 %.

Pour les tumeurs malignes du sein, l'explication est différente. En raison d'une absence de centre de lutte contre le cancer dans le département de Haute-Vienne, ces séjours se répartissent entre le CHU de Limoges (28 %) et les cliniques pri-

9. Outil d'analyse du PMSI, nomenclature réalisée par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Chaque GHM y est classé selon son type (médical, chirurgical ou obstétrique) et la lourdeur des prises en charge qui le caractérisent. Les GHM sont ensuite regroupés en lignes de produits. Les lignes de produits sont enfin classées dans des pôles d'activité correspondant pour la plupart à des spécialités d'organe.

10. Dans le rapport de l'ATIH sur l'activité des CHU, celui de Nantes est mentionné comme faisant partie de ceux qui ont les taux de DAS (diagnostic associé significatif) les plus faibles. Cette singularité - qui provient sans doute d'un codage moins exhaustif - conduit à un faible taux de CMAS (complication et morbidité associée sévère) et donc à des niveaux de sévérité moindres au sein des GHM groupés en version 11. Dans cette étude, le travail est réalisé à partir des données 2007, en utilisant la version 9 des GHM. Les CMAS influant peu sur la segmentation des GHM avant la version 11, le fait de faire un zoom sur l'activité du CHU de Nantes ne pose *a priori* pas de problème de comparaison.

Tableau 4 • parts des CHU de Limoges et Nantes dans les séjours des habitants de leur département pour quelques produits

	Part du CHU de Limoges parmi les séjours des habitants de Haute-Vienne (en %)	Part du CHU de Nantes parmi les séjours des habitants de Loire-Atlantique (en %)
Produits sensibles à l'offre		
Chirurgies de la main et du poignet	33	5
Amygdalectomies, végétations et drains trans-tympaniques	48	4
Cataractes	22	2
Tumeurs malignes du sein	28	3
Toxicomanies et alcoolisme	86	10
Produits insensibles à l'offre		
Pathologies rachis	34	46
Cardiaque, autres*	41	41
Cardiopathies, valvulopathies	43	41
Troubles du rythme/conduction	29	26
Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	41	51

* Interventions cardiothoraciques, syncopes et lipothymies, douleurs thoraciques et autres affections de l'appareil circulatoire.

Champ • Haute-Vienne et Loire-Atlantique.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques.

vées (68 %). Pour cette pathologie, les séjours des habitants de Loire-Atlantique se répartissent, quant à eux, davantage entre cliniques privées (49 %) et établissements privés à but non lucratif (42 %). Le principal acteur dans ce dernier secteur est le centre de lutte contre le cancer René Gauducheau, situé non loin de Nantes, qui propose ainsi une offre alternative et complémentaire au CHU. La prise en charge de ces tumeurs par les établissements publics s'en trouve très réduite (9 %, dont 3 % pour le CHU de Nantes).

D'autres produits, ceux définis – *a posteriori* – comme étant « insensibles à l'offre », sont réalisés à peu près dans la même proportion dans ces deux CHU, que l'offre alternative soit faible comme en Haute-Vienne ou prolifique comme en Loire-Atlantique. De nombreuses activités de pointe figurent parmi ces produits, mais elles sont souvent associées à un faible nombre de séjours. Or ne sont retenues ici comme exemples que celles qui ont des volumes importants. C'est notamment le cas des cardiopathies et valvulopathies et des troubles du rythme cardiaque

(arythmies) et de la conduction. Toutes ces pathologies liées au cœur, tout comme les embolies pulmonaires, nécessitent des traitements souvent complexes, coûteux et risqués pour le patient. Dès lors, même si quelques cliniques privées pratiquent une chirurgie coûteuse et de pointe, elles ont dans leur ensemble moins tendance à venir concurrencer le CHU de Nantes sur ces pathologies que sur la chirurgie de la main ou la cataracte, par exemple. Ceci a pour conséquence de laisser le CHU de Nantes en situation de quasi-monopole sur certaines interventions, situation que connaît le CHU de Limoges sur un éventail de pathologies beaucoup plus large.

Cette moindre présence d'une offre hospitalière alternative au CHU de Limoges a pour conséquence de disperser davantage son offre de soins, la part de l'activité consacrée aux soins spécifiques y est donc moins importante qu'au CHU de Nantes. Cependant, ce n'est pas pour autant que le CHU de Limoges ne remplit pas sa mission d'assurer les soins les plus complexes auprès de la population desservie. Pour avoir une

idée de la capacité à remplir cette mission, il faudrait tout d'abord définir une zone d'attraction pour chaque CHU, pour pouvoir ensuite mesurer la part des patients de chaque zone qui, pour des pathologies complexes, vont se faire soigner au CHU, et la part de ceux qui vont se faire soigner ailleurs. Mais la définition de telles « zones de chalandise » nécessiterait des travaux complexes (calculs de distances d'accès aux soins, de temps de parcours, etc.) qui ne sont pas l'objet de cette étude.

Conclusion

Les 27 CHU de France métropolitaine occupent une place prépondérante dans le paysage hospitalier et en particulier dans les soins de court séjour. Si ce groupe est souvent considéré comme très hétérogène au niveau des capacités d'hospitalisation et des volumes d'activité, il l'est également en termes de pathologies traitées et de répartition de l'activité. Une partie de ces différences peut néanmoins être expliquée par les disparités entre patientèle accueillie d'un CHU à l'autre.

Au-delà de ces éléments sur l'activité des CHU et les bassins de population dans lesquels ils se trouvent, la prise en compte de données supplémentaires concernant l'offre alternative en soins hospitaliers permet de dégager une typologie. On distingue ainsi quatre groupes de CHU plus homogènes entre eux que l'hétérogénéité globale pouvait le laisser supposer : les CHU situés dans des zones vieillissantes avec une faible offre de soins hospitaliers ; les CHU de pointe, situés dans des zones dynamiques ; les CHU de proximité, situés dans des zones où l'offre hospitalière environnante est importante ; et pour finir l'AP-HP, CHU aux caractéristiques très particulières.

L'analyse de la répartition de l'activité de ces CHU entre activité spécifique (« U ») et activité de proximité (« CH ») confirme la pertinence des groupes obtenus. Elle corrobore l'influence de la situation démographique et de la structure locale d'offre de soins hospitaliers sur la répartition de l'activité des CHU. Ainsi, si l'offre alternative locale est abondante et ciblée sur des activités de pointe, alors le CHU ne peut développer ces activités spécifiques. À l'inverse, s'il y a trop peu de structures d'accueil alentours pour gérer l'activité de proximité, et ainsi notamment désengorger les structures des urgences, alors le CHU se voit contraint d'en assumer en grande partie la charge, ce qui se fait au détriment de ses activités plus spécifiques.

Le zoom sur les CHU de Nantes et Limoges illustre des situations très différentes. D'un côté, une structure d'offre hospitalière très dispersée et un rôle capital joué par l'offre alternative au CHU, d'où la possibilité pour le CHU de Nantes d'affecter une part importante de ses ressources aux activités spécifiques, mais en parallèle une concurrence accrue sur certaines interventions jugées rentables. De l'autre côté, une structure d'offre hospitalière centralisée et un CHU qui doit répondre à toutes les attentes. En résulte une répartition de l'activité beaucoup plus diffuse et une part moindre consacrée aux soins spécifiques.

Une analyse plus fine des bassins de patientèle des CHU – bassins pouvant être définis notamment à l'aide d'un calcul des distances entre patients et hôpital – pourrait constituer un prolongement intéressant à cette étude. L'élargissement du champ aux centres hospitaliers de taille importante pourrait également permettre d'analyser les différences existant réellement entre ceux-ci et certains CHU, notamment ceux appartenant au groupe des CHU de proximité.

Annexe 1 • quelques chiffres sur les 27 CHU de France métropolitaine

Raison sociale	Nombre de sites du CHU	Nombre de lits et places en MCO	Nombre de séjours en MCO (hospit. complète et partielle)	Répartition des séjours en médecine / chirurgie / obstétrique, en %	Âge moyen des patients	Durée moyenne de séjour (en jours)
AP-HOPITAUX DE PARIS	42	14 500	867 000	74 / 19 / 7	48	7,1
CHU DE REIMS	9	1 200	63 000	68 / 27 / 5	48	7,2
CHU D'AMIENS	6	1 200	72 000	68 / 25 / 7	47	6,9
CHU DE ROUEN	7	1 800	98 000	73 / 21 / 6	46	7,1
CHU DE TOURS	4	1 400	90 000	66 / 26 / 8	46	6,0
CHU DE CAEN	4	1 300	73 000	66 / 25 / 9	48	6,7
CHU DE DIJON	5	1 100	66 000	69 / 24 / 7	50	7,0
CHU DE LILLE	14	2 200	137 000	69 / 24 / 7	42	6,2
CHU DE NANCY ¹	7	1 700	101 000	78 / 21 / 1	47	6,9
HOPITAUX UNIV. DE STRASBOURG	8	2 100	119 000	72 / 23 / 5	48	7,9
CHU DE BESANÇON	2	1 200	65 000	69 / 25 / 6	49	7,0
CHU DE NANTES	18	1 600	99 000	67 / 25 / 8	45	7,1
CHU D'ANGERS	3	1 200	71 000	70 / 21 / 9	47	6,8
CHU DE RENNES	6	1 500	91 000	68 / 21 / 11	47	6,9
CHU DE BREST	10	1 000	63 000	73 / 22 / 5	50	6,8
CHU DE POITIERS	3	1 100	73 000	71 / 22 / 7	53	6,0
CHU DE BORDEAUX	8	2 800	171 000	77 / 19 / 4	48	7,0
CHU DE TOULOUSE	12	2 200	164 000	76 / 20 / 4	46	5,6
CHU DE LIMOGES	6	1 100	65 000	67 / 27 / 6	52	6,2
HOSPICES CIVILS DE LYON	21	3 900	243 000	71 / 21 / 8	48	6,6
CHU DE GRENOBLE	6	1 500	82 000	67 / 27 / 6	48	7,0
CHU DE SAINT-ÉTIENNE	13	1 100	62 000	69 / 24 / 7	50	7,1
CHU DE CLERMONT-FERRAND	6	1 300	73 000	67 / 26 / 7	49	6,9
CHU DE MONTPELLIER	7	1 800	109 000	72 / 22 / 6	46	6,5
CHU DE NIMES	7	800	54 000	68 / 22 / 10	52	7,0
AP-HOPITAUX DE MARSEILLE	9	2 900	178 000	72 / 21 / 7	46	6,7
CHU DE NICE	6	1 300	85 000	71 / 23 / 6	51	6,4
MOYENNE HORS AP-HP	8	1 627	98 731	70 / 23 / 7	48	6,8

1. Le CHU de Nancy ne possède pas de maternité, ce qui réduit le nombre de séjours en obstétrique à portion congrue et fait mécaniquement augmenter la part des deux autres disciplines.
Champ • France métropolitaine.
Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques ; DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques.

Annexe 2 • les variables explicatives utilisées pour la classification ascendante hiérarchique (CAH)

Ville du CHU	Activités autorisées	Part des 60 ans et plus dans le département (en %)	PIB 2007 par habitant de la région (en €)	Taux d'entrée régional (en %)	Poids des pathologies bénignes ¹	Part des séjours des 80 ans ou plus (en % des journées)	Nombre de « gros » établissements dans la zone du CHU	Part du CHU dans l'activité MCO dans un rayon de 100 km (en %)
Groupe 1 : les CHU situés dans des zones vieillissantes avec une faible offre hospitalière								
BESANÇON	2	12,8	24 696	4,2	60,2	19,1	6	14,5
BREST	2	14,2	26 322	4	72,8	18,4	3	25,3
CAEN	4	12,9	24 526	8,1	58,7	18,1	8	15,8
CLERMONT-FERRAND	4	14,1	24 715	9,1	62,2	16,8	6	21,2
DIJON	3	12,8	26 075	9,9	53,3	21,8	6	14,3
LIMOGES	4	14,8	24 518	16,5	55,4	16,4	4	20
NICE	5	15,8	28 347	5,4	84,4	17,2	6	20,8
POITIERS	2	13,6	25 035	6,1	45,5	19,0	4	16,8
TOURS	4	13,4	26 328	5,2	61,2	16,5	7	13,7
STRASBOURG	5	12,0	27 148	6,2	64,2	18,5	6	19,8
Groupe 2 : les CHU de pointe, situés dans des zones dynamiques								
MARSEILLE	6	13,5	28 347	5,4	89,2	13,0	8	18,4
BORDEAUX	5	12,5	27 396	7,1	34	15,1	3	31,8
GRENOBLE	6	12,2	30 043	5,5	60,7	17,9	9	7,7
LILLE	6	11,1	23 822	2,4	43,4	8,5	14	11,3
MONTPELLIER	6	14,2	23 507	7,4	50,9	12,6	5	14,6
NANCY	6	12,5	24 065	3,8	50,6	14,2	4	14,9
NANTES	7	12,1	27 146	6,9	66,5	15,2	10	13
RENNES	4	11,6	26 322	4	57,6	15,5	12	10,9
TOULOUSE	7	11,4	27 419	6,2	41,8	13,5	9	23,1
LYON	7	12,0	30 043	5,5	74,9	14,8	13	18,9
Groupe 3 : les CHU de proximité, situés dans des zones où l'offre hospitalière est importante								
AMIENS	2	12,5	23 603	5,5	65,1	19,6	16	5,7
ANGERS	2	12,3	27 146	6,9	54,1	20,3	10	8,3
NÎMES	0	14,7	23 507	7,4	78,2	22,6	5	6,5
REIMS	2	12,1	27 421	8,8	84,2	18,9	10	11
ROUEN	4	12,5	27 135	3,4	82,7	21,9	14	11,3
SAINT-ÉTIENNE	2	14,3	30 043	5,5	108,5	20,3	10	6,2
Groupe 4 : l'AP - Hôpitaux de Paris								
PARIS	7	11,4	45 982	7,5	102,1	15,1	32	27,6
MOYENNE des 27 CHU	4,2	12,9	27 061	6,4	65,3	17,1	8,9	15,7

1. Poids des passages aux urgences ne débouchant pas sur une hospitalisation. Au dénominateur figure le nombre total de séjours hospitalisés dans le CHU. Il peut donc être supérieur à 100 % quand le nombre de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation est plus élevé que le nombre d'hospitalisations.

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques ; DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques ; données INSEE 2007.

Les rémunérations dans les établissements de santé. Comparaisons sur l'ensemble du secteur hospitalier en 2007

Johanne AUDE et Denis RAYNAUD (DREES)

À caractéristiques identiques des salariés, les établissements de santé publics offrent des rémunérations horaires nettes plus élevées que les établissements privés (hors médecins). Parmi les établissements de plus petite taille, ce sont les salariés des établissements publics qui sont les mieux rémunérés : en 2007, leurs salaires nets sont « toutes choses égales par ailleurs » supérieurs de 9,5 points à ceux des établissements privés anciennement sous objectif quantifié national (ex-OQN). Cet écart est d'autant moins marqué que les établissements sont de grande taille : « toutes choses égales par ailleurs », il s'établit à 6 points en 2007 entre les grandes cliniques privées et les établissements publics de taille comparable (entre 350 et 1 000 salariés). En ce qui concerne les établissements privés anciennement sous dotation globale (ex-DG), les salaires horaires nets versés aux personnels en 2007 apparaissent « toutes choses égales par ailleurs » inférieurs de 5 à 7 points aux salaires versés dans les établissements publics de taille comparable. Les travaux seront poursuivis pour passer de la mesure des écarts de salaires à la mesure des écarts de coût du travail, intégrant les différences de charges entre secteurs.

Les charges de personnel sont le principal poste de charges pesant sur les établissements de santé. La masse salariale représente en 2007 les deux tiers des charges des hôpitaux publics et près de 45 % des charges des cliniques privées ex-OQN. Ces deux proportions ne sont cependant pas directement comparables car elles ne recouvrent pas exactement le même champ. D'une part, elles incluent les salaires des médecins dans les établissements publics mais pas les honoraires que perçoivent les médecins dans les cliniques ex-OQN. D'autre part, quelle que soit la

nature des activités considérées en dehors de l'activité de soins *stricto sensu*, le secteur privé externalise certaines tâches (blanchisserie, restauration, etc.) dans des proportions beaucoup plus élevées que le secteur public, ce qui fait mécaniquement baisser la masse salariale (Cordier, 2008).

L'objectif de cette étude est de mesurer les écarts de salaires dans les établissements de santé en fonction de leur mode de financement. Il s'agit d'une première étape nécessaire avant une étude qui élargirait la problématique aux écarts de coût

du travail. Si de précédents travaux (Collet, 2005a) ont déjà été menés sur le sujet des écarts de salaires, la présente étude prend en compte le lien entre les salaires versés et la taille des établissements de santé. En effet, la taille des établissements de santé, au moins à court terme, est un facteur exogène (Pouvourville, 2006). De plus, même à moyen terme, compte tenu des exigences qui s'imposent aux hôpitaux publics afin de garantir l'existence d'une offre de soins sur un territoire, la taille des établissements est un paramètre difficilement modulable, alors que des cliniques privées peuvent se spécialiser plus facilement sur quelques segments de l'offre de soins (Lombardo, 2008) et sont, de fait, de plus petite taille que la plupart des hôpitaux publics.

Dans un premier temps, les principaux « effets de structure » ayant un impact sur les écarts de rémunération ont été identifiés et analysés. Dans un second temps, l'étude est complétée par l'estimation d'une équation de salaire qui permet de calculer les écarts de salaires entre établissements en fonction de leur taille et de leur mode de financement. Cette estimation prend en compte les différents effets de structure qui peuvent exister.

Des effets de structure à prendre en compte pour comprendre les écarts de salaires entre secteurs

Cette partie dresse un bilan statistique de la situation salariale du secteur hospitalier selon le mode de financement des établissements en 2007. Les écarts de rémunérations sont présentés. L'étude du lien entre les caractéristiques structurelles de la rémunération – structure de qualification, d'âge, de sexe, localisation géographique, taille de l'établissement – et les salaires versés permet d'estimer un effet propre à chaque type d'établissement.

Cet exercice de comparaison s'appuie sur les déclarations annuelles de données sociales (DADS – voir encadré 1). Ces données incluent les salaires nets et les salaires bruts perçus par les salariés, mais excluent les cotisations employeurs et ne permettent donc pas d'étudier les écarts de coût total du travail entre établissements. Soulignons, d'une part, que seuls les résultats correspondant aux salaires nets sont présentés ici et, d'autre part, que bien qu'ils n'aient pas été présentés ici pour des problèmes de lisibilité, ces cal-

Encadré 1 • sources, champs, définitions et concepts

Les Déclarations annuelles de données sociales (DADS)

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. Sont concernés la majorité des employeurs, y compris les entreprises nationales, les administrations publiques et les collectivités territoriales, etc. Au total, sont donc couverts par l'exploitation statistique des DADS, près de 75 % des emplois salariés. Les 25 % restants concernent la fonction publique d'État, les services domestiques et les activités extra-territoriales.

Les DADS permettent de comparer les rémunérations versées par les établissements de santé publics à celles des établissements 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 (identification, nature de l'emploi, périodes d'emploi, nombre d'heures salariées, montant des rémunérations avant et après déduction des cotisations sociales).

Champ de l'étude

Les analyses présentées ici s'appuient sur les échantillons au 1/12e des DADS 2007. Elles portent sur les salariés des établissements dont l'activité économique principale (APE) relève des activités hospitalières (851A). Dans la présente étude, n'ont été retenues que les seules observations de postes relevant de périodes « non annexes » – c'est-à-dire telles que le volume de travail associé (mesuré conjointement par la rémunération, le nombre d'heures et la durée de l'emploi) ne soit pas trop faible. Par ailleurs, quelques restrictions de champ, très mineures, ont également été appliquées (âge du salarié au moins égal à 16 ans,

• • •

saire, nombre d'heures et de jours rémunérés non nuls). Les médecins et pharmaciens ont été retirés de l'étude pour permettre une meilleure comparabilité selon le mode de financement des établissements ; il en est de même pour les stagiaires et apprentis.

L'étude a ainsi été menée sur 81 400 périodes d'emploi à temps plein au cours de l'année 2007.

Par ailleurs, parmi les 2 764 établissements hospitaliers recensés dans les DADS et étudiés dans la présente étude, 1 036 ont été identifiés comme des entités publiques, 1 038 sont des établissements privés ex-OQN et 690 des établissements privés ex-DG. Les établissements privés ex-DG peuvent cependant être légèrement surestimés dans les DADS car ils sont construits comme les complémentaires des établissements publics et privés ex-OQN. (Pour plus de détails, voir chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 73).

Définitions et concepts

Poste : les postes ou emplois salariés, au sens des DADS, correspondent au nombre de personnes employées pour chacun des établissements. 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.

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 de l'entreprise. Synthétiquement, 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). Les salariés dits « permanents » sont les personnes ayant été rémunérées continuellement par le même établissement entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année considérée.

Salaire net mensuel moyen : il correspond à la masse salariale annuelle nette des postes à temps complet divisée par la somme du nombre de jours enregistrés dans les périodes d'emploi correspondantes et multipliée par 30¹. Il est net de toutes cotisations sociales, y compris la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et inclut les salaires de base, les congés payés, les primes et les rémunérations des heures supplémentaires (sans qu'il soit possible de les distinguer). Pour les salariés à temps complet, les emplois sont convertis en mois-travail au *pro rata* de leur durée de présence. Les salaires sont rapportés à cette durée pour le calcul des moyennes. Par exemple, un salarié ayant occupé un poste donné durant la moitié d'un mois et ayant perçu 1 000 euros compte pour 0,5 « mois-travail » rémunéré 2 000 euros par mois. On mesure ici davantage la masse salariale supportée par l'établissement pour le poste que le revenu de son titulaire.

Salaire net horaire moyen : il correspond à la masse salariale annuelle nette des postes à temps complet divisée par le nombre d'heures rémunérées enregistrées dans les périodes d'emplois correspondantes (les heures normales, supplémentaires et complémentaires ne peuvent être distinguées). Il est donc calculé au *pro rata* de la présence en heures des salariés sur l'année.

Nombre d'heures mensuelles déclarées : il correspond à la quantité totale d'heures salariées dans l'année divisée par la durée de paie, exprimée en jours, et multipliée par 30 : ce nombre d'heures est conventionnel (et non effectif) et est étudié uniquement pour les salariés travaillant à temps complet sur un poste donné. De ce fait, les salaires calculés indiquent ce que gagnerait en moyenne un salarié qui travaillerait à temps plein toute l'année ; en revanche, ils ne précisent pas quel est le salaire réel d'un individu sur une année, dans la mesure où ce dernier peut avoir effectué plusieurs postes, avec des rémunérations différentes et des périodes de travail qui varient.

1. Dans les DADS, une année compte 360 jours, soit 12 mois de 30 jours.

culs ont aussi été réalisés pour les années 2004, 2005 et 2006 et mettent en évidence une stabilité des effets sur la période.

Le champ de l'étude se limite aux personnels à temps complet et exclut les cadres médicaux (médecins et pharmaciens) pour permettre une meilleure comparabilité selon le mode de financement des établissements. Les situations salariales ont été comparées pour les établissements publics, les établissements privés anciennement soumis à l'objectif quantifié national (OQN) et les établissements privés anciennement sous dotation globale (DG).

D'après les DADS, en 2007, le nombre d'emplois salariés ou « postes », en France métropolitaine et dans les DOM, s'élève à 1,6 million¹ pour l'ensemble du secteur hospitalier, contre 1,31 million en 1997. Les trois quarts des emplois recensés se situent dans les hôpitaux publics, 14 % dans les établissements privés ex-OQN et 11 % dans les autres établissements privés.

En 2007, en excluant du champ les médecins et les pharmaciens, 51 % des emplois salariés de l'ensemble des établissements hospitaliers sont des postes d'agents de service et d'employés administratifs (voir tableau 1) et 41 % sont des postes de professionnels intermédiaires soi-

gnants et sociaux (infirmiers, techniciens médicaux, assistantes sociales, etc.). Les postes de cadres administratifs (personnels de direction, de gestion et financiers) représentent 1 % des emplois, proportion proche de celle des professionnels intermédiaires administratifs et des techniciens (2 %). Enfin, les ouvriers occupent près de 5 % des postes recensés.

Plus des trois quarts (78 %) des postes recensés dans le secteur hospitalier en 2007 sont occupés par des salariés à temps complet, parmi lesquels 75 % sont des postes « permanents » (voir encadré 1). Les femmes exercent plus fréquemment un emploi à temps partiel : elles occupent 91 % de ces postes. Enfin, la part des professionnels intermédiaires soignants et sociaux à temps partiel est élevée (25 % pour l'ensemble du secteur hospitalier).

Des postes en moyenne moins bien rémunérés dans les établissements privés ex-OQN, sauf ceux des cadres

Naturellement, les rémunérations sont étroitement liées à la qualification des salariés ; elles s'échelonnent principalement sur trois niveaux, présentés ici par ordre décroissant.

1. Ce nombre inclut les médecins et les pharmaciens ainsi que les emplois à temps partiels.

Tableau 1 • ventilation des emplois salariés dans le secteur hospitalier en 2007								
Catégories socioprofessionnelles	Secteur Public		Secteur privé ex-DG		Secteur privé ex-OQN		Ensemble	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Cadres de direction, administratifs ou de gestion	11 563	1,2	4 084	3,0	3 962	2,1	19 609	1,5
Professions intermédiaires de soignants et sociaux	394 489	40,5	55 233	40,2	77 309	41,5	527 031	40,6
Professions intermédiaires d'administratifs et techniciens	15 440	1,6	5 849	4,3	4 103	2,2	25 392	2,0
Agents de service et employés administratifs	502 657	51,6	66 298	48,2	97 091	52,1	666 046	51,3
Ouvriers	49 911	5,1	6 097	4,4	3 802	2,0	59 810	4,6
Ensemble	974 060	100,0	137 561	100,0	186 267	100,0	1 297 888	100,0
Note de lecture • Les emplois ou postes dénombrés correspondent au nombre de personnes employées pour chacun des établissements. 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. Les « agents de services ou employés administratifs » incluent les agents de services hospitaliers, les aides-soignants et les ambulanciers. Les professions intermédiaires « soignantes » sont constituées des infirmiers, des sages-femmes, des spécialistes de la rééducation et des techniciens médicaux, et les professions intermédiaires « sociales », des assistantes sociales et des éducateurs spécialisés. Champ • France métropolitaine et DOM. Sources • INSEE, DADS 2007.								

- En 2007, tous modes de financement confondus, les postes à temps plein de cadres non médicaux sont rémunérés en moyenne près de 3 700 euros nets par mois.
- Les revenus moyens déclarés pour les postes de professionnels intermédiaires « soignants et sociaux » d'une part, « administratifs et techniques » d'autre part, sont de 2 200 et de 2 000 euros nets par mois environ.
- Enfin, les postes d'ouvriers ainsi que d'agents de service et d'employés administratifs sont rémunérés en moyenne environ 1 600 euros nets par mois pour un emploi à temps complet.

Ces montants ne tiennent bien entendu pas compte des rémunérations que ces personnes peuvent recevoir par ailleurs (perception d'hono-

raires, exercice d'un autre emploi, etc.). On mesure ici davantage les salaires payés par l'établissement (hors cotisations patronales) pour le poste que le revenu de son titulaire.

Les taux de cotisations salariales sont très différents entre les établissements publics et les établissements privés, avec de plus faibles cotisations dans les structures publiques. Les écarts de rémunération sont donc significativement modifiés selon que l'on étudie les salaires bruts ou les salaires nets (voir encadré 2).

Les postes salariés à temps complet sont, en moyenne en 2007, moins bien rémunérés dans les établissements privés que dans les hôpitaux publics (voir tableau 2). Cet écart s'avère nettement plus marqué dans les établissements ex-OQN (-11 %) que dans ceux ex-DG (-3 %). Ces

Encadré 2 • les rémunérations nettes et brutes

Les rémunérations étudiées sont les salaires nets de cotisations sociales. Les résultats concernant les rémunérations brutes, qui correspondent à l'intégralité des sommes perçues par le salarié au titre de son contrat de travail (salaires nets + cotisations sociales salariales), ne sont, en revanche, pas présentés ici. Compte tenu des règles fiscales et sociales qui s'appliquent différemment selon le mode de financement des établissements, les écarts de salaires horaires varient selon que l'on étudie les salaires horaires nets ou les salaires horaires bruts.

Ainsi, selon les DADS 2007, les postes salariés à temps complet sont en moyenne moins bien rémunérés dans le secteur privé anciennement sous dotation globale que dans le secteur public si l'on considère les salaires horaires nets (-4 %), mais ils sont mieux rémunérés si l'on considère les salaires horaires bruts (+11 %), car ils supportent des cotisations plus importantes (Bartoli et Bras, 2007). De même, les salaires horaires nets sont en moyenne moins élevés de 11 % dans les établissements privés anciennement sous objectif quantifié national par rapport au secteur public tandis que les salaires horaires bruts sont supérieurs de 1 % dans les premiers par rapport aux seconds.

Les DADS ne comportent pas d'information sur le coût total du travail, ou salaires superbruts (salaires bruts + cotisations sociales employeurs). Les présents travaux seront poursuivis en mobilisant l'enquête européenne sur le coût de la main-d'œuvre et la structure des salaires (ECMOSS) de l'INSEE afin d'estimer les écarts de coût total du travail entre secteurs d'hospitalisation. ECMOSS fournit en effet, pour un échantillon de salariés, des informations sur les salaires bruts et superbruts (coût total du travail) et peut donc être utilisée en complément des DADS qui sont une base exhaustive se restreignant aux salaires nets et bruts. Les DADS sont utilisées dans cette étude au 1/12e.

Par ailleurs, notons que les emplois salariés à temps complet sont convertis en mois-travail au *pro rata* de leur durée de présence et les rémunérations sont ensuite rapportées à cette durée pour le calcul des moyennes. Elles comprennent à la fois les salaires de base, les primes et les rémunérations des heures supplémentaires, sans qu'il soit possible de distinguer ces différentes composantes actuellement dans les DADS.

Tableau 2 • **salaires mensuels nets moyens (en euros) des salariés à temps complet selon le mode de financement et la catégorie socioprofessionnelle en 2007**

Catégories socioprofessionnelles	Secteur public	Secteur privé ex-DG	Secteur privé ex-OQN	Ensemble
Cadres de direction, administratifs ou de gestion	3 520	3 763	4 262	3 682
Professions intermédiaires de soignants et sociaux	2 202	2 091	1 976	2 163
Professions intermédiaires d'administratifs et techniciens	2 044	1 961	1 898	2 009
Agents de service et employés administratifs	1 625	1 450	1 340	1 572
Ouvriers	1 636	1 481	1 475	1 615
Ensemble	1 887	1 823	1 673	1 854
Ensemble (hors cadres)	1 862	1 746	1 614	1 820

Note de lecture • Pour une profession donnée, la rémunération mensuelle moyenne correspond à la masse salariale annuelle nette des postes à temps complet divisée par la somme du nombre de jours contenus dans les périodes d'emploi correspondantes et multipliée par 30. Les effectifs sont donc convertis en mois-travail au *pro rata* de leur durée de présence et les salaires sont rapportés à cette durée pour le calcul des moyennes. Dans le secteur privé ex-OQN, les professions intermédiaires de soignants et sociaux à temps complet ont perçu en 2007 une rémunération mensuelle nette de 1 976 euros, soit 10,3 % de moins que celle versée aux PI de soignants et sociaux du secteur public.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • INSEE, DADS 2007.

écarts moyens sont respectivement de -13 % et -6 % quand on retire les cadres de l'analyse.

À catégorie socioprofessionnelle équivalente, des différences salariales sensibles subsistent entre les établissements publics et privés et, au sein du privé, selon le mode de financement des établissements. Ainsi, en 2007, les salariés (exceptés les cadres) exerçant dans les établissements privés ex-OQN perçoivent des rémunérations sensiblement moindres que dans les hôpitaux publics. De la même manière, les écarts observés entre les établissements publics et privés ex-DG sont en faveur des hôpitaux publics, tout en étant de moindre ampleur.

À l'opposé, les cadres non médicaux salariés à temps complet perçoivent des salaires nets mensuels plus élevés dans les établissements privés ex-OQN (+21 %) et ex-DG (+7 %) que dans les hôpitaux publics.

Les écarts de rémunérations entre établissements publics et privés diffèrent légèrement selon que l'on considère le salaire horaire ou le salaire mensuel (voir tableau 3) dans la mesure où il existe des différences de durées de travail déclarées dans les DADS. En 2007, les écarts de rémunérations entre établissements publics et

privés sont cependant peu modifiés selon l'indicateur retenu. Les écarts moyens de salaires horaires nets par rapport aux établissements publics sont estimés à -11 % pour les établissements privés ex-OQN et à -4 % pour les établissements privés ex-DG (voir encadré 2).

Des salariés légèrement plus jeunes dans le secteur privé ex-OQN

Dans l'ensemble du secteur hospitalier, 24 % des salariés ont moins de 30 ans, 51 % ont entre 30 et 49 ans et 25 % ont 50 ans et plus (voir graphique 1). Les établissements privés ex-OQN se distinguent par des salariés légèrement plus jeunes. En effet, 28 % des salariés ont moins de 30 ans contre 23 % et 22 % dans les établissements publics et privés ex-DG. Tandis que 21 % des salariés ont 50 ans et plus, contre 26 % dans les établissements publics et 28 % dans les établissements privés ex-DG.

Ce constat global masque néanmoins des disparités en fonction des catégories socioprofessionnelles étudiées. Ainsi, les salariés à temps complet occupant des postes de professions intermédiaires et de techniciens présentent un pro-

Tableau 3 • salaires horaires nets moyens (en euros) selon la catégorie socioprofessionnelle et le type d'établissement en 2007

Catégories socioprofessionnelles	Secteur public	Secteur privé ex-DG	Secteur privé ex-OQN	Ensemble
Cadres de direction, administratifs ou de gestion	23,1	24,3	27,5	24,0
Professions intermédiaires de soignants et sociaux	14,5	13,7	13,1	14,3
Professions intermédiaires d'administratifs et techniciens	13,5	12,8	12,5	13,2
Agents de service et employés administratifs	10,7	9,6	9,0	10,4
Ouvriers	10,8	9,8	9,8	10,7
Ensemble	12,5	12,0	11,1	12,2
Ensemble (hors cadres)	12,3	11,5	10,8	12,0

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • INSEE, DADS 2007.

fil plus jeune dans les établissements privés ex-OQN : 36 % d'entre eux ont moins de 30 ans contre 26 % dans les établissements publics et privés ex-DG. Au contraire, les cadres non médicaux sont un peu plus jeunes dans les établissements publics (11 % ont moins de 30 ans) que dans les établissements privés : 5 % dans les établissements privés ex-DG et 4 % dans les établissements privés ex-OQN.

Le salaire augmente avec l'âge

Dans les établissements de santé, l'effet de l'âge sur les salaires perçus s'accroît très nettement avec la qualification puisque l'écart de salaire horaire entre un quinquagénaire et un salarié de moins de trente ans est, en 2007, de 90 % pour les cadres contre 50 % pour les professions intermédiaires et 30 % pour les niveaux de qualification inférieurs.

Si l'effet d'âge, au même titre que les effets « structures de qualification » et « durée de travail », participe à l'écart de salaires observé selon les modes de financement des établissements hospitaliers, il est loin de l'expliquer entièrement. En effet, à catégorie socioprofessionnelle et tranche d'âge équivalentes, des disparités de sa-

lares horaires peuvent subsister avec des ordres de grandeur variables (voir tableau 4).

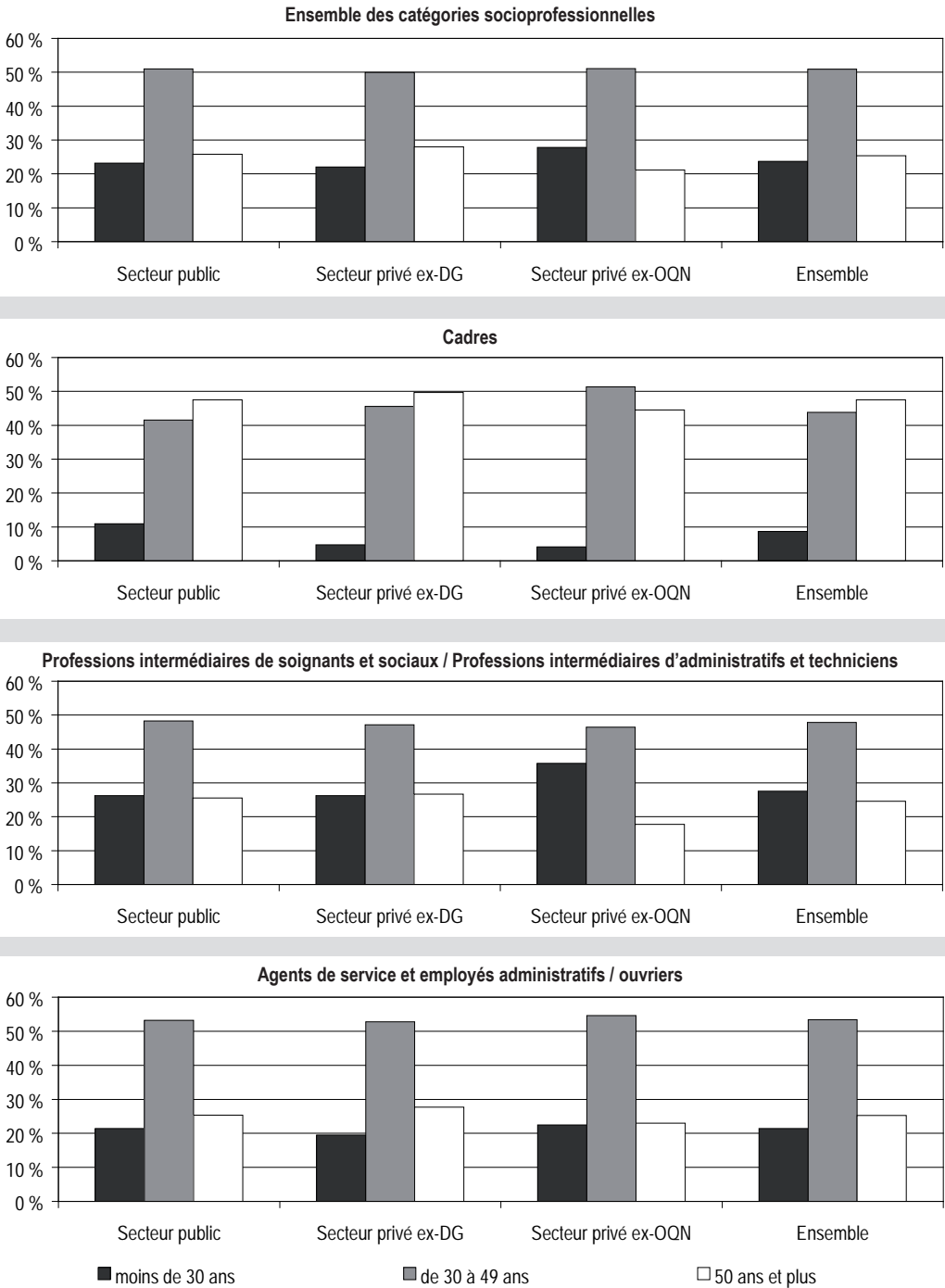
Des salaires plus élevés pour les hommes

Les salaires perçus varient également en fonction du sexe de l'employé. Selon l'INSEE, en 2006, pour les salariés de l'ensemble de l'économie, « l'écart relatif de salaire moyen entre les hommes et les femmes est stable, les femmes à temps complet touchant un salaire moyen inférieur de 18,9 % à celui des hommes » (Bessière et Depil, 2008). Cet écart peut être décomposé pour une moitié en une « part expliquée » et pour l'autre moitié en une « part inexpliquée », la part inexpliquée de l'écart mesurant alors le niveau de discrimination par rapport à l'écart global (Oaxaca, 1973 ; Blinder, 1973).

Dans le secteur hospitalier, les femmes occupent 81 % des postes. Le taux de féminisation atteint même 85 % dans les établissements ex-OQN. Globalement, si l'on ne tient pas compte des caractéristiques des personnels, les femmes salariées à temps complet perçoivent en moyenne une rémunération mensuelle inférieure de 6 % à celle des hommes dans l'ensemble des établissements hospitaliers². Il s'agit toutefois là encore,

2. L'objectif de cette étude est de mesurer les écarts de salaires dans les établissements de santé en fonction de leur mode de financement et non pas d'étudier les écarts de salaires entre les hommes et les femmes.

Graphique 1 • structure par âge selon la catégorie professionnelle et le type d'établissement en 2007



Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • INSEE, DADS 2007.

Tableau 4 • salaire net horaire par tranche d'âge selon la catégorie socioprofessionnelle et le type d'établissement en 2007 (en euros)

Catégories socioprofessionnelles		Secteur public	Secteur privé ex-DG	Secteur privé ex-OQN	Ensemble
Cadres de direction, administratifs ou de gestion	- de 30 ans	13,6	15,3	17,2	14,0
	30 à 39 ans	17,9	18,8	23,5	19,1
	40 à 49 ans	22,7	23,2	26,4	23,5
	50 à 59 ans	26,6	26,1	28,2	26,7
	60 ans et +	29,2	33,6	41,6	32,2
Professions intermédiaires de soignants et sociaux / Professions intermédiaires d'administratifs et techniciens	- de 30 ans	11,2	11,7	11,5	11,3
	30 à 39 ans	13,1	12,4	12,5	13,0
	40 à 49 ans	15,9	14,2	14,3	15,6
	50 à 59 ans	17,1	15,5	14,9	16,7
	60 ans et +	17,5	16,6	16,4	17,1
Agents de service et employés administratifs / ouvriers	- de 30 ans	9,1	8,6	8,2	9,0
	30 à 39 ans	10,0	9,1	8,7	9,8
	40 à 49 ans	11,1	9,8	9,2	10,7
	50 à 59 ans	12,0	10,3	9,6	11,6
	60 ans et +	12,0	10,6	10,6	11,6
Ensemble	- de 30 ans	10,2	10,4	10,1	10,2
	30 à 39 ans	11,4	10,9	10,7	11,3
	40 à 49 ans	12,9	12,0	11,1	12,6
	50 à 59 ans	14,4	13,5	12,2	14,1
	60 ans et +	15,4	16,3	15,4	15,5

Note de lecture • Dans les établissements publics, les emplois de cadres de direction, administratifs ou de gestion de moins de 30 ans sont rémunérés en moyenne 13,6 euros par heure (salaires nets).

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • INSEE, DADS 2007.

d'un écart global qui n'inclut pas les différences dans la profession exercée, l'âge ou encore la zone géographique d'exercice.

Selon les catégories socioprofessionnelles, qui comptent d'ailleurs des proportions très différentes d'hommes et de femmes, cet écart moyen varie sensiblement. Il se révèle particulièrement important parmi les cadres non médicaux (22 %) tandis qu'il oscille, tous modes de financements confondus, entre 1 % et 9 % pour les autres professions, en ce qui concerne le salaire net.

Les salaires sont plus élevés en Île-de-France et dans les DOM

Le niveau des rémunérations moyennes diffère également selon la localisation géographique des établissements. Tous modes de financement et

catégories socioprofessionnelles confondus, les postes des départements d'outre-mer (DOM) sont mieux rémunérés (+31 % par rapport à la moyenne nationale pour les salaires nets), les postes de province recevant au contraire des rémunérations plus faibles (-2 %). Ces écarts moyens masquent des grandes disparités entre établissements publics et privés, expliquées notamment par les bonifications dont bénéficient les salariés des établissements publics, particulièrement dans les DOM. Ainsi, dans ces départements, les salariés des établissements publics bénéficient de salaires nets supérieurs de 34 % à la moyenne France entière du secteur public. L'écart de salaires entre les DOM et la France entière est beaucoup moins important dans les établissements privés : +12 % dans les établissements privés ex-OQN et +3 % dans les établissements privés ex-DG. Il existe aussi des

différences de salaires entre l’Île-de-France et la province, surtout dans les établissements privés où les salaires sont un peu plus élevés en Île-de-France, conséquence de contextes différents sur le marché du travail.

Des différences de tailles importantes entre établissements selon leur secteur

En 2007, 71 % des établissements anciennement soumis à l’OQN ont des effectifs inférieurs à 150 salariés tandis que 7 % d’entre eux ont des effectifs supérieurs à 350 salariés. La grande majorité des cliniques privées est donc de très petite taille. Cette répartition est assez proche de celle des établissements privés ex-DG pour lesquels 79 % des établissements ont des effectifs inférieurs à 150 salariés et seulement 10 % comprennent plus de 350 salariés. Les centres hospitaliers universitaires (CHU) ainsi que les grands et moyens centres hospitaliers (CH) dont les effectifs sont supérieurs à 1 000 salariés (voir annexe) représentent en revanche un quart des établissements publics. Les établissements de taille moyenne (dont les effectifs sont compris entre 350 et 1 000 salariés), de petite taille (effectifs compris entre 150 et 350 salariés) et de très petite taille (effectifs inférieurs à 150 salariés) représentent chacun un quart de l’ensemble des établissements publics. Les hôpitaux publics se distinguent donc par des tailles très diverses contrairement aux établissements privés qui sont majoritairement des établissements de petite taille. Ainsi, quatre salariés sur dix des établissements privés ex-OQN exercent dans une clinique de moins de 150 salariés tandis que 71 % des salariés des

établissements publics exercent dans des structures de plus de 1 000 salariés (voir tableau 5).

De nombreuses études ont déjà démontré, pour des secteurs de l’économie autres que celui de la santé, la relation plutôt croissante entre les salaires versés et la taille des entreprises. L’existence de conditions de travail variant en fonction de la taille des entreprises est connue depuis les travaux de l’américain H.L. Moore (1911), qui montrait que « au fur et à mesure que la taille de l’établissement augmente, la condition du travailleur s’améliore dans toutes les directions : son salaire augmente, il est employé un plus grand nombre de jours par an, son emploi varie moins d’un mois à l’autre et la durée journalière de son travail diminue ». Plus proche de nous, les travaux de Brown et Medoff (1989) fournissent un cadre théorique et une validation empirique sur des données américaines au lien entre la taille des entreprises, mesurée par le nombre de salariés, et les salaires. Cette relation est vérifiée sur des données françaises grâce aux travaux d’Abowd, Kramarz et Margolis (1999) à partir des DADS. Plus récemment, Margirier (2007) a vérifié que cette relation existait aussi pour les personnes en début de carrière à partir de données d’enquête du Centre d’études et de recherches sur l’emploi et les qualifications (CÉREQ).

Dans l’ensemble du secteur hospitalier, les salaires horaires nets apparaissent légèrement croissants avec le nombre de salariés de l’établissement. Le lien entre la taille et les salaires apparaît modeste quand on se limite à de simples moyennes, mais cela résulte d’effets de structures liés notamment à la structure de qualification.

Tableau 5 • répartition des salariés en 2007 en fonction du mode de financement et de la taille de l’établissement dans lequel ils exercent								
Taille des établissements	Secteur public		Secteur privé ex-DG		Secteur privé ex-OQN		Ensemble	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Effectifs ≤ 150	27 400	3,5	27 351	27,6	53 416	39,8	108 167	10,7
150 < Effectifs ≤ 350	57 605	7,4	22 005	22,2	49 434	36,9	129 044	12,8
350 < Effectifs ≤ 1 000	137 890	17,8	34 878	35,2	31 242	23,3	204 010	20,3
1 000 < Effectifs ≤ 2 500	237 625	30,7	14 926	15,1	0	0,0	252 551	25,1
Effectifs > 2 500	313 612	40,5	0	0,0	0	0,0	313 612	31,1
Ensemble	774 132	100,0	99 160	100,0	134 092	100,0	1 007 384	100,0
Champ • France métropolitaine et DOM. Sources • INSEE, DADS 2007.								

Ce constat est ainsi conforme à ce que l'on peut observer dans la plupart des secteurs de l'économie.

En conséquence, cette étude tiendra compte de la taille des établissements pour mesurer l'écart de salaires selon le mode de financement des établissements.

« Toutes choses égales par ailleurs », les salaires nets horaires sont plus faibles dans les établissements privés ex-OQN que dans les établissements publics

Pour tenir compte de l'ensemble des caractéristiques structurelles qui influent sur les écarts de rémunération et étudier précisément les écarts de salaires observés entre les différents établissements de santé, des analyses « toutes choses égales par ailleurs » ont été réalisées à partir des DADS 2007. Les variables explicatives intégrées dans les modélisations sont l'âge, le sexe et la catégorie socioprofessionnelle du salarié ainsi que la zone géographique d'implantation de l'établissement et son mode de financement en fonction de sa taille (voir annexe). Pour des raisons de lisibilité, seuls les résultats correspondant aux estimations d'équations de salaires nets sont présentés ici.

L'âge, le sexe, la qualification et la zone géographique ont bien un effet significatif sur le salaire horaire net

La catégorie socioprofessionnelle demeure la caractéristique la plus déterminante du niveau de rémunération horaire des postes salariés. En 2007, toutes choses égales par ailleurs, les personnels relevant de professions intermédiaires administratives perçoivent un salaire horaire net inférieur de 13 % par rapport aux personnels intermédiaires soignants et sociaux ; pour les agents de service et employés, cette différence est de 32 % et pour les ouvriers, elle est de 34 % (voir tableau 6). En revanche, les cadres non médicaux perçoivent des salaires nets supérieurs de 40 % par rapport aux professions intermédiaires de soignants et sociaux.

De manière générale, les salaires horaires apparaissent, « toutes choses égales par ailleurs », d'autant plus élevés que les salariés sont âgés.

Tableau 6 • Effet des principaux déterminants des rémunérations horaires nettes des salariés des établissements de santé en 2007

Variable	Temps complet 2007
Catégorie socioprofessionnelle	
Cadres (hors médecins)	39,6 %
PI administratifs	-12,7 %
Agents de service et employés	-32,0 %
Ouvriers	-34,4 %
PI soignants et sociaux	Référence
Âge (effet d'une année supplémentaire)	
Moins de 24 ans	0,4 %
25 à 29 ans	1,2 %
30 à 34 ans	1,4 %
35 à 39 ans	1,3 %
40 à 44 ans	1,1 %
45 à 49 ans	1,2 %
50 à 54 ans	0,6 %
55 à 64 ans	0,2 %
65 ans et plus	-2,1 %
Sexe	
Homme	1,4 %
Femme	Référence
Zone géographique de l'établissement	
Province	-4,3 %
DOM	15,7 %
Île-de-France	Référence
Taille de l'établissement en fonction de son secteur	
Privé ex-DG	
Effectifs < ou = à 150	-9,9 %
150 < Effectifs < ou = à 350	-7,0 %
350 < Effectifs < ou = à 1 000	-6,3 %
1 000 < Effectifs < ou = à 2 500	-6,8 %
Privé ex-OQN	
Effectifs < ou = à 150	-12,4 %
150 < Effectifs < ou = à 350	-10,3 %
350 < Effectifs < ou = à 1 000	-7,1 %
Public	
Effectifs < ou = à 150	-2,9 %
150 < Effectifs < ou = à 350	-1,7 %
350 < Effectifs < ou = à 1 000	-0,9 % *
1 000 < Effectifs < ou = à 2 500	-0,6 % *
Effectifs > 2500	Référence

Note de lecture • Les coefficients sont significatifs avec moins de 5 % d'erreur / * : avec 10 % d'erreur.

« Toutes choses égales par ailleurs », les emplois dans les DOM sont mieux rémunérés de 15,7 % par rapport à l'Île-de-France (salaires nets).

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • INSEE, DADS 2007.

Ainsi, le salaire horaire d'un salarié de moins de 24 ans augmente de 0,4 % par année d'âge supplémentaire tandis que celui d'un salarié âgé de 25 à 49 ans croît de plus de 1 % par année d'âge supplémentaire. Entre 50 et 54 ans, ce rythme d'augmentation fléchit à 0,6 % pour se limiter à 0,2 % les dix années supplémentaires suivantes. À partir de 65 ans, l'effet d'une année d'âge supplémentaire a un impact négatif sur le niveau de salaire. Un tel résultat, *a priori* surprenant, ne doit pas ici être vu comme un « effet carrière » mais plutôt comme de possibles effets de sélection³ et de génération⁴. Il est en effet peu probable qu'au cours d'une carrière le niveau de salaire tende à décroître avec l'âge.

On peut noter par ailleurs que le facteur sexe est également un déterminant de la rémunération puisque, quel que soit l'âge, le mode de financement et la catégorie socioprofessionnelle, les hommes ont, « toutes choses égales par ailleurs », une rémunération supérieure de 1,4 % par rapport aux femmes, qui occupent toutefois près des trois quarts des postes dans le secteur hospitalier. L'ampleur de l'écart de salaires entre hommes et femmes est inférieure à l'écart observé dans l'ensemble de l'économie dans le secteur privé et semi-public⁵. Elle doit toutefois s'interpréter avec prudence dans la mesure où l'objectif de la modélisation retenue ici est d'estimer l'écart de salaires selon le mode de financement des établissements et non entre hommes et femmes.

Cet écart global de salaires entre hommes et femmes est la résultante de situations très diverses selon les métiers exercés. Des exploitations complémentaires (non publiées ici) ont en effet permis d'estimer que cet écart homme-femme dépendait fortement de la catégorie socioprofessionnelle. Il est ainsi estimé, « toutes choses égales par ailleurs », en 2007 dans les établissements de santé à 17 % pour les cadres (hors médecins), à 6 % pour les professions in-

termédiaires administratives et les employés ainsi que pour les ouvriers. Il n'est en revanche pas significatif pour les agents de services et employés (dont les aides-soignants) ainsi que pour les personnels intermédiaires soignants et sociaux (dont les infirmières), ce qui explique compte tenu des effectifs importants de ces deux catégories pourquoi l'effet global estimé est assez faible.

Ces écarts de salaires entre hommes et femmes ne signifient pas nécessairement qu'à travail strictement identique les femmes sont moins rémunérées que les hommes. En effet, au sein de chaque catégorie sociale, il existe une diversité des métiers et des fonctions qui n'est pas prise en compte dans les données utilisées ici (DADS). Ainsi, la catégorie des cadres regroupe un ensemble de métiers allant de la fonction de directeur de l'établissement jusqu'à des métiers à statut cadre mais sans responsabilité d'encadrement.

Les salariés exerçant dans les DOM présentent bien, « toutes choses égales par ailleurs », un niveau de rémunération sensiblement plus élevé que ceux de l'Île-de-France et de la province (respectivement +16 % et +20 % pour les rémunérations nettes en 2007). Cette différence s'explique par les indemnités allouées à certains salariés exerçant outre-mer (appelées « primes d'indexation DOM »).

Soulignons que, bien qu'ils n'aient pas été présentés ici pour des problèmes de lisibilité, ces calculs ont aussi été réalisés pour les années 2004, 2005 et 2006. Ils mettent en évidence une stabilité des effets sur la période.

Des salaires croissants avec la taille des établissements quand les autres effets de structures sont neutralisés

L'étude menée par la DREES sur les salaires dans les établissements de santé, à partir des DADS, a pour objectif de quantifier un écart de sa-

3. Pour une personne active après 65 ans, la probabilité pour que sa carrière soit « incomplète » est *a priori* plus forte : la poursuite d'une activité au-delà de l'âge auquel le salarié est en droit de la cesser et l'employeur est en droit de la faire cesser (dès lors que le salarié a déjà cotisé pour obtenir une retraite « pleine ») indique en effet qu'il s'agit davantage de carrières discontinues ou incomplètes.

4. La relation entre niveau de revenu et âge serait similaire pour toutes les générations (« effet d'âge »). En revanche, les générations les plus âgées auraient bénéficié de rémunérations en début de carrière inférieures à celles de leurs benjamins ; ce qui expliquerait leur moindre salaire en dépit d'une ancienneté plus grande.

5. Sources : site Internet de l'INSEE

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATFPS04101 (secteur privé et semi-public).

lares « toutes choses égales par ailleurs » entre les hôpitaux publics, les établissements privés ex-OQN et les établissements privés ex-DG. Les établissements de santé étant de taille variable selon les modes de financement, il est indispensable de contrôler « l'effet taille » dans les régressions sous peine de biaiser les estimations et de ne pouvoir interpréter les écarts. En outre, pour des raisons réglementaires liées notamment au statut de la fonction publique, cet effet taille sur les salaires est différencié selon le mode de financement des établissements. Il est en particulier plus faible dans les hôpitaux publics, où par construction les salaires de base dépendent du corps d'appartenance des personnels. En conséquence, la prise en compte de cet effet taille a dû se faire en intégrant dans les variables explicatives de l'équation de salaire une variable croisée « taille * mode de financement de l'établissement ». Au total, on estime donc « toutes choses égales par ailleurs » un écart de salaires public-privé par taille (voir annexe) et pas un écart global.

Comme dans l'ensemble de la littérature, l'étude de la DREES mesure la taille des entreprises par le nombre de salariés. Des travaux complémentaires non publiés ici ont mesuré l'effet taille par le chiffre d'affaires plutôt que par le nombre de salariés. La DREES a pu vérifier que substituer

le chiffre d'affaires au nombre de salariés ne modifiait pas significativement les écarts.

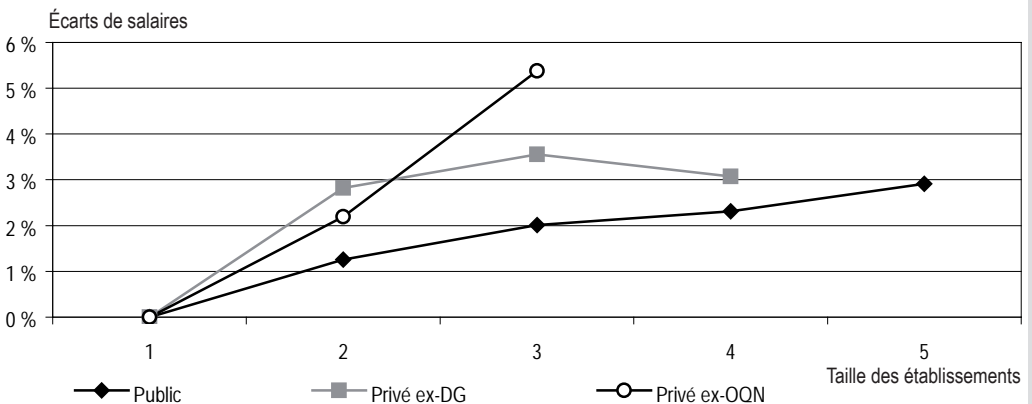
Plus les structures sont grandes, plus les rémunérations sont élevées. Ainsi, dans les CHU et grands CH, les rémunérations nettes sont, « toutes choses égales par ailleurs », supérieures de 3 % à celles des hôpitaux de très petite taille (voir graphique 2). Cette relation est plus marquée encore dans les établissements privés ex-OQN puisque les salariés exerçant dans les plus grands d'entre eux perçoivent des rémunérations nettes supérieures de 5 % à ceux des plus petits. L'écart de rémunérations nettes entre les plus petits établissements privés ex-DG et ceux de plus grande taille s'établit à 3 %.

Des salaires horaires nets « toutes choses égales par ailleurs » supérieurs dans les établissements publics

La variable « type d'établissement selon sa taille » permet aussi de faire des comparaisons des établissements selon leur mode de financement pour une taille donnée.

Cette analyse montre, qu'à caractéristiques identiques des salariés, les établissements publics offrent bien des rémunérations nettes horaires plus

Graphique 2 • écarts normalisés de salaires horaires nets par rapport aux CHU et grands CH en 2007 (base : salaires des plus petits établissements de chacun des secteurs)



Note de lecture • La taille des établissements est définie comme suit :

taille 1 : effectifs ≤ 150 salariés

taille 4 : 1 000 < effectifs ≤ 2 500

taille 2 : 150 < effectifs ≤ 350

taille 5 : 2 500 < effectifs.

taille 3 : 350 < effectifs ≤ 1 000

« Toutes choses égales par ailleurs », les rémunérations horaires nettes des établissements privés ex-DG ayant des effectifs compris entre 150 et 350 salariés sont supérieures de 2,8 % à celles des établissements privés ex-DG ayant des effectifs inférieurs à 150 salariés.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • INSEE, DADS 2007.

élevées que les établissements privés. En effet, parmi les établissements de plus petite taille, ce sont les salariés des structures publiques qui sont les mieux rémunérés : leur salaire net est, « toutes choses égales par ailleurs », supérieur de 9,5 % à ceux des établissements privés ex-OQN et de 7 % à ceux des établissements privés ex-DG (voir graphique 3). L'écart de rémunérations nettes entre les établissements publics et privés ex-OQN se réduit pour les établissements de taille plus importante : il s'établit « toutes choses égales par ailleurs » à 6 % en 2007 entre les grandes cliniques privées et les établissements publics de taille comparable (entre 350 et 1 000 salariés). Les salaires horaires nets sont supérieurs de 5 à 7 % dans les établissements publics qui comprennent au moins 150 salariés par rapport aux grands établissements privés ex-DG.

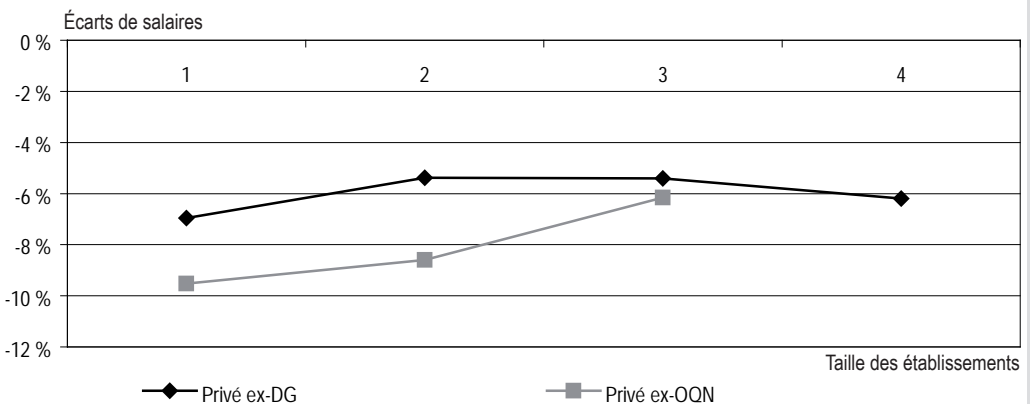
Conclusion

Les établissements publics offrent, en moyenne, des rémunérations horaires nettes plus élevées que dans les établissements privés, si l'on excepte

celles des cadres. Il est toutefois nécessaire de prendre en compte les effets de structure, telle que la taille des établissements – qui varie fortement selon le mode de financement –, si l'on veut mesurer précisément les écarts de rémunération.

À caractéristiques identiques des salariés, les salaires horaires nets sont supérieurs dans les hôpitaux publics (hors médecins). Parmi les établissements de plus petite taille, ce sont les salariés des établissements publics qui sont les mieux rémunérés : en 2007, leurs salaires nets sont, « toutes choses égales par ailleurs », supérieurs de 9,5 points à ceux des établissements privés ex-OQN. Cet écart se réduit pour les établissements de taille plus importante, pour se limiter, « toutes choses égales par ailleurs », à 6 points en 2007 entre les grandes cliniques privées et les établissements publics de taille comparable (entre 350 et 1 000 salariés). En ce qui concerne les établissements privés ex-DG, les salaires horaires nets versés aux personnels en 2007 apparaissent, « toutes choses égales par ailleurs », inférieurs de 5 à 7 points aux salaires versés dans les établissements publics de taille comparable.

Graphique 3 • écarts de salaires horaires nets dans le secteur privé par rapport aux établissements publics en 2007



Note de lecture • La catégorie de taille 5 ne compte que des établissements publics, elle n'est donc pas représentée dans ce graphique comparant public et privé.

« Toutes choses égales par ailleurs », les rémunérations horaires nettes des établissements publics de plus petite taille sont supérieures de 9,5 % à celles des structures privées ex-OQN et de 7 % à celles des structures privées ex-DG.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • INSEE, DADS 2007.

Pour en savoir plus

- Aballea P., Bras P.L., Seydoux S., 2006, « Mission d'appui sur la convergence tarifaire public-privé », Rapport IGAS n° 2006 009 janvier, La documentation française.
- Abowd J.M., Kramarz F., Margolis D.N., 1999, « High wage workers and high wage firms », *Econometrica*, vol 67, n° 2, pp. 251-333.
- Aubert P., Crépon B., 2003, « La productivité des salariés âgés : une tentative d'estimation », *Économie et Statistique* n° 368, p. 95-119.
- Bartoli F., Bras P.L., 2007, « Tarification à l'activité et écart de coût du travail entre établissements publics et PSPH », Rapport IGAS n° RM 053P, mars.
- Bessière S., Depil S., 2008, « Les salaires dans les entreprises en 2006 : une hausse modérée », *INSEE Première* n° 1174, janvier.
- Blanchard N., Pichetti S., Raynaud D., 2009, Deuxième rapport du comité d'évaluation de la tarification à l'activité, DREES, septembre.
- Blinder A.S., 1973, « Wage discrimination: reduced form and structural estimates », *The Journal of Human Resources*, vol. 8, n° 4, pp. 436-455.
- Brown C., Medoff J., 1989, « The Employer Size-Wage Effects », *Journal of Political Economy*, University of Chicago Press, vol. 97 (5), p. 1027-59, October.
- Collet M., 2005a, « Les rémunérations dans les établissements de santé publics et privés de 1999 à 2002 », *Études et Résultats* n° 377, DREES, février.
- Collet Marc, 2005b, « Les rémunérations dans les établissements de santé. Évolutions et comparaisons avec l'ensemble du secteur hospitalier entre 1999 et 2002 », *Document de Travail série Études*, n° 45, DREES, mars.
- Cordier M., 2009, « L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes », *Études et Résultats* n° 709, DREES, novembre.
- Cordier M., 2008, « Hôpitaux et cliniques en mouvement : changement d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients », *Études et Résultats* n° 633, DREES, avril.
- DREES, 2008, *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2006*, ministère de la Santé.
- DHOS, 2009, Rapport sur la convergence tarifaire intersectorielle, ministère de la Santé, octobre.
- Delattre E., Dormont B., McClellan M. et Milcent C., 2002, « Systèmes de tarification et évolutions de la variabilité des coûts hospitaliers en France et aux États-Unis », *Dossier Solidarité Santé*, DREES.
- Dormont B., Milcent C., 2004, « The sources of hospital cost variability », *Health Economics* 13, 927-939.
- Dormont B., Milcent C., 2004, « Tarification des hôpitaux : la prise en compte des hétérogénéités », *Annales d'économie et de statistiques* n° 74-2004.
- Ellis R.P. and McGuire T.G., 1990, « Optimal payment systems for health services », *Journal of Health Economics*, 9(4), 375-96.
- Fesseau M., Passeron V., Vêrone M., 2008, « Les prix sont plus élevés en Île-de-France qu'en province », *INSEE Première*, n° 1210, octobre.
- Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM), 2009, « La situation des établissements de santé », téléchargeable à l'adresse <http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/avis.htm>
- Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats* n° 664, DREES, octobre.
- Margirier G., 2007, « Taille des entreprises et salaires », *Économie et Prévision*, n° 180-181 2007/4-5.
- Meurs D. et Ponthieux S., 2000, « Une mesure de la discrimination dans l'écart de salaire entre hommes et femmes », *Économie et Statistique* n° 337-338, 2000-7/8, page 135 à 158.
- Meurs D., Ponthieux S., 2006, « L'écart de salaires entre les femmes et les hommes peut-il encore baisser ? », *Économie et Statistiques* n° 398-399.

• • •

- Moore H.L., 1911, *Laws of wages: an essay in statistical economics*, New York, A.M. Kelley (réédition 1967).
- Oaxaca R.L., 1973, « Male-female wage differentials in urban labor markets », *International Economic Review*, vol. 14, n° 3, pp. 693-709.
- Or Z., Renaud T., Com-Ruelle L., 2009, « Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital », *Document de travail* n° 23. 2009/03, IRDES.
- Or Z., Renaud T., Com-Ruelle L., 2009, « Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France », *Document de travail* n° 25. 2009/05, IRDES.
- Pouvourville (de) G., 2006, « Les conditions d'une concurrence loyale entre le secteur public et privé », *Revue Hospitalière de France* n° 508, p 12-15.
- Pouvourville (de) G., 2009, « Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas. La mise en œuvre de la tarification à l'activité », *Revue Économique* 2009/2 - Vol. 60.
- Rosko M., 1996, « Understanding variations in hospital cost: an economic perspective », *Annals of Operations Research*, 67, 1-21.
- Schleifer A., 1985, « A theory of yardstick competition », *Rand Journal of Economics* 16(3), p 319-328.

Annexe • équation de salaire - méthodologie

Les exercices de modélisation ont été effectués sur les salaires horaires, c'est-à-dire sur la somme des rémunérations versées rapportée au nombre d'heures rémunérées. En effet, les écarts de rémunérations mensuelles selon les modes de financement des établissements sont en partie liés à des différences de caractéristiques entre salariés, parmi lesquelles figure le temps de travail (qui résulte pour partie d'un arbitrage, sous contraintes, des salariés). Par ailleurs, les postes de médecins ont été exclus de ces travaux de modélisation car la variabilité des salaires horaires est forte pour ces personnels, en raison d'effectifs plus faibles et de revenus plus dispersés. L'analyse porte principalement sur l'ensemble des salariés à temps complet des établissements publics, privés ex-OQN et privés ex-DG.

Les données de l'étude comportent deux dimensions : l'établissement d'une part, et le salarié d'autre part. Une analyse multiniveaux est réalisée afin de contrôler l'hétérogénéité des données tout en conservant cette double dimension lors de la modélisation. Elle permet d'identifier d'éventuels effets établissement tout en prenant en compte l'effet des caractéristiques individuelles sur les salaires nets.

Nous estimons une équation de salaire : la variable expliquée est le logarithme du salaire horaire net et les variables explicatives sont donc structurées en deux niveaux :

- les variables explicatives de niveau établissement sont la zone géographique de l'établissement et le mode de financement de ce dernier en fonction de sa taille. Compte tenu des différences importantes de taille entre établissements publics et établissements privés, notre modélisation autorise un effet différencié de la taille selon le mode de financement de la structure. Ainsi, notre modélisation ne permet pas de mesurer un écart unique de salaire entre catégories d'établissements, mais plutôt un écart qui sera fonction de la taille ;
- les variables explicatives de niveau salarié sont l'âge, le sexe et la catégorie socioprofessionnelle.

Dans la spécification « centrale » du modèle, ces variables sont supposées jouer indépendamment les unes des autres. Ainsi, on suppose que le salaire d'un individu est, à un terme résiduel près, le produit des caractéristiques retenues (l'équation étant écrite en logarithme). Le choix d'une décomposition multiplicative permet de s'intéresser aux écarts relatifs de salaire (en pourcentages) et non aux écarts absolus (en euros).

Le modèle retenu dans cette étude s'écrit ainsi :

$$\text{Log}(\text{salaire}_{ij}) = C + X'_{ij}\beta + Z'_j\gamma + \tilde{u}_j + e_{ij}$$

où :

- C est un terme constant permettant de retrouver un « salaire moyen » conditionnellement aux variables que l'on introduit dans le modèle ;
- X'_{ij} est le vecteur de variables explicatives relatives au salarié i exerçant dans l'établissement j , qui prend en compte l'hétérogénéité observée ;
- le vecteur de variables explicatives relatives à l'établissement j , Z'_j , prend en compte l'hétérogénéité observée inter établissements ;
- l'hétérogénéité inobservée est décomposée en deux termes :
 - l'hétérogénéité inobservée inter établissements non prise en compte par le vecteur Z'_j , qui est modélisée par le terme d'erreur normal, \tilde{u}_j ;
 - l'hétérogénéité inobservée inter salariés non prise en compte par le vecteur X'_{ij} , qui est modélisée par le terme d'erreur normal, e_{ij} ;

Les hypothèses du modèle sont les suivantes :

$\tilde{u}_j \sim N(0, \hat{\sigma}^2_{etab})$, où σ^2_{etab} est la variabilité du terme constant du modèle entre les établissements

$e_{ij} \sim N(0, \hat{\sigma}^2_{erreur})$, où σ^2_{erreur} est la variabilité résiduelle au niveau individuel

$\tilde{u}_j \perp e_{ij}$

Le ratio $\rho = \frac{\hat{\sigma}_{\text{etab}}^2}{\hat{\sigma}_{\text{etab}}^2 + \hat{\sigma}_{\text{erreur}}^2}$ permet d'évaluer la variance résiduelle que l'on peut attribuer au niveau établissement.

La qualité d'ajustement du modèle est appréciée par les variances $\hat{\sigma}_{\text{etab}}^2$ et $\hat{\sigma}_{\text{erreur}}^2$ qui s'établissent respectivement à 0,003 et 0,039 ; ces valeurs étant faibles par rapport au logarithme du salaire horaire net, les variables du modèle permettent donc de bien expliquer la variabilité des salaires, l'hétérogénéité inobservée est faible. Par ailleurs, le coefficient $\rho = 4,4\%$, ce qui signifie que l'hétérogénéité inobservée du salaire provient principalement de caractéristiques individuelles telles que la qualification, dont les informations sont parcellaires.

Les variables explicatives de dimension individuelle sont :

- le sexe (dont la modalité femme est prise comme référence) ;
- la catégorie socioprofessionnelle qui comprend cinq modalités : les cadres hors médecins, les ouvriers, les employés, les PI administratifs et techniques et les PI soignants et sociaux, cette dernière modalité étant prise comme référence lors de l'estimation. Les DADS ne permettent actuellement pas d'obtenir une catégorie socioprofessionnelle plus détaillée mais, à l'avenir, cette variable sera plus fine et définira précisément les professions des salariés ;
- l'« âge » découpé en classes (à l'instar de la précédente étude menée par la DREES (Collet, 2005b) : c'est un « proxy » de l'expérience professionnelle sur le marché du travail puisque les informations sur le nombre d'années d'expérience, l'ancienneté dans l'établissement ou encore l'âge de fin d'étude sont absentes des DADS. Le modèle retenu pour prendre en compte l'effet de l'âge sur le niveau des salaires correspond à un modèle « linéaire par morceau » : il suppose que l'effet d'une année supplémentaire sur le revenu est linéaire sur les différentes tranches d'âge choisies mais que l'ampleur de cet effet varie d'une tranche d'âge à l'autre (c'est-à-dire que les coefficients estimés varient d'une classe à l'autre).

Les variables explicatives de dimension établissement sont :

- la zone géographique d'implantation de l'établissement. Des résultats intermédiaires non présentés dans cette étude ont permis de montrer qu'il n'existe pas d'écart significatif entre les salaires horaires nets des différentes régions de province. Ainsi, la variable explicative « zone géographique de l'établissement » est découpée en trois catégories : la province, l'Île-de-France (modalité de référence) et les DOM ;
- le mode de financement de l'établissement en fonction de sa taille. Nous avons choisi de croiser les effets « taille » et « type » de l'établissement, la taille des structures variant beaucoup selon le mode de financement. La variable explicative « mode de financement de l'établissement selon sa taille » distingue d'une part, les trois modes de financement que sont le public, le privé ex-DG et le privé ex-OQN et d'autre part, la taille de chacun de ces types d'établissements. Les établissements ont été répartis en cinq classes en fonction des effectifs¹ qui les composent afin de prendre en compte les éventuels « effets taille » qu'il peut y avoir au sein du secteur hospitalier. Le secteur public, ayant des effectifs très divers selon les établissements considérés, s'échelonne sur les cinq classes (la dernière étant prise comme référence lors de l'estimation) ; les secteurs privés ont des effectifs moins hétérogènes et s'échelonnent jusqu'à la troisième classe pour les établissements ex-OQN et jusqu'à la quatrième pour les établissements ex-DG.

Les cinq classes d'établissements retenues sont les établissements dont les effectifs sont :

- supérieurs à 2 500 salariés. Ils appartiennent exclusivement aux établissements publics et correspondent aux CHU et grands CH. Il s'agit de la taille 5 dans les graphiques ;
- compris entre 1 000 et 2 500 salariés. Ce sont à la fois des établissements publics et privés ex-DG. Ils correspondent aux CH de taille moyenne et à un peu plus de la moitié des centres de lutte contre le cancer (CLCC). Il s'agit de la taille 4 dans les graphiques ;
- compris entre 350 et 1 000 salariés. Ils appartiennent aux trois types d'établissements. Ils correspondent aux petits CH, aux établissements privés ex-DG assez importants (dont des CLCC) et aux grands établissements privés ex-OQN (en minorité dans cette classe). Il s'agit de la taille 3 dans les graphiques ;
- compris entre 150 et 350 salariés. Il s'agit de la taille 2 dans les graphiques ;
- inférieurs à 150 salariés. Ce sont surtout des établissements privés. Il s'agit de la taille 1 dans les graphiques.

1. La variable « effectif moyen » de l'établissement au cours de l'année a été retenue pour caractériser la taille des établissements ; le nombre de lits et places aurait tout aussi bien pu être utilisé mais il n'était pas renseigné pour un quart des établissements. À noter que les variables « effectif moyen » de l'établissement et « nombre de lits et places » sont très fortement corrélées (à 83 %).

Les maternités : plus de trente ans d'évolution

Séverine ARNAULT et Albane EXERTIER (DREES)

Depuis plus de trente ans, le secteur de la naissance a connu d'importantes évolutions, entraînant la baisse du nombre de maternités, qui est passé de 1 369 en 1975 à 572 fin 2007. Le cadre juridique s'est modifié, imposant des normes pour les plateaux techniques et les personnels associés. Les maternités de petite taille ont ainsi été particulièrement touchées. Au-delà de la pression réglementaire, les progrès techniques et le faible attrait financier de cette discipline ont également pu inciter à des retraits, particulièrement dans le secteur privé.

Les disparités régionales, marquées il y a trente ans, tendent à s'atténuer depuis, l'offre en maternités est ainsi globalement homogène sur le territoire en 2007. Les usagères sont majoritairement satisfaites de la prise en charge de leur(s) accouchement(s). De plus, un effort particulier a porté sur la sécurité entourant la naissance et la prise en charge de la douleur pendant l'accouchement. Pour autant, les taux de césariennes sont en constante augmentation, supérieurs au taux préconisé par l'OMS.

Une réorganisation des maternités encadrée par les pouvoirs publics

Depuis le début des années 1970, sous l'impulsion des pouvoirs publics, les maternités françaises ont été confrontées à un mouvement de concentration et de réorganisation de plus en plus important. Plusieurs textes ont particulièrement marqué ces trente dernières années (HCSP, 1994).

Le décret Dienech de 1972, applicable aux cliniques privées, a imposé des normes de sécurité très précises pour les locaux et le plateau technique ; 15 lits minimum étaient notamment requis

pour obtenir l'autorisation d'exercice d'une maternité. La sécurisation de la prise en charge de la patiente et de son bébé était déjà un des objectifs visés, les maternités à très faible activité, réalisant moins d'un accouchement par jour, étant par conséquent déjà particulièrement concernées. La même année, une circulaire reprenant les normes établies par le décret Dienech s'est appliquée aux maternités publiques.

En 1988, la circulaire Barzach relative à la sécurité et à l'environnement de la naissance dans les maternités publiques précise les modalités de restructuration de ces maternités en fonction de l'activité, des locaux et du personnel en place,

particulièrement pour les très grosses (plus de 3 000 accouchements) et les très petites maternités (moins de 300 accouchements). Le seuil de 300 accouchements, souvent évoqué dans les textes réglementaires et les circulaires, ne repose en réalité pas sur une étude des relations entre niveau d'activité et qualité des soins. Il correspond plutôt à un seuil d'activité minimal « à dire d'expert » jugé nécessaire pour une prise en charge de qualité des naissances dans une maternité.

Par la suite, les maternités ont été incitées, en particulier au travers des décrets Périnatalité de 1998, à constituer des réseaux de collaboration à l'intérieur des régions. L'objectif était d'orienter les femmes enceintes en fonction de leur niveau de risque obstétrical vers les structures disposant de l'environnement pédiatrique et maternel adapté. Ces décrets généralisent à l'ensemble des maternités les obligations décrites dans la circulaire Barzach de 1988, qui ne concernait que les maternités publiques.

Ces textes s'inscrivent dans le cadre plus global de plans pluriannuels sur la périnatalité. Dès les premiers plans, à partir des années 1970, les pouvoirs publics ont en effet mis l'accent sur la réduction des différents taux de mortalité (périnatale, maternelle, etc.) qui étaient particulièrement élevés à cette époque. Ces plans ont ainsi porté leur attention sur la sécurité autour de la naissance pour la mère et le nouveau-né (Cour des comptes, 2006 ; Danet et Moisy, 2009a). Depuis 30 ans, trois plans se sont succédés. Ainsi, par exemple, le deuxième plan (1995-2000), très centré sur la sécurité de l'enfant, a poursuivi le mouvement de restructuration des maternités en entraînant la fermeture des plus petites d'entre elles, c'est-à-dire celles qui réalisaient moins de 300 accouchements dans l'année. Le dernier plan Périnatalité (2005-2007) préconisait un équilibre entre les dimensions de sécurité et de qualité, d'une part, et d'humanité et de proximité, d'autre part. Il a mis en avant la nécessaire écoute des besoins et des attentes : un entretien individuel préconisé au 4^{ème} mois de grossesse (entretien périnatal précoce) a notamment été mis en place afin de mieux accompagner les parents.

Une restructuration importante et continue des maternités depuis trente ans

Les petites maternités du secteur privé sont plus touchées par le mouvement de concentration

Le paysage des maternités en France métropolitaine¹ a ainsi considérablement évolué depuis plus de 30 ans (Ruffié *et al.*, 1998 ; Bichier et Fellingner, 2008) : leur nombre est passé de 1 369 en 1975 à 814 en 1996, pour s'établir à 572 fin 2007. Cette concentration est régulière et se poursuit : tous les dix ans, entre 20 et 30 % des maternités disparaissent. Le nombre d'accouchements par maternité a, en revanche, plus que doublé en trente ans : de 528 accouchements par maternité en 1975, ce nombre est passé à 1 357 en 2007 (voir tableau 1).

Huit cents maternités ont fermé en trente ans, dont près des deux tiers étaient des maternités du secteur privé pris dans son ensemble. De manière générale, les maternités de petite taille ont été les premières touchées par les mouvements de restructuration. Si 489 maternités réalisaient moins de 300 accouchements par an en 1975 (soit 36 %), elles ne sont plus que 23 à la fin de l'année 2007 (soit 4 %). En parallèle, le nombre de lits des maternités a été quasiment divisé par deux sur la période passant d'environ 32 000 lits fin 1975 à environ 18 000 fin 2007.

Ce constat est à relier aux textes réglementaires ou circulaires parus depuis 1972 : le décret Dienech, qui a imposé aux établissements privés des normes minimales et détaillées pour les locaux et le plateau technique, et la circulaire du 10 mai 1972 applicable aux maternités publiques. Ainsi, dans le secteur privé, les établissements concernés sont bien souvent des cliniques tenues par des sages-femmes tandis que les maternités des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes, ont été les plus touchées dans le secteur public. La circulaire Barzach de 1988 et les décrets Périnatalité ont renforcé ce mouvement.

1. L'étude porte sur les maternités de France métropolitaine. L'encadré présente des résultats pour les départements d'outre-mer.

Tableau 1 • évolution de la situation des maternités entre 1975 et 2007

	1975	1985	1996	2001	2007
Nombre de maternités	1 369	1 035	814	682	572
dont maternités privées (1)	716	526	384	288	208
Maternités de moins de 300 accouchements	489	248	90	47	23
Nombre de lits d'obstétrique	32 018	28 994	24 819	19 091	17 686
Nombre d'accouchements	735 933 (*)	759 012 (*)	725 337	757 793	776 002
Nombre moyen d'accouchements par maternité	528	698	891	1 111	1 357
Durée moyenne de séjour en gynécologie-obstétrique	8,0	6,8	5,3	5,1	4,7

(*) Le nombre d'accouchements a été estimé en divisant le nombre de naissances vivantes par le ratio accouchements/naissances vivantes de 1996.

(1) Les maternités privées à but non lucratif représentent 7 % des maternités en 2007.

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, H74 et statistique des établissements hospitaliers privés pour 1975, EHP et H80 pour 1985, SAE 1996, 2001 et 2007, données statistiques ; IRDES, Base ECO-Santé.

En effet, les restructurations se sont poursuivies à un rythme soutenu de 1975 à aujourd'hui : 334 maternités de moins sont dénombrées entre 1975 et 1985 (-24 %), 221 entre 1985 et 1996 (-21 %) et 242 entre 1996 et 2007 (-30 %). Ces restructurations peuvent correspondre à des fermetures sèches mais également à des regroupements de maternités sur un site unique avec parfois une ouverture de maternité issue de ces regroupements.

Pour autant, les établissements n'ont pas été forcément touchés de la même manière au cours de cette période.

Entre 1975 et 1985, les petites maternités sont les plus touchées : 72 % des sites fermés ou regroupés réalisaient moins de 300 accouchements par an, soit 241 maternités.

Par secteur, toujours entre 1975 et 1985, les restructurations ont touché, de façon presque équivalente, les sites publics et privés. Ainsi, 190 maternités privées ont cessé leur activité contre 144 dans le secteur public. Fin 1985, les maternités se répartissaient de façon globalement équivalente entre les deux secteurs avec environ 500 maternités pour chacun. Le nombre de lits associés a diminué de façon plus faible sur cette période (-9 %), puisque les maternités fermées ou regroupées étaient majoritairement de petite taille (voir tableau 1).

Les dix années suivantes, les restructurations se poursuivent à un rythme soutenu, mais touchent plutôt les maternités privées : 64 % de la baisse concerne ce secteur. Les maternités publiques

deviennent alors plus nombreuses (53 %) que les maternités privées (47 %).

Un nombre important de petites maternités ferment ou se regroupent : si elles représentent un quart des maternités fin 1985, elles ne sont plus que 12 % fin 1996 à avoir une activité inférieure à 300 accouchements par an. La baisse concomitante du nombre de lits s'accélère : on dénombre environ 25 000 lits dans les maternités fin 1996, soit une baisse de 14 % par rapport à la fin 1985.

Sur la période plus récente, la concentration des sites se poursuit de façon régulière avec 132 maternités de moins entre 1996 et fin 2001, puis 110 entre 2001 et 2007. L'offre publique prend là encore régulièrement le pas sur l'offre privée : de 53 % des sites fin 1996, les maternités publiques représentent 58 % de l'ensemble de l'offre fin 2001 puis 64 % fin 2007.

Entre 2001 et 2007, ce sont plus précisément les maternités des cliniques privées qui ont fermé : en effet, leur nombre a diminué de 30 %, alors que cette baisse est de 18 % pour les maternités privées à but non lucratif et de 8 % pour les maternités publiques.

Sur cette période, la taille des maternités continue à augmenter : les sites réalisant moins de 300 accouchements deviennent marginaux (4 %), tandis que les maternités réalisant entre 300 et 1 000 accouchements par an et qui représentaient près de six maternités sur dix en 1996, ne concernent plus que quatre maternités sur dix fin 2007. À l'inverse, si 13 % des maternités ac-

complissaient plus de 1 500 accouchements par an fin 1996, elles sont plus d'un tiers (35 %) fin 2007. Entre ces deux dates, le nombre de maternités de cette catégorie a ainsi augmenté sur la période passant d'un peu plus de 100 sites à près de 200 fin 2007, conséquence directe des regroupements.

Fin 2007, une maternité sur deux réalise plus de 1 135 accouchements par an, tandis qu'un quart d'entre elles en réalisent plus de 1 890.

Une offre majoritairement publique et réorientée vers des niveaux 2 ou 3

Les décrets du 9 octobre 1998 définissent plusieurs niveaux de maternité, destinés à prendre en charge les grossesses en fonction du risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né (voir définitions).

Par ailleurs, entre 1996² et 2007, en France métropolitaine, ce sont essentiellement des maternités de niveau 1 qui ont disparu (-264, soit -47 %), tandis que le nombre de sites de niveau 2 ou 3 a augmenté légèrement (+9 %)³.

Ce constat est assez naturel dans la mesure où la concentration des sites a principalement concerné les « petites » maternités, en imposant notamment un plateau technique minimum, et n'a donc pas concerné les maternités déjà bien équipées, comme le sont les maternités de niveau 2 ou 3. En revanche, même si la part des materni-

tés de niveau 1 a diminué durant cette période, elles demeurent tout de même les plus nombreuses en 2007. Elles représentent plus d'une maternité sur deux (52 %) et 37 % des lits d'obstétrique. La diminution du nombre de sites de niveau 1 s'est faite progressivement et de façon continue sur les dix dernières années : environ -27 % entre 1996 et 2001 mais également entre 2001 et 2007.

In fine, secteur public et secteur privé se partagent de façon très différente la prise en charge des accouchements.

Les maternités de niveau 2 ou 3 sont presque exclusivement des maternités publiques ou privées à but non lucratif (respectivement 78 % pour les niveaux 2 et 100 % pour les niveaux 3 en 2007).

Entre 1996 et 2007, un plus grand nombre d'accouchements a eu lieu dans ces maternités. En effet, en 2007, 67 % des accouchements ont eu lieu dans les 272 maternités disposant d'un service de néonatalogie ou de réanimation néonatale (niveau 2 ou 3), alors qu'en 1996, c'était le cas de 43,5 % d'entre eux.

Quant au secteur privé à but lucratif, il est davantage resté orienté vers les maternités de niveau 1. Cependant, ce secteur a été plus fortement touché par les fermetures de ces sites (-86 sites en 7 ans). Ainsi, alors que 50 % des maternités de niveau 1 étaient des cliniques privées en 2001, elles ne sont plus que 41 % en 2007 (voir tableau 2).

Tableau 2 • répartition des maternités par statut et niveau d'autorisation en 2007

	NIV1	NIV2	NIV3	Ensemble des établissements
Public	49 %	74 %	97 %	64 %
Privé non lucratif	10 %	4 %	3 %	7 %
Privé lucratif	41 %	21 %	0 %	29 %
Ensemble des établissements	100 %	100 %	100 %	100 %

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques.

2. En 1996, les niveaux de maternité n'existaient pas encore officiellement mais des équivalents ont pu être établis, en raison des équipements spécifiques propres à chaque niveau.

3. La stagnation observée pour l'ensemble des sites de niveau 2 ou 3 résulte en fait d'une augmentation du nombre de maternités de niveau 3 et d'une stagnation des sites de niveau 2. Parmi ces derniers, on constate une diminution des niveaux 2A (néonatalogie sans soins intensifs) au profit des niveaux 2B (néonatalogie avec soins intensifs). Cette distinction n'est pas demandée explicitement dans la SAE.

Plusieurs raisons peuvent expliquer les fermetures plus nombreuses observées dans les maternités privées. Tout d'abord, l'organisation des soins *via* la redéfinition des maternités par niveau a imposé des normes d'équipement et de personnels différenciées qui ont davantage touché les maternités privées. De plus, des maternités des cliniques privées ont pu également se retirer de cette activité pour des questions financières. En effet, les secteurs de l'obstétrique et de la médecine pédiatrique inhérents aux maternités ne sont pas les plus rémunérateurs. Enfin, les difficultés de recrutement de gynécologues obstétriciens dans les maternités privées, du fait des difficultés d'assurance en responsabilité civile pour ces derniers, est une préoccupation évoquée régulièrement par les professionnels de ce secteur.

Une grande satisfaction des femmes quant au déroulement de leur accouchement

Cette concentration des maternités est intervenue dans un contexte démographique très dynamique. La natalité en France métropolitaine est

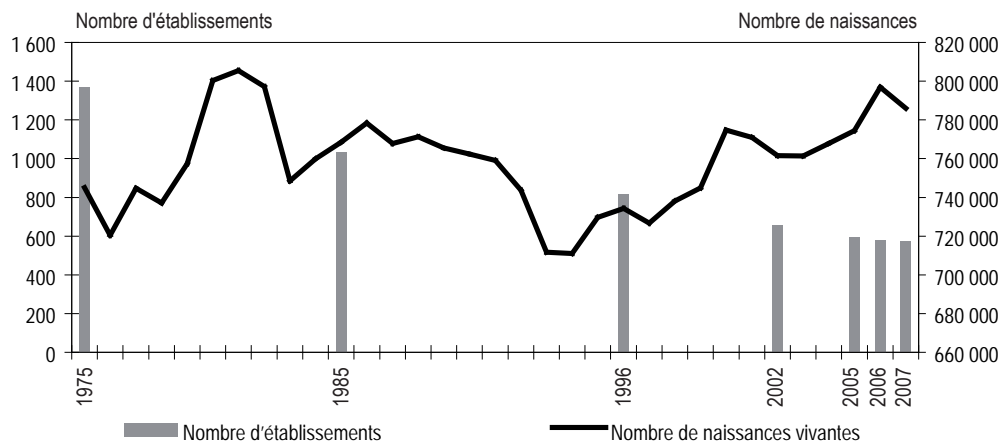
restée élevée sur toute la période 1975-2007 : on dénombre entre 710 000 (1993-1994) et 800 000 (1980-1981 puis 2006) naissances vivantes par an⁴ (voir graphique 1).

Si le nombre de sites a fortement diminué (-58 % en trente ans), les capacités associées ont suivi la même tendance. Le nombre de lits en obstétrique a ainsi baissé d'environ un tiers en trente ans, passant de 32 000 en 1975 à près de 18 000 lits fin 2007.

Le taux d'utilisation des lits des maternités a donc doublé depuis trente ans : de 22 accouchements par lit en moyenne en 1975, ce taux atteint environ 44 fin 2007. La taille des maternités a considérablement augmenté entre 1975 et 1996, mais elle s'est stabilisée sur les dix dernières années : fin 2007, les maternités ont en moyenne 31 lits, comme fin 1996, et un quart a plus de 40 lits tandis qu'un autre quart en a moins de 18.

Cette baisse des capacités des maternités associée à une activité dynamique va de pair avec une diminution de la durée moyenne de séjour : en gynécologie-obstétrique, celle-ci a quasiment été divisée par deux de 1975 à 2007, passant de 8,0

Graphique 1 • évolution de 1975 à 2007 du nombre des naissances vivantes et des maternités



Champ • France métropolitaine.

Sources • INSEE, état civil, DREES, H74 et statistique des établissements hospitaliers privés pour 1975, EHP et H80 pour 1985, SAE 1996, 2002, 2005, 2006 et 2007, données statistiques.

4. Le nombre de naissances vivantes diffère du nombre d'accouchements puisqu'à un accouchement peut correspondre plusieurs enfants. L'évolution des naissances vivantes (enregistrées à l'état civil) peut tout à fait être rapprochée de l'activité des maternités puisque très peu de naissances ont lieu hors d'un établissement de santé en France métropolitaine (environ 6 500 par an en 2007).

à 4,7 jours. Les séjours ont des durées assez similaires quels que soient les niveaux ou les sec-teurs des maternités.

Cette nette réduction de la durée moyenne de séjour des mères à la maternité n'est pas pour autant source d'insatisfaction. En effet, selon l'enquête auprès des usagères de maternités menée par la DREES à la fin de l'année 2006, 94 % des femmes se déclarent très ou plutôt satisfaites du déroulement de leur accouchement (Collet, 2008 ; Danet et Moisy, 2009a). La prise en charge à l'arrivée à la maternité est la plus unanimement valorisée. En effet, les femmes mettent en avant l'efficacité, la disponibilité et les informations délivrées par les équipes soignantes ainsi que les conditions matérielles d'accueil. Elles ont également salué l'organisation et l'ambiance en salle de naissance, qui a notamment permis le respect de leur intimité et leur tranquillité. En ce qui concerne l'accouchement *stricto sensu*, si les avis négatifs restent très minoritaires (autour de 5 %), les opinions positives sont plus ou moins tranchées selon les éléments considérés. En effet, les jugements très positifs varient de 70 % quant aux actes pratiqués à 63 % pour le sentiment de sécurité et un peu moins de 60 % pour l'accompagnement par les professionnels de santé pendant l'accouchement. Les femmes sont un peu plus critiques quant aux informations fournies par les professionnels sur la démarche médicale et leurs implications potentielles sur leur santé. Ces informations sont jugées insuffisantes dans 15 % des césariennes et 50 % des épisiotomies.

L'enquête suggère également que les niveaux de satisfaction des femmes à l'égard du déroulement de l'accouchement varient sensiblement en fonction des marges de manœuvre dont elles ont disposé pour choisir et coordonner leur trajectoire de grossesse. Le choix de la maternité, les problèmes rencontrés lors de la grossesse ou la protection sociale jouent en effet un rôle important. De plus, à ces facteurs s'ajoutent l'influence des conditions d'accouchement et les actes pratiqués par l'équipe soignante. Ainsi 6 % des patientes se sont déclarées plutôt pas ou pas du tout satisfaites de leur accouchement. La part des insatisfaites est augmentée de 35 % parmi les femmes

qui n'ont pas eu de péridurale et elle est multipliée par deux pour celles qui ont subi une césarienne.

Ainsi, les femmes apparaissent en grande majorité satisfaites de leur accouchement lorsqu'il s'agit d'un accouchement sans complication particulière. En revanche, elles émettent davantage de réserves lorsque des problèmes surviennent, non pas sur le plan médical, mais plutôt concernant l'accompagnement et l'information dispensée.

Une meilleure adéquation entre les risques encourus par la mère ou l'enfant et le niveau de la maternité

Les décrets de 1998 et les plans Périnatalité successifs se sont attachés à réduire les risques pour l'enfant et la mère lors de l'accouchement. Pour atteindre cet objectif, une bonne adéquation entre niveau de maternité et risques encourus est essentielle. Si certains éléments influant sur le déroulement de l'accouchement peuvent être anticipés (*a priori*), d'autres en revanche ne sont connus qu'au moment de l'accouchement (*a posteriori*).

Les naissances multiples et de petits poids prises en charge à 80% par les maternités de niveau 2 ou 3

En 2007, 3 % des enfants sont nés à l'issue d'une naissance multiple. Cette proportion est stable depuis 1996, mais leur nombre est en augmentation, passant de 22 000 fin 2001 à 25 000 fin 2007, en lien avec l'augmentation du nombre de naissances vivantes. La présence de jumeaux ou plus⁵ est connue avant la naissance, ce qui permet d'orienter efficacement les femmes vers une maternité disposant au moins d'un service de néonatalogie (niveau 2 ou 3) (voir tableau 3).

En 2007, 82 % des naissances multiples sont prises en charge dans une maternité de niveau 2 ou 3, contre 56 % en 1996. Les données de l'enquête nationale périnatale (ENP) 2003 corroborent celles de la Statistique annuelle des établissements de santé ; selon l'ENP en effet, en

5. En 2007, selon l'INSEE (Situation démographique, état civil), il y a eu 12 578 accouchements multiples donnant lieu à des naissances de jumeaux, 198 de triplés, 6 de quadruplés, mais pas de quintuplés ou plus. Leur nombre total diffère légèrement de celui de la SAE, compte tenu d'une sous-déclaration dans cette dernière source.

2003, près des trois quarts des naissances multiples étaient prises en charge dans les maternités de niveau 2 ou 3.

Contrairement aux naissances multiples, l'insuffisance pondérale du fœtus n'est pas toujours décelable avant terme et les nourrissons sont exposés à des risques différents selon leur poids. En 2007, 7 % des nouveau-nés sont nés avec un poids inférieur à 2 500 grammes (y compris les mort-nés), dont 1 % avec un poids inférieur à 1 500 grammes. Ces derniers sont pris en charge dans 80 % des cas par une maternité de niveau 3 et dans 14 % des cas par les maternités de niveau 2 (voir tableau 4).

Les enfants pesant à la naissance entre 1 500 et 2 500 grammes naissent quant à eux également majoritairement dans les maternités de niveau supérieur (78 %). Cependant, leur prise en charge au sein des différentes maternités est plus

équilibrée, puisque les maternités de niveau 1 accueillent 22 % de ces nouveau-nés, les maternités de niveau 2, 44 % et les maternités de niveau 3, 34 %.

Au total, les maternités de niveau 2 ou 3 prennent en charge 81 % des nouveau-nés de moins de 2 500 grammes. Ce taux apparaît, « à dire d'expert », comme optimal.

Un troisième élément permet de mesurer l'adéquation entre le niveau de risque périnatal et le niveau de maternité. Il s'agit de l'orientation des femmes vers des niveaux de maternité supérieurs (niveau 2 ou 3) lorsque le travail ne se présente pas dans de bonnes conditions et que les mères se trouvent dans une maternité qui ne dispose pas d'un environnement adapté. Environ 5 800 femmes ont été transférées en 2007, dont 57 % viennent des maternités de niveau 1 et 41 % des maternités de niveau 2.

Tableau 3 • nombre d'enfants nés de naissance multiple

		2001	2003	2005	2007
NIV1	Nombre d'enfants nés de naissance multiple	6 127	5 680	4 260	4 729
	Taux d'enfants multiples	1,8 %	1,9 %	1,6 %	1,8 %
NIV2	Nombre d'enfants nés de naissance multiple	8 746	8 773	10 010	10 412
	Taux d'enfants multiples	2,9 %	2,7 %	2,9 %	2,9 %
NIV3	Nombre d'enfants nés de naissance multiple	7 313	8 113	8 752	9 903
	Taux d'enfants multiples	5,4 %	5,4 %	5,5 %	5,7 %
Ensemble	Nombre d'enfants nés de naissance multiple	22 186	22 566	23 022	25 044
	Taux d'enfants multiples	2,9 %	3,0 %	3,0 %	3,2 %

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques.

Tableau 4 • répartition des enfants de petit poids en 2007

	NIV1		NIV2		NIV3		Ensemble des établissements	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Poids inférieur ou égal à 1 500 grammes	416	5,2 %	1 156	14,4 %	6 452	80,4 %	8 024	100,0 %
Poids supérieur à 1 500 grammes et inférieur ou égal à 2 500 grammes	10 217	21,5 %	21 052	44,3 %	16 224	34,2 %	47 493	100,0 %
Total	10 641	19,2 %	22 223	40,0 %	22 685	40,8 %	55 549	100,0 %

Note de lecture • Les maternités de niveau 1 prennent en charge 21,5 % des enfants ayant un poids compris entre 1 500 et 2 500 grammes.

Champ • France métropolitaine.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques ; DREES, SAE 2007, données statistiques.

Ainsi, les femmes et les nouveau-nés présentant le plus de « risques » sont davantage accueillis dans une maternité disposant de l'environnement maternel et pédiatrique adapté, même si des enfants présentant potentiellement des « risques » naissent toujours dans des maternités de niveau 1. De plus, des études (Chien *et al.*, 2001) montrent qu'une prise en charge dans une maternité de niveau adéquat est préférable à un transfert du nouveau-né vers une maternité de niveau supérieur.

Une politique de sécurisation de la naissance

Grâce aux progrès médicaux, la mortalité des enfants de leur naissance jusqu'à l'âge de un an a globalement diminué.

La part des nourrissons mort-nés est passée de 10,4 ‰ en 1975 à 9,1 ‰ en 2007. De même, le taux de mortalité périnatale (voir définition) a baissé de 18,1 en 1975 à 10,8 enfants sans vie ou décédés à moins de sept jours pour 1 000 naissances en 2007. Ces taux, en apparence assez élevés en 2007, avaient pour autant baissé continuellement jusqu'en 2001. Ils ont ensuite fortement augmenté en raison d'un changement législatif intervenu fin 2001. En effet, depuis cette date, un acte d'enfant sans vie est établi « lorsque l'enfant est mort-né après un terme de 22 semaines d'aménorrhée ou ayant un poids de 500 grammes ». Ces nouveaux critères conduisant à un abaissement du seuil d'enregistrement à l'état civil ont donc eu pour conséquence d'augmenter le nombre d'enfants mort-nés enregistrés à partir de 2002).

Tout comme la mortalité autour de la naissance, la mortalité infantile (voir définition) a globalement diminué ces trente dernières années : en effet, elle a quasiment été divisée par 4 entre 1975 et 2007, passant de 13,8 à 3,6 pour mille.

Cependant, ces données encourageantes ne doivent pas faire oublier que le taux de mortalité maternelle demeure à un niveau relativement élevé en France (Bouvier-Colle et Haus-Cheymol, 2010 ; Bouvier-Colle *et al.*, 2010 ; Danet et Moisy, 2009), bien qu'il poursuive sa baisse tendancielle depuis le début des années 1990. En 2007, ce

taux serait de 7,6 décès pour cent mille naissances vivantes⁶. Il se situe dans la moyenne des pays européens mais reste loin derrière celui de la Suède, estimé à 2,0 pour 100 000 en 2004. Selon les experts, le plus alarmant est que 50 % des décès maternels en France seraient évitables. Ainsi, le plan Périnatalité 2005-2007 prévoyait de réduire la mortalité maternelle de plus de 40 % pour atteindre environ 5 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Un taux de césariennes en nette augmentation

Fin 2007, environ 157 000 accouchements se sont déroulés par césarienne. De 2001 à 2007, le nombre de césariennes a augmenté de 30 % dans les maternités de niveau 2 et de plus de 40 % dans les maternités de niveau 3, alors qu'il a baissé de près de 10 % dans les maternités de niveau 1.

Le taux de césariennes, quant à lui, est en constante augmentation depuis de nombreuses années (HCSP, 1994 ; Rumeau-Rouquette *et al.*, 1984 ; Bréart *et al.*, 1991 ; Blondel *et al.*, 1997). De 6 % en 1972, il a progressé jusqu'à aujourd'hui pour atteindre 11 % en 1981, 14 % fin 1991, 16 % fin 1996 et enfin 20 % fin 2007. Bien qu'elles accueillent des femmes à risque, les maternités de niveau 2 et 3 ont un taux de césariennes comparable à celui en niveau 1, ce qui signifie qu'à niveau de risque équivalent, les établissements de niveau élevé pratiquent donc moins fréquemment les césariennes (voir tableaux 5 et 6).

Le secteur de la maternité semble plus déterminant pour expliquer les différences de recours aux césariennes que le niveau. Fin 2007, les taux de césariennes s'établissent à 19,8 % pour les maternités publiques et à 21,5 % pour les maternités des cliniques privées. Depuis 2001, c'est dans ce dernier secteur que la hausse du taux de césariennes a été la plus forte : +2,6 % contre +2,0 % dans le secteur public et +1,9 % dans le secteur privé à but non lucratif.

Tous secteurs confondus, les taux de césariennes sont assez hétérogènes d'un établissement à un autre et s'échelonnent de 10 % à plus

6. Base Eco-santé, IRDES.

Tableau 5 • évolution du taux de césariennes

	2001	2003	2005	2007
Public	17,7 %	18,5 %	19,1 %	19,8 %
Privé à but non lucratif	18,4 %	18,9 %	19,3 %	20,3 %
Privé à but lucratif	18,9 %	19,6 %	20,6 %	21,5 %
NIV1	18,0 %	18,7 %	19,6 %	20,7 %
NIV2	17,6 %	18,2 %	19,0 %	19,2 %
NIV3	19,9 %	20,8 %	20,9 %	22,0 %
Total	18,2 %	18,9 %	19,6 %	20,3 %

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2001, 2003, 2005 et 2007, données statistiques.

Tableau 6 • taux de césariennes en 2007 selon le niveau d'autorisation et le statut juridique

	NIV1	NIV2	NIV3
Public	18,8 %	18,6 %	22,0 %
Privé à but non lucratif	20,0 %	20,6 %	21,1 %
Privé à but lucratif	22,5 %	20,2 %	-

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques.

de 43 %. Si l'OMS fixe à 15 % le seuil « raisonnable » de recours aux césariennes, 90 % des maternités de France métropolitaine ont un taux supérieur. Ainsi, 70 maternités pratiquent des césariennes dans plus d'un accouchement sur quatre. Dans ce groupe, les sites de niveau 1 sont prépondérants par rapport à l'ensemble des établissements (65 % contre 52 %). Il en est de même pour les cliniques privées (56 % contre 29 %).

L'âge des mères, un facteur pouvant influencer le taux de césariennes

L'âge moyen à la maternité recule depuis de nombreuses années : en 1977, il était de 26,5 ans. Entre 1998 et 2007, il poursuit son augmentation, passant de 29 ans à 29 ans et demi. De la même manière, la structure par âge se modifie comme en témoigne le décalage d'un an de l'âge médian observé : en 1998, une femme sur deux accouchait avant 28 ans contre 29 ans fin 2007. Tandis que la proportion d'accouchements concernant des femmes ayant moins de 25 ans

est globalement stable entre 1998 et 2007 (18 %), un tiers des femmes accouchent entre 25 et 29 ans fin 2007 contre 38 % fin 1998. Si la proportion est également stable entre 30 et 34 ans, les femmes de 35 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses fin 2007 que dix ans plus tôt. Ainsi, l'augmentation du taux de césariennes constatée depuis plusieurs années pourrait s'expliquer, en partie au moins, par l'augmentation de la part des femmes de plus de 35 ans qui accouchent chaque année. Cependant, entre 2003 et 2007, à structure par âge comparable, l'âge n'explique qu'un cinquième de l'écart entre les deux années (+1 point entre 2003 et 2007). L'augmentation lente mais continue de l'âge des mères n'est donc pas un élément explicatif majeur de la hausse du recours aux césariennes.

D'autres facteurs ont une influence (Baubeau et Buisson, 2003) : en effet, si le premier accouchement d'une femme a lieu par césarienne, les suivants auront alors une forte probabilité de se dérouler de la même façon. De plus, les pratiques professionnelles du personnel hospitalier peuvent

influencer le recours à une césarienne. Les données disponibles dans la SAE ne permettent pas d'étudier davantage ces éléments (voir graphique 2).

Une généralisation du recours aux anesthésies sous péridurale ou par rachianesthésie

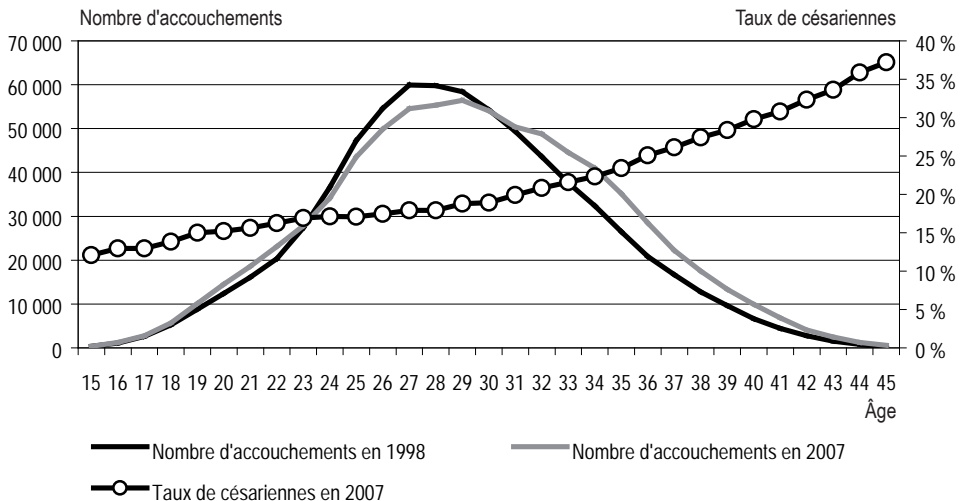
Alors que les plans Périnatalité, comme ceux de 1994 ou encore de 2003, se concentraient sur la sécurité sanitaire entourant la naissance et avaient pour objectif principal la diminution de la mortalité périnatale et infantile (voir définition), un des objectifs de la loi de santé publique de 2004 est de prendre en charge les douleurs d'intensité modérée ou sévère liées à l'accouchement. L'augmentation constante du nombre d'accouchements ayant bénéficié d'une anesthésie par péridurale ou rachianesthésie⁷ depuis plusieurs années est un bon indicateur de cette évolution. En effet, parmi les maternités ayant renseigné cette donnée, le taux de péridurale s'élevait à 76 % fin 2007. Il est en augmentation de 6 points entre 2001 et 2007.

Le recours aux différents modes d'anesthésie diffère selon le mode d'accouchement : l'anesthésie par rachianesthésie, voire l'anesthésie générale, sont systématiques en cas de césarienne, alors que l'anesthésie par péridurale peut être choisie, mais pas toujours possible, en cas d'accouchement par voie basse. Selon l'enquête nationale périnatale de 2003, parmi les femmes ayant accouché sans péridurale, 39 % l'ont fait volontairement et 48 % suite à un travail trop rapide.

Lors d'accouchements par voie basse, les maternités de niveau 2 ou 3 ont plus fréquemment recours à la péridurale que les maternités de niveau 1 (environ 75 % contre 71 %) [voir tableau 7].

En revanche, lorsqu'il s'agit d'accouchements par césarienne, les maternités de niveau 3 ont moins recours à la péridurale que les maternités de niveau 1 et 2 (86 % contre environ 91 %). Cet écart peut s'expliquer par la prise en charge des accouchements les plus complexes dans les sites de niveau 3, qui nécessitent plus fréquemment une anesthésie générale. Ces résultats sont dans la continuité de ceux de l'enquête Périnatalité de 2003, le recours à l'anesthésie générale poursuivant sa diminution.

Graphique 2 • répartition par âge des accouchements (1998 et 2007) et du taux de césariennes (2007)



Note de lecture • Le nombre d'accouchements est légèrement supérieur dans le PMSI-MCO que dans la SAE, en raison de divergences de concepts entre les deux sources.

Champ • France métropolitaine.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 1998 et 2007, données statistiques.

7. Nous parlerons de péridurale ou de taux de péridurale en englobant sous ce terme les rachianesthésies.

Tableau 7 • taux de péridurale ou rachianesthésie en 2007 selon le niveau d'autorisation et le mode d'accouchement

	2001				2007			
	NIV1	NIV2	NIV3	Total	NIV1	NIV2	NIV3	Total
Accouchements par césarienne	77,3 %	83,7 %	89,6 %	82,1 %	91,9 %	90,1 %	85,9 %	89,7 %
Accouchements par voie basse	67,6 %	66,4 %	72,5 %	67,9 %	70,5 %	73,0 %	75,4 %	72,7 %

Note de lecture • Ne sont recensées ici que les maternités ayant renseigné les variables relatives au recours à la péridurale.

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2001 et 2007, données statistiques.

L'offre régionale

Structure de population, concentration des sites, particularités de l'offre hospitalière, etc. sont autant de caractéristiques différentes qui peuvent expliquer une mise en œuvre de la restructuration des maternités depuis trente ans aussi hétérogène selon les régions considérées.

À la fin de l'année 2007, on dénombre en moyenne 26 maternités par région. Ce nombre varie de 4 pour la région Corse et 8 pour le Limousin à 105 pour l'Île-de-France (voir tableau 8 et carte 1).

Douze ans auparavant, le nombre de maternités était plus élevé dans chacune des régions et on comptait 37 maternités en moyenne par région. Les baisses ont été les plus importantes pour l'Auvergne (-42 %), la Franche-Comté, la Bretagne et la Basse-Normandie et les plus limitées pour l'Alsace (-10 %), la Corse, le Limousin et le Poitou-Charentes, pour une baisse moyenne de 30 % sur l'ensemble de la France métropolitaine.

En parallèle, le nombre de lits correspondant a baissé dans des proportions identiques (-29 %) entre 1996 et 2007, en s'échelonnant de -12 % en Île-de-France à -50 % en Franche-Comté.

Pour autant, à l'exception de la Basse-Normandie et de la Franche-Comté, les régions les plus touchées par les baisses du nombre de lits (Alsace, Bourgogne, Limousin, Lorraine) ne sont pas celles ayant « perdu » le plus de maternités.

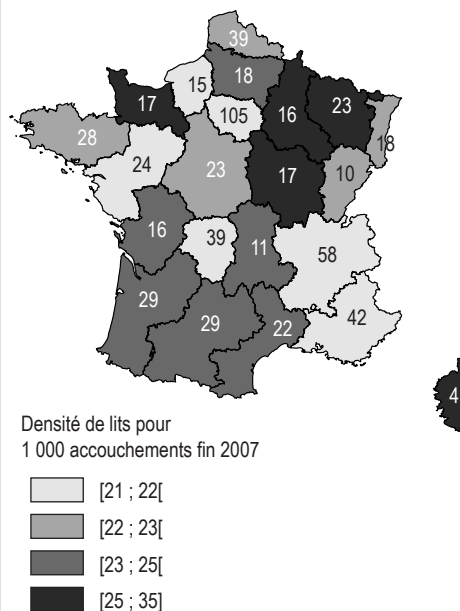
La taille moyenne des maternités est donc stable au niveau national depuis douze ans (environ 30 lits par site) mais assez hétérogène selon les régions : de 21 lits en moyenne par site dans le Limousin à 41 en Pays de la Loire. Certaines régions ont la particularité de « cumuler » un grand nombre de sites, souvent de grande taille, comme l'Île-de-France ou le Nord-Pas-de-Calais.

Cette taille est très liée à la présence de maternités de niveau 3 dans la région, qui, de par leur technicité, ont des capacités assez importantes.

Une demande dynamique mais très fortement concentrée dans quelques régions ...

Le nombre d'accouchements est resté dynamique sur la période 1996-2007 : +6,5 % sur l'ensemble de la France métropolitaine et en augmentation dans presque toutes les régions.

Carte 1 • Nombre de maternités par région et densité de lits fin 2007



Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques.

Tableau 8 • évolution des caractéristiques des maternités entre 1996 et 2007

	Nombre de maternités			Nombre de lits des maternités			Nombre d'accouchements			Nombre de lits pour 1 000 accouchements		
	1996	2007	évolution 1996-2007	1996	2007	évolution 1996-2007	1996	2007	évolution 1996-2007	1996	2007	évolution 1996-2007
Alsace	20	18	-10 %	800	486	-39 %	21 885	22 336	2 %	37	22	-15
Aquitaine	45	29	-36 %	1 178	851	-28 %	30 764	33 995	11 %	38	25	-13
Auvergne	19	11	-42 %	482	317	-34 %	12 899	12 995	1 %	37	24	-13
Basse-Normandie	27	17	-37 %	701	457	-35 %	17 939	18 122	1 %	39	25	-14
Bourgogne	25	17	-32 %	755	454	-40 %	18 045	18 098	0 %	42	25	-17
Bretagne	44	28	-36 %	1 206	871	-28 %	34 438	37 255	8 %	35	23	-12
Centre	30	23	-23 %	953	674	-29 %	26 885	28 736	7 %	35	23	-12
Champagne-Ardenne	21	16	-24 %	633	416	-34 %	16 780	16 124	-4 %	38	26	-12
Corse	5	4	-20 %	127	89	-30 %	2 689	2 536	-6 %	47	35	-12
Franche-Comté	16	10	-38 %	625	315	-50 %	13 897	14 438	4 %	45	22	-23
Haute-Normandie	23	15	-35 %	705	500	-29 %	22 478	22 284	-1 %	31	22	-9
Île-de-France	146	105	-28 %	4 216	3 711	-12 %	160 425	178 138	11 %	26	21	-5
Languedoc-Roussillon	31	22	-29 %	850	661	-22 %	24 797	28 414	15 %	34	23	-11
Limousin	10	8	-20 %	290	165	-43 %	6 718	7 685	14 %	43	21	-22
Lorraine	33	23	-30 %	1 250	703	-44 %	27 774	26 619	-4 %	45	26	-19
Midi-Pyrénées	44	29	-34 %	1 019	771	-24 %	26 606	30 585	15 %	38	25	-13
Nord-Pas-de-Calais	50	39	-22 %	1 953	1 324	-32 %	55 512	56 350	2 %	35	23	-12
Pays de la Loire	35	24	-31 %	1 452	972	-33 %	39 336	44 534	13 %	37	22	-15
Picardie	26	18	-31 %	889	571	-36 %	23 036	22 592	-2 %	39	25	-13
Poitou-Charentes	20	16	-20 %	652	414	-37 %	16 680	17 287	4 %	39	24	-15
Provence-Alpes-Côte d'Azur	60	42	-30 %	1 740	1 265	-27 %	56 613	58 032	3 %	31	22	-9
Rhône-Alpes	84	58	-31 %	2 343	1 699	-27 %	72 141	78 847	9 %	32	22	-11
France métropolitaine	814	572	-30 %	24 819	17 686	-29 %	728 337	776 002	7 %	34	23	-11

Champ • France métropolitaine.
Sources • DREES, SAE 1996 et 2007, données statistiques.

Six régions ont vu leur nombre d'accouchements augmenter de plus de 10 % sur la période : Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire, Midi-Pyrénées, Limousin, Île-de-France et Aquitaine. À l'inverse, les régions de Haute-Normandie, de Bourgogne, de Champagne-Ardenne, de Corse, de Picardie et de Lorraine ont un nombre d'accouchements stable ou en légère diminution entre 1996 et 2007.

Il est à noter que le nombre d'accouchements est très variable d'une région à l'autre : près d'un quart des accouchements ont lieu en Île-de-France, la moitié a lieu dans quatre régions (Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Nord-Pas-de-Calais

et Pays de la Loire) et 20 % dans les dix plus petites.

...avec cependant peu de disparités en termes d'accueil

Lorsque l'on compare les capacités offertes avec les accouchements réalisés, le nombre de lits pour 1 000 accouchements en 2007 est relativement homogène sur l'ensemble du territoire, toutes les régions disposant de 21 à 26 lits pour 1 000 accouchements ; seule la Corse dispose de 35 lits pour 1 000 accouchements.

En revanche, ce taux était très hétérogène selon les régions en 1975 (de 33 à 61 lits pour 1 000 accouchements), comme en 1996 avec 31 à 47 lits pour 1 000 accouchements.

Les restructurations intervenues depuis plus de 30 ans dans l'ensemble des régions ont ainsi entraîné une réduction des disparités en termes de capacités pour 1 000 accouchements.

Prédominance du secteur public dans la majorité des régions

La prise en charge de la naissance peut avoir lieu dans des établissements de différents statuts : maternités publiques, cliniques privées ou établissements privés à but non lucratif. Les deux tiers des maternités sont publiques (64 % des sites). Ces maternités représentent 62 % des lits. Cette répartition est vérifiée dans la majorité des régions à l'exception du Languedoc-Roussillon, où 40 % des lits seulement relèvent du secteur public. Les lits dans les maternités publiques peuvent représenter ainsi plus des deux tiers des capacités des maternités des régions et même jusqu'à 82 % en Franche-Comté.

Les maternités du secteur privé sont essentiellement des cliniques, le secteur privé à but non lucratif ne représentant que 7 % de l'ensemble des capacités contre un tiers pour les cliniques privées. Dans dix régions, le secteur privé à but non lucratif ne dispose d'aucune maternité, le secteur public étant alors dans ce cas prépondérant. La Corse a, quant à elle, une offre répartie à parts égales entre établissements publics et cliniques privées. Enfin, l'Alsace présente une offre atypique avec des capacités importantes dans le secteur à but non lucratif et une offre marginale dans les cliniques privées (un seul site et 2 % des lits). Cette structure d'offre par secteur, particulière selon les régions, est globalement stable dans le temps (voir carte 2).

Une offre de niveau 2 ou 3 de plus en plus homogène dans l'ensemble des régions

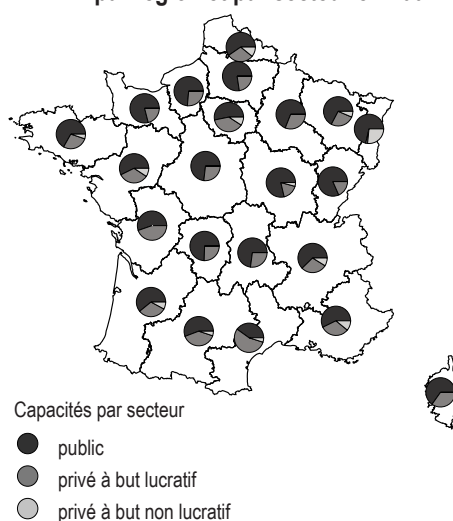
Depuis les décrets de 1998, les différents niveaux de maternité permettent d'orienter les femmes en fonction de leur niveau de risque obstétrical et en cas d'accouchement difficile. Cependant, l'offre des maternités par niveau d'autorisation est assez hétérogène sur le territoire.

En 1996, la part de sites de niveau 2 ou 3 variait de 16 à 61 % selon les régions, avec une moyenne de 43 %. Entre 2001 et 2007, les écarts se sont resserrés : les régions les moins bien dotées ont au moins 25 % de sites de niveau 2 ou 3, tandis que les mieux dotées en ont jusqu'à 64 %, la moyenne nationale étant de 48 %. Cette part qui augmente globalement résulte de la diminution générale du nombre de sites de niveau 1, tandis que le nombre de sites de niveau 2 ou 3 est en légère augmentation.

Si la part des sites de niveau 2 ou 3 est assez variable, la densité de lits de niveau 2 ou 3 pour 1 000 accouchements est en revanche homogène et resserrée autour de la moyenne (14 lits de niveau 2 ou 3 pour 1 000 accouchements) pour la plupart des régions (voir carte 3).

Le Limousin présente en revanche une situation atypique : avec 25 % de ses sites seulement de niveau 2 ou 3, il a de plus la particularité de ne disposer que de 8 lits de niveau 2 ou 3 pour 1 000 accouchements. Cette région est la seule à présenter une offre de niveau 2 ou 3 aussi faible, les autres régions ayant au moins 35 % de leurs sites de niveau 2 ou 3 et une densité de 12 lits de niveau 2 ou 3 pour 1 000 accouchements.

Carte 2 • Répartition géographique des capacités des maternités par région et par secteur en 2007



Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques.

À l'inverse, la Corse bénéficie d'une densité et d'un nombre de lits dans le niveau 2 plutôt favorable (23 lits de niveau 2 pour 1 000 accouchements). Ceci s'explique par sa situation géographique particulière : une offre minimum est en effet nécessaire quelle que soit l'activité des maternités afin de garantir une accessibilité et une sécurité optimale des patientes.

Huit régions ne comptent qu'une seule maternité de niveau 3 sur l'ensemble de leur territoire : Picardie, Bourgogne, Lorraine, Franche-Comté, Poitou-Charentes, Midi-Pyrénées, Limousin, Auvergne, tandis que la Corse n'en a aucune (voir annexe 3).

Dans certains cas, comme en Lorraine ou en Midi-Pyrénées, les capacités offertes sur l'unique site de niveau 3 sont élevées et donc comparables à d'autres régions multi-sites. Dans les autres régions en revanche, cela correspond à une offre plus faible pour ces niveaux de maternités. Dans tous les cas, se pose la question du temps d'accès à la maternité non traitée ici.

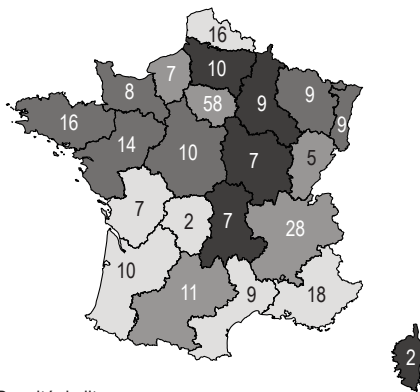
Des caractéristiques homogènes sur le territoire de France métropolitaine

Certaines caractéristiques des accouchements sont plus ou moins homogènes selon les régions, comme par exemple la durée moyenne de séjour à la maternité. Ainsi, fin 2007, selon les régions, les femmes restent en moyenne entre 4,4 (régions Centre et Haute-Normandie) et 5,6 jours (Franche-Comté) à la maternité lors de leur accouchement.

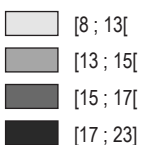
De la même manière, le taux de nourrissons mort-nés connaît une variabilité relativement faible et touche de 0,4 à 0,9 % des enfants selon les régions.

Concernant les naissances multiples, les résultats observés à l'échelon national se retrouvent au niveau régional. Elles sont en effet faibles dans les maternités de niveau 1 : moins de 1 % en Corse, Auvergne et en Haute-Normandie et jusqu'à 2,7 % en Franche-Comté. Elles sont en revanche plus élevées dans les maternités de ni-

Carte 3 • nombre de maternités de niveau 2 ou 3 par région et densité de lits de niveau 2 ou 3 en 2007



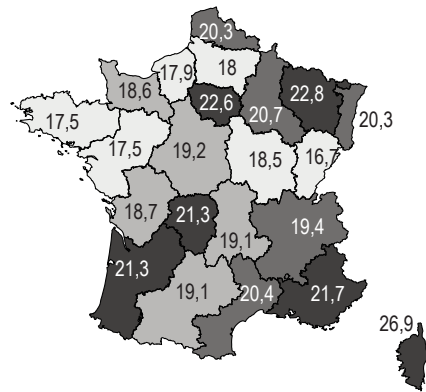
Densité de lits pour
1 000 accouchements fin 2007



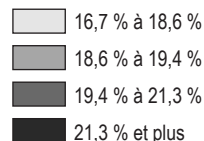
Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques.

Carte 4 • taux de césariennes en région au 31 décembre 2007



Moyenne France métropolitaine
20,0 %



Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques.

veau 2 ou 3. Depuis 2001, elles ont bien diminué dans les sites de niveau 1 pour la plupart des régions, en accord avec les préconisations des décrets périnatalité de 1998.

Enfin, on n'observe pas de différence significative selon les régions concernant les naissances d'enfants de poids inférieur à 2 500 grammes.

Les taux de césariennes s'échelonnent de 17 à 27 % selon les régions en 2007

Les taux de césariennes diffèrent, quant à eux, selon les régions. Ils variaient de 12,5 à 18 % fin 1996. Douze ans plus tard, à l'instar de l'échelon national, les taux ont augmenté pour toutes les régions, s'échelonnant cette fois de 17 à 27 %. En grande majorité, les régions ayant un taux de césariennes plutôt élevé en 1996 sont dans la même situation fin 2007. Sauf exception, il en est de même pour celles plutôt au-dessous de la moyenne nationale en 1996. À l'inverse, les régions telles que Languedoc-Roussillon, Alsace et Champagne-Ardenne, qui avaient des taux de césariennes plutôt bas en 1996, ont des taux parmi les plus élevés fin 2007. Une région fait figure d'exception, Midi-Pyrénées, avec un taux ayant peu augmenté. La Corse est une région atypique, le taux de césariennes y est en effet de 27 % en 2007 (voir carte 4).

Conclusion

Sous l'impulsion des pouvoirs publics, de nombreux textes ont substantiellement modifié la

prise en charge de la naissance en France depuis une trentaine d'années. Ces changements se sont traduits par une concentration massive des maternités et des capacités associées. Ces mesures, souvent médiatisées et impopulaires, ont cependant eu pour objectif premier l'amélioration de la sécurité entourant la mère et l'enfant, ainsi que la généralisation du recours à la péridurale afin d'améliorer le confort des mères.

Malgré ces restructurations, dans un contexte de natalité toujours dynamique, les femmes sont globalement satisfaites des conditions entourant leur accouchement, avec une meilleure prise en charge globale des grossesses à risque notamment, sans dégradation de la qualité du service rendu.

Seul point noir, l'augmentation du taux de césariennes, constante depuis le début des années 1970. Ce taux, qui s'établit à 20 % à la fin de l'année 2007, est supérieur aux 15 % recommandés par l'OMS. Une analyse complémentaire des facteurs explicatifs de cette augmentation serait à réaliser, en explorant notamment les pratiques locales des praticiens.

Selon les régions considérées, les caractéristiques des accouchements et de la prise en charge de la naissance sont de qualité globalement homogène mais, là encore, une analyse plus poussée pourrait être réalisée pour étudier plus finement l'adéquation entre l'offre et la demande locale *via* notamment une étude des distances d'accès aux maternités.

Encadré 1 • les sources

- **La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)** : réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), elle décrit l'activité des établissements de santé publics et privés (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.), ainsi que leurs facteurs de production (lits, places, équipements, personnels).

Année	Source	Compléments
1975	- Enquête nationale sur les hôpitaux publics - Enquête annuelle sur les établissements privés d'hospitalisation (EHP).	- Les questionnaires adressés aux établissements privés ne comportaient pas la mention du nombre d'accouchements. - Pour dénombrer les maternités effectuant un nombre d'accouchements inférieur à 300 en 1975, l'indicateur choisi a été le nombre d'entrées en obstétrique : lorsque celui-ci était inférieur à 300, la maternité était classée dans le groupe des maternités à faible activité.
1985	- Enquête nationale sur les hôpitaux publics ; - Enquête annuelle sur les établissements privés d'hospitalisation (EHP).	
1994	Mise en place de la SAE en remplacement des enquêtes EHP et H80	
1996	SAE	- Interrogation, pour la partie obstétrique, des entités juridiques pour le secteur public et des établissements pour le secteur privé. - Une enquête complémentaire auprès des directions régionales des affaires sanitaires et sociales et de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a permis d'obtenir les informations par établissement pour le secteur public et les niveaux de chaque établissement (voir définition).
2000-2007	SAE	Chaque établissement géographique, siège d'une maternité, remplit un questionnaire spécifique avec le niveau de la maternité correspondant à l'autorisation. Les informations relatives aux établissements (capacité, niveau, secteur, etc.) et les caractéristiques de la naissance (nombre d'enfants issus de naissance multiple, césariennes, etc.) proviennent de cette source.

- **Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)** : mis en place depuis 1997 par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et collecté par l'Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Le PMSI fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique - MCO) des établissements de santé, pour chacun des séjours réalisés : l'ensemble constitue le PMSI-MCO.
Les données relatives aux nouveau-nés de poids insuffisant sont repérées dans le PMSI-MCO à partir de l'utilisation des groupes homogènes de malades (GHM).

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

- **Les enquêtes nationales périnatales sur la morbidité et les pratiques médicales font partie des plans Périnatalité**, définis par le ministère chargé de la santé, en 1994 et en 2004. Elles ont lieu, en principe, à intervalle régulier, tous les trois à cinq ans. Elles recueillent des informations sur l'état de santé, les soins périnataux et les facteurs de risque, à partir d'un échantillon représentatif des naissances. La dernière a eu lieu en 2003. La suivante, collectée en mars 2010 donnera de premiers résultats en 2011.

Encadré 2 • définitions et méthodologie

Maternité : les établissements décomptés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique. Les centres périnataux de proximité ne sont donc pas inclus dans cette étude.

Niveau de maternité : les décrets périnatalité du 9 octobre 1998 ont posé un cadre d'organisation des soins en réseaux, afin de garantir une meilleure adéquation entre niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et niveau de la maternité d'accueil. Trois niveaux de maternités sont ainsi définis : un établissement est dit de « niveau 3 » s'il dispose sur le même site que le service d'obstétrique d'un service de réanimation néonatale et d'un service de néonatalogie ; un établissement est dit de « niveau 2 » s'il a un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique ; un établissement est dit de « niveau 1 » s'il possède un service d'obstétrique.

En 1996, la définition des niveaux existait déjà, même s'ils n'étaient pas officiellement réglementés (voir encadré 1) [Conférence de consensus, 1998].

Naissances : depuis 2002, sont comptabilisées les naissances après au moins 22 semaines (154 jours) d'aménorrhée ou les enfants (ou fœtus) d'au moins 500 grammes à la naissance. Auparavant, comme l'indique la circulaire du 3 mars 1993, les nourrissons mort-nés n'étaient déclarés et enregistrés à l'état civil qu'après 180 jours de gestation.

Taux de mortalité infantile : décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 enfants nés vivants (hors mort-nés).

Taux de mortalité périnatale : enfants nés sans vie et décès d'enfants de moins de 7 jours pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie.

Taux de mortalité maternelle : nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Champ de l'étude

Maternités de France métropolitaine.

Méthodologie

Deux bases de données ont été utilisées pour réaliser cette étude : la SAE et le PMSI-MCO. Les effets de l'absence partielle et totale de réponse de certains établissements ont été corrigés pour ces deux sources. Par convention, lorsqu'une maternité dispose sur le même site de plusieurs unités, les résultats ont été agrégés au niveau du site. En particulier, lorsqu'une maternité comprend plusieurs unités de niveau différent (1, 2 ou 3) sur le même site géographique, l'ensemble de l'activité du site a été considérée dans le niveau le plus élevé.

De plus, des contrôles de cohérence ont été effectués sur les données.

Encadré 3 • la situation dans les départements d'outre-mer (DOM)

Les quatre départements d'outre-mer ont des caractéristiques spécifiques, en termes géographiques ou de structure de population. Ces caractéristiques les rendent atypiques pour analyser l'offre hospitalière du secteur de la naissance (voir tableau).

Quelques données synthétiques sur les DOM et comparaison avec la métropole

	Guadeloupe	Martinique	La Réunion	Guyane	France métropolitaine
Nombre de maternités	6	5	9	4	572
Nombre d'accouchements	7 328	5 239	14 824	6 152	776 002
Nombre de lits d'obstétrique	193	196	269	107	17 686
Nombre moyen d'accouchements par maternité	1 221	1 048	1 647	1 538	1 357
Nombre moyen de lits par maternité	32	39	30	27	31
Nombre de journées	52 226	43 827	80 082	43 894	4 455 190
Durée moyenne de séjour (DMS)	4,1	4,0	3,9	4,3	4,7
Accouchements pour 10 000 habitants	182,1	131,1	184,0	277,7	124,9
Taux de natalité (‰) (a) (en 2006)	15,5	13,5	18,4	30,5	13,0
Taux de mortalité infantile (‰) (b) (en 2007)	6,1	8,8	6,1	12,1	3,6
Indice conjoncturel de fécondité (en 2006)	2,3	2,0	2,4	3,8	2,0
Population (au 1er janvier 2007 [p])	402 500	399 500	805 500	221 500	62 131 000
Part des moins de 20 ans (au 1er janvier 2007 [p])	30 %	28 %	35 %	44 %	25 %
Part des plus de 60 ans (au 1er janvier 2007 [p])	18 %	19 %	11 %	6 %	22 %

a. Nombre de naissances pour 1 000 habitants une année donnée.
b. Décès d'enfants de moins de un an pour 1 000 enfants nés vivants.
Note de lecture : Les données issues de la SAE portent sur l'année 2007.
Champ : France métropolitaine et DOM.
Sources : DREES, SAE 2007, données statistiques ; INSEE, état civil, estimations de population et bilan démographique.

Si la structure de la population en Martinique et en Guadeloupe est proche de celle de métropole, La Réunion, qui est le DOM le plus peuplé, et plus encore la Guyane, ont une natalité dynamique et une population très jeune : respectivement plus d'un tiers et moins de la moitié de la population ont moins de vingt ans. En 2006, le taux de natalité dans ces deux DOM est particulièrement élevé : 30,5 pour 1 000 habitants en Guyane et 18,4 pour 1 000 à La Réunion, contre 13,0 pour 1 000 en métropole, taux légèrement plus faible par rapport à celui de la Martinique. Le taux de mortalité infantile est également beaucoup plus élevé dans les DOM qu'en France métropolitaine : il varie de 6,1 pour 1 000 en Guadeloupe et à La Réunion en 2007 à 12,1 pour 1 000 en Guyane, ce qui équivaut à un niveau plus de trois fois supérieur à celui de la France métropolitaine (3,6 pour 1 000).

En 2007, il existe neuf maternités à La Réunion, six en Guadeloupe, cinq en Martinique et quatre en Guyane. Les restructurations observées en France métropolitaine ont assez peu touché les DOM. En effet, fin 2002, la Guadeloupe a vu deux de ses maternités, au sein de cliniques privées, fermer ; pour autant il y a eu une création de capacités sur le site du CHU en 2007. La maternité de la clinique Saint-Paul en Guyane a également fermé, mais elle réalisait très peu d'accouchements, de l'ordre d'une centaine. Plus récemment, la maternité de la Redoute, maternité publique en Martinique, a également fermé mais là encore au profit de l'ouverture d'un pôle mère/enfant. Globalement, les fermetures récentes de maternités dans les DOM ont davantage concerné des maternités de cliniques privées de niveau 1.

L'offre s'est en réalité réorientée vers des niveaux de maternité plus élevés, car, en dehors des fermetures, les autres restructurations ont souvent consisté en une élévation du niveau (passage de niveau 1 à 2 ou de 2 à 3). Chacun des départements d'outre-mer a ainsi au moins un site de niveau 3.

Le nombre de lits global dans les DOM est resté stable entre 2001 et 2007.

En première approche, l'offre apparaît plus importante qu'en France métropolitaine : entre 126 et 192 lits pour 100 000 femmes en âge de procréer, contre 123 en moyenne en France métropolitaine. Mais les taux de natalité et de fécondité étant bien plus élevés, le nombre moyen d'accouchements par lit dans les DOM est globalement comparable à celui de France métropolitaine : il s'échelonne de 27 à 57, alors qu'en métropole il est de 44.

Entre 2001 et 2007, le nombre d'accouchements augmente en Guyane, alors qu'il a tendance à diminuer en Martinique. En Guadeloupe et à La Réunion, il n'évolue que faiblement, comme en France métropolitaine.

Par ailleurs, dans tous les DOM excepté en Guyane, le nombre de journées évolue peu entre 2001 et 2007. En Guyane, le nombre de journées enregistre au contraire une forte augmentation.

La durée moyenne de séjour a tendance à diminuer en Martinique, Guadeloupe et à La Réunion, comme en France métropolitaine, alors qu'elle augmente légèrement en Guyane. Elle est à un niveau proche dans les quatre DOM (aux alentours de 4 jours), alors qu'elle est de 4,7 jours en métropole.

Pour en savoir plus

- Baubeau D., Buisson G., 2003, « La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001 », *Études et Résultats*, n° 275, DREES, décembre.
- Bichier E., Fellinger F., 2008, « Les fermetures de chirurgies et maternités publiques en France : bilan et prospective », *Gestions hospitalières*, n° 480.
- Blondel B., Bréart G., Mazaubrun (du) Ch. et al., 1997, « La situation périnatale en France – évolution entre 1981 et 1995 », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 26.
- Bouvier-Colle M.-H., Deneux-Tharaux C., Saucedo M., 2010, Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) – 2001-2006, InVS, INSERM.
- Bouvier-Colle M.-H., Haus-Cheymol R., 2010, « La mortalité maternelle en France : bilan 2001-2006 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 2-3.
- Bréart G., Blondel B., Kaminski M. et al., 1991, « Mortalité et morbidité périnatales en France », in Tournaire M., 1991, *Mises à jour en gynécologie obstétrique*, éd. CNGOF, Paris.
- Chien L.Y., Whyte R., Aziz K., Thiessen P., Matthew D., Lee S.K., Canadian Neonatal Network, 2001, « Improved, outcome of preterm infants when delivered in tertiary care centers », *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, Vol 98., n° 2.
- Collet M., 2008, « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement », *Études et Résultats*, n° 660, DREES, septembre.
- Cour des comptes, 2006, *La politique de périnatalité*, Paris.
- Danet S., Moisy M. (coord.), 2009, « Mortalité infantile et périnatale », *La santé des femmes en France*, Coll. Études et statistiques, DREES.
- Danet S., Moisy M. (coord.), 2009, « Mortalité maternelle », *La santé des femmes en France*, Coll. Études et statistiques, DREES.
- Danet S., Moisy M. (coord.), 2009a, « Périnatalité et santé des femmes », *La santé des femmes en France*, Coll. Études et statistiques, DREES.
- Haut Comité de santé publique, 1994, « La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan Périnatalité », Rapport au ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Rennes.
- Ruffié A., Deville A., Baubeau D., 1998, « État des lieux des structures obstétricales et néonatales en France », Conférence de consensus, *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 27 (suppl. n° 2).
- Rumeau-Rouquette C., Mazaubrun (Ch.) du, Rabarison Y., 1984, *Naître en France, dix ans d'évolution*, INSERM.

Annexe 1 • nombre de maternités par région entre 1996 et 2007

	1996	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	évolution 1996-2007
Alsace	20	20	20	19	19	18	18	18	-10,0 %
Aquitaine	45	38	34	31	31	30	30	29	-35,6 %
Auvergne	19	16	16	16	15	15	13	11	-42,1 %
Basse-Normandie	27	22	20	19	19	19	18	17	-37,0 %
Bourgogne	25	20	20	18	18	17	17	17	-32,0 %
Bretagne	44	34	33	31	28	28	28	28	-36,4 %
Centre	30	26	26	26	23	23	23	23	-23,3 %
Champagne-Ardenne	21	18	18	17	17	17	16	16	-23,8 %
Corse	5	5	5	5	5	5	5	4	-20,0 %
Franche-Comté	16	13	11	11	10	10	10	10	-37,5 %
Haute-Normandie	23	20	20	17	16	16	15	15	-34,8 %
Île-de-France	146	116	110	109	109	107	105	105	-28,1 %
Languedoc-Roussillon	31	24	23	23	23	22	22	22	-29,0 %
Limousin	10	9	9	9	9	8	8	8	-20,0 %
Lorraine	33	26	25	23	22	22	22	23	-30,3 %
Midi-Pyrénées	44	37	37	33	32	31	30	29	-34,1 %
Nord-Pas-de-Calais	50	43	43	42	41	39	39	39	-22,0 %
Pays de la Loire	35	28	26	26	26	25	24	24	-31,4 %
Picardie	26	24	22	22	20	20	20	18	-30,8 %
Poitou-Charentes	20	19	17	17	17	16	16	16	-20,0 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	60	52	50	50	46	45	43	42	-30,0 %
Rhône-Alpes	84	72	70	69	64	60	59	58	-31,0 %
France métropolitaine	814	682	655	633	610	593	581	572	-29,7 %

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 1996 à 2007, données statistiques.

Annexe 2 • évolution des caractéristiques des maternités entre 1996 et 2007

	Nombre de lits moyen par site			Nombre d'accouchements par césarienne			Taux de césariennes		
	1996	2007	évolution 1996-2007	1996	2007	évolution 1996-2007	1996	2007	évolution 1996-2007
Alsace	40	27	-33 %	3 101	4 529	46 %	14 %	20 %	+6,1
Aquitaine	26	29	12 %	4 972	7 231	45 %	16 %	21 %	+5,1
Auvergne	25	29	14 %	2 012	2 481	23 %	16 %	19 %	+3,5
Basse-Normandie	26	27	4 %	2 572	3 364	31 %	14 %	19 %	+4,2
Bourgogne	30	27	-12 %	2 835	3 354	18 %	16 %	19 %	+2,8
Bretagne	27	31	13 %	5 123	6 521	27 %	15 %	18 %	+2,6
Centre	32	29	-8 %	4 196	5 515	31 %	16 %	19 %	+3,6
Champagne-Ardenne	30	26	-14 %	2 462	3 336	35 %	15 %	21 %	+6,0
Corse	25	22	-12 %	485	683	41 %	18 %	27 %	+8,9
Franche-Comté	39	32	-19 %	1 737	2 415	39 %	12 %	17 %	+4,2
Haute-Normandie	31	33	9 %	3 038	3 995	32 %	14 %	18 %	+4,4
Île-de-France	29	35	22 %	27 598	40 326	46 %	17 %	23 %	+5,4
Languedoc-Roussillon	27	30	10 %	3 783	5 801	53 %	15 %	20 %	+5,2
Limousin	29	21	-29 %	1 194	1 635	37 %	18 %	21 %	+3,5
Lorraine	38	31	-19 %	4 504	6 071	35 %	16 %	23 %	+6,6
Midi-Pyrénées	23	27	15 %	4 480	5 832	30 %	17 %	19 %	+2,2
Nord-Pas-de-Calais	39	34	-13 %	8 631	11 426	32 %	16 %	20 %	+4,7
Pays de la Loire	41	41	-2 %	5 981	7 804	30 %	15 %	18 %	+2,3
Picardie	34	32	-7 %	3 236	4 060	25 %	14 %	18 %	+3,9
Poitou-Charentes	33	26	-21 %	2 451	3 232	32 %	15 %	19 %	+4,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	29	30	4 %	9 739	12 581	29 %	17 %	22 %	+4,5
Rhône-Alpes	28	29	5 %	11 872	15 319	29 %	16 %	19 %	+3,0
France métropolitaine	30	31	1 %	116 002	157 511	36 %	16 %	20 %	+4,4

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 1996 à 2007, données statistiques.

Annexe 3 • caractéristiques des maternités fin 2007 selon le niveau

	Nombre de maternités			Nombre de lits des maternités			Nombre d'accouchements			Nombre d'enfants			Nombre d'enfants multiples			Taux de naissances multiples		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
	9	7	2	149	217	120	6 219	10 684	5 433	6 272	10 833	5 528	91	284	234	1,5 %	2,6 %	4,2 %
	19	7	3	422	220	209	15 747	10 714	7 534	15 880	10 882	7 683	299	335	295	1,9 %	3,1 %	3,8 %
Auvergne	4	6	1	59	194	64	1 673	8 718	2 604	1 672	9 015	2 686	14	235	166	0,8 %	2,6 %	6,2 %
Basse-Normandie	9	5	3	157	147	153	5 818	5 752	6 552	5 855	5 805	6 675	76	109	284	1,3 %	1,9 %	4,3 %
Bourgogne	10	6	1	149	252	53	4 469	11 212	2 417	4 490	11 379	2 526	66	306	208	1,5 %	2,7 %	8,2 %
Bretagne	12	11	5	266	382	223	9 169	17 804	10 282	9 252	18 016	10 572	171	460	599	1,8 %	2,6 %	5,7 %
Centre	13	8	2	201	305	168	6 895	14 017	7 824	6 936	14 228	7 946	88	388	376	1,3 %	2,7 %	4,7 %
Champagne-Ardenne	7	7	2	100	220	96	2 996	9 289	3 839	3 011	9 448	3 970	35	306	254	1,2 %	3,2 %	6,4 %
Corse	2	2	0	31	58	0	744	1 792	0	744	2 063	0	6	122	0	0,8 %	5,9 %	-
Franche-Comté	5	4	1	123	134	58	5 216	7 008	2 214	5 236	7 030	2 299	139	158	168	2,7 %	2,2 %	7,3 %
Haute-Normandie	8	5	2	181	225	94	6 955	11 015	4 314	7 015	11 146	4 452	62	234	282	0,9 %	2,1 %	6,3 %
Ile-de-France	47	42	16	1 321	1 478	912	54 014	80 444	43 680	54 396	81 846	44 762	910	2 479	2 692	1,7 %	3,0 %	6,0 %
Languedoc-Roussillon	13	6	3	313	243	105	11 999	10 028	6 387	12 209	10 185	6 371	218	265	465	1,8 %	2,6 %	7,3 %
Limousin	6	1	1	101	14	50	4 699	597	2 389	4 747	597	2 443	96	8	132	2,0 %	1,3 %	5,4 %
Lorraine	14	8	1	280	319	104	10 790	12 585	3 244	10 875	12 811	3 361	272	447	225	2,5 %	3,5 %	6,7 %
Midi-Pyrénées	18	10	1	350	321	100	11 216	15 496	3 873	11 273	15 708	4 035	128	444	318	1,1 %	2,8 %	7,9 %
Nord-Pas-de-Calais	23	9	7	589	341	394	24 520	14 073	17 757	24 727	14 257	18 202	497	369	830	2,0 %	2,6 %	4,6 %
Pays de la Loire	10	11	3	253	520	199	9 856	23 493	11 185	9 924	23 985	11 385	138	749	635	1,4 %	3,1 %	5,6 %
Picardie	8	9	1	160	354	57	5 098	15 199	2 295	5 136	15 379	2 353	86	362	113	1,7 %	2,4 %	4,8 %
Poitou-Charentes	9	6	1	202	164	48	7 235	7 687	2 365	7 283	7 842	2 442	96	240	150	1,3 %	3,1 %	6,1 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	24	15	3	530	586	149	23 077	26 934	8 021	23 294	27 443	8 196	519	1 021	509	2,2 %	3,7 %	6,2 %
Rhône-Alpes	30	22	6	629	731	339	28 239	35 203	15 405	28 467	35 646	15 894	511	969	968	1,8 %	2,7 %	6,1 %
France métropolitaine	300	207	65	6 566	7 425	3 695	256 644	349 744	169 614	258 694	355 544	173 781	4 518	10 290	9 903	1,7 %	2,9 %	5,7 %

Champ • France métropolitaine.
Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques.

Annexe 4 • caractéristiques des maternités fin 2007 selon le secteur

	Nombre de maternités			Nombre de lits des maternités			Nombre d'accouchements		
	Public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif	Public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif	Public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif
Alsace	12	5	1	347	129	10	15 920	5 955	461
Aquitaine	16	4	9	518	67	266	20 347	2 471	11 177
Auvergne	9	-	2	231	-	86	9 747	-	3 248
Basse-Normandie	13	-	4	361	-	96	14 609	-	3 513
Bourgogne	14	1	2	357	19	78	14 276	622	3 200
Bretagne	20	1	7	582	45	244	24 868	2 213	10 174
Centre	16	-	7	493	-	181	22 039	-	6 697
Champagne-Ardenne	12	-	4	287	-	129	11 094	-	5 030
Corse	2	-	2	58	-	31	1 792	-	744
Franche-Comté	8	-	2	257	-	58	11 209	-	3 229
Haute-Normandie	12	-	3	368	-	132	17 111	-	5 173
Île-de-France	51	9	45	1 974	340	1 397	102 866	18 639	56 633
Languedoc-Roussillon	10	2	10	265	32	364	13 147	991	14 276
Limousin	6	-	2	123	-	42	5 345	-	2 340
Lorraine	16	3	4	473	45	185	16 805	2 182	7 632
Midi-Pyrénées	19	1	9	430	39	302	15 845	1 932	12 808
Nord-Pas-de-Calais	21	5	13	789	144	391	34 798	6 649	14 903
Pays de la Loire	16	2	6	557	90	325	27 454	3 813	13 267
Picardie	15	-	3	442	-	129	18 193	-	4 399
Poitou-Charentes	10	-	6	229	-	185	12 046	-	5 241
Provence-Alpes-Côte d'Azur	30	2	10	724	138	403	36 247	6 066	15 719
Rhône-Alpes	36	7	15	1 059	150	490	48 960	8 329	21 558
France métropolitaine	364	42	166	10 924	1 238	5 524	494 718	59 862	221 422

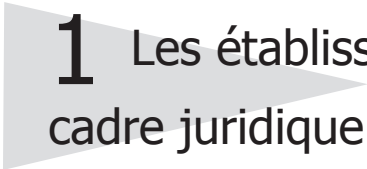
Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques.

Annexe 5 • caractéristiques régionales des maternités

	Nombre d'enfants mort-nés	Durée moyenne de séjour	Nombre de lits moyen par site	Nombre moyen d'accouchements
Alsace	175	4,8	27	1 241
Aquitaine	272	4,7	29	1 172
Auvergne	101	4,8	29	1 181
Basse-Normandie	67	5,1	27	1 066
Bourgogne	148	5,3	27	1 065
Bretagne	195	4,6	31	1 331
Centre	192	4,4	29	1 249
Champagne-Ardenne	125	4,7	26	1 008
Corse	18	4,7	22	634
Franche-Comté	111	5,6	32	1 444
Haute-Normandie	195	4,4	33	1 486
Île-de-France	1 479	4,7	35	1 697
Languedoc-Roussillon	166	4,6	30	1 292
Limousin	59	4,7	21	961
Lorraine	231	4,5	31	1 157
Midi-Pyrénées	170	4,6	27	1 055
Nord-Pas-de-Calais	412	4,9	34	1 445
Pays de la Loire	337	4,8	41	1 856
Picardie	184	4,8	32	1 255
Poitou-Charentes	143	4,8	26	1 080
Provence-Alpes-Côte d'Azur	512	4,7	30	1 382
Rhône-Alpes	545	4,7	29	1 359
France métropolitaine	5 837	4,7	29	1 357

Champ • France métropolitaine.
Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques.



1 Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel

Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel

Ce chapitre présente le cadre juridique qui prévalait au moment de la collecte de la SAE 2007.

Les références législatives et réglementaires détaillées ci-après sont antérieures à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), qui les a modifiées.

Les établissements de santé constituent un ensemble de structures qui se différencient par leurs statuts juridiques, 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 hôpitaux publics sont rattachés, dans la plupart des cas, à des collectivités locales : principalement les communes, parfois les départements. Ces établissements sont cependant des personnes morales dotées de l'autonomie administrative et financière (art. L. 6141-14 du CSP).

Parmi les établissements publics, selon l'article L. 6141-2, on distingue les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux.

Ces derniers, destinés à assurer une offre de proximité, comportent exclusivement des activités de médecine, de soins de suite ou de réadaptation (SSR) et de soins de longue durée (art. R. 6141-18).

Parmi les centres hospitaliers, certains ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation. Ils sont nommés centres hospitaliers régionaux (CHR). Ils assurent en outre les soins courants à la population proche.

La majeure partie des CHR sont aussi des centres hospitaliers et universitaires (CHU), centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médicaux, 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.

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

Les établissements privés sont soit à but lucratif, soit à but non lucratif. Dans ce dernier cas, ils sont généralement issus de mouvements religieux, caritatifs ou mutualistes.

Dans le cas des établissements à but lucratif, souvent dénommés cliniques, plusieurs personnes morales peuvent 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.).

II - Les missions des établissements de santé

1. Les missions générales

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

Quel que soit leur statut, ils ont vocation à :

- « assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le trai-

tement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient ;

- participer à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention ».

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

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

1. avec ou sans hébergement :

a) des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;

b) des soins de suite ou de réadaptation, dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;

2. Des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien [...] ».

Ces différents groupes d'activités sont généralement dénommés grandes disciplines : le terme court séjour est parfois employé pour parler des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (1.a), les activités de soins de suite et de réadaptation sont couramment dénommées moyen séjour (1.b) et les activités de soins de longue durée sont dénommées long séjour (2).

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

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

2. Les missions de service public

Aux missions générales confiées à tous les établissements de santé, s'ajoutent celles du service public hospitalier (SPH) définies par l'article L. 6112-1 du code de la santé publique.

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

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

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

Les établissements privés du SPH relèvent du même régime de financement et de tutelle que les établissements publics et bénéficient des mêmes avantages pour leurs équipements (subventions notamment). Ils peuvent faire appel à des praticiens hospitaliers.

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

1- Les médecins

Les médecins intervenant dans les établissements publics sont très majoritairement salariés (voir tableau 1). Les universitaires, professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférence-praticiens hospitaliers (MCU-PH) sont des fonctionnaires de l'Éducation nationale. Les praticiens hos-

pitaliers (PH) sont des contractuels de droit public et interviennent dans l'ensemble des centres hospitaliers. Dans les hôpitaux locaux, ceux qui interviennent en médecine relèvent du régime libéral et du paiement à l'acte.

De même, dans les cliniques privées, les médecins ont très majoritairement un statut d'exercice libéral et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent.

Les établissements privés PSPH accueillent majoritairement des salariés ; ils peuvent employer des salariés de droit privé ou faire appel à des PU-PH, MCU-PH ou PH par voie de détachement. Les établissements publics et PSPH accueillent en outre des médecins en cours de formation (les internes).

2- Les personnels non médicaux

Les personnels non médicaux des établissements de santé publics relèvent principalement de la fonction publique hospitalière mais peuvent aussi être des personnels non fonctionnaires : contractuels à durée déterminée ou indéterminée, intérimaires, etc. La fonction publique hospitalière comprend en outre les personnels des établissements publics exclusivement consacrés à des activités médico-sociales et sociales (hébergement de personnes âgées ou handicapées, aide sociale à l'enfance, centres d'hébergement et de réadaptation sociale), même si ces établissements sont fréquemment gérés par des collectivités territoriales. Les personnels des établissements privés relèvent pour leur part de conventions collectives distinctes selon le statut des établissements.

IV - L'organisation de l'offre sanitaire

La création, la conversion et le regroupement des activités de soins (y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation), de même que l'installation des équipements matériels lourds sont soumis à une autorisation de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Celle-ci a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de contrôler leur fonctionnement et de

Tableau 1 • statuts et lieux d'exercice des médecins : tableau théorique

Statuts		Lieux d'exercice et type d'établissement		
		Public	Privé PSPH, dont CLCC	Autre privé
salarié	fonctionnaire (PU-PH et MCU-PH)	article L. 952-21 du code de l'éducation	détachement (article R. 6161-6 du code de la santé publique)	
	salarié de droit public : attachés, PH	articles R. 6152-1 et 6152-604 du code de la santé publique	détachement de PH (article R. 6161-6 du code de la santé publique)	
salarié de droit privé			article R. 6161-5 du code de la santé publique	
profession libérale		non, sauf hôpitaux locaux (articles R. 6141-24 et R. 6141-25 du code de la santé publique)	article R. 6161-5 du code de la santé publique	article L. 162-5 du code de la sécurité sociale
en formation (internes)		article R. 6153-8 du code de la santé publique	article R. 6161-8 du code de la santé publique	

Situation impossible

Peu fréquent

Situation majoritaire

déterminer leurs objectifs en termes de volume d'activité. Son statut est celui d'un groupement d'intérêt public associant l'État et les organismes d'assurance maladie.

Peuvent être titulaires d'autorisation (art. L. 6122-3) :

- 1° un ou plusieurs médecins, éventuellement associés pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice ;
- 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 L. 6122-1, ou la pratique des activités propres aux laboratoires d'analyses de biologie médicale.

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

Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) est le cadre de référence pour l'attribution des autorisations. Établi sous l'autorité du directeur de l'ARH, selon l'art. L. 6121-1, il « a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre

aux besoins de santé physique et mentale de la population. Il inclut également l'offre de soins pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés ».

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

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

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

« Cette annexe précise :

- 1° les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoires de santé, par activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et par équipements matériels lourds [...]
- 2° les créations, suppressions d'activités de soins et d'équipe-

Encadré 1 • les activités et les équipements soumis à autorisation

En 2007, année de référence, les activités soumises à autorisation, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, sont les suivantes (art. R. 6122-25) :

- « 1° médecine ;
- 2° chirurgie ;
- 3° gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
- 4° psychiatrie ;
- 5° soins de suite ;
- 6° rééducation et réadaptation fonctionnelles ;
- 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 d'assistance médicale à la procréation, activités biologiques d'assistance médicale à la procréation, activités de recueil, traitement, conservation de gamètes et cession de gamètes issus de don, activités de diagnostic prénatal ;
- 18° traitement du cancer ».

En 2007, les équipements lourds soumis à autorisation sont les suivants (art. R. 6122-26) :

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

ments matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs ».

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

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

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

La psychiatrie de service public a une organisation spécifique reposant sur un maillage à la fois géographique et fonctionnel. Celui-ci doit permettre de garantir l'accessibilité, la continuité et la gradation des soins (voir la fiche « L'offre hospitalière en psychiatrie » p. 132).

V - Le financement

1 - Deux modes de financement distincts selon les disciplines

Depuis 2004-2005, les deux principaux modes de financement des établissements de santé coexistant 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 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 désormais l'activité de soins produite dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique (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, des établissements militaires et pénitentiaires ainsi que des centres hospitaliers de Guyane, Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

- concernant les autres disciplines (soins de suite et de réadaptation [SSR], psychiatrie et long séjour), elles sont appelées 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 (dotation annuelle de financement – 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 relatives aux établissements de santé tarifés 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 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.

2- 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 - environ 71 % de l'activité facturable totale - correspond à des forfaits de séjour tout compris (groupes homogènes de séjours ou 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).

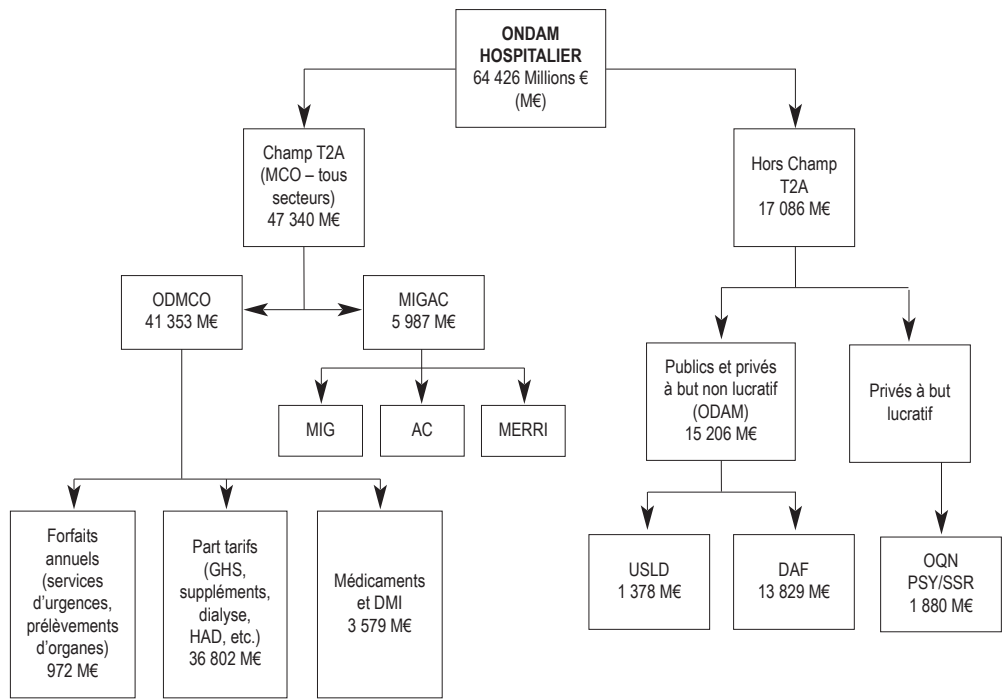
Certains éléments peuvent être facturés en sus des GHS comme les médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) particulièrement coûteux, les suppléments journaliers (réanimation et néonatalogie) ou les séjours de durée extrême (haute ou basse) qui peuvent faire l'objet d'une tarification spécifique.

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 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 MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) dont l'objet, défini par l'article L. 162-22-13 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 L. 6114-2 du code de la santé publique). En conséquence, la dotation MIGAC est en premier lieu destinée à financer les activités ne pouvant se traduire en prestations de soins individualisées et tarifiables. Il s'agit principalement des missions de service public comme la recherche ou l'enseignement (missions d'enseignement, recherche, référence et innovation - MERRI - 37 % de la dotation MIGAC en 2007) et des missions d'intérêt général (MIG) fixées par arrêté (29 %). À ce titre, la dotation MIGAC finance, par dérogation à la règle générale, des activités de soins identifiées, mais dispensées à certaines populations spécifiques (détenus par exemple). Néanmoins, pour une part croissante depuis sa création, la dotation d'aide à la contractualisation (AC, 34 % de la MIGAC en 2007) finance les autres engagements pris par les établissements dans les CPOM. Il s'agit des engagements rela-

La décomposition de l'ONDAM hospitalier en 2007¹



1. Hors FMESPP (Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés). Les chiffres présentés correspondent aux dépenses constatées en 2007 (Sources : Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, données ATIH).

- Sigles :
- ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie ;
 - FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés ;
 - 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.

tifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, de ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, et enfin, depuis 2008, de tous les autres engagements figurant dans les contrats, notamment 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 (moins de 1 % en 2007) ;
- chaque secteur se voit appliquer des tarifs différents, 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.

3- 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.

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
2007	Dépenses constatées	64 426	17 086	47 340	41 353	5 987
2008	Objectifs	66 516	17 681	48 835	42 226	6 609
2009	Objectifs	69 367	18 538	50 828	43 134	7 694

Sources • Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, données ATIH pour les années 2007 et 2008 puis DHOS, « campagne tarifaire 2009 des établissements de santé » pour les chiffres de 2009.

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 entre établissements (à activité identique) sont redéployés. 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 ; ce coefficient convergera vers 1 à une date fixée par décret.
- pour les hôpitaux publics et les cliniques anciennement sous dotation globale, une part croissante (10 % en 2004, 25 % pour

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 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 convergera vers 1 à une date fixée par décret.

La T2A comporte également un objectif de convergence des tarifs entre les deux secteurs, mais le terme de sa mise en œuvre, fixé à 2012 d'après la loi de financement de la Sécurité sociale - LFSS - de 2004, a été repoussé à 2018 par la LFSS 2010.

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
- Évolutions de la description de l'activité hospitalière
- Les autres prises en charge hospitalières
- Emplois de médecins, odontologistes et pharmaciens
- Sages-femmes et personnels non médicaux salariés
- Les salaires dans le secteur hospitalier
- Les établissements de santé dans les DOM :
activité et capacités

Les grandes catégories d'établissements de santé

Près de 2 850 établissements assurent un accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel en France métropolitaine et dans les DOM. Parmi eux, les établissements privés, quel que soit leur statut juridique, ont vu leur nombre se réduire sous l'effet des restructurations qui ont affecté ce secteur. Leur nombre est passé de 2 250 en 1997 à plus de 1 800 en 2007.

Résultant à la fois d'initiatives publiques et privées, le secteur hospitalier français présente aujourd'hui un paysage varié. Des établissements de trois types de statuts juridiques cohabitent ; ils ont des modes d'organisation et de gestion, de financement et de régulation, de participation aux missions de service public très différents. Les statuts des personnels travaillant dans ces établissements présentent la même hétérogénéité (voir chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 73).

Près de 2 850 établissements de santé offrant 446 500 lits et 55 000 places

Au 31 décembre 2007, 2 838 établissements ou entités juridiques sanitaires disposaient de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (comptées en places), que ce soit en hôpital de jour, de nuit, en anesthésie, ou en chirurgie ambulatoire. Au total, ils offraient une capacité d'accueil de 446 500 lits et 55 000 places. De plus, certains établissements autorisés dispensent des soins (comptés en séances) sans capacité d'accueil, qu'ils soient à temps complet ou partiel. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. On dénombre à ce titre, en France, 113 entités juridiques de dialyse auxquelles sont rattachées 646 antennes.

Le nombre d'établissements s'est continuellement réduit, essentiellement en raison de la disparition d'établissements privés. Ces derniers, quel que soit leur statut juridique, ont vu leur nombre diminuer de plus de 410 depuis 1997 sous l'effet des réorganisations et restructurations qui ont affecté ce secteur. Ces mouvements tiennent à de nombreux facteurs, liés aussi bien à la rationalisation de la prise en charge qu'à l'amélioration de la qualité de celle-ci.

Champ

France métropolitaine et DOM. Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou d'une place) à temps complet ou partiel. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel ; il s'agit essentiellement des centres de dialyse (113 entités juridiques auxquelles sont rattachées 646 antennes) et de radiothérapie.

Définitions

Le terme d'établissement de santé recouvre dans un même concept deux notions différentes :

- **L'entité juridique** (EJ) qui correspond à la définition de l'entité institutionnelle de la comptabilité publique. Elle possède un conseil d'administra-

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

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

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

- Dans le **secteur privé**, la situation est en général plus simple : l'entité juridique représentant la société d'exploitation (particulier ou société) reste encore très souvent rattachée à un

Un paysage hospitalier très varié

Parmi les 1 001 entités juridiques publiques, coexistent trois types d'établissements qui se différencient selon leurs missions : 31 centres hospitaliers régionaux (CHR) assurent les soins les plus spécialisés à la population de la région ainsi que les soins courants à la population la plus proche ; 608 centres hospitaliers (CH), catégorie intermédiaire d'établissements, assurent la majeure partie de la prise en charge, 89 d'entre eux sont spécialisés en psychiatrie (voir tableau 1). Pour les CH non spécialisés en psychiatrie, l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique représente 93 % des entrées et 40 % des venues. Enfin, 343 hôpitaux locaux assurent pour l'essentiel une fonction d'accueil et de soins pour personnes âgées.

Les 1 837 établissements privés comportent 1 055 établissements à but lucratif, souvent dénommés « cliniques privées », 782 ayant un caractère non lucratif (voir tableau 2). Parmi ces quelque 780 établissements, 20 sont en charge de la lutte contre le cancer (CLCC). En outre, 775 établissements privés sont spécialisés dans les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, et représentent plus de la moitié des lits et places du secteur. Enfin 768 autres établissements privés sont spécialisés dans le moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) et le long séjour, ce qui correspond quasiment à un tiers des lits du secteur et à un cinquième des places.

Le service public hospitalier regroupe les établissements publics et 71 % des établissements privés à but non lucratif. Il représente plus des trois quarts de l'ensemble des lits et places offerts par le système hospitalier.

seul établissement géographique, malgré le développement de regroupements.

- **Les différents statuts juridiques** des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement ainsi que la notion de participation au service public hospitalier sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 73.

Pour en savoir plus

- *Les établissements de santé – Un panorama pour l'année N*, coll. « Études et statistiques », DREES. Publications annuelle (1999, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006).
- Bras P-L., Pouvoirville (de) G., Tabuteau D. (dir.), 2009, *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences Po/Éditions de Santé, juin, Paris.

- *Annuaire des statistiques sanitaires sociales*, éditions 1989 à 1999, SESI.

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

- Kervasdoué (de) J., 2005, *L'Hôpital*, coll. « Que sais-je ? », PUF, 2^e édition.
- Stingre D., 2004, *Le service public hospitalier*, coll. « Que sais-je ? », PUF.

Sources

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

Tableau 1 ● établissements de santé avec capacités d'hospitalisation par catégorie d'établissements en 2007

	Entités	Lits	Places
Secteur public (entités juridiques)	1 001	290 067	33 748
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	31	79 665	7 032
Centre hospitalier (CH)	519	159 371	12 333
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	89	27 743	14 144
Hôpital local	343	21 395	66
Autre établissement public	19	1 893	173
Secteur privé (établissements)	1 837	156 375	21 419
Établissement de soins de courte durée ou pluridisciplinaire	775	81 621	11 346
Centre de lutte contre le cancer	20	2 833	620
Établissement de lutte contre les maladies mentales	241	17 770	4 968
Établissement de soins de suite et de réadaptation	672	46 739	4 225
Établissement de soins de longue durée	96	5 812	25
Autre établissement privé	33	1 600	235
Ensemble	2 838	446 442	55 167

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques.

Tableau 2 ● établissements de santé avec capacités d'hospitalisation par statut juridique et participation au service public hospitalier en 2007

	Entités	Lits	Places
Service public hospitalier	1 555	340 439	41 748
Secteur public (entités juridiques)	1 001	290 067	33 748
Établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH)	554	50 372	8 000
Autres établissements privés	1 283	106 003	13 419
Établissement privé à but non lucratif ne participant pas au service public hospitalier (non PSPH)	228	11 596	2 174
Établissement privé à but lucratif	1 055	94 407	11 245
Ensemble	2 838	446 442	55 167

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques.

Les capacités d'accueil à l'hôpital

En 2007, 446 500 lits d'hospitalisation à temps complet ont été dénombrés dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM, soit une diminution de 42 000 lits d'hospitalisation en dix ans. En contrepartie, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre en 2007 un total de 55 000 places. Ces évolutions sont différenciées selon les statuts juridiques des établissements et accompagnent leur spécialisation. En 2007, l'essentiel des places d'hospitalisation à temps partiel pour les soins de courte durée était partagé entre les cliniques privées et les établissements publics. Toutefois, ces derniers disposent de l'essentiel des capacités d'accueil à temps partiel en psychiatrie.

Une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein

Entre 1998 et 2007, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 489 000 à 446 500 (voir tableau 1). La fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier. Cette inflexion n'a cependant pas touché toutes les disciplines de manière égale : le nombre de lits en court séjour (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique - MCO) et en psychiatrie a diminué de façon importante, alors qu'il a augmenté en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation). Après une augmentation jusqu'en 2001, les capacités d'accueil en long séjour diminuent, en particulier suite à la transformation en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de certaines unités.

La diminution globale du nombre de lits s'est également effectuée à des rythmes différents selon les secteurs d'hospitalisation : -7 % en dix ans dans le secteur public, -6 % dans les cliniques privées commerciales et -18 % dans les établissements privés à but non lucratif.

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

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

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

en matière de technologies médicales et 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 1998 et 2007, il s'est ainsi créé plus de 7 000 places d'hospitalisation à temps partiel en MCO, venant compléter les 14 000 places déjà existantes. En psychiatrie, le nombre de places est plutôt stable depuis 1998. Dans cette discipline, si le recours à l'hospitalisation partielle est ancien dans les secteurs public et privé à but non lucratif, l'émergence de ce type de structures dans les cliniques privées depuis quelques années n'a que peu d'influence sur le nombre total de places. En moyen séjour, près de 2 400 places ont été créées en dix ans. Durant cette période, la croissance du nombre de places a été assez continue dans les établissements publics et privés à but non lucratif ; dans les cliniques privées, ce mouvement s'est accéléré à partir de 2002.

La répartition des places par discipline reflète la spécialisation des différents types d'établissements. En 2007, 43 % des places d'hospitalisation à temps partiel en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sont offertes par les cliniques, en particulier en anesthésie et en chirurgie ambulatoire (voir tableau 2). Les établissements privés à but non lucratif regroupent la moitié des capacités d'hospitalisation à temps partiel en moyen séjour, et 18 % des places en psychiatrie. Les hôpitaux publics offrent 81 % des places en psychiatrie ainsi que 47 % des places en court séjour avec une place prépondérante dans l'hospitalisation à temps partiel en médecine et en gynécologie-obstétrique.

Champ

France métropolitaine et DOM.

Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou d'une place) à temps complet ou partiel.

Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel ; il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie.

Définitions

• **L'hospitalisation complète** se définit selon la nature de l'unité d'accueil. Il s'agit d'unités hébergeant des

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

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

• **Les capacités d'accueil** des établissements de santé sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète et en

places pour l'hospitalisation partielle (le nombre de places est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et places installés au 31 décembre 2007, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades, y compris ceux fermés temporairement pour cause de travaux. Ces chiffres peuvent différer du nombre de lits ou places autorisés, ces derniers n'étant pas nécessairement créés.

• **Les différents statuts juridiques** des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 73.

Pour en savoir plus

Arnault S., Evain F., Fizzala A., Leroux I., 2009, « L'activité des établissements de santé en 2007 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n°691, mai, DREES.

Sources

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

**Tableau 1 ● évolution du nombre de lits et de places d'hospitalisation de 1998 à 2007
selon le statut de l'établissement**

	Établissements publics			Établissements privés à but non lucratif		
	1998	2002	2007	1998	2002	2007
Nombre de lits d'hospitalisation complète en :						
Soins de court séjour (MCO)	157 637	155 849	150 524	24 126	21 127	18 863
Psychiatrie	44 439	41 660	38 308	11 520	8 190	7 574
Soins de suite et de réadaptation	37 412	38 901	39 649	33 306	31 226	30 192
Soins de longue durée	73 827	74 329	61 586	6 324	6 846	5 339
Total	313 315	310 739	290 067	75 276	67 389	61 968
Nombre de places d'hospitalisation partielle en :						
Soins de court séjour (MCO)	5 840	7 701	10 226	1 454	1 850	2 180
Psychiatrie	20 300	21 694	21 906	5 413	4 714	4 764
Soins de suite et de réadaptation	892	1 159	1 616	2 336	2 624	3 230
Total	27 032	30 554	33 748	9 203	9 188	10 174

	Établissements privés à but lucratif			Ensemble des établissements		
	1998	2002	2007	1998	2002	2007
Nombre de lits d'hospitalisation complète en :						
Soins de court séjour (MCO)	68 487	61 402	57 097	250 250	238 378	226 484
Psychiatrie	10 595	10 493	11 024	66 554	60 343	56 906
Soins de suite et de réadaptation	20 086	21 735	25 351	90 804	91 862	95 192
Soins de longue durée	951	961	935	81 102	82 136	67 860
Total	100 119	94 591	94 407	488 710	472 719	446 442
Nombre de places d'hospitalisation partielle en :						
Soins de court séjour (MCO)	6 945	7 740	9 205	14 239	17 291	21 611
Psychiatrie	131	176	468	25 844	26 584	27 138
Soins de suite et de réadaptation	832	955	1 572	4 060	4 738	6 418
Total	7 908	8 871	11 245	44 143	48 613	55 167

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

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 1998, 2002, 2007, données statistiques.

**Tableau 2 ● nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2007 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	
	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007
Nombre de lits d'hospitalisation complète en :								
Soins de court séjour (MCO)	150 524	-0,1 %	18 863	-3,0 %	57 097	-0,9 %	226 484	-0,5 %
Psychiatrie	38 308	-2,9 %	7 574	2,1 %	11 024	0,9 %	56 906	-1,5 %
Soins de suite et de réadaptation	39 649	0,9 %	30 192	-1,0 %	25 351	2,8 %	95 192	0,8 %
Soins de longue durée	61 586	-0,8 %	5 339	-4,2 %	935	1,1 %	67 860	-1,1 %
Total	290 067	-0,5 %	61 968	-1,5 %	94 407	0,3 %	446 442	-0,5 %
Nombre de places d'hospitalisation partielle en :								
Soins de court séjour (MCO)	10 226	9,2 %	2 180	7,4 %	9 205	2,3 %	21 611	5,9 %
Psychiatrie	21 906	0,7 %	4 764	2,9 %	468	37,6 %	27 138	1,5 %
Soins de suite et de réadaptation	1 616	7,6 %	3 230	4,4 %	1 572	11,2 %	6 418	6,8 %
Total	33 748	3,4 %	10 174	4,3 %	11 245	4,6 %	55 167	3,8 %

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2006-2007, données statistiques.

L'activité en hospitalisation complète et partielle

En France métropolitaine et dans les DOM, le secteur hospitalier a pris en charge en 2007 plus de 25 millions de séjours, dont plus de la moitié ont duré moins d'un jour. Ces derniers prennent une part de plus en plus importante dans l'activité de psychiatrie et de moyen séjour (soins de suite et de réadaptation), quel que soit le statut des établissements. En médecine, chirurgie et obstétrique, l'hospitalisation de moins d'un jour diminue mais cette baisse n'est qu'apparente. Le nombre de journées d'hospitalisation se stabilise. La variété des portefeuilles d'activité des établissements par mode de prise en charge et grande discipline donne une première image de leur spécialisation.

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

Au cours de l'année 2007, les établissements de santé ont pris en charge 25,1 millions de séjours répartis en 11,7 millions d'hospitalisations à temps complet et 13,3 millions de venues en hospitalisation partielle ou de moins d'un jour (voir tableau 1).

La répartition des séjours selon les grandes disciplines médicales varie fortement selon le mode de prise en charge. En hospitalisation à temps complet, le court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique) concerne 87 % des prises en charge, le moyen séjour 8 %, la psychiatrie 5 % et les soins de longue durée moins de 1 %.

Près de 40 % des hospitalisations à temps partiel relèvent de la psychiatrie, secteur dans lequel les alternatives à l'hospitalisation ont été développées depuis les années 1970 (voir la fiche « L'offre hospitalière en psychiatrie » p. 132). Les soins de courte durée représentent quant à eux 46 % des venues et le moyen séjour 15 %.

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 alors que, dans le même temps, se sont développées les prises en charge à temps partiel. Toutefois, pour la quatrième année consécutive, l'activité hospitalière à temps complet se stabilise (-0,4 %). Cette évolution laisse apparaître des disparités selon le statut juridique et la discipline d'équipement. L'activité à temps partiel augmente en moyen séjour et en psychiatrie, mais diminue pour la première fois en médecine, chirurgie et obstétrique. Cette baisse n'est cependant qu'apparente car elle découle en partie de modifications réglementaires visant notamment à clarifier et harmoniser les règles de codage (pour plus de détails voir la fiche « Évolutions de la description de l'activité hospitalière » p. 88).

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2007, en France métropolitaine et dans les DOM. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel ; il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée ici (moins de 0,5 %).

Définitions

• **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle, hospitalisation de plus ou de moins 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 » quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. Dans les autres disciplines, les séjours sont classés en fonction de l'autorisation rattachée à l'unité d'hospitalisation (hospitalisation complète ou hospitalisation partielle).

Stabilisation du nombre de journées d'hospitalisation complète

L'activité de soins de longue durée, mieux mesurée par le nombre de journées que par le nombre d'entrées, est encore en recul en 2007 (-1,7 %), avec 24 millions de journées (voir tableau 2). Le nombre de journées d'hospitalisation se stabilise en psychiatrie (-0,4 %). Il se réduit légèrement en médecine, chirurgie, obstétrique (-0,7 %). Le moyen séjour voit son nombre de journées augmenter (+1,4 %) pour la septième année consécutive, après la baisse constatée à la fin des années 1990.

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

La structure des activités, tant en termes de grandes disciplines que de modes de prise en charge, varie sensiblement selon le statut juridique des établissements de santé (voir graphique). Les soins de courte durée en hospitalisation complète 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 en hospitalisation complète ; les établissements privés à but non lucratif prennent toutefois une forte part dans les soins de suite et de réadaptation à temps partiel. Enfin, les soins de longue durée sont essentiellement pris en charge par les établissements publics. Ces logiques de spécialisation sont confirmées et amplifiées lorsque l'on analyse la répartition des activités par pathologie ou par acte médical (voir les fiches « La spécialisation en médecine » p. 108, « La spécialisation en chirurgie » p. 110, « La spécialisation en obstétrique » p. 112).

• **Les différents statuts juridiques** des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 73.

Pour en savoir plus

Arnault S., Evain F., Fizzala A., Leroux I., 2009, « L'activité des établissements de santé en 2007 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n°691, mai, DREES.

Sources

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

DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

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

Tableau 1 ● nombre de séjours (entrées et venues) par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2007

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007
Soins de court séjour (MCO)								
• hospitalisation > un jour	6 350 063	0,2 %	813 450	-1,4 %	3 026 624	-2,0 %	10 190 137	-0,6 %
• hospitalisation < un jour	2 845 000	-4,2 %	448 700	-10,0 %	2 828 378	-10,6 %	6 122 078	-7,7 %
Ensemble	9 195 063	-1,2 %	1 262 150	-4,6 %	5 855 002	-6,4 %	16 312 215	-3,4 %
Psychiatrie								
• hospitalisation complète	449 367	-1,5 %	65 822	5,0 %	111 586	0,3 %	626 775	-0,6 %
• hospitalisation partielle	4 121 499	2,6 %	1 005 265	2,8 %	117 729	30,5 %	5 244 493	3,1 %
Ensemble	4 570 866	2,2 %	1 071 087	2,9 %	229 315	13,8 %	5 871 268	2,7 %
Soins de suite et de réadaptation								
• hospitalisation complète	360 396	2,3 %	259 985	-0,2 %	273 702	4,1 %	894 083	2,1 %
• hospitalisation partielle	500 346	7,7 %	928 689	5,7 %	517 449	11,1 %	1 946 484	7,6 %
Ensemble	860 742	5,4 %	1 188 674	4,3 %	791 151	8,6 %	2 840 567	5,8 %
Soins de longue durée								
• hospitalisation complète	32 588	-4,3 %	2 731	-7,5 %	711	-0,8 %	36 030	-4,5 %
Total								
• hospitalisation complète	7 192 414	0,2 %	1 141 988	-0,8 %	3 412 623	-1,4 %	11 747 025	-0,4 %
• hospitalisation partielle	7 466 845	0,2 %	2 382 654	1,1 %	3 463 556	-6,9 %	13 313 055	-1,6 %
Ensemble	14 659 259	0,2 %	3 524 642	0,5 %	6 876 179	-4,3 %	25 060 080	-1,0 %

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006-2007, données statistiques pour l'activité de court séjour ;
DREES, SAE 2006-2007, données statistiques pour les autres disciplines.

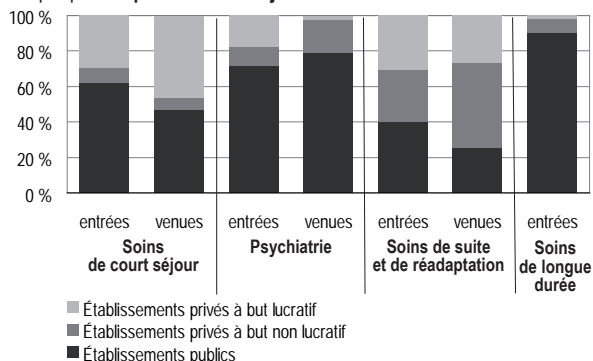
Tableau 2 ● nombre de journées d'hospitalisation complète par grand groupe de disciplines selon le statut de l'établissement en 2007

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007
Soins de court séjour (MCO)	41 110 278	-0,2 %	4 731 001	-1,6 %	13 888 189	-1,9 %	59 729 468	-0,7 %
Psychiatrie	12 322 152	-0,9 %	2 339 317	0,7 %	3 918 373	0,8 %	18 579 842	-0,4 %
Soins de suite et de réadaptation	12 074 185	1,0 %	8 820 168	0,2 %	8 483 392	3,4 %	29 377 745	1,4 %
Soins de longue durée	21 880 576	-1,3 %	1 897 942	-4,0 %	273 032	-14,2 %	24 051 550	-1,7 %
Total	87 387 191	-0,4 %	17 788 428	-0,7 %	26 562 986	0,0 %	131 738 605	-0,4 %

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006-2007, données statistiques pour l'activité de court séjour ;
DREES, SAE 2006-2007, données statistiques pour les autres disciplines.

Graphique ● répartition des séjours en 2007



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

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques pour l'activité de court séjour ;
DREES, SAE 2007, données statistiques pour les autres disciplines.

Évolutions de la description de l'activité hospitalière

Après avoir connu un développement considérable au cours des dernières années, l'hospitalisation partielle en médecine, chirurgie et obstétrique semble régresser en 2007. Cette baisse n'est qu'apparente car elle découle en partie de modifications réglementaires visant notamment à clarifier et harmoniser les règles de codage.

Outre les séjours pris en charge en hospitalisation à temps complet, à temps partiel ou à domicile, l'activité hospitalière comprend également des soins et des consultations externes, des traitements et cures ambulatoires et des passages dans les services d'urgences. Ces activités ne sont parfois pas très différentes de l'hospitalisation partielle et les modifications réglementaires évoquées et détaillées ci-dessous ont des conséquences sur la frontière entre séjours, consultations et actes externes.

L'arrêté sur les forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE) du 27 février 2007

L'arrêté du 27 février 2007 créant les forfaits SE précise que la facturation de ces forfaits – et donc leur retrait du PMSI-MCO – est subordonnée à la réalisation de certains actes et à l'utilisation du secteur opératoire ou à la mise en observation du patient. Son impact peut être mis en évidence par exemple pour les séjours d'endoscopies sans anesthésie qui sont explicitement cités dans le texte : la chute brutale du nombre de ces séjours au mois de mars 2007 (voir graphique 1) confirme l'application effective du texte. Sur des périodes équivalentes (de mars à décembre) pour 2006 et 2007, la baisse de ce type de séjours, consécutive à la publication de cet arrêté, est de 82 % (220 000 séjours) en hospitalisation partielle. Une grande partie de ces séjours d'endoscopies qui n'apparaissent plus en hospitalisation partielle dans le PMSI se retrouve maintenant dans les nouveaux forfaits SE.

La circulaire sur les actes frontières du 31 août 2006

La circulaire sur les actes frontières concerne, quant à elle, les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée et celles de moins d'une journée. Il y est mentionné que toute prise en charge d'un patient qui peut habituellement être réalisée en médecine de ville ou dans le cadre de consultations ou actes externes à l'établissement de santé ne

doit plus donner lieu à facturation d'un groupe homogène de séjours (GHS). Pour illustrer l'impact de ce texte, on regarde l'évolution des séjours d'affections de l'*ante-partum*. Parmi les quelques exemples cités dans cette circulaire, il est en effet indiqué que les monitorages de type « rythme cardiaque fœtal », non suivis d'hospitalisation, n'autorisent plus la facturation d'un GHS. Or, quasiment la moitié des séjours d'affections de l'*ante-partum* donnent lieu, entre autres choses, à ce type de monitoring. La baisse du nombre de ces actes suite à la circulaire d'août 2006 a donc eu pour conséquence logique d'infléchir le nombre de séjours (voir graphique 2). Sur des périodes comparables (de janvier à août) entre 2006 et 2007, la baisse du nombre d'actes a été de 43 % et celle du nombre de séjours de 37 %.

Un impact difficile à chiffrer

Les deux textes semblent ainsi avoir eu un retentissement, au moins en partie, sur la répartition de l'activité dans les établissements entre séjours, consultations et actes externes. Leurs effets sur l'hospitalisation partielle se sont clairement fait ressentir sur la période 2006-2007, expliquant l'évolution à contre-courant de la tendance à la hausse des dernières années. Le champ concerné par la circulaire sur les actes frontières n'est cependant pas suffisamment précis pour permettre le calcul d'une évolution à champ constant.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2007, en France métropolitaine et dans les

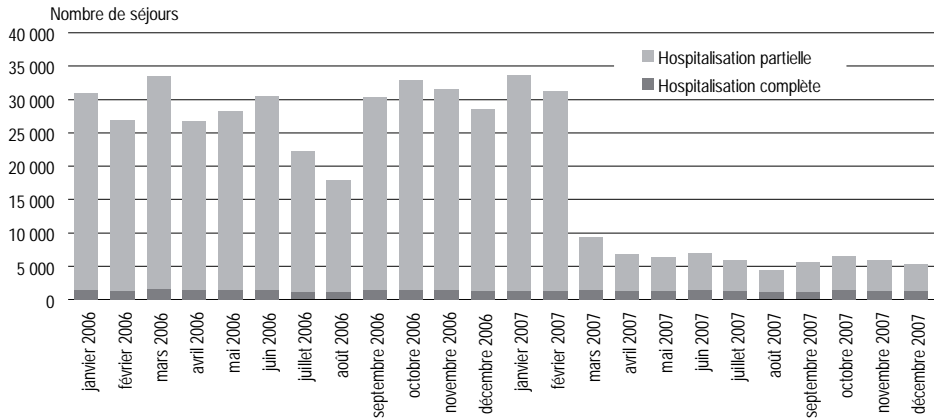
DOM (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (moins de 0,5 %). Il en est de même pour les nouveau-nés, ne nécessitant pas de soins, restés près de leur mère.

Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DHOS fournit une description « médico-écono-

mique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

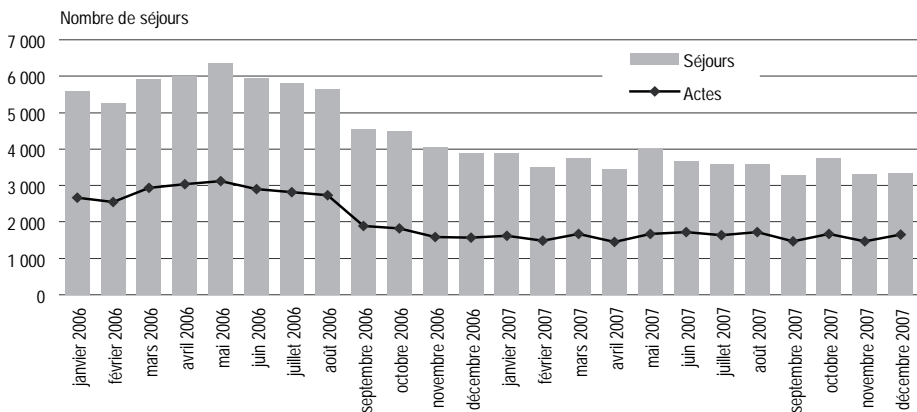
Graphique 1 • évolution du nombre de séjours d'endoscopies sans anesthésie



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006-2007, données statistiques.

Graphique 2 • évolution du nombre de séjours « Affections de l'ante-partum » et du nombre d'actes « Enregistrement du rythme cardiaque du fœtus » pratiqués lors de ces séjours



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006-2007, données statistiques.

Les autres prises en charge hospitalières

Les établissements de santé ont réalisé en 2007 plus de 13 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 55 000 places. À ces prises en charge, il faut ajouter quelque 13 millions de séances 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 (voir la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital » p. 84) 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, les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires (voir la fiche « L'activité en hospitalisation complète et partielle » p. 86), ou les structures dites d'hospitalisation à domicile (voir les fiches p. 138 et p. 140) (voir tableau 1).

Après avoir connu un développement considérable au cours des dernières années, l'hospitalisation partielle en médecine, chirurgie et obstétrique semble régresser en 2007. Cette baisse n'est cependant qu'apparente car elle découle en partie de modifications réglementaires visant notamment à clarifier et harmoniser les règles de codage.

Les séances

Par ailleurs, on comptabilise, en France métropolitaine et dans les DOM, des traitements et cures ambulatoires, en particulier 5 millions de séances de dialyse et 4 millions de radiothérapie (voir tableau 2). La grande majorité (92 %) des séances de radiothérapie sont réalisées en ambulatoire, principalement dans les cliniques privées.

Champ

Activités alternatives à l'hospitalisation à temps complet ayant fonctionné en 2007 en France métropolitaine et dans les DOM (sauf pour les urgences et l'hospitalisation à domicile). Les consultations externes déclarées par les établissements de santé ne sont pas comptées.

Définitions

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

• **Chimiothérapie :** elle 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 des affections non cancéreuses est faible.

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

• **Le nombre de passages aux urgences** pour l'année inclut l'en-

sur les 3,7 millions de préparations de chimiothérapie, plus de la moitié (53 %) sont délivrées à des malades en hospitalisation complète. Le secteur public occupe une place prépondérante dans l'activité de chimiothérapie. En effet, 47 % des préparations délivrées le sont dans ce secteur ; pour les chimiothérapies réalisées en hospitalisation complète, cette proportion est de 53 %. Les 20 centres de lutte contre le cancer prennent en charge une partie importante de l'activité de radiothérapie et de chimiothérapie. En effet, ces établissements ont délivré près de 14 % des préparations de chimiothérapie et ont réalisé 18 % 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 France métropolitaine et dans les DOM, 437 entités ayant une activité de médecine déclarent avoir une consultation mémoire dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Plus de la moitié de ces consultations sont labellisées et, lorsque c'est le cas, elles ont accueilli 110 000 patients différents au cours de l'année 2007, dont environ 59 000 nouveaux.

Les urgences

En France métropolitaine, les urgences ont accueilli quelque 16,4 millions de passages en 2007. Les urgences ainsi que d'autres formes de prise en charge ambulatoire à l'hôpital (en particulier la psychiatrie) font l'objet de fiches spécifiques (voir chapitre 5).

semble des arrivées quels que soient les modes d'arrivée et les modes de sortie.

• **Les différents statuts juridiques** des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 73.

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

Pour en savoir plus

• Baubeau D., Carrasco V., Mermillod C., 2005, « L'activité de radiothé-

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

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

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

Sources

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

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

Disciplines d'équipement	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Venues/ Séjours (1)	Places	Venues/ Séjours (1)	Places	Venues/ Séjours (1)	Places	Venues/ Séjours (1)	Places
Hospitalisation partielle en MCO :								
dont médecine	2 143 555	7 003	279 181	1 180	1 396 874	1 847	3 819 610	10 030
dont anesthésie-chirurgie	455 632	2 304	154 451	974	1 361 456	7 322	1 971 539	10 600
dont gynéco-obstétrique	245 813	919	15 068	26	70 049	36	330 930	981
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie	4 121 499	21 906	1 005 265	4 764	117 729	468	5 244 493	27 138
Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation	500 346	1 616	928 689	3 230	517 449	1 572	1 946 484	6 418
Total	7 466 845	33 748	2 382 654	10 174	3 463 557	11 245	13 313 056	55 167
Hospitalisation à domicile (2) (HAD) (données hors DOM)	39 143	2 213	57 838	4 839	3 171	495	100 152	7 547

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

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques ; DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques.

(2) **Champ** • France métropolitaine.

Sources • PMSI-HAD 2007, SAE 2007, données statistiques.

Tableau 2 ● nombre de séances en 2007 selon le statut de l'établissement

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif, dont CLCC	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Chimiothérapie				
Nombre de venues en chimiothérapie	699 885	304 911	735 338	1 740 134
Nombre de chimiothérapies réalisées en hospitalisation complète	1 036 750	438 710	481 053	1 956 513
Nombre total de préparations de chimiothérapie délivrées	1 736 635	743 621	1 216 391	3 696 647
Radiothérapie				
Nombre de séances sur malades ambulatoires	793 120	821 119	2 091 317	3 705 556
Nombre de séances sur malades hospitalisés	99 541	61 223	180 270	341 034
Nombre total de séances	892 661	882 342	2 271 587	4 046 590
Dialyse				
Nombre de séances	1 480 584	1 881 335	1 645 363	5 007 282
Nombre total de séances ou de préparations	4 109 880	3 507 298	5 133 341	12 750 519

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques.

Emplois de médecins, odontologistes et pharmaciens

En 2007, le nombre d'emplois médicaux (y compris internes) dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM s'établit à 171 000 (+1,7 %). Les établissements publics concentrent les deux tiers de ces emplois. La progression du nombre d'emplois salariés se poursuit dans tous les secteurs alors que le nombre de professionnels libéraux se stabilise en 2007, après une diminution continue les années précédentes.

Progression des emplois médicaux dans le secteur public

En 2007, les emplois médicaux des établissements de santé sont au nombre de 171 000 : 106 000 salariés, 43 000 praticiens libéraux et 22 000 internes et assimilés. Le nombre de postes de médecins, odontologistes et pharmaciens salariés augmente de 2,2 % tandis que celui des praticiens libéraux se stabilise (voir tableau 1). Deux tiers des emplois médicaux offerts le sont dans les hôpitaux publics, 24 % dans les cliniques privées et 10 % dans les établissements privés à but non lucratif.

Le secteur public enregistre une hausse de l'ensemble de ses emplois salariés (+2,4 %). En emplois équivalents temps plein (ETP), cette augmentation est plus prononcée (+3,5 %) (voir tableau 2). Cette situation résulte d'une évolution différente du nombre d'emplois à temps partiel qui diminue légèrement et du nombre d'emplois à temps complet qui augmente : les emplois sont ainsi de plus en plus souvent à temps complet. Les internes connaissent toujours une augmentation de leurs emplois, conformément à la hausse continue du nombre de postes ouverts lors des épreuves classantes nationales (ECN). À l'hôpital, ils représentent 18 % des emplois médicaux. Enfin, environ 2 500 professionnels libéraux exercent dans les hôpitaux locaux.

Dans les établissements privés à but non lucratif, les emplois médicaux se stabilisent (-0,2 %). Les emplois salariés sont en légère progression (+0,2 %), tandis que ceux des libéraux diminuent de 2,9 %. Les internes et assimilés enregistrent quant à eux une hausse de 4,5 %.

Champ

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

Définitions

• **Le personnel médical** est composé de médecins, d'odontologistes et de pharmaciens auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction (FFI : faisant fonction d'interne et DIS : diplômés inter-universitaires de spécialités) qui sont en formation.

• **Salariés et libéraux** : la majorité des médecins exerçant dans un cadre libéral travaille au sein des cliniques privées ou des hôpitaux locaux (de statut public) qui font appel à des médecins généralistes libéraux payés à l'acte.

Lorsque leur contrat de travail ou leur statut leur permet, les médecins salariés (notamment attachés) peuvent

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

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

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

Dans les cliniques privées, les emplois médicaux sont légèrement plus nombreux qu'en 2006 (+0,8 %). Ce résultat reste difficile à interpréter étant donné que l'essentiel du personnel médical de ces structures exerce à titre libéral : les médecins libéraux sont, plus souvent que les salariés, présents dans plusieurs établissements. Ils sont alors comptés autant de fois qu'ils interviennent dans des établissements différents. Ainsi, la baisse du nombre de professionnels libéraux enregistrée ces dernières années reflétait pour partie les regroupements d'établissements privés ayant eu lieu à cette période.

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

Près de 60 % des emplois de praticiens exerçant à titre salarié ou libéral dans les établissements de santé sont dédiés, à temps plein ou à temps partiel, à la médecine générale et à des spécialités médicales, quel que soit le secteur dans lequel ils interviennent. Les spécialités chirurgicales (y compris la gynécologie-obstétrique) mobilisent quasiment un poste de médecin sur six dans les établissements publics et privés à but non lucratif et un poste de médecin sur trois dans les cliniques privées (voir tableau 3), ce qui traduit la spécialisation constatée dans ces établissements (voir la fiche « La spécialisation en chirurgie » p. 110). Quant à la moindre proportion des emplois de praticiens consacrés à la biologie médicale, la pharmacie et la radiologie, elle traduit une externalisation plus importante de ces activités, parfois dans des structures spécifiques situées dans les locaux mêmes des établissements.

deux activités sont classés dans la spécialité principale.

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

Pour en savoir plus

- Observatoire national de la démographie des professionnels de santé, 2004, Rapport 2004, Tome II, *Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025 par région et spécialité*, Paris, La Documentation française.
- Vanderschelden M., 2008, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008 », *Études et Résultats*, n°676, décembre, DREES.

Sources

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

Tableau 1 ● les emplois médicaux dans les établissements de santé en 2007

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007
Médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens								
Salariés	89 854	2,4 %	12 189	0,2 %	3 962	3,7 %	106 005	2,2 %
Libéraux (1)	2 499	0,7 %	3 896	-2,9 %	36 799	0,5 %	43 194	0,2 %
Total (2)	92 353	2,3 %	16 085	-0,6 %	40 761	0,8 %	149 199	1,6 %
Internes, FFI, DIS (3)	20 793	2,7 %	1 325	4,5 %	-	-	22 118	2,8 %
Total	113 146	2,4 %	17 410	-0,2 %	40 761	0,8 %	171 317	1,7 %

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

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

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

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

Champ • France métropolitaine et DOM, internes en établissement de santé (hors stage extra-hospitalier).

Sources • DREES, SAE 2006-2007, données administratives.

Tableau 2 ● répartition par statut en équivalent temps plein (ETP) des emplois médicaux salariés dans les établissements publics en 2007

	2007	Évolution 2006-2007
Emploi total des salariés	89 854	2,4 %
ETP des hopitalo-universitaires titulaires *	3 093	-0,5 %
ETP des praticiens hospitaliers	37 293	1,6 %
ETP des assistants	3 934	0,8 %
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	1 977	1,4 %
ETP des attachés	9 901	10,9 %
ETP des autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	5 149	9,3 %
Total des ETP salariés	61 346	3,5 %

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

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2006-2007, données administratives.

Tableau 3 ● les emplois médicaux en établissement de santé en 2007, selon la spécialité

Spécialité	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Structure en %
Médecine générale	14 052	2 135	2 333	18 520	12,4 %
Anesthésie réanimation	7 406	1 081	3 631	12 118	8,1 %
Pédiatrie	3 669	441	696	4 806	3,2 %
Autres spécialités médicales	29 685	6 207	16 136	52 028	34,9 %
Gynécologie-obstétrique	3 984	508	1 849	6 341	4,3 %
Spécialités chirurgicales	11 545	2 319	11 624	25 488	17,1 %
Biologie médicale	5 217	341	1 241	6 799	4,6 %
Psychiatrie	7 912	1 542	1 100	10 554	7,1 %
Pharmaciens	3 228	870	1 283	5 381	3,6 %
Autres	5 655	641	868	7 164	4,8 %
Total	92 353	16 085	40 761	149 199	100,0 %

Note de lecture • 12,4 % des emplois médicaux en établissement de santé concernent la médecine générale en 2007.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2007, données administratives.

Sages-femmes et personnels non médicaux salariés

Le secteur hospitalier public et privé compte, en France métropolitaine et dans les DOM, outre les personnels médicaux, plus d'un million de postes de sages-femmes et de personnels non médicaux, à temps plein ou à temps partiel. Cela représente 994 000 personnes en équivalent temps plein. Comme en 2006, la croissance de ces emplois apparaît relativement faible en 2007.

En 2007, le nombre d'emplois progresse légèrement dans les établissements privés

Les sages-femmes et personnels non médicaux salariés dans les établissements de santé représentent 994 000 personnes en équivalent temps plein (ETP), parmi lesquels les trois quarts relèvent des hôpitaux publics. Le quart restant se partage à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées (voir tableau).

En 2007, le nombre d'emplois augmente légèrement dans les établissements privés (+0,7 % dans les établissements privés à but non lucratif et +1,0 % dans les cliniques privées) tandis qu'il semble se stabiliser dans les établissements publics (+0,2 %). Il faut néanmoins interpréter ce dernier résultat avec prudence. En effet, la modification du plan comptable des établissements de santé publics consécutive au décret n°2005-1474 du 30 novembre 2005 a pu conduire à une sous-évaluation de l'évolution du volume de personnel dans les établissements publics (voir définitions).

La tendance au renforcement de la qualification des personnels soignants se poursuit dans tous les secteurs : le nombre d'emplois infirmiers (en ETP) et aides-soignants continue d'augmenter (respectivement +0,9 % et +0,8 %), alors que celui des agents de services hospitaliers diminue (-1,9 %).

Quatre emplois sur cinq sont occupés par des femmes

Le personnel non médical des établissements de santé français est essentiellement féminin : quatre emplois sur cinq sont

occupés par des femmes. Cette féminisation est plus ou moins prononcée selon la catégorie de personnel (voir graphique 1). Les femmes représentent ainsi seulement un tiers du personnel technique, mais plus des trois quarts du personnel médico-technique, neuf infirmiers ou aides-soignants sur dix et la quasi-totalité des sages-femmes. Dans les cliniques privées, la féminisation est encore plus prononcée : les femmes y occupent 86 % des emplois, contre 80 % dans les établissements publics et privés à but non lucratif.

Un emploi salarié sur cinq à temps partiel

En 2007, 22,1 % des emplois non médicaux sont à temps partiel. Les femmes y ont trois fois plus recours que les hommes. En effet, 25,4 % des emplois féminins sont à temps partiel tandis que ce taux est de 8,2 % pour les emplois masculins. Ainsi, le fait que quatre emplois non médicaux sur cinq soient féminins explique un recours au temps partiel plus élevé dans les établissements de santé que dans l'ensemble de l'emploi français.

Le recours au temps partiel est moins développé dans les établissements publics (19,8 %) que dans les cliniques privées (26,5 %) et les établissements privés à but non lucratif (31,2 %) (voir graphique 2).

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

Champ

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

Définitions

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

• **Les emplois** décomptés correspondent au nombre de personnes employées pour chacun des établissements, l'**équivalent temps plein** est calculé, dans les tableaux pré-

sentés ici, au *pro rata* du taux de rémunération.

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

• La notion de **temps partiel** décrite ici diffère de celle utilisée communément. On se place du point de vue de l'établissement de santé. Ainsi, une personne travaillant à 50 % dans un établissement et à 50 % dans un autre établissement sera comptée • comme deux emplois à temps partiel. • **Modification du nouveau plan comptable** : la consigne communiquée aux établissements a été de mettre en cohérence la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) pour son exercice 2007 avec le nouveau plan comptable. Ainsi le personnel non médical des établissements publics « en contrat à durée déterminée (CDD) sur emplois

permanents » devrait en théorie, à partir de l'année 2007, être recensé avec le compte 6415 qui n'est pas pris en compte dans cette étude. En pratique, il s'avère que tous les établissements n'ont pas suivi cette consigne, la baisse des effectifs de non-titulaires attendue n'est donc pas observée dans la SAE. Étant donné le poids des non-titulaires dans l'ensemble du personnel non médical des établissements publics, cette hypothétique sous-évaluation demeurerait modérée.

Pour en savoir plus

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

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

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

• Bessière S., 2005, « La féminisation des professions de santé en France :

données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, n°1, janvier-mars, DREES.

• Tonneau D., 2004, « Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 ? Des difficultés liées à l'organisation », *Études et Résultats*, n°302, avril, DREES.

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

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

Sources

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

Tableau • sages-femmes et personnels non médicaux en 2007, emplois en équivalent temps plein (ETP)

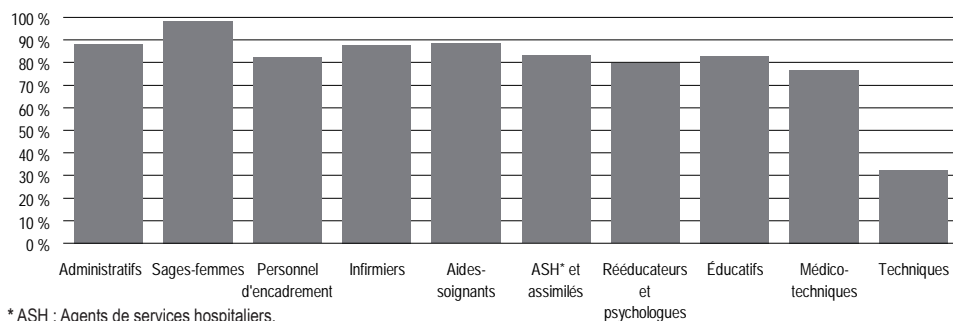
	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007
Personnels administratifs	87 542	0,8 %	17 238	0,9 %	18 538	1,8 %	123 319	1,0 %
Personnels soignants	532 627	0,2 %	75 345	1,0 %	94 128	0,9 %	702 100	0,4 %
• Sages-femmes	9 232	2,6 %	840	-10,9 %	2 281	2,9 %	12 353	1,6 %
• Personnel d'encadrement du personnel soignant	23 258	-1,8 %	3 785	0,6 %	3 234	-0,5 %	30 277	-1,3 %
• Infirmiers (1)	216 452	0,8 %	30 171	1,5 %	39 599	0,9 %	286 222	0,9 %
• Aides-soignants (2)	185 780	0,7 %	21 471	1,5 %	27 894	1,1 %	235 146	0,8 %
• Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	76 849	-2,4 %	12 521	-0,4 %	18 183	-0,5 %	107 553	-1,9 %
• Rééducateurs	13 368	0,7 %	5 139	1,3 %	2 416	9,1 %	20 923	1,7 %
• Psychologues	7 688	3,5 %	1 417	2,4 %	521	10,2 %	9 626	3,7 %
Personnels éducatifs et sociaux	10 427	1,7 %	3 193	1,1 %	640	10,8 %	14 261	1,9 %
Personnels médico-techniques	36 885	0,1 %	5 066	1,9 %	2 965	4,7 %	44 916	0,6 %
Personnels techniques	88 936	-0,9 %	11 986	-2,1 %	8 849	-1,7 %	109 770	-1,1 %
Total	756 418	0,2 %	112 828	0,7 %	125 120	1,0 %	994 366	0,3 %

(1) Y compris infirmiers spécialisés et de secteur psychiatrique ; (2) Non compris élèves.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2006-2007, données statistiques.

Graphique 1 • taux de féminisation en 2007

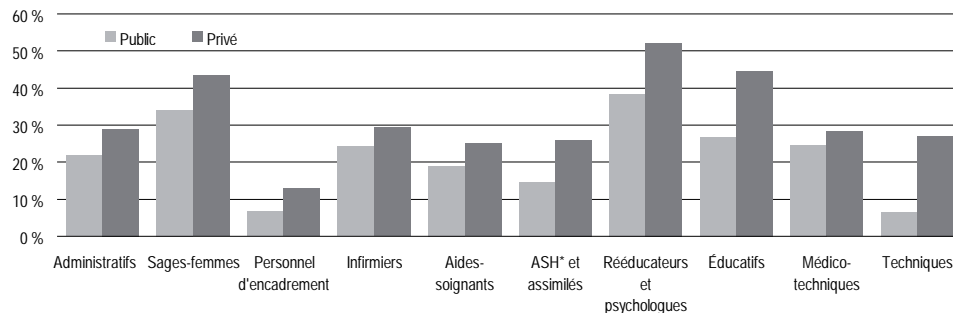


* ASH : Agents de services hospitaliers.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques.

Graphique 2 • part des emplois à temps partiel dans les secteurs public et privé



* ASH : Agents de services hospitaliers.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques.

Les salaires dans le secteur hospitalier

Dans les établissements de santé, les professions non médicales soignantes occupent plus de 80 % des emplois. Pour ces professions, le salaire net annuel moyen pour un emploi à temps complet est plus élevé dans le secteur public que dans le secteur privé. Les revenus sont plus dispersés et, en particulier, croissent davantage avec l'âge, parmi les professions les plus qualifiées.

Les professions non médicales soignantes représentent plus de quatre emplois sur cinq

En 2007, 1,4 million de postes salariés sont comptabilisés dans les établissements de santé publics et privés. Les trois quarts d'entre eux se situent dans les établissements publics et le quart restant dans les établissements privés, qu'ils soient à but lucratif ou non.

Dans les secteurs public et privé, la majorité des emplois concernent des professionnels non médicaux soignants, notamment sur des postes d'« agents de service ou d'employés administratifs » et de « professions intermédiaires soignantes et sociales ». En effet, dans ces secteurs, ces deux catégories représentent respectivement 46 % et 37 % des emplois (voir tableau 1). Les « agents de service ou employés administratifs » incluent les agents de services hospitaliers, les aides-soignants et les ambulanciers. Les « professions intermédiaires soignantes » sont constituées des infirmiers, des sages-femmes, des spécialistes de la rééducation et des techniciens médicaux, et les « professions intermédiaires sociales », des assistantes sociales et des éducateurs spécialisés.

Les postes de « médecins, pharmaciens, psychologues et cadres » représentent 12 % des emplois dans le secteur public et 9 % dans le secteur privé. Les internes étaient comptabilisés avec les médecins jusqu'en 2006. À partir de 2007, ils sont classés avec les « étudiants, stagiaires et apprentis ». Il en résulte donc une rupture des évolutions d'emplois et de salaires pour la catégorie « médecins, pharmaciens et psychologues ». Cependant, retirer les internes autorise une meilleure comparaison des salaires entre secteurs. En effet, les internes travaillent en très grande majorité dans le secteur public et dans certains établissements privés participant au service public hospitalier ; ils y occupent le bas de la distribution des salaires. Le temps partiel caractérise davantage le secteur privé que le secteur public (30 % contre 22 %). Il concerne particulièrement les médecins pour lesquels le salariat est souvent un complément de leur activité libérale : 57 % des postes de « médecins, pharmaciens, psychologues » sont à temps partiel dans les établissements privés contre 34 % dans les établissements publics.

Champ

France métropolitaine et DOM. 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

• **Les emplois ou postes** dénombrés correspondent au nombre de personnes employées pour chacun des établissements. 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.

• **Salaires net annuel moyen** : le salaire est calculé à partir du salaire net fiscal disponible dans la DADS. 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). Pour les salariés à temps complet, les emplois sont convertis en années-travail au prorata

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

En 2007, le salaire net annuel moyen pour un emploi à temps complet s'élève à 25 500 euros dans le secteur public hospitalier et 22 500 euros dans le secteur privé hospitalier (voir graphique). Les « médecins, pharmaciens, psychologues » (hors internes) perçoivent un salaire net annuel moyen plus élevé dans le secteur privé (62 900 euros) que dans le secteur public (55 900 euros). Pour les professions intermédiaires « soignantes et sociales », à l'inverse, le salaire annuel moyen est plus élevé dans le secteur public (26 400 euros) que dans le secteur privé (24 500 euros). De même, les « agents de service et employés administratifs » gagnent respectivement 19 500 et 16 700 euros dans les secteurs public et privé.

En 2007, la dispersion des salaires, mesurée par le rapport interdécile, est de 2,3 dans l'ensemble du secteur de la santé. 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 les secteurs public comme privé, c'est parmi les professions les plus qualifiées que les revenus sont les plus dispersés : le rapport interdécile 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.

Des écarts de salaires selon l'âge plus ou moins marqués selon la catégorie socioprofessionnelle

En 2007, un « médecin, pharmacien, psychologue ou cadre » gagne 25 200 euros en moyenne en début de carrière et 61 100 euros entre 50 et 60 ans (voir tableau 2). Cet écart selon l'âge est beaucoup plus important 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 20 600 euros tandis que les salariés âgés de 50 à 60 ans perçoivent 30 500 euros. Les écarts selon l'âge sont plus modérés encore pour les agents de service et ouvriers, de 16 200 euros pour les plus jeunes à 21 000 euros pour leurs aînés.

de leur durée de présence. Les salaires sont rapportés à cette durée pour le calcul des moyennes. Par exemple, un salarié ayant occupé un poste donné durant 6 mois et ayant perçu 10 000 euros compte pour 0,5 « année-travail » rémunérée 20 000 euros par an. Les moyennes sont obtenues en pondérant les salaires annualisés par la durée de présence.

• Depuis la validité 2007, les DADS sont exploitées sur un fichier exhaustif, alors qu'elles étaient auparavant exploitées sur un échantillon au douzième.

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.).

Tableau 1 ● répartition des postes salariés des établissements hospitaliers en 2007 et proportion de postes à temps partiel, selon la catégorie socioprofessionnelle et le secteur

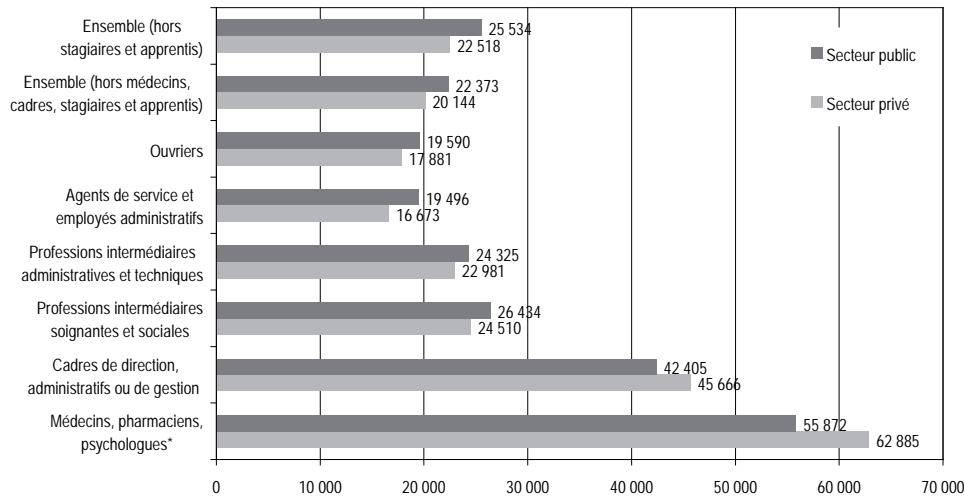
Catégories socioprofessionnelles regroupées	Postes salariés (en %)			Part des postes à temps partiel (en %)		
	Secteur privé	Secteur public	Ensemble	Secteur privé	Secteur public	Ensemble
Médecins, pharmaciens, psychologues*	6,3	10,7	9,6	56,7	34,2	37,8
Cadres de direction, administratifs ou de gestion	2,3	1,1	1,4	17,0	15,1	15,9
Professions intermédiaires soignantes et sociales	38,4	36,2	36,7	29,9	22,8	24,6
Professions intermédiaires administratives et techniques	2,9	1,4	1,8	18,5	17,2	17,7
Agents de service et employés administratifs	47,3	46,1	46,4	28,4	20,2	22,2
Ouvriers	2,9	4,6	4,2	14,0	8,8	9,7
Ensemble (hors stagiaires, apprentis, emplois aidés)	100,0	100,0	100,0	29,8	22,0	23,9

* Hors internes, externes et résidents.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • INSEE, DADS 2007.

Graphique ● salaires nets annuels moyens selon le secteur et la catégorie socioprofessionnelle en 2007
(en euros)



* Hors internes, externes et résidents.

Champ • Salariés à temps complet, France métropolitaine et DOM.

Sources • INSEE, DADS 2007.

Tableau 2 ● structure des emplois et des salaires nets annuels moyens (SNA) par tranches d'âge et catégorie socioprofessionnelle en 2007

	Médecins, pharmaciens, psychologues/cadres de direction, administratifs		Professions intermédiaires soignantes, sociales, administratives et techniques		Agents de service et employés administratifs / ouvriers		Ensemble (hors stagiaires, etc.)	
	%	SNA	%	SNA	%	SNA	%	SNA
Moins de 30 ans	5,0	25 212	26,8	20 600	21,6	16 237	22,0	18 580
30 à 39 ans	24,9	43 021	25,0	23 577	23,3	17 722	24,1	22 370
40 à 49 ans	29,2	56 021	23,7	28 504	30,4	19 506	27,7	25 867
50 à 59 ans	31,8	61 125	22,9	30 463	23,3	21 008	23,9	29 278
60 ans ou plus	9,1	67 589	1,6	30 994	1,6	21 189	2,3	41 944

Champ • Salariés à temps complet, France métropolitaine et DOM.

Sources • INSEE, DADS 2007.

Les établissements de santé dans les DOM : activité et capacités

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

L'organisation sanitaire des DOM est fortement contrainte par leur géographie. Les Antilles et La Réunion sont des départements insulaires, alors que la Guyane est un vaste territoire faiblement peuplé. De plus, la structure de la population varie fortement : proche de celle de la métropole en Martinique et en Guadeloupe, la population est, en revanche, nettement plus jeune à La Réunion et en Guyane. En 2007, la population des DOM représente près de 3 % de la population française, soit 1,8 million de personnes.

La Guyane et La Réunion sont avec la Corse les seules régions françaises à ne pas avoir de centre hospitalier régional (CHR) (voir tableau 1). Cependant, le décret du 26 avril 2007 prévoit la création d'un tel établissement à La Réunion. De plus, ces deux DOM ne disposent pas d'hôpital local. La Guyane est, par ailleurs, la seule région à ne pas avoir de centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, l'offre publique reposant uniquement sur les deux centres hospitaliers généraux.

Les activités de court séjour, psychiatrie, moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) et long séjour sont présentes dans les quatre DOM. Cependant, dans chacun d'eux, l'essentiel de l'activité hospitalière, comptabilisée en nombre de séjours (entrées et venues), est constitué par le court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) : celui-ci représente 91 % des séjours en Guyane, contre 64 % à La Réunion et 66 % en métropole (voir tableau 2). Environ 10 % des entrées et venues en Martinique et en Guadeloupe relèvent de la psychiatrie, contre quelque 20 % à La Réunion et en métropole. Le moyen séjour, quant à lui, est marginal en Guyane alors que partout ailleurs sa proportion est supérieure à 10 % ; elle atteint 16 % à La Réunion. Le long séjour sanitaire tient une part très faible dans l'activité des DOM, tout comme en France métropolitaine.

Médecine, chirurgie, obstétrique

Le taux d'hospitalisation, rapportant l'activité à la population du département, varie entre 1 590 et 1 750 entrées en hospitalisation complète en MCO pour 10 000 habitants ; ce taux est comparable à la moyenne nationale (1 840) (voir tableau 3). Si la tendance à la baisse de la durée moyenne de séjour (DMS) observée en métropole existe aussi dans les DOM, la situation en 2007 est contrastée : la DMS est la plus longue en Martinique (5,7 jours), alors qu'elle est de 5,1 jours en Guyane et de 5,4 en Guadeloupe. Ces niveaux sont proches de celui de la métropole (5,3 jours). En revanche, la DMS est seulement de 4,4 jours à La Réunion. Des modifications réglementaires visant notamment à clarifier et

harmoniser les règles de codage ont pu entraîner une diminution de l'activité à temps partiel en MCO dans les DOM comme en France métropolitaine (pour plus de détails voir la fiche « Évolutions de la description de l'activité hospitalière » p. 88). L'activité d'hospitalisation partielle rapportée à la population est plus faible dans les DOM qu'en métropole, en particulier en médecine et en chirurgie. En Guyane, la géographie particulière du pays, l'éloignement des villages par rapport aux établissements de santé y expliquent la faible part jouée par cette activité. En 2007, il n'y a pas de place en chirurgie ambulatoire et seulement deux en obstétrique. La part de l'hospitalisation partielle y est donc particulièrement faible. Cependant le schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2010 (SROS) recommande la mise en place et le développement d'une activité de chirurgie ambulatoire dans ce DOM.

En matière d'hospitalisation partielle, La Réunion enregistre près de 50 000 venues pour 212 places. La Guadeloupe et la Martinique ont pris en charge 33 000 et 23 000 venues. Elles disposent respectivement de 124 et 90 places (voir tableau 4).

La psychiatrie

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

La Réunion est le département où l'activité en hospitalisation partielle est la plus développée (46 500 venues). À l'opposé, la Guyane enregistre 2 500 venues, alors que la Martinique et la Guadeloupe en comptent aux alentours de 10 000.

En hospitalisation complète, La Réunion compte un nombre de lits supérieur à celui des Antilles (358 contre 308 en Martinique et 288 en Guadeloupe). Cependant elle réalise plus de 7 500 entrées contre 2 000 en Martinique et 2 500 en Guadeloupe. Cette activité s'explique par une durée moyenne de séjour bien plus faible à La Réunion que dans les autres DOM : 14,6 jours contre 54,9 en Martinique et 31,6 en Guadeloupe.

Les soins de suite et de réadaptation

En termes de séjours, La Réunion se démarque des Antilles avec une très forte activité en hospitalisation partielle. Elle enregistre près de 38 500 venues contre 9 000 en Martinique et 16 500 en Guadeloupe.

En hospitalisation complète, la Martinique enregistre 5 000 entrées, la Guadeloupe environ 4 500, niveau équivalent à celui de La Réunion.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2007, dans les quatre départements d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel ; il s'agit

essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie.

Définitions

- Pour les notions d'**établissements de santé**, voir la fiche « Les grandes catégories d'établissements de santé » p. 82.
- Pour les notions de **lits et places, d'hospitalisation complète et partielle**, voir la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital » p. 84.
- **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.

- **Les différents statuts juridiques** des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 73.

Pour en savoir plus

Adiaud 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 de santé (SAE) de la DRES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

Tableau 1 ● établissements de santé par catégorie d'établissements en 2007

	DOM				France métropolitaine
	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Secteur public (entités juridiques)	10	12	2	5	972
CHR/CHU	1	1	0	0	29
Centre hospitalier (CH)	6	9	2	4	498
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	1	1	0	1	86
Hôpital local	2	1	0	0	340
Autre établissement public	0	0	0	0	19
Secteur privé (établissements)	13	4	5	15	1 800
Établissement de soins de court séjour ou pluridisciplinaire	9	2	4	9	751
Centre de lutte contre le cancer	0	0	0	0	20
Établissement de lutte contre les maladies mentales	0	0	0	1	240
Établissement de soins de suite et de réadaptation	3	2	1	4	662
Établissement de soins de longue durée	1	0	0	0	95
Autre établissement privé	0	0	0	1	32
Ensemble	23	16	7	20	2 772

Champ • France métropolitaine et DOM.**Sources** • DREES, SAE 2007, données statistiques.

Tableau 2 ● part respective de chaque discipline d'équipement (entrées et venues) (en %)

	DOM				France métropolitaine
	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Médecine, chirurgie, obstétrique	75,1	78,1	91,0	64,4	66,1
Psychiatrie	9,4	9,8	6,7	19,8	22,8
Soins de suite et de réadaptation	15,3	12,0	2,3	15,8	10,9
Soins de longue durée	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1

Champ • France métropolitaine et DOM.**Sources** • DREES, SAE 2007, données statistiques.

Tableau 3 ● activité des établissements de santé et nombre d'habitants en 2007

		DOM				France métropolitaine
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Entrées en hospitalisation complète	médecine, chirurgie, obstétrique	70 569	67 576	36 198	125 855	11 351 135
	psychiatrie	2 621	2 110	646	7 672	613 726
	soins de suite et de réadaptation	4 433	4 921	1 056	4 614	879 059
	soins de longue durée	280	85	45	30	35 590
Venues en hospitalisation partielle	médecine, chirurgie, obstétrique	32 818	22 931	6 078	49 874	5 420 508
	psychiatrie	10 364	9 248	2 454	46 454	5 175 973
	soins de suite et de réadaptation	16 636	9 008	0	38 563	1 882 277
Population au 1 ^{er} janvier 2007 (en milliers)		403 000	400 000	213 500	790 500	61 771 000

Champ • France métropolitaine et DOM.**Sources** • DREES, SAE 2007, données statistiques. INSEE, estimations localisées de population, au 01/01/2007 (provisoires).

Tableau 4 ● nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2007

		DOM				France métropolitaine
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Lits	médecine, chirurgie, obstétrique	1 526	1 507	647	1 940	220 864
	psychiatrie	288	308	84	358	55 868
	soins de suite et de réadaptation	547	532	74	367	93 672
	soins de longue durée	347	200	100	79	67 134
Places	médecine, chirurgie, obstétrique	124	90	18	212	21 167
	psychiatrie	181	50	15	303	26 589
	soins de suite et de réadaptation	58	31	0	147	6 182

Champ • France métropolitaine et DOM.**Sources** • DREES, SAE 2007, données statistiques.

3 Médecine, chirurgie et obstétrique

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

Médecine, chirurgie, obstétrique : activité et capacités

En 10 ans, le nombre de lits de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) a diminué de près de 24 000, alors que dans le même temps se sont développées les capacités d'hospitalisation à temps partiel. Entre 2006 et 2007, l'activité d'hospitalisation complète diminue légèrement tandis que l'hospitalisation partielle subit des fluctuations d'ordre administratif. Les durées moyennes de séjour restent stables.

Entre 1998 et 2007, le nombre de lits dédiés aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en court séjour a diminué de près de 24 000, pour atteindre quelque 226 000 lits en fin de période. Cette diminution s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : -22 % pour les établissements privés à but non lucratif, -17 % pour les établissements privés à but lucratif et -5 % pour les établissements publics. Ces écarts d'évolution n'ont cependant pas modifié de façon significative la répartition globale des lits entre les différents secteurs.

22 000 places d'hospitalisation partielle en médecine, chirurgie et obstétrique en 2007

Le développement de l'hospitalisation partielle a été, en contrepartie, particulièrement important en MCO. On dénombre ainsi près de 22 000 places dédiées à ce mode de prise en charge en 2007, dont 34 % sont des places d'anesthésie ou chirurgie ambulatoire dans les établissements privés à but lucratif et 32 % des places de médecine dans les hôpitaux publics (voir tableau 1).

Une évolution contrastée de l'activité MCO due à des modifications réglementaires

L'activité en hospitalisation complète diminue légèrement en 2007 (-0,6 %), cette baisse s'observant particulièrement dans le secteur privé pris dans son ensemble (voir tableau 2). Les hospitalisations de plus d'un jour en obstétrique sont en repli (-1,5 %), suivant en cela l'évolution des naissances pour lesquelles 2006 aura été une année record.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2007, en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (moins de 0,5 %). Il en est de même pour les nouveaux-nés, ne nécessitant pas de soins, restés près de leur mère.

Définitions

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

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

- **Les capacités d'accueil** des établissements de santé sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréées) pour l'hospitalisation complète, et en places pour l'hospitalisation partielle (le nombre de places est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et places installés au 31 décembre 2007, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades, y compris ceux fermés temporairement pour cause de travaux. Ces chiffres peuvent différer du nombre de lits ou places autorisés, ces derniers n'étant pas nécessairement créés.

- **Le classement des séjours** en médecine, chirurgie et obstétrique correspond au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du

L'hospitalisation de moins d'un jour, après avoir connu une progression considérable ces dernières années, semble régresser en 2007. Cet affaiblissement apparent est lié à la parution de deux textes (sur les « actes-frontières » et les « forfaits sécurité-environnement ») ayant entraîné des modifications dans les pratiques de codage des séjours dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en 2006 et 2007. Le champ impacté par ces modifications concerne principalement le secteur privé, mais il n'est cependant pas suffisamment précis pour permettre le calcul d'une évolution à champ constant. Ceci implique de prendre les chiffres en hospitalisation partielle avec précaution (voir la fiche « Évolutions de la description de l'activité hospitalière » p. 88).

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

Stabilisation de la durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète reste stable en 2007, à 5,9 jours. C'est dans les hôpitaux publics qu'elle est la plus longue (6,5 jours) et dans les cliniques privées qu'elle est la plus courte (4,6 jours). Les établissements privés à but non lucratif occupent, quant à eux, une position médiane. Les écarts apparaissent surtout en médecine et chirurgie, la durée moyenne de séjour en obstétrique étant d'environ 4,9 jours quel que soit le statut juridique de l'établissement.

Pour en savoir plus

Arnault S., Evain F., Fizzala A., Leroux I., 2009, « L'activité des établissements de santé en 2007 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 691, mai, DREES.

Sources

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

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

Tableau 1 • nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2007 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	94 005	7 003	9 474	1 180	12 081	1 847	115 560	10 030
Chirurgie	41 509	2 304	7 923	974	38 770	7 322	88 202	10 600
Gynéco-obstétrique	15 010	919	1 466	26	6 246	36	22 722	981
Total	150 524	10 226	18 863	2 180	57 097	9 205	226 484	21 611

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2007, données statistiques.

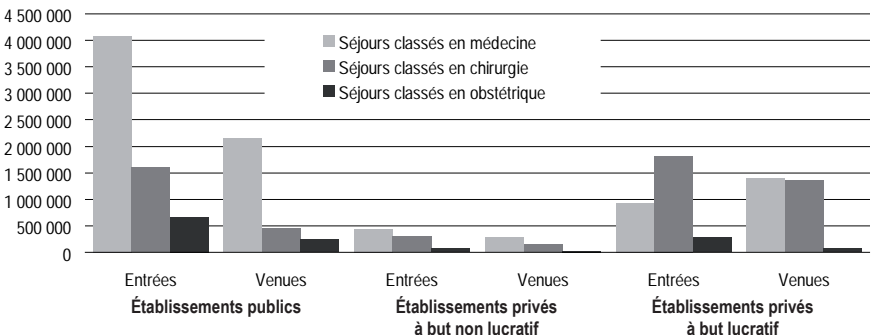
Tableau 2 • nombre de séjours en 2007 par discipline d'équipement selon le statut de l'établissement

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007
Hospitalisation de plus de un jour								
Séjours classés en médecine	4 083 765	0,4 %	436 510	-0,4 %	927 534	-0,8 %	5 447 809	0,1 %
Séjours classés en chirurgie	1 605 686	-0,2 %	304 435	-1,8 %	1 823 894	-2,3 %	3 734 015	-1,3 %
Séjours classés en obstétrique	660 612	0,1 %	72 505	-5,5 %	275 196	-4,2 %	1 008 313	-1,5 %
Total	6 350 063	0,2 %	813 450	-1,4 %	3 026 624	-2,0 %	10 190 137	-0,6 %
Hospitalisation de moins de un jour								
Séjours classés en médecine	2 143 555	-6,3 %	279 181	-13,4 %	1 396 874	-14,4 %	3 819 610	-10,0 %
Séjours classés en chirurgie	455 632	7,0 %	154 451	-2,7 %	1 361 456	-4,6 %	1 971 539	-2,0 %
Séjours classés en obstétrique	245 813	-3,7 %	15 068	-15,6 %	70 049	-32,4 %	330 930	-12,2 %
Total	2 845 000	-4,2 %	448 700	-10,0 %	2 828 378	-10,6 %	6 122 078	-7,7 %

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006-2007, données statistiques.

Graphique • répartition des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique selon le statut de l'établissement en 2007



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques.

Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle

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

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

Trois âges de la vie sont particulièrement concernés par des hospitalisations plus fréquentes (voir graphique 1). Tout d'abord, 430 000 séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soit 2,6 % des séjours à temps complet et partiel, concernent des nourrissons alors que ceux-ci ne représentent que 1,3 % de la population. Le deuxième pic d'hospitalisation concerne les femmes en âge de procréer, entre 15 et 45 ans. Enfin, c'est surtout à partir de 65 ans que le taux d'hospitalisation augmente fortement. Au total, environ un séjour en MCO sur trois concerne des personnes de 65 ans ou plus. D'autre part, les hommes de 45 à 74 ans ont plus fréquemment recours à l'hospitalisation en MCO que les femmes.

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

Depuis 2001, il est possible de suivre les différents séjours hospitaliers d'un même patient à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). En 2007, le nombre de patients hospitalisés en France métropolitaine et dans les DOM en médecine, chirurgie et obstétrique a ainsi été évalué à plus de 10 millions, tous modes d'hospitalisation confondus : 5,8 millions de femmes et 4,6 millions d'hommes. Un patient est hospitalisé en moyenne 1,5 fois au cours de l'année. Si la majorité des patients ne sont hospitalisés qu'une seule fois (73 %), 17 % des patients ont été hospitalisés deux fois et 10 % trois fois ou plus.

Les recours multiples à l'hôpital ne touchent pas toutes les classes d'âge de manière uniforme. Ainsi, de 1 à 19 ans, la part des hospitalisations multiples est relativement stable, aux alentours de 15 % (voir graphique 2). Les plus de 70 ans sont les plus concernés, avec 39 % de personnes hospitalisées plus d'une fois.

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

Parmi les personnes hospitalisées dans le Limousin, 16 % (soit 34 000 personnes) sont originaires d'autres régions, principalement des régions Aquitaine, Midi-Pyrénées et Poitou-Charentes. Ceci s'explique par la forte attractivité des établissements de santé des départements de la Haute-Vienne et de la Corrèze pour les habitants de la Dordogne 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 50 000 personnes) et 1,5 % de la région Centre (soit 42 000 personnes). Au total, 7,5 % des hospitalisations en Île-de-France sont le fait de personnes n'habitant pas cette région.

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

La prise en charge médicale des gastro-entérites et affections du tube digestif constitue un exemple intéressant de la différenciation du recours aux hôpitaux publics et aux cliniques 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 55 % pour les patients de 55 à 84 ans. Passé cet âge, les personnes âgées sont traitées dans les deux tiers des cas par les hôpitaux publics.

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

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2007, en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (moins de 0,5 %).

Il en est de même pour les nouveaux-nés, ne nécessitant pas de soins, restés près de leur mère.

Définition

Les différents statuts juridiques des établissements, leurs modes de financement et les grandes disci-

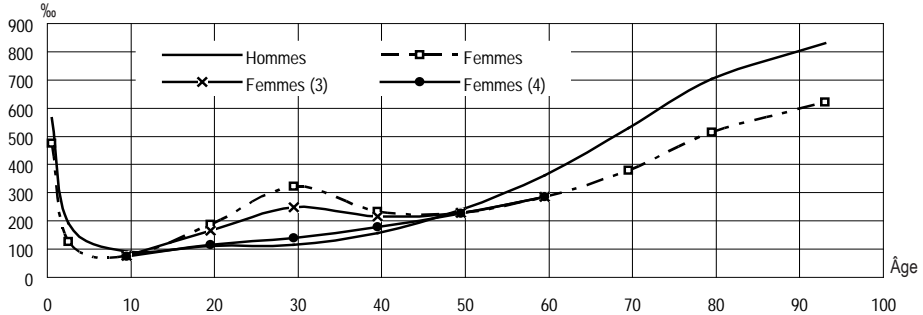
plines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 73.

Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DHOS fournit une

description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

Graphique 1 • **taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée MCO (1) des établissements de santé en 2007 (2)**



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

(2) Hospitalisations de plus d'un jour (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations de moins d'un jour pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

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

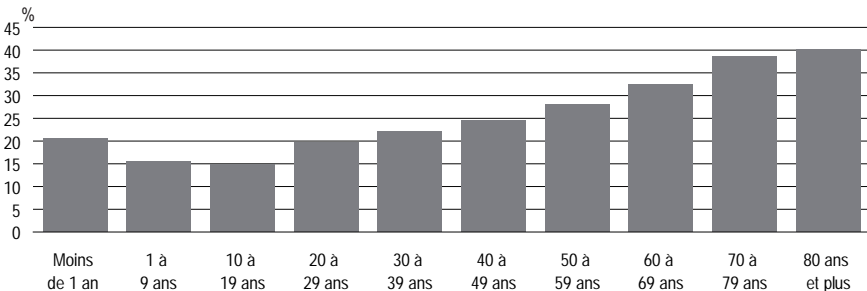
(4) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10^e révision).

Champ • Nombre de séjours de résidents pour 1 000 habitants en France métropolitaine et dans les DOM.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques ;

INSEE, estimations localisées de population, au 01/01/2007 (estimations mai 2009).

Graphique 2 • **part des personnes hospitalisées plus d'une fois en 2007, par classe d'âge**

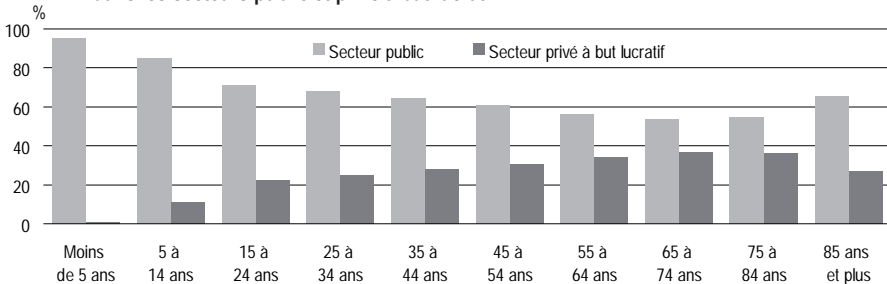


Note de lecture • Les séjours des bébés restés près de leur mère ne sont pas inclus (contrairement aux éditions 2004 à 2006).

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques.

Graphique 3 • **prise en charge des gastro-entérites et affections du tube digestif par âge des patients en 2007 dans les secteurs public et privé à but lucratif**



Note de lecture • 95 % des gastro-entérites et affections du tube digestif des enfants de moins de 5 ans sont prises en charge par le secteur public, contre 1 % par le secteur privé à but lucratif.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques.

Médecine, chirurgie, obstétrique : motifs de recours

En 2007, tous âges et tous sexes confondus, les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention, ainsi que les maladies de l'appareil digestif sont les principaux motifs 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.

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

En 2007, avant 25 ans, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont, pour les jeunes hommes, les traumatismes (14,2 % des séjours) et, pour les jeunes femmes, les séjours liés à la maternité (20,4 % des séjours) (voir graphique). Pour les deux sexes, les pathologies digestives, notamment les maladies des dents et l'appendicite, arrivent au second rang des causes d'hospitalisation. Les atteintes respiratoires, comme les pathologies des amygdales, des végétations adénoïdes, les bronchites et bronchiolites aiguës et l'asthme, ainsi que les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention viennent ensuite.

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

Entre 25 et 64 ans, toujours en 2007, après les séjours liés à la maternité pour les femmes (22,4 %), les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention arrivent en tête des motifs de recours à l'hôpital chez les deux sexes : 17,8 % chez les hommes et 16,1 % chez les femmes. Cette proportion reste importante malgré une diminution de leur part relative liée à une modification du codage de l'activité (voir la fiche « Évolutions de la description de l'activité hospitalière » p. 88).

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2007 en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (moins de 0,5 %). Il en est de même pour l'activité des établissements dont l'activité principale ne relève pas de MCO (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation par exemple), ainsi que pour les séjours des nouveau-nés, ne nécessitant pas de soins, restés auprès de leur mère.

Définition

Les groupes de pathologies étudiés ont été constitués à partir du diagnostic principal mentionné dans les séjours. Ce diagnostic principal est

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

Les maladies de l'appareil digestif sont également un motif fréquent. Avant 45 ans, les traumatismes et empoisonnements constituent un motif de recours fréquent chez les hommes. Il s'agit en effet du 1^{er} motif pour les 25-34 ans et du 3^e pour les 35-44 ans.

Chez les personnes de 45 ans ou plus, les tumeurs pour les deux sexes, les maladies de l'appareil circulatoire pour les hommes et les maladies ostéo-articulaires pour les femmes augmentent pour se rapprocher des taux d'hospitalisation causés par les maladies digestives (environ 14,5 %).

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

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

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

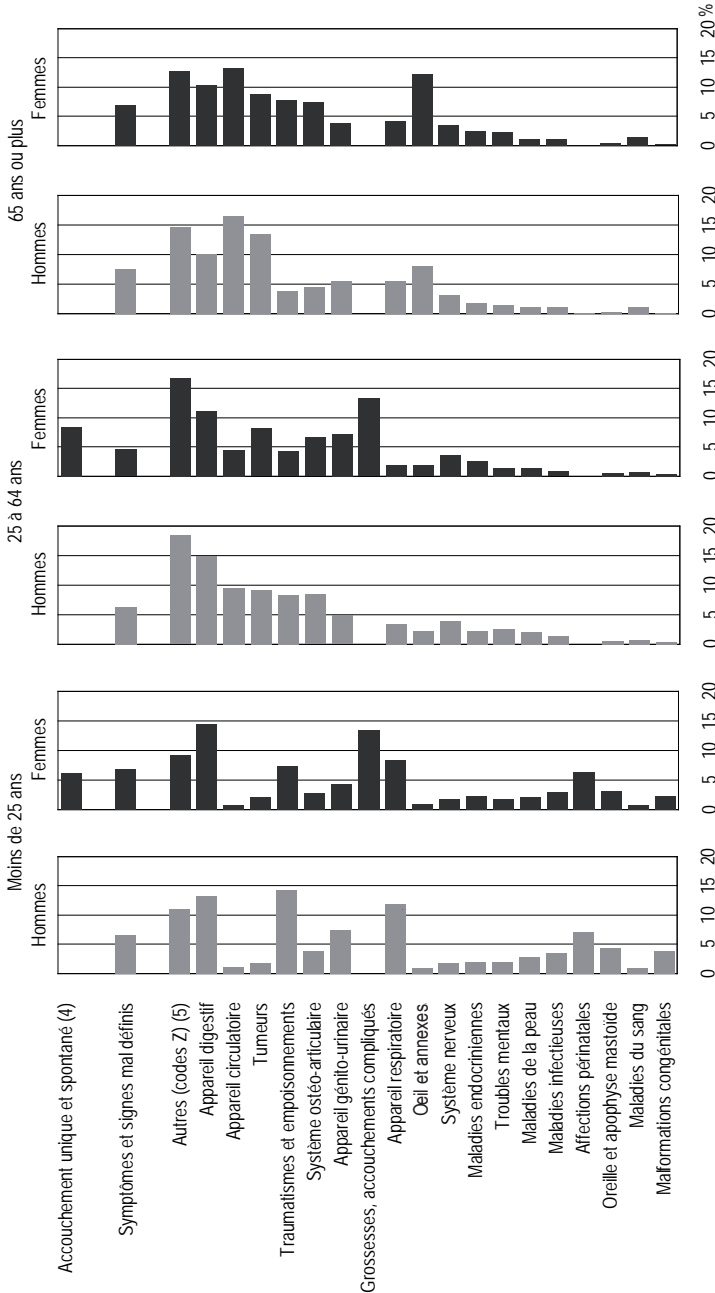
Pour en savoir plus

- Mouquet M.-C., 2009, « Principales pathologies entraînant un séjour hospitalier : les traumatismes pour les enfants, les maladies de l'appareil circulatoire pour les plus de 64 ans », in *L'état de santé de la population en France - Rapport 2009*, DREES, à paraître.
- Mouquet M.-C., 2005, « Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2003 », *Études et Résultats*, n° 444, novembre, DREES.

Sources

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

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



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

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

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

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

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

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

Champ • Résidents en France métropolitaine et dans les DOM.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques.

La spécialisation en médecine

La spécialisation des établissements de santé en fonction de leur statut juridique a eu tendance à se poursuivre au cours des dernières années. L'activité de médecine est ainsi prédominante dans les établissements publics, où elle représente 68 % des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), contre 57 % dans les établissements privés à but non lucratif et 40 % dans les cliniques privées. Ces dernières privilégient les séjours médicaux inférieurs à deux jours, notamment pour la pratique des endoscopies sous anesthésie, actes médicaux les plus fréquents dans ces établissements.

En 2007, plus des deux tiers des séjours étaient réalisés par le secteur public, dans le cadre d'activités médicales diversifiées

La part du secteur public dans l'activité de médecine (67 %) est majoritaire pour quasiment tous les groupes d'activités, et supérieure à 75 % pour pratiquement la moitié d'entre eux (voir graphique). Le rôle du secteur public est presque exclusif pour certaines prises en charge aussi diverses que l'infection au VIH, les pathologies psychiatriques ou addictives traitées hors des services de psychiatrie et la prise en charge médicale des maladies infectieuses hors VIH. La part du public dans l'activité médicale de cardiologie est de 69 % mais varie de 49 % pour les cathétérismes artériels cardiaques à 82 % pour les coronaropathies (voir tableau). De la même manière, les affections dégénératives du système nerveux sont traitées à hauteur de 85 % par les établissements publics. En raison de la complexité des cas traités, la part de l'ambulatoire (moins d'un jour) dans l'activité médicale des établissements publics est de 34 %.

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

Un quart des séjours médicaux a lieu dans les cliniques privées. Le vasculaire interventionnel est le seul groupe d'activités où la part des cliniques est supérieure à celle du secteur public. Ces dernières réalisent ainsi 48 % des poses d'endoprothèses vasculaires, c'est-à-dire les stents placés dans les coronaires et les autres vaisseaux. Par ailleurs, si le traitement des affections cardiaques se fait seulement dans 24 % des cas dans les cliniques privées (contre 69 % dans le secteur public), celles-ci réalisent toutefois 44 % des cathétérismes sans mise en place de stents artériels.

L'endoscopie sous anesthésie reste toutefois l'acte médical le plus fréquemment réalisé par les cliniques privées : elle représente en effet près de la moitié de l'ensemble de leurs activités médicales. Près des trois quarts des endoscopies médicales sont réalisées dans le secteur privé à but lucratif, contre 18 % dans le secteur public et 8 % dans le secteur privé à but non lucratif. Ceci explique en partie la prédominance des séjours à temps partiel dans ces établissements : 60 % de leur activité médicale a lieu en ambulatoire.

Les endoscopies sans anesthésie étaient quant à elles réalisées à 72 % dans le secteur privé à but lucratif en 2006, et représentaient 9 % de leur activité médicale. Depuis l'arrêt du 27 février 2007, elles sont classées désormais parmi les forfaits « sécurité et environnement

hospitalier » et ne doivent plus apparaître dans le PMSI-MCO (voir la fiche « Évolutions de la description de l'activité hospitalière » p. 88). Les affections de l'appareil digestif, et particulièrement les gastro-entérites, représentent également une part assez importante de l'activité médicale des cliniques privées (8 %). Toutefois, ces affections sont plus fréquemment prises en charge dans le secteur public (71 %). La part respective des différents secteurs varie avec l'âge des patients, le secteur public accueillant surtout les jeunes enfants et les personnes les plus âgées (voir la fiche « Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle » p. 104).

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 vingt centres de lutte contre le cancer. L'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre entre autres sur les pathologies hématologiques – et notamment les greffes de moelle dont ils assurent 23 % 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 39 %.

Une évolution des parts de prise en charge en faveur des établissements publics

Entre 2006 et 2007, le poids du secteur public dans l'activité médicale a légèrement augmenté, passant de 66 % à 67 %. Ce phénomène s'observe au sein de tous les groupes d'activités, à l'exception des traitements liés au système nerveux, pour lesquels la part du public diminue de 0,7 point. Ceci est toutefois lié à un changement de nomenclature faisant passer un groupe homogène de malades (GHM) concernant les traumatismes crâniens de l'activité médicale à l'activité chirurgicale entre 2006 et 2007. Cette activité étant principalement prise en charge dans les établissements publics, la part de ces établissements dans la prise en charge médicale des traitements liés au système nerveux diminue mécaniquement. Au total, huit GHM anciennement classés en médecine sont dorénavant classés en chirurgie. En 2007, ils représentent 222 000 séjours. L'exclusion de ces séjours ne modifie qu'à la marge l'évolution du poids du secteur public dans l'activité médicale.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2007, en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (moins de 0,5 %). Il en est de même pour les nouveau-nés, ne nécessitant pas de soins, restés près de leur mère.

Définitions

• **Groupes d'activités** : les informations médicalisées sur les séjours hos-

pitaliers regroupées dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettent de définir plusieurs centaines de groupes homogènes de malades (GHM) à partir des résumés de sortie standardisés de chacun des patients. Pour analyser l'activité des établissements, un regroupement des GHM par catégorie est souvent nécessaire. La classification des groupes d'activités utilisée ici, l'outil d'analyse du PMSI ou OAP, a été réalisée par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Cette classification regroupe les GHM par discipline médico-chirurgicale (par

exemple ophtalmologie, cardiologie, etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM). Il est important de noter que les nomenclatures ne sont pas forcément stables d'année en année. Des modifications dans la répartition des GHM par activité de soins (Aso) conduisent par exemple à classer désormais tous les GHM concernant les brûlures en chirurgie.

• **Les différents statuts juridiques** des établissements et leurs modes de financement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 73.

Pour en savoir plus

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

Tableau • part de prise en charge des activités médicales selon le statut de l'établissement pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation

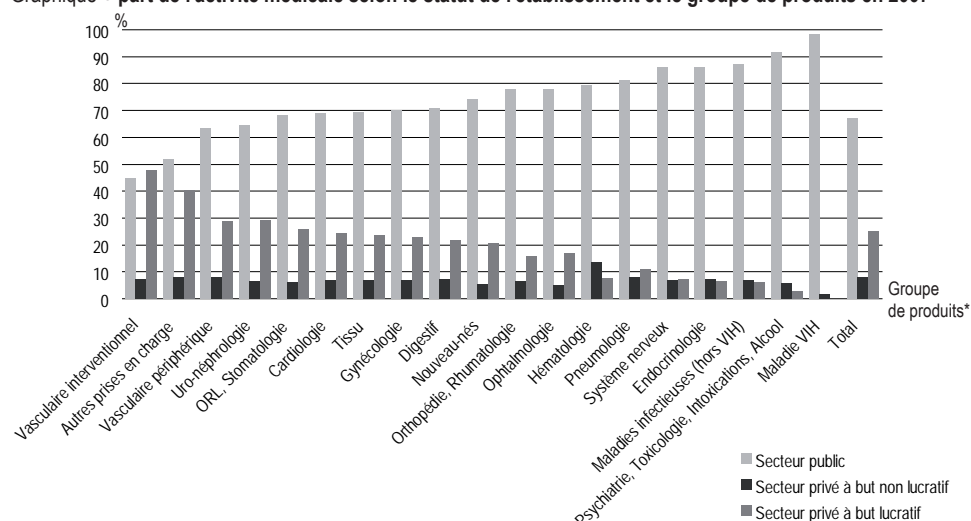
	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble activités médicales	9 262 000	67,2	7,7	25,1
Appareil digestif, dont :	802 000	70,9	7,3	21,9
Gastro-entérites et affections du tube digestif	401 000	68,7	7,3	24,1
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	141 000	75,2	7,6	17,2
Système nerveux, dont :	607 000	86,0	6,8	7,2
Convulsions, épilepsie, céphalées	127 000	92,1	4,7	3,3
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	135 000	80,3	8,7	11,0
Cardiologie, dont :	884 000	68,9	6,8	24,3
Cardiopathies, valvulopathies	170 000	78,4	6,9	14,8
Cathétérismes artériels cardiaques	192 000	48,7	7,7	43,7
Coronaropathies	67 000	82,2	5,6	12,3
Pneumologie, dont :	655 000	81,2	7,9	10,9
Bronchites et asthme	181 000	84,8	6,8	8,4
Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	109 000	80,2	8,2	11,6
Infections respiratoires	143 000	85,5	7,1	7,4
ORL, Stomatologie, dont :	217 000	68,2	6,1	25,8
Infections ORL	54 000	82,2	4,3	13,5
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	101 000	56,0	6,2	37,7
Hématologie, dont :	357 000	79,1	13,3	7,6
Hématologie en dehors des maladies malignes	82 000	73,9	9,7	16,4
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	220 000	81,0	14,9	4,1
Tissu cutané et sous-cutané, dont :	201 000	69,3	6,9	23,8
Affections peau et tissu sous-cutané	52 000	86,2	5,6	8,3
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	129 000	59,7	7,6	32,7
Autres prises en charge, dont :	3 238 000	51,9	7,9	40,3
Endoscopies sous anesthésie avec séjours inférieurs à deux jours*	1 528 000	18,1	8,5	73,4
Intoxications et intoxications médicamenteuses	125 000	91,7	4,0	4,3
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	914 000	84,5	6,5	9,0
Vasculaire interventionnel	126 000	44,8	7,3	48,0

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

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques.

Graphique • part de l'activité médicale selon le statut de l'établissement et le groupe de produits en 2007



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

Note de lecture • 44,8 % de l'activité médicale en vasculaire interventionnel est prise en charge par le secteur public, contre 48,0 % par le secteur privé à but lucratif et 7,3 % par le secteur privé à but non lucratif.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques.

La spécialisation en chirurgie

Les cliniques privées réalisent plus de la moitié de l'activité chirurgicale dont plus des deux tiers de celle réalisée 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 plus du tiers de l'activité chirurgicale mais pour des actes en général plus complexes

Bien qu'ils ne totalisent que 36 % de l'activité de chirurgie, les établissements de santé publics ont la quasi exclusivité de certains groupes d'activités (voir graphique) comme la chirurgie des traumatismes multiples ou complexes graves (96 %) ou celle des brûlures (92 %), telles les greffes de peau. Les autres interventions qui sont majoritairement pratiquées dans le secteur public relèvent de la neurochirurgie, notamment celles concernant les traumatismes crâniens (95 %) (voir tableau). Par ailleurs, un peu plus d'une intervention d'ophtalmologie sur cinq est réalisée dans les établissements publics, mais il s'agit d'interventions souvent lourdes (52 %) comme particulièrement celles sur l'orbite (70 %) ou intra-oculaires (62 %). En raison de la complexité des cas traités, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des établissements publics est de 22 %.

En chirurgie orthopédique, la part du public est de 40 %, mais elle s'élève à 80 % pour les fractures, entorses et luxations.

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. Elle représente en effet 54 % de leur activité de médecine, chirurgie et obstétrique. La part des cliniques privées est prépondérante pour plusieurs groupes d'activités, et est supérieure à 70 % pour les interventions ophtalmologiques ou encore certaines interventions ORL et stomatologiques.

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 73 % des arthroscopies, 65 % des chirurgies de la main et du poignet, 67 % des circoncisions hospitalisées, 74 % des ligatures des veines, 72 % des amygdalectomies, végétations et poses de drains trans-tympaniques ainsi que 75 % de la chirurgie de la cataracte. Au final, la

part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des cliniques privées est de 43 % ; elle est 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 2007, les établissements privés à but non lucratif assurent 8 % du total de l'activité chirurgicale. Ce secteur regroupe en particulier les centres de lutte contre le cancer. Comme pour la médecine (voir la fiche « La spécialisation en médecine » p. 108), l'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre sur le traitement des pathologies cancéreuses. La chirurgie gynécologique, et en particulier le traitement des tumeurs malignes du sein (31 %), est réalisée à hauteur de 12 % par ces établissements. La part de l'ambulatoire dans leur activité chirurgicale totale atteint 34 %.

Une évolution des parts de prise en charge en faveur des établissements publics

Entre 2006 et 2007, le poids du secteur public dans l'activité chirurgicale a augmenté, passant de 33 % à 36 %, au détriment des cliniques privées. Ces évolutions sont toutefois très liées aux changements intervenus dans les nomenclatures. Par exemple, un groupe homogène de malades (GHM) correspondant aux traumatismes crâniens est passé de l'activité de médecine à celle de chirurgie entre 2006 et 2007. Cette activité étant principalement prise en charge dans les établissements publics, la part de ces établissements dans la prise en charge chirurgicale des traitements liés au système nerveux augmente mécaniquement. Au total, huit GHM anciennement classés en médecine sont dorénavant classés en chirurgie. En 2007, ils représentent 222 000 séjours. En excluant ces séjours du calcul de l'évolution du poids du secteur public dans l'activité chirurgicale, la hausse est plus faible (de 33 % à 35 % entre 2006 et 2007).

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2007, en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (moins de 0,5 %). Il en est de même pour les nouveau-nés, ne nécessitant pas de soins, restés près de leur mère.

Définitions

• **Groupes d'activités** : les informations médicalisées sur les séjours hospitaliers regroupées dans le Pro-

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

cardiologie, etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM). Il est important de noter que les nomenclatures ne sont pas forcément stables d'année en année. Des modifications dans la répartition des GHM par activité de soins (Aso) conduisent par exemple à classer désormais tous les GHM concernant les brûlures en chirurgie.

• **Les différents statuts juridiques** des établissements et leurs modes de financement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 73.

Pour en savoir plus

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

Tableau • part de prise en charge des activités chirurgicales selon le statut de l'établissement pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation en 2007

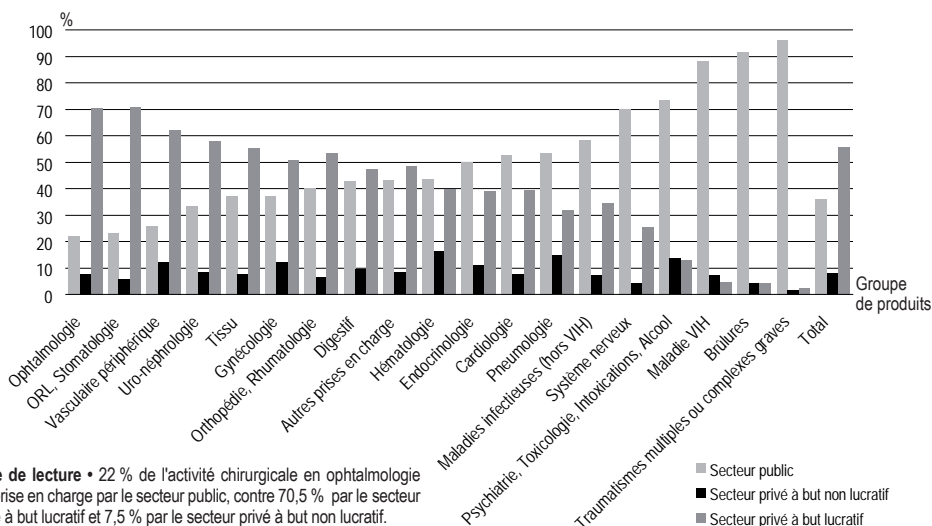
	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble activités chirurgicales	5 698 000	36,1	8,1	55,9
Appareil digestif, dont :	677 000	42,9	9,8	47,4
Appendicectomies	88 000	51,0	6,7	42,3
Chirurgies grêle/colon	76 000	51,2	10,0	38,8
Orthopédie, Rhumatologie, dont :	1 516 000	40,2	6,5	60,1
Ablations matériel	113 000	52,5	5,2	42,4
Arthroscopies	162 000	19,7	7,5	72,9
Chirurgies de la main et du poignet	313 000	28,0	6,7	65,3
Chirurgies majeures orthopédiques (hanche, fémur et genou)	343 000	40,4	7,1	52,5
Chirurgies des autres membres	229 000	45,4	6,0	48,6
Fractures, entorses, luxations	72 000	79,8	4,4	15,8
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours *	164 000	44,5	6,5	49,1
Uro-néphrologie, dont :	407 000	33,5	8,5	58,0
Circoncisions	87 000	26,1	6,5	67,4
Système nerveux, dont :	183 000	70,2	4,4	25,5
Traumatismes crâniens	87 000	95,1	3,2	1,7
Cardiologie	113 000	52,6	7,9	39,6
Vasculaire périphérique, dont :	280 000	25,9	12,2	62,0
Autres chirurgies vasculaires	114 000	33,6	16,1	50,3
Ligatures veines	135 000	16,7	9,6	73,7
ORL, Stomatologie, dont :	690 000	23,3	6,0	70,7
Amygdalectomies, végétations et drains trans-tympaniques	224 000	20,5	7,4	72,1
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours *	325 000	17,2	4,9	78,0
Ophtalmologie, dont :	743 000	22,0	7,5	70,5
Cataractes	575 000	17,1	7,5	75,5
Chirurgies ophtalmiques lourdes	46 000	52,1	6,4	41,6
Gynécologie, dont :	460 000	37,2	12,1	50,8
Chirurgies utérus, ovaires et trompes	219 000	41,7	7,8	50,5
Tumeurs malignes du sein	64 000	27,7	30,7	41,6
Tissu cutané et sous-cutané, dont :	416 000	37,1	7,7	55,3
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours *	284 000	31,5	7,4	61,1

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

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques.

Graphique • part de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le groupe de produits en 2007



La spécialisation en obstétrique

En 2007, en France métropolitaine et dans les DOM, 1,3 million de séjours ont eu lieu en obstétrique ; les accouchements représentent 61 % de ces séjours. Près des deux tiers des accouchements se déroulent dans les hôpitaux publics, qui prennent en charge une part élevée des affections *ante* et *post-partum*.

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

Les hôpitaux publics réalisent près des deux tiers de l'activité d'obstétrique et des accouchements (voir tableau). Ils ont, par ailleurs, davantage développé les prises en charge inférieures à deux jours dans le domaine obstétrical que les établissements privés, en réalisant 74 % de cette activité. Ce qui représente 34 % de leur activité totale en obstétrique, comptée en nombre de séjours, contre 25 % pour les cliniques privées.

Les établissements publics prennent en charge 71 % des affections *ante-partum*, parmi lesquelles on trouve principalement des complications de la grossesse ; 10 % de l'activité obstétricale de l'ensemble des établissements concerne des affections *ante-partum*. Les affections *post-partum* sont quant à elles prises en charge à hauteur de 74 % par les établissements publics, alors qu'elles représentent 1 % de l'activité obstétricale de l'ensemble des établissements.

Les interruptions de grossesse sont réalisées dans 73 % des cas dans le secteur public et représentent 21 % de l'activité obstétricale de ce secteur. Ces interventions donnent en général lieu à des hospitalisations inférieures à deux jours.

La part des cliniques privées atteint 26 % de l'activité en obstétrique

La proportion d'accouchements réalisés dans le secteur privé à but lucratif s'établit en 2007 à 28 %. Ce secteur réalise 30 % des

accouchements par voie basse sans complications et 26 % de ceux avec complications. Parmi ces derniers figurent les accouchements par césarienne, qui se déroulent pour 30 % d'entre eux dans les cliniques privées.

Les cliniques privées prennent également en charge 22 % des interruptions de grossesse, ce qui représente 17 % de leur activité obstétricale.

En 2006, 27 % de l'activité obstétricale des cliniques privées se déroulait en hospitalisation partielle (moins d'un jour). Cette proportion tombe à 20 % en 2007 suite à la publication le 31 août 2006 d'une circulaire sur les « actes frontières » (voir la fiche « Évolutions de la description de l'activité hospitalière » p. 88). Parmi les actes concernés par cette circulaire figurent les monitorages de type « rythme cardiaque fœtal », qui ne doivent plus donner lieu à facturation d'un séjour. Du point de vue de l'obstétrique, les établissements publics et privés à but non lucratif sont faiblement impactés par ce texte.

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

Ces établissements ne réalisent, en effet, que 7 % de l'ensemble des activités d'obstétrique. Leur activité se concentre sur les accouchements, avec ou sans complications, qu'ils prennent en charge à hauteur de 8 %, ainsi que sur la prise en charge des affections *ante* et *post-partum* (5 %).

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2007, en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (moins de 0,5 %). Il en est de même pour les nouveau-nés, ne nécessitant pas de soins, restés près de leur mère.

Définition

Les différents statuts juridiques des établissements et leurs modes de financement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 73.

Pour en savoir plus

• Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en

2006 », *Études et Résultats*, n° 664, octobre, 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, mars, DREES.

• Baubeau D., Morais S., Ruffié A., 1999, « Les maternités de 1975 à 1996 – un processus de restructura-

tion sur longue période », *Études et Résultats*, n° 21, juillet, DREES.

Sources

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

Tableau • part de prise en charge des activités obstétricales selon le statut de l'établissement pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation en 2007

	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble activités obstétricales	1 339 000	67,7	6,5	25,8
Accouchements :	812 000	64,0	7,6	28,4
sans complications	554 000	62,7	7,7	29,6
avec complications (1)	258 000	66,8	7,3	25,9
Affections ante-partum , dont :	136 000	70,6	5,3	24,2
séjours inférieurs à deux jours*	43 000	73,1	3,7	23,2
Affections post-partum	13 000	74,0	5,4	20,6
Interruptions de grossesse, dont :	265 000	73,1	4,6	22,3
séjours inférieurs à deux jours*	254 000	73,1	4,6	22,3
Autres séjours inférieurs à deux jours*	113 000	77,1	5,1	17,8

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

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

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques.

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

En 2006, 3 350 sites anesthésiques réunissant des activités diversifiées

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

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

Des salles d'intervention chirurgicale utilisées différemment suivant les secteurs

Les salles d'intervention chirurgicale représentent quasiment les trois quarts des salles destinées aux actes sous anesthésie ; elles sont au nombre de 8 213 en 2006 dans l'ensemble des établissements de santé (voir tableau 2). Moins de la moitié de ces salles sont situées dans les cliniques privées, alors que ces dernières enregistrent près de 60 % des séjours chirurgicaux. Les cliniques privées enregistrent donc plus d'interventions par salle que les établissements publics. Des facteurs tels que la part d'activité de chirurgie ambulatoire, qui suppose une hospitalisation de moins d'un jour et recouvre des actes quasi-exclusivement programmés, contribuent à expliquer cette situation. Tandis que 73 % de la chirurgie ambulatoire (notamment chirurgie de la cataracte, arthroscopie, chirurgie des varices, etc.) est réalisée par les cliniques privées, les établissements publics prennent en charge des actes parmi les plus complexes (voir la fiche « La spécialisation en chirurgie » p. 110) avec des temps de réalisation plus longs. Ils 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 que les établissements publics affichent des horaires d'ouverture plus larges que les établissements privés et déclarent plus souvent une activité chirurgicale nocturne.

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine.

Définitions

• **Les différents statuts juridiques** des établissements et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 73.

• **Séjours chirurgicaux** : sont ici classés comme tels les séjours identifiés dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) [voir « Les grandes sources de données sur les établissements de santé » p. 165].

• **Surveillance post-interventionnelle et postes de réveil** : le décret

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

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

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

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

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

Pour en savoir plus

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

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

Sources

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

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

Tableau 1 • l'activité d'anesthésie en 2006

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

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2006, données statistiques.

Tableau 2 • les plateaux techniques de chirurgie en 2006

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

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

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2006, données statistiques.

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

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

Une concentration plus importante des équipements

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

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

accès à ce matériel dans le cadre de conventions de co-utilisation, le partage des équipements lourds étant encouragé.

Des délais d'attente encore importants pour certains équipements

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

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

Champ

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

Définitions

- La **radiologie** est une technique basée sur l'utilisation des rayons X.

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

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

- **Scanner ou tomodensitomètre** : il utilise également les rayons X mais

permet de visualiser des tranches d'épaisseur variable.

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

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

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

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

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

Sources

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

Tableau • équipement en imagerie en 2006

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

Note de lecture • Les délais d'attente moyens sont pondérés par le nombre total d'examens.

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

Sources • DREES, SAE 2006, données administratives.

5 Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière

- La lutte contre les infections nosocomiales
- La naissance : les maternités
- La naissance : caractéristiques des accouchements
- La satisfaction des usagers de maternités
- La médecine d'urgence
- L'offre hospitalière en psychiatrie
- Les mesures d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie
- Les établissements ayant une activité de psychiatrie et leurs structures
- Les structures d'hospitalisation à domicile
- Les patients hospitalisés à domicile
- L'activité et les capacités dans les centres hospitaliers universitaires
- Les personnels travaillant dans les centres hospitaliers universitaires
- Les structures pratiquant des IVG
- Les dépenses de médicaments dans les établissements de santé

La lutte contre les infections nosocomiales

En 2007, les résultats des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (IN) ont été rendus publics pour 2 807 établissements de santé de France métropolitaine et des DOM. Le plus haut niveau de performance a été atteint par 86 % des établissements en matière de prévention des IN, par 25 % pour la consommation de produits hydro-alcooliques et par 58 % en matière de bon usage des antibiotiques. Une surveillance épidémiologique des patients opérés est réalisée par 85 % des établissements.

L'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales

La lutte contre les infections nosocomiales, 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 doivent constituer un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et remplir annuellement un bilan standardisé des activités de lutte contre ces infections. Depuis 2004, des indicateurs sont élaborés à partir de ces bilans et sont publiés annuellement par le ministère en charge de la santé. En 2007, le tableau de bord des infections nosocomiales comprenait quatre indicateurs annuels : l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), disponible depuis quatre ans, l'indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains (ICSHA) et l'indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire pour les établissements chirurgicaux (SURVISO), disponibles tous les deux depuis trois ans, et l'indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB), disponible depuis deux ans. Le taux triennal de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) (voir définitions) figure également dans le tableau de bord des infections nosocomiales. Un score agrégé synthétise depuis deux ans les quatre indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales et permet une lecture globale de la performance des établissements.

Pour ICALIN, ICSHA, ICATB et le score agrégé, les résultats sont publiés 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.

SURVISO n'est pas présenté par classe de performance mais la proportion des services de chirurgie de l'établissement qui se sont impliqués au cours de l'année dans une enquête épidémiologique auprès des patients après leur opération chirurgicale est indiquée. Ne pas réaliser cette surveillance se traduit depuis 2007 par l'absence d'affichage du score agrégé pour l'établissement.

Champ

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

Définitions

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

• **ICALIN** : cet indicateur objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens que celui-ci a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre.

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

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

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

• **Score agrégé** : il réunit en un score les quatre indicateurs ICALIN, ICSHA, ICATB et SURVISO et mesure d'une façon plus globale le

niveau des activités développées dans les établissements de santé pour lutter contre les infections nosocomiales.

Un investissement croissant des établissements dans la lutte contre les infections nosocomiales

Sur l'ensemble des 2 807 établissements, 86 % ont atteint le plus haut niveau de performance en matière de prévention des IN en 2007 - ICALIN A et B (voir tableau). Les objectifs personnalisés de consommation de produits hydro-alcooliques n'ont été atteints que par 25 % des établissements - ICSHA A et B - mais leur part a plus que doublé puisqu'elle était de 11 % en 2006. Dès la première année de publication de l'indicateur ICATB, les établissements étaient déjà très fortement investis dans le bon usage des antibiotiques - ICATB A et B - et la progression continue, le pourcentage d'établissements passant de 32 % en 2006 à 58 % en 2007.

L'évolution d'ICALIN, publié depuis quatre ans, montre l'investissement croissant des établissements dans la lutte contre les infections nosocomiales (voir graphique).

La progression du nombre d'établissements réalisant l'indicateur SURVISO depuis trois ans est importante. Alors qu'en 2005, 60 % des établissements réalisaient cette surveillance, ils sont 85 % en 2007 ; 1 064 établissements sont concernés. L'objectif du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 d'arriver à 100 % des établissements réalisant SURVISO en 2008 devrait être atteint si cette évolution se poursuit à ce rythme. Les 158 établissements retardataires n'ont pas été classés en 2007, ce qui devrait les inciter à participer en 2008.

Le score agrégé, qui permet de réunir en un seul score les quatre indicateurs, progresse également, passant de 24 % à 48 % entre 2006 et 2007 - score agrégé A et B. Ce score prend en compte des indicateurs publiés à des dates différentes. Compte tenu des progrès encore attendus pour ICSHA et ICATB, moins de la moitié des établissements atteignent la classe A et B.

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 méthicilline (SARM) est un taux 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.

Pour en savoir plus

• Dossier « infections nosocomiales » sur le site du ministère de la Santé : <http://www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/infections-nosoco->

miales/infections-nosocomiales-detail.html

• Site de publication du tableau de bord des infections nosocomiales : <http://www.icalin.sante.gouv.fr/>
• Site 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 de l'hospitalisation et l'organisation des soins (DHOS) et la direction générale de la santé (DGS). <http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport2007.pdf>

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

Catégorie d'établissements	Score agrégé 2007	ICALIN 2007	ICATB 2007		ICSHA 2007		Nombre d'établissements
	% A + B ¹	% A + B ¹	% A + B ¹	Nombre d'établissements non concernés ²	% A + B ¹	Nombre d'établissements non concernés ²	
Centre hospitalier régional/universitaire (CHR/CHU)	76,1 %	98,6 %	57,7 %	0	74,6 %	0	71
Centre hospitalier général (CH)	55,9 %	91,7 %	57,6 %	0	22,5 %	0	551
Établissement de lutte contre les maladies mentales	21,0 %	80,3 %	48,6 %	4	8,4 %	5	290
Hôpital local	55,4 %	89,2 %	49,0 %	0	24,8 %	0	343
Établissement privé MCO	55,1 %	92,7 %	58,7 %	0	32,2 %	0	593
Établissement de soins de suite et de réadaptation	36,7 %	78,3 %	49,6 %	33	14,5 %	33	736
Centre de lutte contre le cancer (CLCC)	95,0 %	100,0 %	65,0 %	0	80,0 %	0	20
Autres ³	62,1 %	73,4 %		203	49,6 %	76	203
Total	48,3 %	85,8 %	58,2 %	443	25,1 %	190	2 807

¹ Il s'agit du pourcentage d'établissements classés en A et B sur une échelle allant de A à F, A étant la classe la plus performante, E la moins performante et F celle des établissements non répondants.

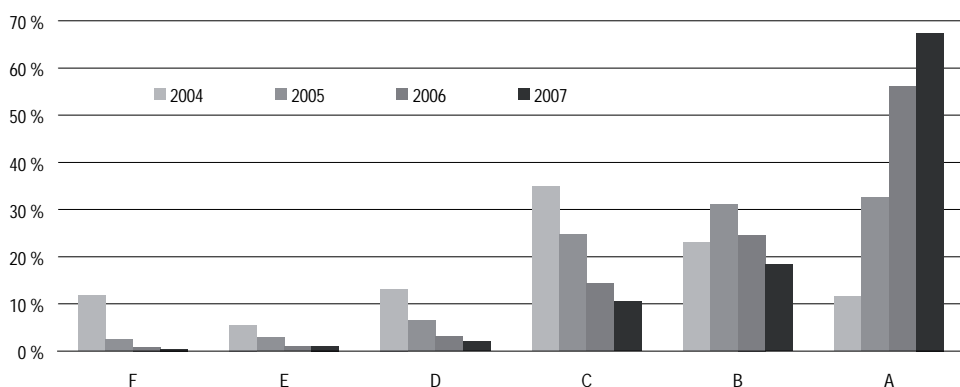
² Certains établissements peuvent ne pas être concernés par l'indicateur du fait de leur activité.

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

Champ • France métropolitaine et DOM.

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

Graphique • évolution d'ICALIN entre 2004 et 2007



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

Champ • France métropolitaine et DOM.

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

La naissance : les maternités

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

Un mouvement régulier de concentration des maternités

Depuis le milieu des années 1970, sous l'impulsion des pouvoirs publics, les maternités françaises ont été confrontées à un mouvement de concentration et de réorganisation de plus en plus important. Le nombre de maternités est ainsi passé de 1 369 en 1975 à 814 en 1996, pour s'établir à 572 en 2007 (voir tableau). Dans les services d'obstétrique, le nombre de lits a quasiment été divisé par deux 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 depuis 30 ans : il est passé de 22 accouchements par lit en moyenne en 1975 à 44 fin 2007.

La parution en 1972 du décret Dienech a notamment entraîné dans les années qui ont suivi la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales souvent tenues par des sages-femmes. Ce décret applicable aux cliniques privées d'accouchement imposait des normes de sécurité très détaillées pour les locaux et le plateau technique ; 15 lits minimum étaient notamment requis pour obtenir l'autorisation d'exercice d'une maternité. Dans le secteur public, des normes identiques à celles du décret Dienech ont été mises en œuvre. Elles concernent surtout les maternités des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes.

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

Les décrets périnatalité du 9 octobre 1998 définissent plusieurs niveaux de maternité, destinés à prendre en charge les grossesses en fonction du niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. En 1996, la définition des niveaux existait déjà, même s'ils n'étaient pas officiellement réglementés.

Champ

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

Définitions

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

• **Niveau de maternité** : les décrets périnatalité du 9 octobre 1998 ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre niveau de risque de la patiente et du nouveau-né, et niveau de la maternité d'accueil. Trois niveaux de maternités sont ainsi définis : un établissement

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

• **Naissances** : sont comptabilisées les naissances après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou les enfants (ou fœtus) d'au moins 500 grammes à la naissance. Auparavant, comme l'indique la circulaire du 3 mars 1993, les nourrissons mort-nés n'étaient déclarés et enregistrés

En 2007, on comptabilise en France métropolitaine 65 maternités de niveau 3 dont le rôle est de traiter les situations les plus complexes pour la mère ou l'enfant ; 207 maternités dites de niveau 2 disposent d'un service de néonatalogie, et 300 maternités classées en niveau 1 visent à prendre en charge les grossesses présentant le moins de risques. Ces 572 maternités recensées ont pris en charge 776 000 accouchements. Elles disposent pour cela de 18 000 lits d'obstétrique. En 2007, le nombre de naissances vivantes en maternité s'élève à 772 000 ; il faut y ajouter 6 500 naissances vivantes réalisées en dehors d'un établissement (à domicile ou dans un autre lieu).

Les maternités de niveau 2 et 3 sont presque exclusivement des maternités publiques ou privées à but non lucratif (respectivement 78 % et 100 % en 2007) alors que 41 % des maternités de niveau 1 sont privées à but lucratif. Entre 1996 et 2007, un plus grand nombre d'accouchements a eu lieu dans les maternités des deux niveaux supérieurs. En effet, en 2007, 67 % des accouchements ont eu lieu dans les 272 maternités disposant d'un service de néonatalogie ou de réanimation néonatale (niveau 2 ou 3), alors qu'en 1996, c'était le cas de 43,5 % d'entre eux.

La taille des maternités augmente avec le niveau de spécialisation. En effet, en 2007, une maternité de niveau 1 effectue en moyenne 855 accouchements, une maternité de niveau 2, 1 690, et une maternité de niveau 3 en réalise 2 609.

En outre, en 2007, plus d'un tiers des maternités réalise au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996 (voir graphique 2). Dans le même temps, 4 % des maternités prennent en charge moins de 300 accouchements dans l'année ; cette proportion était de 12 % en 1996.

à l'état-civil qu'après 180 jours de gestation.

Pour en savoir plus

• Arnault S., Exertier A., Dossier « Les maternités : plus de trente ans d'évolution », voir p. 49.

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

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

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

Sources

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

Base Eco-santé, IRDES.
État civil, INSEE.

Tableau • répartition des accouchements selon le niveau de la maternité d'accueil en 1996, 2002 et 2007

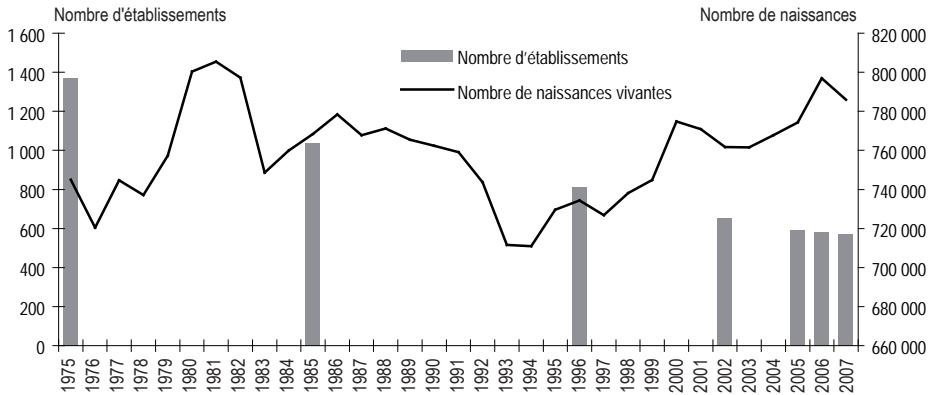
	Année	Niveau de spécialisation			Total
		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	
Nombre d'établissements	1996	564	250		814
	2002	391	204	60	655
	2007	300	207	65	572
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443		725 337
	2002	312 328	300 302	139 577	752 207
	2007	256 644	349 744	169 614	776 002
Part d'accouchements	1996	57 %	43 %		100 %
	2002	42 %	40 %	19 %	100 %
	2007	33 %	45 %	22 %	100 %

Note de lecture • En 1996, les définitions de niveau existaient déjà, sans être réglementaires [Ruffié A., *et al.*, 1998].

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 1996, 2002 et 2007, données statistiques.

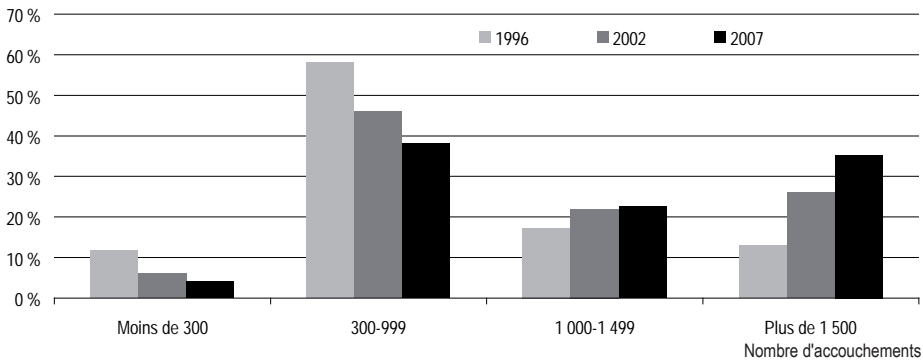
Graphique 1 • évolution de 1975 à 2007 du nombre des naissances vivantes et des maternités



Champ • France métropolitaine.

Sources • INSEE, état civil ; DREES, H74 et statistique des établissements hospitaliers privés pour 1975, EHP et H80 pour 1985, SAE 1996, 2002, 2005, 2006 et 2007, données statistiques.

Graphique 2 • répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2002 et 2007



Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 1996, 2002 et 2007, données statistiques.

La naissance : caractéristiques des accouchements

Depuis plusieurs années, les conditions de prise en charge autour de la naissance évoluent avec, notamment, l'augmentation du taux de césariennes et le développement de la péridurale. Ces transformations vont de pair avec une amélioration de l'adéquation entre l'équipement des maternités et le niveau de risque encouru par les mères et les nouveau-nés.

Une meilleure prise en charge des femmes et des nouveau-nés présentant des risques

Bien qu'elles représentent moins de la moitié de l'ensemble des maternités, celles de niveaux 2 et 3 (voir définitions) accueillent plus des deux tiers des accouchements. Selon les données de la SAE et du PMSI-MCO en 2007, plus de 80 % des naissances multiples et des naissances d'enfants de moins de 2 500 grammes y ont lieu. Cette proportion s'élève à 87 % pour les naissances prématurées (voir graphique).

Par ailleurs, lorsque le travail ne se présente pas dans de bonnes conditions et que les mères se trouvent dans une maternité ne disposant pas d'un environnement adapté, certaines patientes peuvent être orientées vers une structure de niveau supérieur (niveau 2 ou 3). Ainsi, en 2007, 3 300 femmes suivies dans une maternité de niveau 1 ont été transférées dans une maternité de niveau 2 ou 3, et 2 400 ont été transférées d'une maternité de niveau 2 vers une maternité de niveau 3.

Les maternités de niveaux 2 et 3 accueillent donc la majorité des femmes et des nouveau-nés présentant le plus de risque. Toutefois, ces maternités ont un taux de césariennes comparable à celui des établissements de niveau 1 (voir tableau) ; ce qui signifie qu'à niveau de risque équivalent, les établissements de niveau élevé pratiquent moins fréquemment les césariennes, probablement du fait de moyens en équipement et en personnel plus importants.

Davantage de césariennes, de péridurales et de rachianesthésies

Le taux de césariennes continue d'augmenter de manière régulière quel que soit le niveau de maternité. Il est passé de 18,2 % en moyenne en 2001 à 20,4 % en 2007.

La prise en charge de la douleur lors des accouchements par césarienne a vu son développement s'accroître ces dernières années.

Champ

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

Définitions

- **Maternité** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique.
- **Niveau de maternité** : les décrets périnatalité du 9 octobre 1998 ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre niveau de risque de la patiente et du nouveau-né, et niveau de la maternité d'accueil. Trois niveaux de maternités sont ainsi définis : un établissement est dit de « niveau 3 » s'il dispose sur le même site que le service d'obstétrique, d'un service de réanimation néonatale et d'un service de néonatalogie ; un établissement est dit de « niveau 2 » s'il a un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique ; un établissement est dit de « niveau 1 » s'il possède un service d'obstétrique.
- **Accouchements** : en cas de naissances multiples, 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).
- **Naissances** : depuis 2002, sont comptabilisées les naissances après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou les enfants (ou fœtus) d'au moins 500 grammes à la naissance. Auparavant, comme l'indique la circulaire du 3 mars 1993, les nourrissons mort-nés n'étaient déclarés et enregis-

trés à l'état civil qu'après 180 jours de gestation.

Les maternités ayant répondu à la question déclarent que neuf femmes sur dix accouchant par césarienne ont en effet recours à la rachianesthésie en 2007 alors que cette proportion était de huit sur dix en 2001. À l'inverse, les anesthésies générales ne sont quasiment plus pratiquées.

Pour les accouchements par voie basse, le taux de péridurale est également en augmentation passant de 68 % en 2001 à 73 % en 2007. Par ailleurs, plus le niveau de la maternité est élevé, plus ce taux est important. En effet, les maternités de niveaux 2 et 3 sont celles qui accueillent les accouchements les plus complexes et donc potentiellement les plus douloureux pour la mère.

De plus, en raison de moyens en personnel moins élevés, la probabilité d'avoir un anesthésiste-réanimateur disponible en cas d'accouchement non programmé est plus faible dans les maternités de niveau 1.

Une diminution de la mortalité infantile et maternelle

Grâce aux progrès médicaux, la mortalité infantile (voir définitions) a quasiment été divisée par quatre entre 1975 et 2007, passant de 13,8 à 3,6 pour mille (source INSEE). De même, le taux de mortalité maternelle enregistré poursuit sa baisse tendancielle depuis le début des années 1990. En 2007, ce taux serait de 7,6 décès pour cent mille naissances vivantes.

La part des nourrissons mort-nés est plus élevée (0,7 % en 2007) mais en grande partie liée à un changement législatif intervenu fin 2001. En effet, depuis cette date, un acte d'enfant sans vie est établi « lorsque l'enfant est mort-né après un terme de 22 semaines d'aménorrhée ou ayant un poids de 500 grammes ». Ces critères se substituent « au délai de 180 jours de gestation pour l'enregistrement à l'état civil des enfants mort-nés prévu dans l'instruction générale relative à l'état civil ». Cette substitution a pour conséquence d'augmenter le nombre d'enfants mort-nés enregistrés depuis cette date (0,5 % en 2001 contre 0,8 % en 2002).

tats de l'enquête nationale périnatale », Synthèse effectuée à partir de l'analyse et du rapport réalisés par Blondel B., Supremant K., Mazabraun du C., Bréart G. (INSERM U 149), *Études et Résultats*, n° 383, février, DREES.

- **Taux de mortalité infantile** : décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 enfants nés vivants (hors mort-nés).
- **Taux de mortalité maternelle** : le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

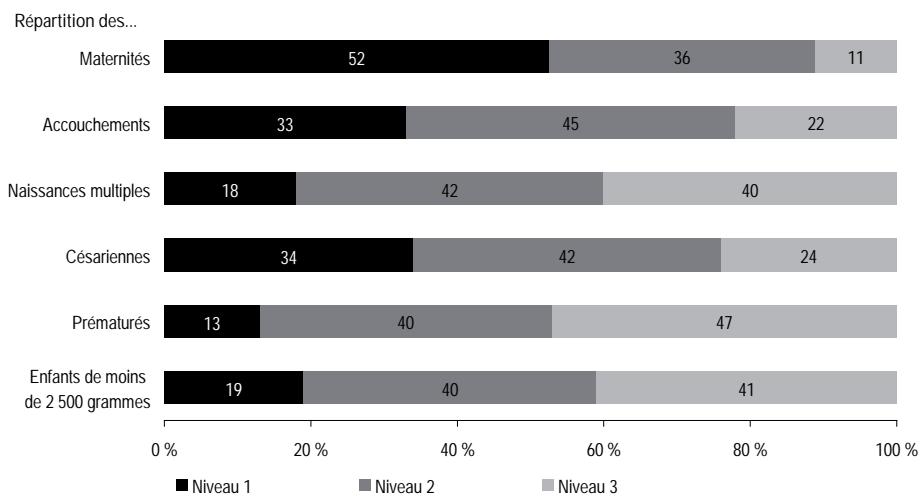
Pour en savoir plus

- Arnault S., Exertier A., Dossier « Les maternités : plus de trente ans d'évolution », voir p. 49.
- Baubeau D., Buisson G., 2003, « La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001 », *Études et Résultats*, n° 275, décembre, DREES.
- Bouvier-Colle M.-H., Haus-Cheymol R., 2010, « La mortalité maternelle en France : bilan 2001-2006 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 2-3.
- Vilain A., Peretti de C., Herbet J.-B., Blondel B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003 - Premiers résul-

Sources

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

Graphique • caractéristiques de l'activité par niveau de maternité en 2007 (en %)



Champ • Ensemble des naissances en France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2007 et DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007, données statistiques.

Tableau • évolution des taux de césariennes et de péridurales ou rachianesthésies par niveau de maternité (en %)

		Niveau de maternité	2001	2004	2007
Ensemble des accouchements					
Taux de césariennes	Niveau 1		18,0	19,2	20,7
	Niveau 2		17,6	18,5	19,2
	Niveau 3		19,9	21,0	22,0
	Ensemble		18,2	19,2	20,3
Accouchements sans césarienne					
Taux de péridurales	Niveau 1		67,6	68,6	70,5
	Niveau 2		66,4	70,1	73,0
	Niveau 3		72,5	74,4	75,4
	Ensemble		67,9	70,3	72,7
Accouchements avec césarienne					
Taux de rachianesthésies	Niveau 1		77,3	86,7	91,9
	Niveau 2		83,7	83,1	90,1
	Niveau 3		89,6	84,4	85,9
	Ensemble		82,1	84,7	89,7

Note de lecture • 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.

Sources • DREES, SAE 2001, 2004 et 2007, données statistiques.

La satisfaction des usagères de maternités

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

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

Dans un contexte de concentration et de redéploiement spatial des maternités, le ministère de la Santé a édicté le plan Périnatalité 2005-2007 autour de quatre grands principes : humanité, proximité, sécurité et qualité. Dans ce cadre, 2 656 femmes ont été interrogées à la fin de l'année 2006 lors d'une enquête menée par la DREES auprès des usagères des maternités. Cette enquête proposait aux jeunes mères de revenir en détail sur le déroulement de leur grossesse et d'exprimer leur opinion sur les différentes composantes de leur prise en charge. Parmi les femmes interrogées, seule une sur cinquante se déclare plutôt pas ou pas du tout satisfaite de son suivi de grossesse (voir graphique 1), toutes les autres se déclarant plutôt ou tout à fait satisfaites. Ce haut niveau de satisfaction se retrouve sur chacune des dimensions de l'accueil et de l'organisation des consultations de suivi : la fréquence et, avec des jugements légèrement plus nuancés, les informations délivrées et la durée de ces séances. Les femmes ont en premier lieu mis en avant les qualités humaines des professionnels de santé plutôt que leurs qualités techniques. En effet, interrogées sur l'aspect du suivi de grossesse qu'elles avaient trouvé le plus satisfaisant, 30 % ont salué l'écoute et l'accompagnement des professionnels, 22 % le dialogue et les explications reçues, contre 19 % la sécurité de la prise en charge et 13 % la qualité des prestations techniques.

Les femmes sont très satisfaites du déroulement de l'accouchement

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

Champ

Usagères des maternités de France métropolitaine.

Pour en savoir plus

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

Sources

L'enquête auprès des usagères des maternités, menée à la fin de l'année

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

Le protocole de l'enquête repose sur un double questionnaire des personnels médicaux et des usagères. Sur les 608 maternités recensées par

médicale et les implications potentielles sur leur santé. Ces informations sont jugées insuffisantes dans 15 % des césariennes et 50 % des épisiotomies.

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

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

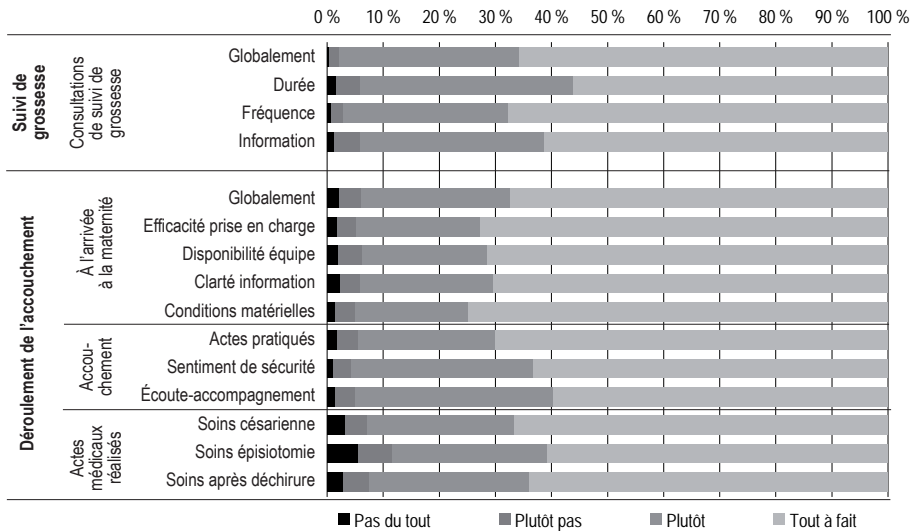
Des niveaux de satisfaction qui varient selon les marges de choix et les actes pratiqués

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

la Statistique annuelle des établissements (SAE 2004), 169 ont été tirées au sort, de manière à être représentatives en termes de niveau d'autorisation, de taille (en nombre d'accouchements par an), de statut juridique et de mode de financement. Les équipes soignantes de ces maternités ont recueilli des renseignements médicaux pour l'ensemble des parturientes ayant quitté la maternité avec leur bébé au cours de la période de référence de l'enquête (d'une durée de deux semaines entre septembre et fin octobre 2006). Sur cette base, des entretiens téléphoniques ont ensuite été menés auprès de 2 656

patientes. Si l'échantillon a été dressé de manière à être représentatif de la répartition des accouchements dans les strates enquêtées, il ne garantit en revanche pas une parfaite représentativité de l'ensemble des usagères des maternités, les femmes restant hospitalisées longtemps dans l'établissement ou sortant sans leur enfant n'entrant, de fait, que très rarement dans le champ d'enquête.

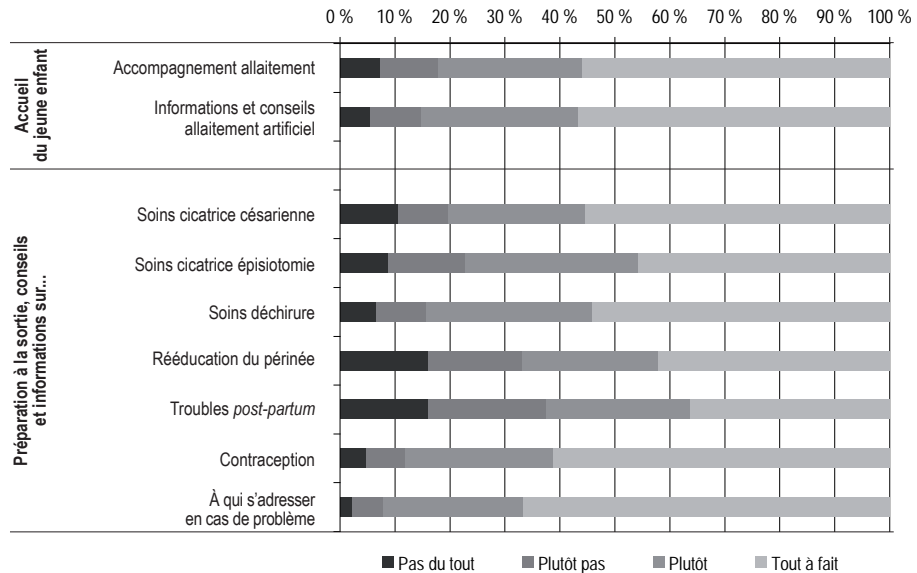
Graphique 1 • satisfaction à l'égard des consultations de suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement



Champ • France métropolitaine.

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

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



Champ • France métropolitaine.

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

La médecine d'urgence

Les décrets du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence et aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures des urgences ont fortement modifié l'organisation de la prise en charge de cette activité, soumise à autorisation depuis 1997.

Les décrets en vigueur jusqu'en 2006 prévoyaient des structures différentes en fonction des plateaux techniques disponibles et des types de malades pris en charge. Les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) étaient potentiellement capables de traiter tous types d'urgences. Les pôles spécialisés d'urgences (POSU) étaient soit capables de prendre en charge des urgences lourdes, mais seulement pour des spécialités spécifiques, soit étaient installés dans les établissements prenant en charge de façon prépondérante des enfants. Enfin, les unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) devaient traiter les cas les plus simples, et orienter vers d'autres structures les patients dont l'état nécessitait des soins qu'elles ne pouvaient assurer.

Suite aux décrets de mai 2006, la nouvelle pratique de la médecine d'urgence est autorisée selon trois modalités. La régulation des appels est réalisée par les services d'aide médicale urgente (SAMU). Les patients sont ensuite pris en charge par la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), qui peut être soit générale, soit spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire des enfants (SMUR pédiatrique). Le SMUR peut être saisonnier ou être une antenne permanente. Enfin, les patients pris en charge sont transportés vers la structure des urgences la plus proche et disposant du plateau technique le plus adapté à l'état du malade. Cette structure peut être générale ou pédiatrique.

Les trois anciens types de structures UPATOU, SAU et POSU ont donc disparu au profit d'un ensemble de structures des urgences, qui se distinguent néanmoins par des tailles très différentes.

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 2007, en France métropolitaine, 646 structures sont autorisées pour l'accueil des urgences ; on comptabilise également 397 SMUR et 111 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 20 % d'entre elles relèvent du secteur privé à but lucratif et seulement 5 % du secteur privé à but non lucratif. La quasi-totalité des SMUR (98 %) sont implantés dans des établissements publics tandis que 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 18 % des structures des

urgences et 9 % 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, 9 % ont déclaré avoir mis en place ce type de filière.

Par ailleurs, si une structure des urgences sur quatre est privée, seules 5 % de celles autorisées en pédiatrie le sont.

Structure des urgences : le nombre annuel de passages toujours en augmentation

En 2007, les 646 structures des urgences ont pris en charge 16,4 millions de passages, après 15,4 millions en 2006, soit une augmentation d'un peu plus de 6 %. Cette hausse est constante depuis plusieurs années : elle est de 4,4 % en moyenne depuis 1996. Le nombre annuel de passages s'établissait à 10,1 millions en 1996 (voir tableau 2 et graphique).

Cette augmentation de l'activité des structures des urgences est portée par le secteur public comme par le secteur privé à but lucratif. Le volume de passages annuels est en revanche en baisse dans le secteur privé à but non lucratif, en lien avec la baisse du nombre de structures observées.

La part des passages aux urgences du secteur privé (pris dans sa globalité) diminue ainsi légèrement en 2007, atteignant 16,4 %.

Des structures majoritairement de petite taille

Les structures des urgences accueillent chacune en moyenne 25 400 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 : 15 000 passages annuels en moyenne, contre 28 400 dans le secteur public. Dans les services pédiatriques, le nombre moyen de passages par établissement est également plus faible : 16 000 passages en moyenne par an.

Tous secteurs confondus, les petites unités sont les plus nombreuses : 35 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an, et sept structures sur dix moins de 30 000. À l'autre extrémité, 17 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent près de 40 % de l'ensemble des passages.

L'activité des SMUR et des SAMU

Les unités mobiles hospitalières (UMH) des SMUR ont réalisé environ 700 000 sorties en 2007. L'essentiel de ces sorties sont terrestres (95 %), les sorties aériennes et maritimes étant marginales.

Les SAMU ont quant à eux enregistré près de 23 millions d'appels dont 10 millions ont donné lieu à l'ouverture d'un dossier médical.

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.

Champ

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

semble des arrivées quels que soient les modes d'arrivée et les modes de sortie.

Pour en savoir plus

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

Définition

Le nombre de passages aux urgences pour l'année inclut l'en-

Tableau 1 • nombre de services d'urgences en 2007 selon le statut et l'autorisation

Établissements	Publics	Privés à but non lucratif	Privés à but lucratif	Ensemble
Structure des urgences				
structure générale	370	27	131	528
structure générale et pédiatrique	93	4	1	98
structure pédiatrique	19	1	0	20
Ensemble	482	32	132	646
SMUR				
SMUR général	355	1	5	361
SMUR général et pédiatrique	27	0	0	27
SMUR pédiatrique	9	0	0	9
Ensemble	391	1	5	397
SAMU	111	0	0	111

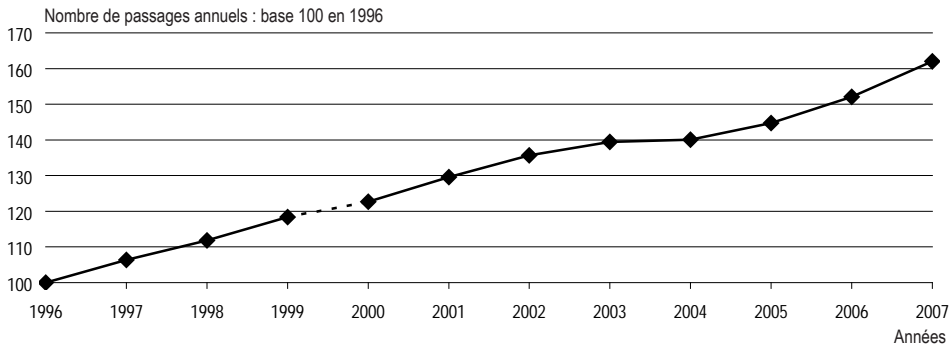
Champ • France métropolitaine.
Sources • DREES, SAE 2007, données administratives.

Tableau 2 • nombre de passages aux urgences en 2007 selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007	2007	Évolution 2006-2007
structure générale	8 342 992	-	482 425	-	1 956 547	-	10 781 964	-
structure générale et pédiatrique	4 835 284	-	211 817	-	13 615	-	5 060 716	-
structure pédiatrique	511 691	-	34 588	-	0	-	546 279	-
Ensemble	13 689 967	7,0 %	728 830	-6,7 %	1 970 162	6,9 %	16 388 959	6,3 %

Champ • France métropolitaine.
Sources • DREES, SAE 2006, données statistiques et SAE 2007, données administratives.

Graphique • évolution du nombre de passages annuels aux urgences



Note de lecture • Ces évolutions sont à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.
Champ • France métropolitaine.
Sources • DREES, SAE 1996-2006, données statistiques et SAE 2007, données administratives.

L'offre hospitalière en psychiatrie

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

Depuis 2001, le nombre de lits en hospitalisation complète a diminué de 8 % alors que le nombre de places en hospitalisation partielle de jour et de nuit n'a que peu augmenté. Ces tendances sont à mettre en relation avec le développement des autres types de prises en charge existant en psychiatrie générale et infanto-juvénile, et notamment celui des prises en charge ambulatoires (voir définitions).

Une offre majoritairement publique

En 2007, sur 601 établissements assurant une prise en charge hospitalière en psychiatrie, près de la moitié sont des établissements publics (voir tableau 1). Ils représentent plus des deux tiers de l'ensemble des lits d'hospitalisation complète et les quatre cinquièmes des places d'hospitalisation partielle. L'autre moitié se répartit quasiment à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées, ces dernières ayant essentiellement une activité d'hospitalisation complète. D'une façon générale, l'offre psychiatrique concernant les enfants est presque exclusivement le fait des établissements publics et privés à but non lucratif.

Parmi les établissements qui accueillent des adultes, 60 % sont exclusivement dédiés à la santé mentale. Pour la prise en charge des enfants, là aussi, plus de la moitié des établissements sont exclusivement spécialisés en psychiatrie.

En 2007, diminution de l'hospitalisation complète et hausse de l'hospitalisation partielle

La baisse observée depuis 2001 des capacités d'accueil et de l'activité en psychiatrie en hospitalisation complète se confirme entre 2006 et 2007 (voir tableau 2). La diminution du nombre de journées depuis 2001 (-3 %) reste inférieure à la diminution observée du nombre de lits sur la même période (-8 %). La psy-

chiatric infanto-juvénile accordant une place peu importante à l'hospitalisation complète, l'évolution de cette forme d'activité repose surtout sur celle des prises en charge des adultes.

Les nombres de venues comme de places en hospitalisation partielle, qui ont peu évolué entre 2001 et 2006, enregistrent une hausse plus marquée en 2007, de respectivement 3 % et 2 %. L'augmentation du nombre de venues est particulièrement sensible en psychiatrie générale (+5 %).

Après avoir diminué, la durée moyenne de séjour reste stable depuis quelques années ; elle est de 30 jours en 2007. Elle est très supérieure dans les établissements privés : elle s'élève en effet à 35 jours dans les établissements privés à but lucratif et non lucratif, contre 27 jours dans les établissements publics.

Disparités départementales

La densité nationale d'équipement en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle est passée de 164 à 133 pour 100 000 habitants entre 1997 et 2007. Elle varie dans un rapport de 1 à 7 selon les départements.

L'offre hospitalière en psychiatrie est exclusivement publique dans 25 départements (voir carte). À l'inverse, l'offre publique est inexistante dans 7 départements et représente moins de la moitié des capacités dans 20 départements, où le secteur privé à but non lucratif est le plus souvent bien implanté.

Champ

Établissements de santé publics et privés ayant une activité de psychiatrie au 31 décembre 2007 en France métropolitaine et dans les DOM.

Définitions

- **Psychiatrie générale** : prise en charge des adultes de 16 ans ou plus présentant des troubles psychiques.
- **Psychiatrie infanto-juvénile** : prise en charge des enfants et adolescents.
- **Nombre d'entités** : l'entité comptabilisée correspond 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 l'entité géographique pour les établissements privés ayant une activité de psychiatrie sur un seul site ; à une entité géographique par département d'implantation si l'entité juridique regroupe des établisse-

ments privés sur plusieurs départements. Un même établissement peut proposer une activité de psychiatrie à la fois générale et infanto-juvénile.

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

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

- **Nombre de lits installés – Entrées en hospitalisation complète** –

Journées réalisées en hospitalisation complète – Nombre de places installées – Venues en hospitalisation partielle : voir notamment la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital » p. 84.

Pour en savoir plus

- Amault S., Evain F., Fizzala A., Leroux I., 2009, « L'activité des établissements de santé en 2007 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 691, mai, DREES.
- Coldefy M. (coord.), 2007, *La prise en charge de la santé mentale – Recueil d'études statistiques*, Collection Études et Statistiques, Paris, la Documentation française.
- Coldefy M., 2005, « Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France », *Études et Résultats*, n° 443, novembre, DREES.

- Coldefy M., Alluard O., 2005, « Atlas régional de psychiatrie générale - disparités de l'offre et des territoires d'intervention », *Document de travail, Série Statistiques*, n° 75, février, DREES.

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

Sources

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

Tableau 1 • nombre d'établissements, activité et capacités au 31 décembre 2007

	Nombre d'établissements		Hospitalisation complète			Hospitalisation partielle	
	Exclusif	Non exclusif	Nombre de lits	Nombre de séjours	Nombre de journées	Nombre de places	Nombre de venues
Établissements publics (1)	90	198	38 528	452 462	12 362 111	21 924	4 124 150
Psychiatrie générale	87	188	36 904	432 616	12 035 691	14 528	2 957 875
Psychiatrie infanto-juvénile	86	124	1 624	19 846	326 420	7 396	1 166 275
Établissements privés à but non lucratif (2)	138	24	7 574	65 822	2 339 317	4 764	1 005 265
Psychiatrie générale	85	18	7 205	62 652	2 261 151	3 115	657 567
Psychiatrie infanto-juvénile	74	9	369	3 170	78 166	1 649	347 698
Établissements privés à but lucratif (2)	145	6	11 024	111 586	3 918 373	468	117 729
Psychiatrie générale	145	5	10 943	110 772	3 893 789	420	112 856
Psychiatrie infanto-juvénile	10	1	81	814	24 584	48	4 873
Total	373	228	57 126	629 870	18 619 801	27 156	5 247 144
Psychiatrie générale	317	211	55 052	606 040	18 190 631	18 063	3 728 298
Psychiatrie infanto-juvénile	170	134	2 074	23 830	429 170	9 093	1 518 846

(1) Nombre d'entités juridiques.

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

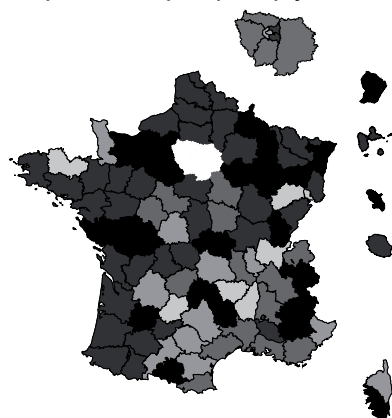
Champ • France métropolitaine et DOM.**Sources** • DREES, SAE 2007, données statistiques.

Tableau 2 • évolution des capacités et de l'activité en psychiatrie entre 2001 et 2007

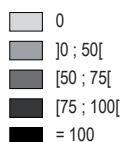
	2001	2003	2005	2006	2007
Nombre de lits	61 927	59 590	58 585	58 004	57 126
Psychiatrie générale	59 841	57 450	56 500	55 921	55 052
Psychiatrie infanto-juvénile	2 086	2 140	2 085	2 083	2 074
Nombre de journées	19 282 742	18 954 612	18 823 982	18 691 391	18 619 801
Psychiatrie générale	18 852 113	18 533 409	18 398 053	18 266 613	18 190 631
Psychiatrie infanto-juvénile	430 629	421 203	425 929	424 778	429 170
Nombre d'entrées	628 044	631 913	638 768	633 101	629 870
Psychiatrie générale	610 156	615 244	618 288	611 363	606 040
Psychiatrie infanto-juvénile	17 888	16 669	20 480	21 738	23 830
Nombre de places	26 396	26 382	26 552	26 741	27 156
Psychiatrie générale	17 680	17 644	17 666	17 811	18 063
Psychiatrie infanto-juvénile	8 716	8 738	8 886	8 930	9 093
Nombre de venues	5 020 071	4 864 228	5 021 078	5 087 951	5 247 144
Psychiatrie générale	3 517 112	3 421 455	3 505 168	3 550 013	3 728 298
Psychiatrie infanto-juvénile	1 502 959	1 442 773	1 515 910	1 537 938	1 518 846

Champ • France métropolitaine et DOM.**Sources** • DREES, SAE 2001 à 2007, données statistiques.

Carte • part de l'offre publique en psychiatrie dans les capacités d'hospitalisation complète et partielle en 2007



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

**Champ** • France métropolitaine et DOM.**Sources** • DREES, SAE 2007, données statistiques.

Les mesures d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie

Les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) établissent chaque année un rapport de leur activité. En prenant des précautions méthodologiques, l'exploitation de ces rapports permet d'étudier les mesures d'hospitalisations sans consentement de 1998 à 2007 (voir sources et définitions). En 2007, 73 000 hospitalisations sans consentement ont été décidées dans les cent départements français, contre 75 000 en 2005. Alors qu'il avait longtemps été croissant, le nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement semble diminuer depuis 2003.

Nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement : une décroissance relativement récente

En 2007, tout comme en 2005, les hospitalisations sans consentement ont été faites à la demande d'un tiers dans 84 % des cas. Les 16 % restants correspondent à des hospitalisations d'office (voir tableau). La part de ces dernières parmi les hospitalisations sans consentement a tendance à augmenter depuis 2000. Elle est très variable d'un département à l'autre, allant de moins de 10 % à plus de 30 %.

Entre 1998 et 2007, le nombre total de mesures d'hospitalisation sans consentement a connu une hausse de 14 % ; cette évolution résulte de deux mouvements de sens opposés : très forte croissance de 1998 à 2003 (+22 %) et baisse depuis 2003 (-7 % entre 2003 et 2007).

En 2007, 61 000 mesures d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) ont été décidées dans les cent départements français, contre 63 000 en 2005, soit une diminution de 3 %. Cette réduction confirme la forte baisse (-6 %) observée entre 2003 et 2005, alors que le nombre de HDT a toujours été à la hausse entre 1998 et 2003.

En 2007, 12 000 mesures d'hospitalisation d'office (HO) ont été arrêtées par les préfets et à Paris, par le préfet de police. Les HO prononcées pour les personnes bénéficiaires d'un non-lieu, d'une relaxe ou d'un acquittement pour irresponsabilité pénale et celles prononcées pour les personnes détenues sont exclues de ce décompte. Sur la période 1998-2007, le nombre d'HO enregistre une hausse de plus de 30 %, malgré une légère baisse (-3 %) entre 1999 et 2000 et entre 2005 et 2007.

Disparités départementales

En 2007, le nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement prononcées représente 12 % des 610 000 entrées en

hospitalisation complète de psychiatrie générale recensées dans les établissements de santé. Cette proportion est relativement stable dans le temps mais elle varie d'un département à l'autre (voir carte 1). En effet, dans quinze d'entre eux, les hospitalisations sans consentement représentent plus de 20 % des hospitalisations complètes en psychiatrie générale alors que cette proportion est inférieure à 10 % dans 28 départements. Ces variations géographiques sont à rapprocher des disparités départementales du nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement rapporté au nombre d'habitants de plus de 20 ans ainsi qu'à celles relatives aux taux d'hospitalisation complète de la population en psychiatrie générale.

Au niveau national, 159 mesures d'hospitalisation sans consentement pour 100 000 habitants de plus de 20 ans sont dénombrées en 2007. Cette proportion varie dans un rapport de 1 à 5 au niveau départemental (voir carte 2).

Ainsi, le nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement rapporté au nombre d'entrées en hospitalisation complète atteint son maximum dans le Finistère (56 %) et la Côte-d'Or (44 %). Ces deux départements se caractérisent par un nombre particulièrement peu élevé d'hospitalisations complètes en psychiatrie générale rapporté au nombre d'habitants de plus de 20 ans du département, et un nombre de mesures d'hospitalisations sans consentement rapporté à la population légèrement supérieur à la moyenne. Au contraire, peu de mesures sans consentement et un nombre élevé d'entrées en hospitalisation complète, relativement aux populations départementales, sont comptabilisées dans les deux départements corses. La Haute-Corse et la Corse-du-Sud ont le taux le plus faible (2 %) de mesures d'hospitalisation sans consentement rapportées aux entrées en hospitalisation complète en psychiatrie générale.

Champ

Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) en 2007 en France métropolitaine et dans les DOM.

Définitions

• **Hospitalisation sans consentement** : hospitalisations à la demande d'un tiers (articles L. 3213-1 et L. 3212-3 du code de la santé publique - CSP) et hospitalisations d'office. Dans les rapports d'activité des CDHP sont distinguées parmi les hospitalisations d'office : les hospitalisations préfectorales directes (art. L. 3213-1 du CSP), les hospitalisations d'office préfectorales prises après une mesure provisoire du

maire ou du commissaire de police à Paris (art. L. 3213-2 du CSP), les hospitalisations d'office prononcées pour les personnes bénéficiaires d'un non-lieu, d'une relaxe ou d'un acquittement pour irresponsabilité pénale (art. L. 3213-7 du CSP) et les hospitalisations d'office prononcées pour les personnes détenues (art. D. 398 du code de procédure pénale).

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

Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) couvre la totalité des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie. Elle

permet notamment de décrire l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle) et les capacités associées (lits et places).

Les estimations de population de l'INSEE au 1^{er} janvier 2007 sont utilisées pour obtenir le nombre d'habitants de 20 ans et plus dans chaque département.

Jusqu'en 2007, dans tous les départements, les CDHP ont dû établir des rapports d'activité. Ils fournissent notamment le nombre de mesures d'HDT et d'HO prises par département. Une attention particulière doit être apportée au fait que les données commentées ici sont des nombres de mesures prises dans l'année et non pas des nombres de patients hospitalisés sans consentement et présents dans l'année. Afin de pouvoir commenter les évolutions entre les rapports d'activité de 1998 à 2007, les nombres manquants de mesures d'HDT et d'HO ont été reconstitués comme la moyenne des données de l'année N-1 et de l'année N+1. Les mesures prononcées en cas de non-lieu, relaxe ou acquittement pour irresponsabilité pénale ne sont pas comptabilisées ici car leurs nombres n'ont pas pu être corrigés. Pour l'année 2007, les données du Tarn-et-Garonne et du Jura ont été complétées par la moyenne des deux précédentes observations afin d'établir des résultats nationaux, mais ne figurent pas sur les cartes.

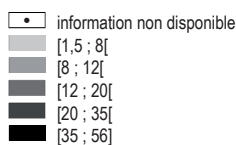
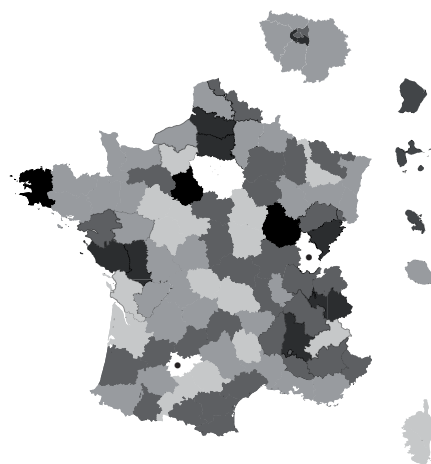
Tableau • évolution des mesures d'hospitalisation sans consentement de 1998 à 2007

	1998	1999	2000	2003	2005	2007
Hospitalisation d'office (HO)	8 817	9 487	9 208	11 211	11 939	11 579
Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)	55 097	58 986	62 708	66 915	62 880	61 019
Hospitalisation sans consentement (HSC)	63 914	68 473	71 916	78 126	74 819	72 598
Nombre d'entrées en hospitalisation complète en psychiatrie générale (H)	580 543	610 381	610 815	615 244	618 288	606 040
HO/HSC	14 %	14 %	13 %	14 %	16 %	16 %
HSC/H	11 %	11 %	12 %	13 %	12 %	12 %

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGS, Rapports d'activité des CDHP 1998, 1999, 2000, 2003, 2005, 2007, données statistiques ; DREES, SAE 1998, 1999, 2000, 2003, 2005, 2007, données statistiques.

Carte 1 • nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement pour 100 hospitalisations complètes en psychiatrie générale en 2007

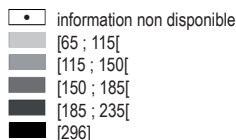
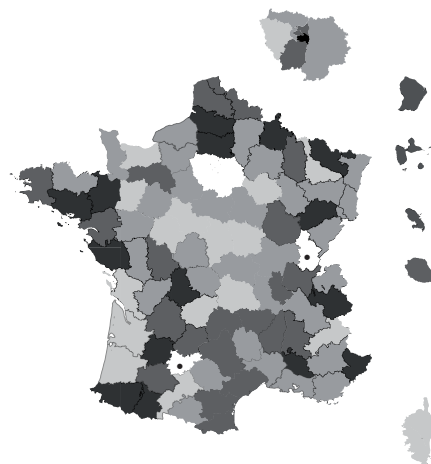


Note de lecture : Les données observées dans certains départements sont très proches des seuils utilisés pour la représentation cartographique. Pour plus de précision, il est possible de consulter les données en lien avec les cartes, disponibles sur le site du ministère.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGS, Rapports d'activité des CDHP 2007, données administratives ; DREES, SAE 2007, données statistiques.

Carte 2 • nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus en 2007



Note de lecture : Les données observées dans certains départements sont très proches des seuils utilisés pour la représentation cartographique. Pour plus de précision, il est possible de consulter les données en lien avec les cartes, disponibles sur le site du ministère.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGS, Rapports d'activité des CDHP 2007, données administratives ; INSEE, Estimations de population au 1^{er} janvier 2007.

Les établissements ayant une activité de psychiatrie et leurs structures

En psychiatrie, de nombreuses alternatives à l'hospitalisation se sont développées, en particulier dans des structures extra-hospitalières. Cette diversité des prises en charge implique une organisation particulière des établissements de santé. Pour appréhender cette spécificité, la collecte des rapports d'activité de psychiatrie (Rapsy), portant sur l'activité de l'année 2008, a comporté une phase préalable dite de « pré-enquête ». Celle-ci a permis d'identifier les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, quel que soit leur statut juridique, et surtout de fournir une première description des structures sanitaires et médico-sociales qui les composent.

Les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie

En 2008, 599 établissements de santé ont été identifiés comme ayant une activité de psychiatrie (voir tableau 1). La moitié d'entre eux sont publics. L'autre moitié est composée d'établissements privés tant à but lucratif que non lucratif. Parmi les établissements privés à but non lucratif, 60 % participent au service public hospitalier.

Près des deux tiers des établissements ayant une activité de psychiatrie sont monodisciplinaires, c'est-à-dire autorisés uniquement dans cette discipline. Les établissements privés à but lucratif sont presque exclusivement spécialisés en psychiatrie. Les établissements pluridisciplinaires sont, en revanche, en grande majorité des établissements publics.

Un nombre très variable de structures sanitaires par établissement

Lors de la pré-enquête, sur les 599 établissements identifiés, 508 ont décrit leurs structures sanitaires (voir tableau 2). Le nombre de structures déclarées au sein du même établissement peut être très élevé, le maximum étant de 167. Toutefois, plus d'un tiers des établissements n'est constitué que d'une seule structure et plus de la moitié d'entre eux est composée de 3 structures au plus. À l'inverse, 48 établissements en ont dénombrées plus de 60.

L'organisation en de multiples structures semble être le propre des établissements publics (voir tableau 3). En effet, la moitié d'entre eux déclarent plus de 20 structures et, parmi les 9 150 structures décrites, 85 % sont rattachées à un établissement public. Ceci est à mettre en lien avec la sectorisation psychiatrique (voir *infra*).

Les structures décrites peuvent être de natures et de tailles différentes. Les informations collectées sur celles-ci lors de l'enquête sont donc indispensables pour pouvoir les étudier plus finement.

Des structures de prise en charge à temps partiel ou en ambulatoire plus nombreuses

Sur les 9 150 structures décrites, 2 200 sont identifiées comme des structures de prise en charge à temps complet, 3 400 à temps partiel et 3 550

en ambulatoire (voir tableau 4). L'activité des établissements privés à but lucratif ne relève très majoritairement que du temps complet. Par conséquent, la proportion de structures rattachées à des établissements publics est encore plus élevée parmi celles assurant des prises en charge à temps partiel ou en ambulatoire. Ce premier constat est bien sûr à mettre en relation avec les différences d'organisation existant entre les secteurs public et privé : héritage de la mise en place de la sectorisation en psychiatrie, autorisation d'activités différentes pour le secteur privé, etc. La grande majorité des structures, en particulier celles ayant une prise en charge à temps complet, ont une activité de psychiatrie générale.

Participation à la psychiatrie sectorisée

Selon les établissements répondants, 86 % des structures sont rattachées à au moins un secteur ou un dispositif intersectoriel formalisé. Parmi ces structures, la plus grande part n'est rattachée qu'à un seul secteur de psychiatrie, mais 14 % d'entre elles sont rattachées à plusieurs secteurs (jusqu'à 12) ou au moins un dispositif intersectoriel formalisé. La moitié des établissements qui se sont décrits lors de la pré-enquête déclarent avoir au moins une structure participant à la psychiatrie sectorisée. Cette proportion est de 85 % pour les établissements publics.

Des structures médico-sociales

Certains établissements, majoritairement publics et spécialisés en psychiatrie, ont également décrit des structures médico-sociales : maison d'accueil spécialisée (MAS), centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST), centre de ressources autisme (CRA), centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), foyer d'accueil médicalisé (FAM), etc.

Champ

Établissements de santé publics et privés ayant une activité de psychiatrie en 2008 en France métropolitaine et dans les DOM.

Définitions

- Pour les définitions concernant la **psychiatrie générale**, la **psychiatrie infanto-juvénile** et le **nombre d'entités**, voir fiche, p. 132.

- **Psychiatrie sectorisée** : la psychiatrie de service public présente une organisation distincte des autres disciplines, fondée sur la sectorisation. Mise en place par une circulaire de 1960, celle-ci divise chaque département en aires géo-démographiques pour offrir à la population de cette aire une gamme de modalités

de soins adaptés aux différentes phases de la pathologie dans les structures proches du milieu de vie, tout en limitant l'hospitalisation.

- **Dispositif intersectoriel formalisé** : il assure des missions sectorielles, souvent complémentaires aux activités de secteur, pour le compte de plusieurs secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile. Il correspond ou est rattaché à une fédération, à un département ou à un service et comporte une ou plusieurs activités, un ou plusieurs types d'équipement, une ou plusieurs unités fonctionnelles. Il est créé par délibération des instances de l'établissement (conseil d'administration, commission médicale d'établissement).

- **Prise en charge psychiatrique** : trois grands types de prise en charge,

se déclinant chacun en plusieurs modalités. Sont distinguées : l'ambulatoire (centre médico-psychologique, centre de consultations divers, équipe de liaison, etc.), le temps partiel (hôpital de jour, de nuit, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) et le temps complet (hospitalisation à temps plein, centre de post-cure, accueil familial thérapeutique).

- **Structure de prise en charge** : pour l'enquête préalable aux rapports d'activité de psychiatrie, une structure de prise en charge est définie par une adresse, un type de prise en charge (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire), et un mode de prise en charge (psychiatrie générale ou psychiatrie infanto-juvénile). Dans ce cadre, les établissements avaient 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.

Sources

Les rapports d'activité de psychiatrie (Rapsy) collectés par la DREES sur l'activité de l'année 2008 portent sur l'activité, l'organisation des prises en charge et les pratiques professionnelles de l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie. L'enquête comporte deux niveaux d'interrogation : l'établissement et la structure. Une pré-enquête a permis d'identifier au préalable les structures des établissements.

Tableau 1 ● nombre d'établissements ayant une activité de psychiatrie en 2008

Nombre d'établissements (1)			
Par statut juridique		Par participation au service public hospitalier (PSPH)	
Établissements publics	273	Établissements publics	273
Établissements privés à but non lucratif	169	Établissements PSPH	100
Établissements privés à but lucratif	157	Établissements non PSPH	218
Indéterminé	0	Indéterminé	8
Total	599	Total	599

(1) Nombre d'entités juridiques ou de départements d'implantation pour les entités multi-établissements.

Champ • France métropolitaine et DOM.**Sources** • Rapsy 2008, pré-enquête.

Tableau 2 ● répartition du nombre de structures par établissement ayant une activité de psychiatrie en 2008

Nombre de structures	Nombre d'établissements (1)	
	En effectif	En pourcentage
1 seule structure	187	37 %
De 2 à 5 structures	111	22 %
De 6 à 10 structures	34	7 %
De 11 à 30 structures	64	13 %
De 31 à 60 structures	64	13 %
De 61 à 100 structures	37	7 %
Supérieur à 100 structures	11	2 %
Total	508	100 %

(1) Parmi les 508 établissements ayant répondu à la pré-enquête.

Champ • France métropolitaine et DOM.**Sources** • Rapsy 2008, pré-enquête.

Tableau 3 ● nombre d'établissements et de structures par statut juridique (1)

	Nombre d'établissements	Nombre de structures
Établissements publics	225	7 741
Établissements privés à but non lucratif	136	1 210
Établissements privés à but lucratif	147	199
Total	508	9 150

(1) Parmi les 508 établissements ayant répondu à la pré-enquête.

Champ • France métropolitaine et DOM.**Sources** • Rapsy 2008, pré-enquête.

Tableau 4 ● nombre de structures de psychiatrie par mode et type de prise en charge (1)

Mode de prise en charge	Type de prise en charge				
	Temps complet	Temps partiel	Ambulatoire	Non réponse	Total
Psychiatrie générale	1 875	2 334	2 220	1	6 430
Psychiatrie infanto-juvénile	296	1 058	1 309	-	2 663
Non réponse	10	24	21	2	57
Total	2 181	3 416	3 550	3	9 150

(1) Pour les 508 établissements ayant répondu à la pré-enquête.

Champ • France métropolitaine et DOM.**Sources** • Rapsy 2008, pré-enquête.

Les structures d'hospitalisation à domicile

En 2007, 196 structures d'hospitalisation à domicile (HAD) ont offert plus de 7 500 places et réalisé 100 000 séjours en France métropolitaine. 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 plus d'un tiers des places, et près de quatre séjours d'HAD sur dix 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 » p. 90). 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 2007, 196 structures offrent plus de 7 500 places (voir tableau 1). Avec 17 structures, le secteur privé à but lucratif est le secteur où l'HAD est la moins répandue. Les structures d'HAD se répartissent en revanche à part quasi égales entre les secteurs public et privé à but non lucratif, avec respectivement 92 et 87 structures d'accueil. Dans le secteur public, 81 structures appartiennent à des centres hospitaliers (CH) et 11 à des centres hospitaliers régionaux (CHR). Quatre structures sur cinq du secteur privé à but non lucratif sont des structures spécialisées sur cette forme d'hospitalisation et relèvent du domaine associatif : elles offrent les deux tiers des places d'HAD en 2007.

Une offre de soins inégalement répartie sur le territoire

En 2007, sur les 7 500 places d'HAD installées en France métropolitaine, 2 300 sont concentrées en Île-de-France (voir carte), ce qui représente un peu moins d'un tiers de l'offre totale. Concernant l'activité, 38 % des séjours et 42 % des séquences de soins (voir définitions) y sont réalisés. Ceci s'explique par l'implantation en région parisienne des premières structures d'HAD créées en France à la fin des années 1950 : à l'Assistance Publique-Hôpital

taux 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 2007 ; elles réalisent ainsi les quatre cinquièmes des séjours de la région Île-de-France.

L'activité des structures d'HAD

Le secteur public réalise 39 % des 100 000 séjours en HAD et le secteur privé à but non lucratif 58 %. Un séjour en HAD se décompose en une seule ou plusieurs séquences de soins de durée variable. Les séjours mono-séquences sont les plus fréquents (78 %), alors que 13 % des séjours sont constitués de deux séquences de soins et 5 % de trois. Au total, près de 96 % des séjours se composent de moins de trois séquences de soins et seuls 1 % des séjours en ont plus de cinq. Si les séjours multi-séquences sont relativement peu fréquents, ils représentent toutefois 43 % de l'ensemble des séquences de soins déclarées en HAD (voir tableau 2).

Le secteur privé à but non lucratif réalise 51 % de l'ensemble des séquences de soins, réparties de façon équivalente entre les séquences rattachées à des séjours mono-séquence ou multi-séquence. À l'inverse, dans le secteur public, qui réalise 46 % des séquences de soins, plus de six séquences sur dix sont associées à des séjours multi-séquences.

Les modes de prise en charge de « périnatalité », de « soins techniques de cancérologie » et de « soins palliatifs » sont les plus répandus. Ils concentrent plus de 56 % des séjours. 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 techniques de cancérologie » et aux « soins palliatifs », qui, réunis, représentent plus de 41 % des séjours du secteur. Les prises en charge liées à la périnatalité sont les plus répandues dans le secteur public : elles représentent 37 % des séjours du secteur.

Champ

Établissements de santé publics et privés situés en France métropolitaine ayant déclaré une activité d'hospitalisation à domicile en 2007.

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 - comme Santé Service Île-de-France - ou bien constituer un service d'une entité juridique ou d'un établissement pluridisciplinaire.
- **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.

- **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.

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

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, juillet, DREES.
- 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, mars, IRDES.

Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DHOS fournit une description « médico-économique » de l'activité d'hospitalisation à domicile des établissements de santé depuis 2005. La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (journées) et les facteurs de production associés (lits/places) en hospitalisation à domicile.

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

Statut juridique des structures	Nombre de structures	Places installées	Séjours
Secteur public :	92	2 213	39 107
Centre hospitalier régional	11	1 078	18 296
Centre hospitalier (et autres)	81	1 135	20 811
Secteur privé à but non lucratif :	87	4 839	57 842
Centre de lutte contre le cancer	3	72	4 499
Structure associative d'HAD	72	4 161	46 037
Autres	12	606	7 306
Secteur privé à but lucratif	17	495	3 203
Ensemble	196	7 547	100 152

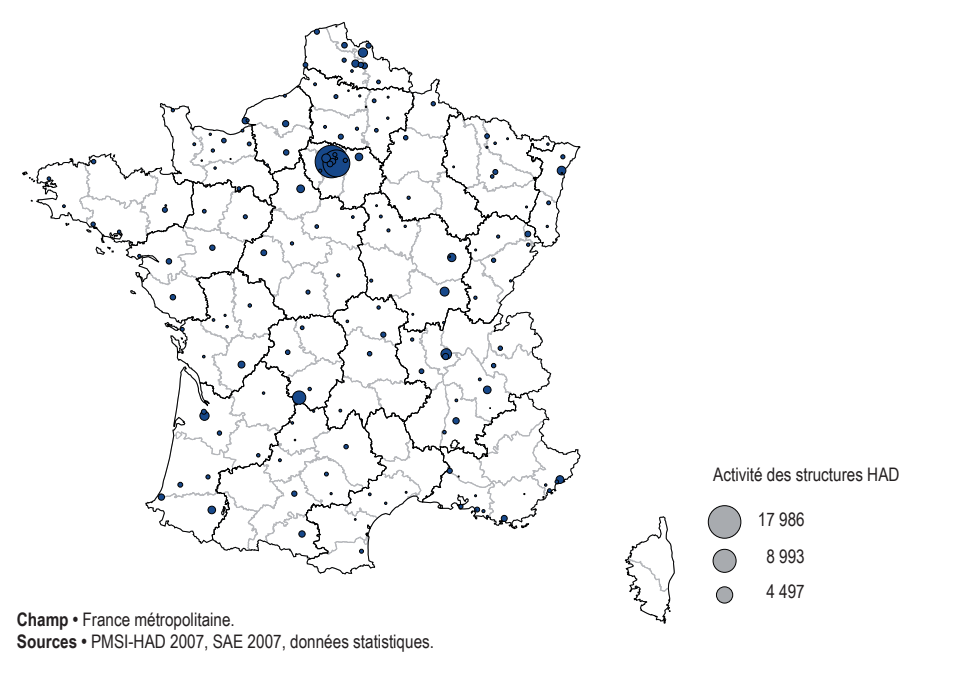
Note de lecture • Le total des places d'HAD installées issues des données de la SAE comprend les places d'HAD des disciplines médecine, obstétrique et soins de suite et de réadaptation. Le nombre de places en HAD est approximatif : en effet, une fois l'autorisation obtenue, les structures HAD ne sont pas contraintes sur le nombre de patients.
Champ • France métropolitaine.
Sources • PMSI-HAD 2007, SAE 2007, données statistiques.

Tableau 2 ● nombre de séquences de soins réalisées en 2007 par les structures d'HAD selon leur statut juridique

	Statut juridique des structures d'HAD			Total
	Public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif	
Séjours mono-séquence de soins	30 257	45 088	2 163	77 508
Séjours multi-séquences de soins	52 060	45 772	4 410	102 242
Total	82 317	90 860	6 573	179 750

Champ • France métropolitaine.
Sources • PMSI-HAD 2007, SAE 2007, données statistiques.

Carte ● structures HAD selon l'activité réalisée en 2007



Les patients hospitalisés à domicile

En 2007, plus de deux millions et demi de journées d'hospitalisation à domicile (HAD) ont été réalisées en France métropolitaine. Les soins palliatifs, de périnatalité et de cancérologie sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD. Les patients pris en charge sont de tous âges.

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 2007, les enfants de 15 ans et moins concentrent 9 % des séjours, dont 6 % 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 et plus totalisent ainsi près de quatre séjours sur dix et les seules personnes de 80 ans et plus, 14 %.

Les femmes prises en charge en HAD sont, en moyenne, plus jeunes que les hommes : 51 ans contre 63 ans. Trois femmes sur dix hospitalisées à domicile ont entre 25 et 39 ans. Dans cette tranche d'âge, les femmes effectuent 80 % des séjours d'HAD pour une prise en charge en soins de périnatalité (grossesses à risque et *post-partum*). Chez les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans (82 % des séjours) (voir graphique 1) ; pour cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent un séjour sur quatre.

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 « Les structures d'HAD », p. 138). 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 23 % des séjours effectués : 16 % concernent des *post-partum* et 7 % 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.

Près de 17 % des séjours concernent des soins de cancérologie, et majoritairement des soins de chimiothérapie anti-cancéreuse. Les soins palliatifs concentrent, quant à eux, 16 % des séjours (voir tableau).

Champ

Établissements de santé situés en France métropolitaine ayant déclaré une activité d'hospitalisation à domicile en 2007. Les caractéristiques individuelles et médicales des patients sont celles présentées lors de leur admission en HAD.

Définitions

• **Mode de prise en charge, structure d'HAD et périmètre de l'HAD** : voir la fiche « Les structures d'HAD », p. 138.

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

• **L'indice de Karnofsky** : il s'agit d'un indicateur synthétique d'état de santé global mesurant, sur une

échelle de 10 (patient moribond) à 100 % (patient autonome), la dépendance fonctionnelle du sujet envers l'aide dont il a besoin dans sa dimension « sociale » (gestes de la vie courante : travail, besoins personnels, vie à domicile, habillement, etc.) et la dépendance envers les soins médicaux qu'il requiert.

Les autres groupes de modes de prise en charge principaux sont plus minoritaires comme motifs d'entrée en HAD, voire rares. Ils concernent les soins de nursing lourds (4 % des séjours), les traitements de rééducation-réadaptation-éducation (4 %), l'assistance respiratoire ou nutritionnelle (9 %), les traitements intraveineux (8 %), les pansements complexes et les soins spécifiques (8 %) et l'ensemble des autres motifs de prise en charge principaux (12 %), en particulier les post-traitements chirurgicaux. Les prises en charge pour le traitement de la douleur ou pour l'éducation du patient et de son entourage apparaissent le plus souvent en tant que protocole de soins associé dans respectivement 13 % et 19 % des séjours. Les soins périnatals 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 pansements complexes et de l'assistance respiratoire ou nutritionnelle qui, réunis, rassemblent plus de la moitié des journées (56 %).

Plus de 60 % des patients hospitalisés à domicile ne sont pas autonomes

Outre les besoins en soins médicaux, les patients hospitalisés à domicile requièrent souvent des soins additionnels d'aide à la personne du fait de leur faible degré d'autonomie. Ce degré de dépendance, locomotrice et/ou relationnelle, est mesurable selon un score issu de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ). En 2007, si près de quatre admissions en HAD sur dix concernent des patients complètement autonomes, la majorité des patients sont dépendants à des degrés différents : près de la moitié le sont peu à moyennement et plus d'un sur dix est totalement. La dépendance relationnelle est globalement préservée alors que la dépendance locomotrice est en général plus lourde (voir graphique 2). Si l'on tient compte à la fois de la dépendance locomotrice ou relationnelle et de la dépendance envers les soins médicaux grâce à l'indice de Karnofsky, on obtient une image un peu différente de l'autonomie des personnes accueillies en HAD. Selon ce critère, en 2007, 28 % des admissions en HAD concernent des patients autonomes ou presque (IK = 90 - 100 %) du point de vue global des soins médicaux et de l'assistance ; 12 % des admissions concernent des patients sévèrement dépendants à moribonds (IK <= 30 %).

échelle de 10 (patient moribond) à 100 % (patient autonome), la dépendance fonctionnelle du sujet envers l'aide dont il a besoin dans sa dimension « sociale » (gestes de la vie courante : travail, besoins personnels, vie à domicile, habillement, etc.) et la dépendance envers les soins médicaux qu'il requiert.

Pour en savoir plus

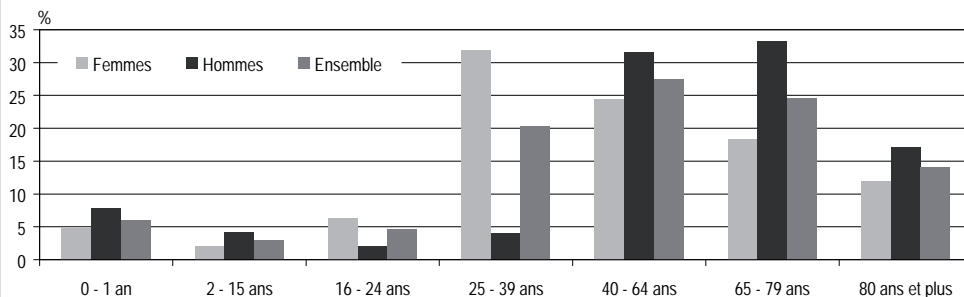
• Valdelièvre H., Chaleix M., Afrite A., Com-Ruelle L., 2009, « Les structures d'hospitalisation à domicile », *Études et Résultats*, n° 700, juillet, DREES.

• 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, mars, IRDES.

Sources

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

Graphique 1 • répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile



Note de lecture • Les âges sont ceux observés à l'admission.

Champ • France métropolitaine.

Sources • PMSI-HAD 2007, SAE 2007, données statistiques.

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

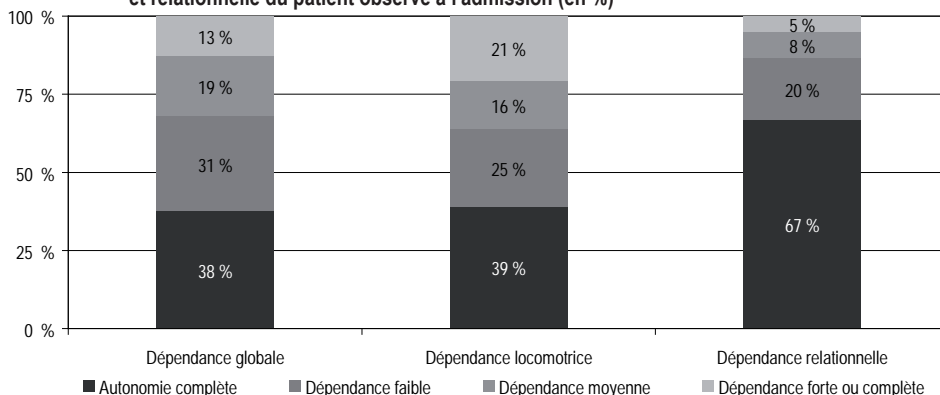
Modes de prise en charge principaux regroupés* prescrits à l'admission	Séjours		Journées	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Périnatalité	23 381	23,4	174 865	6,7
Soins techniques de cancérologie	16 787	16,8	148 565	5,7
Soins palliatifs	15 648	15,6	555 198	21,3
Autres motifs	11 628	11,6	289 549	11,1
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	8 558	8,6	406 295	15,6
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	8 431	8,4	502 901	19,3
Traitement intraveineux	8 047	8,0	131 108	5,0
Rééducation-réadaptation-éducation	3 710	3,7	146 669	5,6
Soins de nursing lourds	3 938	3,9	247 872	9,5
Mode de prise en charge principal non renseigné	24	0,0	340	0,0
Ensemble	100 152	100,0	2 603 362	100,0

* Agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prises en charge existants dans le recueil.

Champ • France métropolitaine.

Sources • PMSI-HAD 2007, SAE 2007, données statistiques.

Graphique 2 • répartition des séjours selon le degré de dépendance globale, locomotrice et relationnelle du patient observé à l'admission (en %)



Note de lecture • Les niveaux de dépendance sont calculés sur le champ des séjours pour lesquels la variable « dépendance » est renseignée, soit 93 % des séjours.

Champ • France métropolitaine.

Sources • PMSI-HAD 2007, SAE 2007, données statistiques.

L'activité et les capacités dans les centres hospitaliers universitaires

En 2007, en France métropolitaine, les centres hospitaliers universitaires (CHU) ont pris en charge 4 millions de séjours, dont une majorité ont duré plus de un jour. Cette activité représente un séjour métropolitain sur six. Ces établissements ont également offert un sixième des capacités d'accueil totales.

Une majorité de lits ou places voués au court séjour dans les CHU

Les CHU offrent 75 000 lits et 6 500 places d'hospitalisation en 2007, c'est-à-dire un sixième des capacités d'accueil offertes par l'ensemble des établissements et le quart des capacités d'hospitalisation du secteur public (voir tableau 1). Cette dernière proportion passe à 36 % lorsque l'on se limite aux capacités de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique-MCO), qui représente leur activité principale.

Sur dix lits en CHU, sept sont voués au court séjour, plus de deux au moyen (soins de suite et de réadaptation) et long séjour et moins de un à la psychiatrie. Cette répartition se modifie lorsque l'on regarde le nombre de places en hospitalisation partielle. En effet, si le court séjour occupe toujours sept places sur dix, la psychiatrie, quant à elle, occupe plus de deux places sur dix et le moyen séjour moins d'une.

Dans les CHU, davantage de séjours à temps complet qu'à temps partiel

Au cours de l'année 2007, les établissements de santé en France métropolitaine ont pris en charge 24,5 millions de séjours répartis en 11,5 millions d'hospitalisations à temps complet et 13 millions de venues en hospitalisation partielle ou de moins d'un jour. Les centres hospitaliers universitaires ont réalisé 4 millions de séjours, ce qui représente 20 % de l'hospitalisation de plus d'un jour et 14 % de l'hospitalisation de moins d'un jour (voir tableau 2). Dans ces établissements, il y a eu davantage de séjours en hospitalisation complète qu'en hospitalisation partielle.

Dans les CHU, la répartition des séjours selon les grandes disciplines médicales varie fortement selon le mode de prise en charge. En hospitalisation à temps complet, 95 % des entrées concernent les soins de court séjour (MCO), les autres disciplines occupant une place marginale. Plus de 70 % des hospitalisations à temps partiel relèvent du MCO ;

la psychiatrie, quant à elle, concerne 20 % des venues et le moyen séjour 8 %.

En 2007, l'activité hospitalière à temps complet dans les CHU diminue légèrement (-0,3 % par rapport à 2006), suivant en cela l'évolution constatée pour l'ensemble des établissements. L'activité à temps partiel subit une diminution plus marquée (-2 %). Cette baisse n'est cependant qu'apparente car elle découle en partie de modifications réglementaires visant notamment à clarifier et harmoniser les règles de codage (pour plus de détails, voir la fiche « Évolutions de la description de l'activité hospitalière », p. 88).

Une diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète

En 2007, les CHU ont réalisé 22 millions de journées d'hospitalisation, soit une diminution de 0,6 % par rapport à 2006. L'activité de soins de longue durée dans ces établissements, mieux mesurée par le nombre de journées que par le nombre d'entrées, est en recul en 2007 (-2,5 %), avec 3,5 millions de journées. Le nombre de journées d'hospitalisation se stabilise en psychiatrie (+0,3 %). Il se réduit légèrement en médecine, chirurgie, obstétrique (-0,5 %). Le moyen séjour, quant à lui, voit son nombre de journées augmenter (+0,9 %).

Une durée moyenne de séjour plus longue en MCO et en moyen séjour dans les CHU

La durée moyenne de séjour en MCO dans les CHU est de 6,8 jours, contre 6,3 pour les autres établissements publics et 5,9 pour l'ensemble des établissements. En psychiatrie, en revanche, la durée moyenne de séjour est plus faible dans les CHU : 21,3 jours contre 29,7 pour l'ensemble des établissements. En moyen séjour, cette durée moyenne est très supérieure dans les CHU. En effet, elle est de 40,7 jours, contre 31,7 jours dans les autres établissements publics et 32,9 dans l'ensemble des établissements.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2007 en France métropolitaine. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel ; il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée ici (moins de 0,5 %).

Définitions

• **L'hospitalisation complète** se définit selon la nature de l'unité d'accueil. Il s'agit d'unités hébergeant des

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

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

• **Les capacités d'accueil** des établissements de santé sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète et en places pour l'hospitalisation partielle (le nombre de places est égal au nombre de patients pouvant être

accueillis en même temps). Il s'agit des lits et places installés au 31 décembre 2007, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades, y compris ceux fermés temporairement pour cause de travaux. Ces chiffres peuvent différer du nombre de lits ou places autorisés, ces derniers n'étant pas nécessairement créés.

• **Les différents statuts juridiques** des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 73.

Pour en savoir plus

Arnault S., Evain F., Fizzala A., Leroux I., 2009, « L'activité des établissements de santé en 2007 en hospitalisation complète et par-

tielle », *Études et Résultats*, n° 691, mai, DREES.

Sources

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

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

Tableau 1 • capacités d'accueil des centres hospitaliers universitaires au 31 décembre 2007

	CHU		Part des CHU dans les capacités du secteur public	Part des CHU dans les capacités de l'ensemble des établissements
	2007	Évolution 2006-2007		
Nombre de lits d'hospitalisation complète en :				
Soins de courte durée (MCO)	52 436	-0,6 %	35,8 %	23,7 %
Psychiatrie	3 374	-3,5 %	9,0 %	6,0 %
Soins de suite et de réadaptation	9 197	2,1 %	23,6 %	9,8 %
Soins de longue durée	10 105	-1,1 %	16,6 %	15,1 %
Total	75 112	-0,4 %	26,5 %	17,2 %
Nombre de places d'hospitalisation partielle en :				
Soins de courte durée (MCO)	4 497	8,4 %	45,1 %	21,2 %
Psychiatrie	1 733	8,4 %	8,1 %	6,5 %
Soins de suite et de réadaptation	432	-0,7 %	27,7 %	7,0 %
Total	6 662	7,7 %	20,2 %	12,4 %

Note de lecture • Pour les soins de courte durée, 36 % des lits du secteur public sont offerts par les CHU ; ces établissements offrent 24 % de l'ensemble des lits de court séjour.

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2006-2007, données statistiques.

Tableau 2 • activité (entrées et venues) des CHU en 2007

	CHU		Part des CHU dans l'activité du secteur public	Part des CHU dans l'activité de l'ensemble des établissements
	2007	Évolution 2006-2007		
Soins de courte durée (MCO)				
- hospitalisation > un jour	2 125 502	-0,5 %	34,5 %	21,4 %
- hospitalisation < un jour	1 306 071	-3,0 %*	46,9 %	21,8 %
Ensemble	3 431 573	-1,4 %	38,3 %	21,5 %
Psychiatrie				
- hospitalisation complète	47 351	0,6 %	10,8 %	7,7 %
- hospitalisation partielle	366 461	0,8 %	9,0 %	7,1 %
Ensemble	413 812	0,7 %	9,2 %	7,1 %
Soins de suite et de réadaptation				
- hospitalisation complète	68 925	3,8 %	19,4 %	7,8 %
- hospitalisation partielle	148 195	0,0 %	30,5 %	7,9 %
Ensemble	217 120	1,2 %	25,8 %	7,9 %
Soins de longue durée				
- hospitalisation complète	4 559	1,1 %	14,2 %	12,8 %
Total				
- hospitalisation complète	2 246 337	-0,3 %	32,1 %	19,6 %
- hospitalisation partielle	1 820 727	-2,0 %*	24,8 %	13,9 %
Ensemble	4 067 064	-1,1 %	28,4 %	16,6 %

Note de lecture • 28 % des séjours du secteur public ont lieu dans les CHU ; ces établissements ont pris en charge 17 % de l'ensemble des séjours de France métropolitaine.

* Cette baisse n'est qu'apparente car elle découle en partie de modifications réglementaires visant notamment à clarifier et harmoniser les règles de codage (pour plus de détails, voir la fiche « Évolutions de la description de l'activité hospitalière » p. 88).

Champ • France métropolitaine.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006-2007, données statistiques pour l'activité de court séjour ; DREES, SAE 2006-2007, données statistiques pour les autres disciplines.

Les personnels travaillant dans les centres hospitaliers universitaires

En 2007, plus de 50 000 emplois médicaux sont situés dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), ce qui représente au total 31 % des emplois médicaux. En outre, près de 245 000 sages-femmes et personnels non médicaux travaillent dans les CHU.

Un tiers des emplois médicaux se situent dans les CHU

En 2007, les CHU comptent 51 000 emplois médicaux salariés (y compris internes, faisant fonction d'internes [FFI] et diplômés inter-universitaires de spécialités [DIS]), ce qui représente près d'un tiers des emplois médicaux de l'ensemble du secteur hospitalier et 46 % des emplois médicaux publics (voir tableau 1). Ces établissements réalisent un séjour (entrées et venues) sur six (voir fiche précédente). Outre les soins, ils ont en charge les missions de recherche, d'enseignement et de formation. Ils réalisent aussi notamment davantage d'actes complexes que les autres établissements (voir la fiche « La spécialisation en chirurgie » p. 110). Ceci pourrait expliquer la forte représentation des emplois médicaux dans les CHU, au regard de leur activité et de leurs capacités.

Les emplois médicaux salariés dans ces établissements ne sont pas de même nature que ceux des autres établissements publics. Les hospitalo-universitaires, qui partagent leur activité entre soins, recherche et enseignement, exercent quasi exclusivement en CHU et représentent 22 % des ETP médicaux salariés. Les attachés sont également plus présents dans les CHU que dans les autres établissements publics. Ces médecins libéraux assurent une ou plusieurs vacations à l'hôpital, ce qui leur permet de garder un lien avec le milieu hospitalier. En revanche, les assistants, compte tenu de leur statut, y sont peu représentés. Enfin, les internes et faisant fonction (FFI et DIS) représentent 25 % des emplois médicaux dans les CHU ; on comptabilise 11 000 internes et 1 700 faisant fonction en 2007. Près de 60 % de l'ensemble des internes et faisant fonction travaillent dans les CHU.

Ces différences statutaires d'emplois médicaux salariés s'accompagnent d'une différence dans les spécialités exercées (voir tableau 2). En effet, la structure d'activité des CHU explique la forte présence des emplois de spécialistes dans ces établissements où seulement un emploi sur vingt est consacré à la médecine générale contre un sur cinq dans les autres établissements publics. Parmi les spécialités les plus représentées apparaissent les biologistes médicaux. Quelques spécialités très ciblées pour lesquelles il existe peu de praticiens en France, comme la chirurgie infantile, la neurochirurgie ou encore la médecine nucléaire, sont fortement représentées dans les CHU. À l'opposé, peu d'emplois médicaux sont consacrés à la psychiatrie, cette activité y étant peu développée.

Champ

Personnel médical, sages-femmes et personnels non médicaux salariés des établissements de santé en France métropolitaine.

Définitions

- Le **personnel médical** est composé de médecins, d'odontologues et de pharmaciens auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction (FFI et DIS) qui sont en formation.

- Les définitions sur les **salariés et libéraux**, la **spécialité principale d'exercice** et l'**exercice salarié** à l'hôpital se trouvent dans la fiche « Emplois de médecins, odontologues et pharmaciens » p. 92.

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

ments. Les emplois médicaux apparaissent plus féminisés dans les CHU (45 %) que dans les autres établissements publics (37 %) pour la plupart des spécialités. Cette féminisation des emplois explique en partie un taux d'emploi à temps partiel plus développé dans les professions médicales des CHU. Toutefois, qu'il s'agisse des emplois masculins ou féminins, le taux de recours au temps partiel apparaît plus développé dans les CHU que dans les autres établissements publics.

Un quart des ETP non médicaux se situent dans les CHU

En 2007, les CHU comportent environ 245 000 emplois en équivalent temps plein (ETP) non médicaux, soit un ETP non médical sur quatre (voir tableau 3). Le personnel soignant y est plus spécialisé : les infirmiers représentent notamment 43 % des ETP contre 39 % dans les autres établissements publics. Ce phénomène accompagne la forte présence des emplois médicaux déjà mentionnée. Les emplois médico-techniques sont également plus représentés : les CHU comportent de nombreux équipements matériels lourds nécessitant le concours des manipulateurs d'électroradiologie médicale. Les CHU ont également une forte activité pharmaceutique et biologique à laquelle les préparateurs en pharmacie et techniciens de laboratoires contribuent. Enfin, les ETP administratifs sont également un peu plus développés que dans les autres établissements publics. Par ailleurs, un emploi public de sage-femme sur trois se situe en CHU ; ceci correspond approximativement à la répartition des naissances.

Les emplois non médicaux les plus qualifiés - encadrement, infirmiers - apparaissent plus féminisés dans les CHU que dans le reste des établissements publics, tandis que c'est le contraire pour les catégories les moins qualifiées. Au final, les emplois non médicaux dans leur globalité sont moins souvent féminins dans les CHU que dans les autres établissements. Le recours au temps partiel apparaît plus modéré dans les CHU que dans les autres établissements, mais cela n'est pas uniquement dû au fait que les emplois y soient moins féminisés. En effet, dans quasiment toutes les catégories de personnel non médical, les CHU affichent un taux d'emploi à temps partiel de ces personnels plus faible que celui des autres établissements publics, et ce chez les hommes comme chez les femmes.

ments, l'**équivalent temps plein** est calculé, dans les tableaux présentés ici, au prorata du taux de rémunération.

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

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

deux emplois à temps partiel et occupera deux emplois.

Pour en savoir plus

Voir les fiches « Emplois de médecins, odontologues et pharmaciens » p. 92 et « Sages-femmes et personnels non médicaux salariés » p. 84.

Sources

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

Tableau 1 ● les emplois médicaux dans les CHU en 2007

	CHU		Part des CHU	
	2007	Évolution 2006-2007	dans les emplois médicaux publics	dans l'ensemble des emplois médicaux
Salariés : médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens (1)	38 248	2,3 %	42 %	26 %
Internes, FFI, DIS (2)	12 731	3,4 %	63 %	59 %
Total	50 979	2,6 %	46 %	31 %

1 - Sauf médecins intervenant de façon exceptionnelle dans les établissements (occasionnels). Seuls des médecins salariés travaillent dans les CHU (voir chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 73).

2 - FFI : faisant fonction d'interne, DIS : diplômé inter-universitaire de spécialités.

Ces données comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

Note de lecture • 42 % des médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens salariés du secteur public travaillent dans les CHU ; 26 % de l'ensemble des emplois médicaux travaillent dans les CHU. Les données de l'établissement « 140000100 » ont été corrigées pour l'année 2006.

Champ • France métropolitaine, internes en établissements de santé (hors stage extra-hospitalier).

Sources • DREES, SAE 2006-2007, données administratives.

Tableau 2 ● les emplois médicaux en établissement de santé en 2007, selon la spécialité

Spécialité	CHU	Structure en % dans les CHU	Structure en % dans l'ensemble des établissements
Médecine générale	2 201	5,8 %	12,4 %
Anesthésie réanimation	3 738	9,8 %	8,1 %
Pédiatrie	1 359	3,6 %	3,2 %
Autres spécialités médicales	14 990	39,2 %	35,0 %
Gynécologie-obstétrique	1 262	3,3 %	4,2 %
Spécialités chirurgicales	5 595	14,6 %	17,0 %
Biologie médicale	3 829	10,0 %	4,6 %
Psychiatrie	1 256	3,3 %	7,1 %
Pharmaciens	1 047	2,7 %	3,6 %
Autres	2 971	7,8 %	4,8 %
Total	38 248	100,0 %	100,0 %

Note de lecture • En 2007, 5,8 % des emplois médicaux dans les CHU concernent la médecine générale, contre 12,4 % dans l'ensemble des établissements de santé.

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2007, données administratives.

Tableau 3 ● sages-femmes et personnels non médicaux dans les CHU en 2007, emplois en équivalent temps plein

	CHU		Part des CHU	
	2007	Évolution 2006-2007	dans les emplois non médicaux publics	dans l'ensemble des emplois non médicaux
Personnels administratifs	30 089	-0,2 %	35,3 %	25,0 %
Personnels soignants	164 278	-0,1 %	31,6 %	23,9 %
- Sages-femmes	2 564	1,1 %	29,0 %	21,6 %
- Personnel d'encadrement du personnel soignant	7 324	-2,8 %	32,3 %	24,8 %
- Infirmiers (1)	70 659	1,2 %	33,5 %	25,3 %
- Aides-soignants (2)	59 006	-0,2 %	32,4 %	25,6 %
- Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	18 760	-4,2 %	24,8 %	17,8 %
- Rééducateurs	4 410	-0,2 %	33,8 %	21,5 %
- Psychologues	1 556	4,7 %	20,7 %	16,5 %
Personnels éducatifs et sociaux	2 490	2,3 %	24,6 %	17,9 %
Personnels médico-techniques	17 684	-0,3 %	49,2 %	40,3 %
Personnels techniques	29 029	-0,8 %	33,4 %	27,1 %
Total	243 571	-0,2 %	33,0 %	25,1 %

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

(2) Non compris élèves.

Note de lecture • 33 % des sages-femmes et personnels non médicaux du secteur public travaillent dans les CHU ; 25 % de l'ensemble des sages-femmes et personnels non médicaux travaillent dans les CHU.

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2006-2007, données statistiques.

Les structures pratiquant des IVG

Plus de 227 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en 2007 en France métropolitaine et dans les DOM, dont 207 000 en établissements de santé et 20 000 IVG médicamenteuses en ville. Près des trois quarts des IVG en établissements sont réalisées dans le secteur public. Les structures disposent rarement d'un service consacré uniquement à l'IVG.

Une part croissante du secteur public dans la prise en charge des IVG à l'hôpital

En 2007, plus de 207 000 IVG ont été réalisées en établissement de santé. Depuis 1990, ce nombre a légèrement progressé (+1 %) (voir graphique), alors que le nombre d'établissements concernés a diminué de 729 à 624. Ce sont les petits établissements, réalisant moins de 250 IVG dans l'année, qui ont réduit voire cessé leur activité alors que le nombre d'établissements assurant plus de 1 000 IVG dans l'année est resté stable (34). Ces grosses structures réalisent à elles-seules 23 % des IVG en 2007, comme en 2001. La part du secteur public continue de croître ; 76 % des IVG réalisées en 2007 ont eu lieu dans un hôpital public, contre 60 % en 1990 et 67 % en 2001. Le désengagement du secteur privé est général, même s'il est plus accentué dans certaines régions où ce secteur était plus investi qu'ailleurs. En Île-de-France, la part d'IVG prises en charge dans le secteur public est passée de 44 à 56 % entre 2002 et 2007 ; cette proportion est passée de 43 à 48 % en Midi-Pyrénées (voir carte 1).

Par ailleurs, 80 % des services IVG sont intégrés à un service de gynécologie-obstétrique. Moins de 2 % des services réalisant des IVG du secteur privé et 13 % de ceux du secteur public sont consacrés uniquement à l'IVG.

Une IVG médicamenteuse sur six est réalisée en ville

Depuis qu'elles sont autorisées en ville, on observe un report progressif des IVG médicamenteuses qui concernent désormais 45 % des IVG, de l'hôpital vers les cabinets libéraux. Ceux-ci ont réalisé 19 600 IVG en France en 2007, soit une IVG médicamenteuse sur six. En 2005, ils en prenaient en charge moins d'une sur dix. La prise en charge des IVG médicamenteuses en ville est très inégalement répartie sur le territoire (voir carte 2) : les régions Île-de-France, Aquitaine, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur concentrent 80 % des remboursements de forfaits IVG en 2007, pour 49 % des IVG réalisées en établissement.

Un délai médian de prise de rendez-vous de huit jours

En 2007, le quart des IVG ont été prises en charge dans les 6 jours suivant la première demande, la moitié dans les huit jours et les trois quarts dans les dix jours. Dans moins de 10 % des cas, le délai était supérieur à quinze jours. Les établissements ont donc en grande majorité des délais de prise en charge proches de ceux recommandés par la Haute autorité de santé (HAS), qui fixe à cinq jours le délai maximum entre la demande d'IVG et sa réalisation. Le délai de prise en charge augmente toutefois avec l'activité moyenne de l'établissement : les établissements réalisant plus de 1 000 IVG dans l'année indiquent un délai médian de neuf jours,

contre sept jours pour ceux qui en réalisent moins de 250 dans l'année. Les délais peuvent être très variables d'un établissement à l'autre, particulièrement dans le secteur public et dans certaines régions : ainsi, en Île-de-France, les délais moyens sont les mêmes que pour l'ensemble de la France, mais la dispersion est particulièrement forte (plus de 10 fois la valeur de la moyenne), signalant de probables goulots d'étranglements dans certains établissements.

Un personnel spécialisé dans la prise en charge des IVG

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

Les partenariats avec d'autres organismes ou réseaux spécialisés restent limités

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

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

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

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

Champ

France métropolitaine et DOM.

Définition

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. 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. Ces IVG peuvent être pratiquées en ville jusqu'à cinq semaines de grossesse.

Pour en savoir plus

- Vilain A., 2009, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2007 », *Études et Résultats*, n° 713, DREES.
- Vilain A., 2009, « Les établissements et les professionnels réalisant des

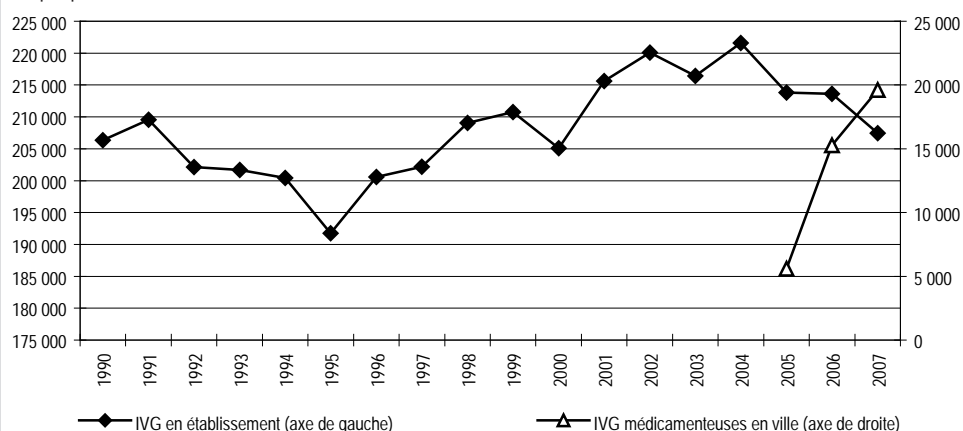
IVG », *Études et Résultats*, n° 712, DREES.

Sources

Statistique annuelle des établissements de santé.

Enquête DREES sur les IVG. Cette enquête a été menée d'avril à septembre 2007 auprès de 206 établissements réalisant des IVG et a concerné 13 000 IVG.

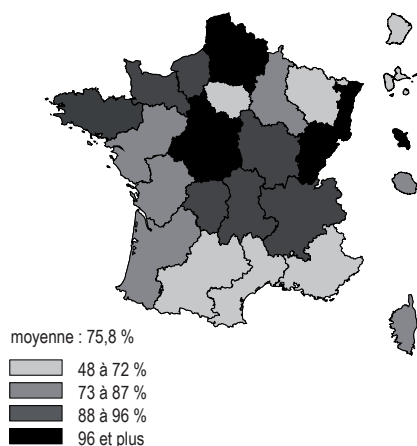
Graphique • évolution du nombre d'IVG



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE, données administratives, CNAM-TS, Erasme.

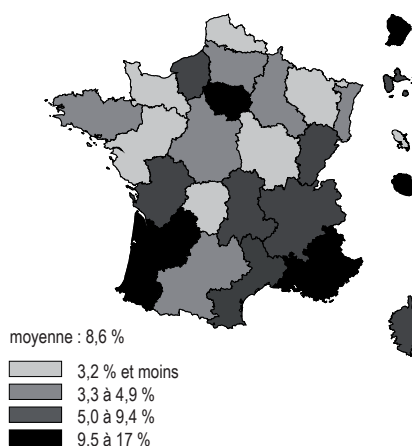
Carte 1 • part des IVG en établissement réalisées dans le secteur public en 2007



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2007, données administratives.

Carte 2 • part des IVG réalisées en médecine de ville en 2007



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2007, données administratives.

Tableau • qualification des praticiens intervenant pour les IVG

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

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, enquête IVG 2007.

Les dépenses de médicaments dans les établissements de santé

En 2007, les médicaments de la liste hors groupe homogène de séjours (GHS)) représentent près des deux tiers de l'ensemble des dépenses 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 consommés.

Des dépenses en médicaments estimées à 3,5 milliards d'euros en 2007, dont 2,2 milliards facturables en sus de l'activité

En 2007, les dépenses de médicaments (hors rétrocession [voir définition]) des établissements de santé ont atteint 3,5 milliards d'euros. Les dépenses des CHU (centres hospitaliers universitaires) et celles des autres établissements publics représentent chacune un tiers des dépenses totales de médicaments des établissements. Ces dépenses concernent également pour 21 % les cliniques privées et pour 12 % les établissements privés à but non lucratif, dont la moitié pour les centres de lutte contre le cancer (CLCC).

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). Elle concerne des produits qui seraient susceptibles d'introduire une hétérogénéité dans la distribution du coût du groupe homogène de malades (GHM) en raison de leur prix. La liste est composée majoritairement d'anti-cancéreux, de médicaments composés d'érythropoïétine, de facteurs de coagulation et d'immunoglobulines humaines.

En 2007, sur les 3,5 milliards d'euros de dépenses de médicaments des établissements de santé, 2,2 milliards, soit près des deux tiers, ont été générés par les médicaments inscrits sur la liste hors GHS. Entre 2006 et 2007, la croissance de ce poste de dépenses a été rapide, les dépenses de médicaments inscrits sur la liste en sus se limitaient en effet à 1,8 milliard d'euros en 2006.

La classe des antinéoplasiques et immunomodulateurs concentre la majorité des dépenses

Parmi les médicaments de la liste en sus, la classe des antinéoplasiques et immunomodulateurs, qui permet de traiter le cancer, repré-

sente le poste de dépenses le plus important, particulièrement dans les CLCC et les établissements privés à forte activité en cancérologie. Ainsi, dans ces deux catégories d'établissements, l'achat d'antinéoplasiques et d'immunomodulateurs figurant sur la liste hors GHS représente environ 90 % des dépenses en molécules facturables en sus. Dans les autres établissements, cette classe représente la majorité des dépenses des médicaments de la liste en sus, y compris dans les établissements ayant une faible activité en cancérologie. 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 établissements privés à faible activité de cancérologie (voir graphique 1).

La proportion de médicaments facturables en sus la plus importante se situe ainsi dans les CLCC (90 %), dans les CHU (66 %) et dans les établissements ayant une forte activité en cancérologie. À l'inverse, dans les établissements ayant une faible activité en cancérologie, les médicaments en sus ne représentent en moyenne qu'un tiers des dépenses totales de médicaments (voir graphique 2).

Ces médicaments en sus ont des prix souvent très élevés. C'est pourquoi leur coût n'est pas intégré dans les tarifs (GHS) mais remboursé intégralement aux établissements de santé par l'Assurance maladie, afin de garantir l'égal accès aux soins. En conséquence, en volume, la part de ces médicaments rapportée à l'ensemble des médicaments consommés est très faible, variant suivant les catégories d'établissements de moins de 1 % (faible activité en cancérologie) à 8 % (CLCC) du volume total de médicaments consommés.

Champ

Jusqu'en 2006, seuls les établissements de santé publics et privés ayant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) en France métropolitaine (hors hôpitaux locaux) étaient concernés par le recueil d'informations sur le médicament. En 2007, ce recueil a également été étendu aux DOM et aux établissements ayant une activité principale de psychiatrie ou de soins de suite et réadaptation.

Compte tenu de l'importance des dépenses de médicaments contre le cancer, huit catégories d'établissements ont été construites en fonction du statut de l'établissement et de son activité de cancérologie.

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. Il concerne les produits qui introduiraient une hétérogénéité dans la distribution du coût du groupe homogène de malades (GHM), soit en raison de leur coût très élevé, soit parce que leur utilisation ne concerne qu'une minorité de patients du GHM. La liste est composée principalement d'anticancéreux (classe ATC L01), de médicaments composés d'érythropoïétine (classe ATC B03), de facteurs de la coagulation (classe ATC

B02) 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

Clerc M.-E., Haury B., Rieu C., 2008, « Les médicaments de la liste hors GHS

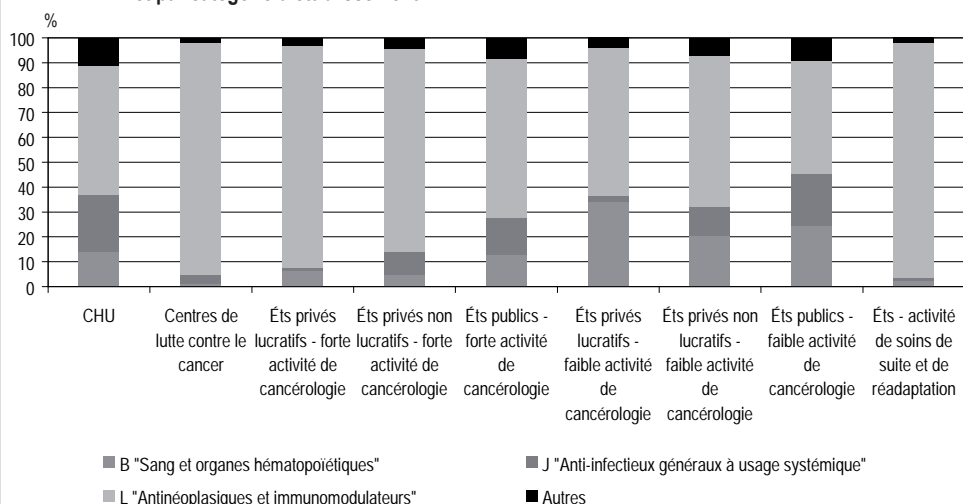
dans les établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, n° 653, août, DREES.

Sources

Le recueil d'informations sur le médicament dans les établissements de santé organisé par la DREES permet de connaître pour chacun des établissements les achats (prix 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 est de 71 %. Les données de dépenses ont donc été redressées pour être représentatives de l'ensemble du champ. Le critère utilisé pour le redressement est l'activité en cancérologie.

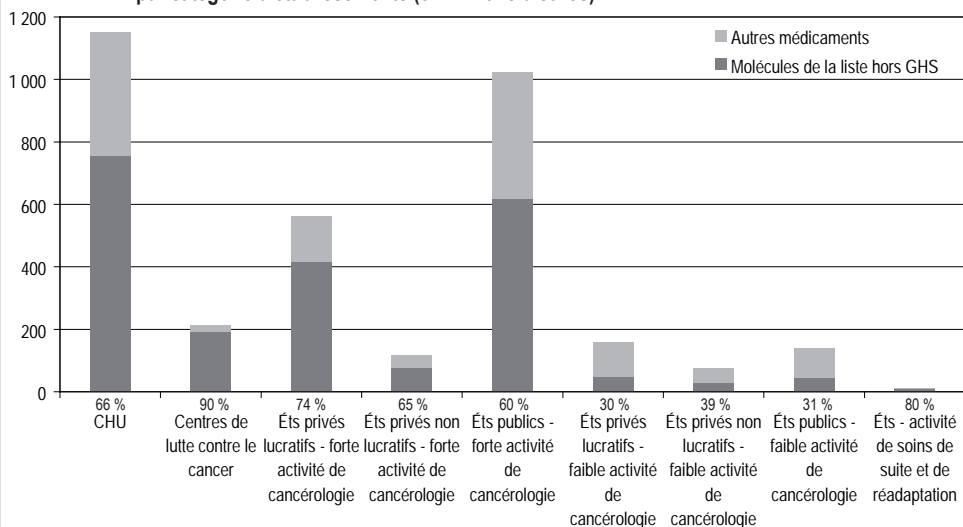
Graphique 1 • répartition des dépenses de médicaments de la liste hors GHS par classe thérapeutique et par catégorie d'établissement



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • Recueil médicaments, DREES, 2007.

Graphique 2 • dépenses de médicaments et part des médicaments facturables en sus par catégorie d'établissements (en millions d'euros)



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • Recueil médicaments, DREES, 2007.

6 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 75,2 milliards d'euros en 2008, le secteur hospitalier (établissements des secteurs public et privé) représente 44,1 % de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,3 % de la consommation totale des ménages. L'Assurance maladie finance plus de 90 % des dépenses de soins hospitaliers.

La consommation de soins hospitaliers s'élève à 75,2 milliards d'euros en 2008

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 2008, à 75,2 milliards d'euros (voir tableau 1). À la différence des autres fiches, dans les Comptes de la santé en base 2000, le secteur hospitalier ne comprend pas l'hospitalisation de longue durée (souvent appelée long séjour).

La part de la consommation de soins hospitaliers dans l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux tend à diminuer : elle est passée de 48,6 % en 1995 à 44,1 % en 2008. Pour la situer dans l'ensemble de l'économie, la consommation de soins hospitaliers représente, en 2008, 5,3 % de la consommation totale effective des ménages. Cette part a augmenté de 0,1 point depuis 2000 (voir graphique 1).

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

Dans le secteur public hospitalier, qui comprend les établissements publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif, la consommation de soins s'élève à 57,9 milliards d'euros. Elle croît de 3,4 % en valeur en 2008, ce qui marque une légère accélération par rapport à l'année précédente (+3,2 %).

Dans le secteur privé hospitalier, qui comporte principalement les cliniques privées, la consommation de soins s'est élevée à

17,2 milliards d'euros en 2008. Elle se compose de frais de séjour, de médicaments et prothèses implantées à l'occasion d'une hospitalisation complète, d'honoraires de médecins et d'analyses également prescrites en hospitalisation complète. La croissance en valeur observée en 2008 (+4,6 %) est proche de celle de 2006 (+4,5 %).

Un financement presque exclusif par l'Assurance maladie

La place de la Sécurité sociale est prépondérante dans la couverture des dépenses de soins hospitaliers : 90,6 % en 2008 contre 75,5 % pour l'ensemble de la consommation de soins et biens médicaux (voir tableau 2). En effet, une large majorité des séjours donne lieu à une facturation sans ticket modérateur, compte tenu de leur motivation par une affection de longue durée ou de leur durée. L'intervention des autres financeurs est donc très faible. La part des organismes complémentaires est cependant en progression depuis quatre ans (5,3 % en 2008 contre 4,3 % en 2004) tandis que la part de la Sécurité sociale diminue (90,6 % en 2008 contre 92,1 % en 2004). Ces évolutions s'expliquent par les hausses du forfait journalier hospitalier (+1 euro par an entre 2005 et 2007) 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 en 2007 de la participation des assurés de 18 euros pour les actes « lourds » (cotés K50 ou supérieurs à un coût de 91 euros) ont également eu un impact.

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 2008, en France métropolitaine et dans les DOM. Les dépenses de soins des personnes âgées en établissements (soins de longue durée et soins en maisons de retraite) ainsi que les consultations externes (comptabilisées en soins ambulatoires) sont 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 (lucratif ou non).

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

• **Consommation de soins et de biens médicaux** : elle représente la

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

• **Consommation effective** : elle est égale à la somme de la dépense de consommation des ménages et des dépenses individualisables des Administrations publiques (APU).

Pour en savoir plus

• Fenina A., Le Garrec M.-A., Duée M.,

2009, « Les comptes nationaux de la santé en 2008 », *Études et Résultats* n° 701, septembre, DREES.

• Fenina A., Le Garrec M.-A., Duée M., 2009, « Comptes nationaux de la santé en 2008 », *Document de travail, Série Statistiques*, n° 137, septembre, DREES.

Sources

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

Tableau 1 • consommation de soins hospitaliers et consommation de soins et biens médicaux
(en millions d'euros)

	1995	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Consommation de soins et biens médicaux	98 032	137 883	144 863	151 208	157 294	164 241	170 488
Consommation de soins hospitaliers, dont :	47 625	61 502	64 390	67 580	70 036	72 498	75 156
- soins hospitaliers en secteur public	35 467	47 851	50 103	52 431	54 264	56 020	57 925
- soins hospitaliers en secteur privé	12 158	13 651	14 287	15 149	15 773	16 478	17 231
Part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et biens médicaux	48,6 %	44,6 %	44,4 %	44,7 %	44,5 %	44,1 %	44,1 %

Champ • France métropolitaine et DOM.

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

Tableau 2 • structure de financement en 2008 (en %)

	Consommation de soins et biens médicaux	Consommation de soins hospitaliers
Sécurité sociale de base (1)	75,5	90,6
État et CMU-C organismes de base (2)	1,3	1,3
Mutuelles (3)	7,7	3,0
Sociétés d'assurances (3)	3,5	1,4
Institutions de prévoyance (3)	2,5	1,0
Ménages	9,4	2,8
Ensemble	100,0	100,0

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

(1) Y compris déficit des hôpitaux publics.

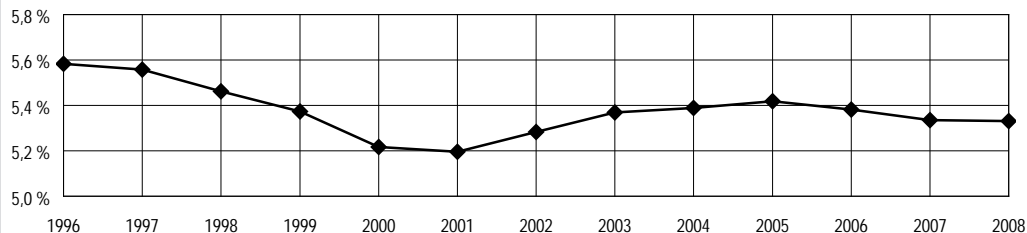
(2) CMU-C : couverture maladie universelle - complémentaire.

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

Champ • France métropolitaine et DOM.

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

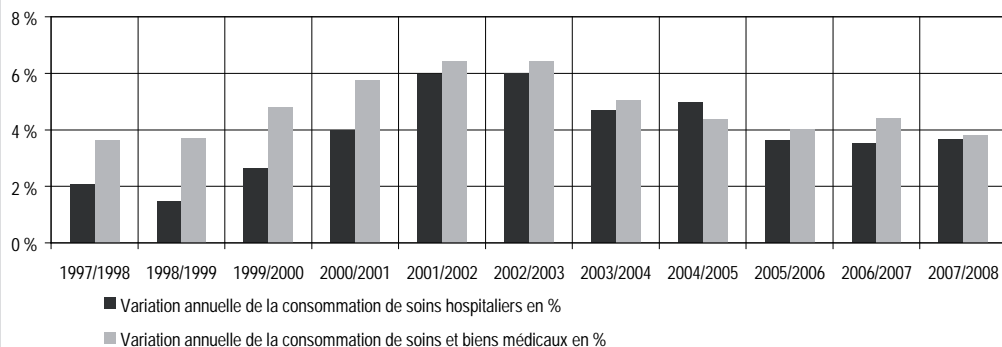
Graphique 1 • part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation effective des ménages (en %)



Champ • France métropolitaine et DOM.

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

Graphique 2 • évolution annuelle de la consommation de soins hospitaliers et de la consommation de soins et biens médicaux



Champ • France métropolitaine et DOM.

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

La situation économique et financière des cliniques privées

En 2007, 29 % des entrées en hospitalisation complète et 26 % des venues en hospitalisation partielle sont effectuées par les cliniques privées. La hausse du chiffre d'affaires de ces établissements est de 4,4 % cette même année, après une croissance de 6,7 % en 2006. Par ailleurs, la rentabilité économique des cliniques privées diminue légèrement de 0,1 point en 2007, atteignant 3,1 % du chiffre d'affaires.

Une croissance du chiffre d'affaires moins dynamique en 2007 qu'en 2006

Les cliniques privées génèrent un chiffre d'affaires (CA) total de 11,7 milliards d'euros en 2007. Ce dernier a augmenté de 4,4 % alors que la hausse atteignait 6,7 % en 2006. Parmi les cliniques étudiées, la moitié voient leur chiffre d'affaires (CA) augmenter d'au moins 3,3 %, un quart d'au moins 6,7 % et un dixième d'au moins 11,8 %. En revanche, 23,1 % des cliniques voient leur CA stagner ou baisser entre 2006 et 2007.

Le fléchissement de la croissance du chiffre d'affaires des cliniques privées est essentiellement porté par les « grandes cliniques » (CA supérieur à 12 millions d'euros), traditionnellement très dynamiques (voir tableau 1). La croissance de leur chiffre d'affaires s'est en effet nettement ralentie entre 2006 et 2007 (+4,8 % après +9,2 %). Dans le même intervalle, les petites cliniques (CA inférieur à 6 millions d'euros) et les moyennes cliniques (CA compris entre 6 et 12 millions d'euros), traditionnellement moins dynamiques, enregistrent une croissance plus rapide de leur CA (respectivement +3,7 % et +3,4 %, après +3,5 % et +1,8 % en 2006).

Par ailleurs, le ralentissement de la croissance du chiffre d'affaires concerne principalement les cliniques du secteur MCO (+4,1 % en 2007 contre +7,2 % en 2006). L'augmentation du chiffre d'affaires des cliniques du secteur hors MCO, en revanche, s'accélère en 2007, avec un taux de croissance s'élevant à 5,6 %, contre 4,4 % en 2006.

Une légère baisse de la rentabilité économique des cliniques

En 2007, la rentabilité économique – rapport du résultat net au chiffre d'affaires – s'établit à 3,1 % du CA, soit une légère baisse de 0,1 point en 2007 comme en 2006 (voir tableau 2).

La moitié des cliniques privées enregistre une rentabilité écono-

mique supérieure à 3,1 %, valeur médiane légèrement supérieure à celle de 2006 (2,9 %). Une clinique sur dix affiche un taux de rentabilité économique supérieur à 11,4 %, proportion quasiment stable par rapport à 2006 (11,3 %). Ces établissements réalisent 7 % du CA total de l'ensemble des cliniques.

Les cliniques déclarant des pertes sont un peu plus nombreuses en 2007 (25 %) qu'en 2006 (23 %). D'ailleurs, 13 % des cliniques ont un déficit à la fois en 2006 et en 2007 et 6 % sur trois ans, en 2005, 2006 et 2007. Le CA des cliniques déficitaires en 2007 représente 21 % du CA total de l'ensemble des cliniques, contre 20 % en 2006. En outre, 10 % de l'ensemble des cliniques affichent en 2007 une rentabilité économique inférieure à -5,1 %.

Le taux de marge brut d'exploitation, correspondant au ratio de l'excédent brut d'exploitation sur le chiffre d'affaires, a légèrement diminué en 2007 ; il s'établit à 6,9 % du CA, soit 0,3 point de moins qu'en 2006. Cette baisse s'explique par l'augmentation des parts dans le CA des frais de personnel et des achats et charges externes – les achats consommés ainsi que les autres achats et charges externes – ; la part de la fiscalité liée à l'exploitation dans le CA diminue, en revanche, légèrement.

L'année 2007 profite surtout aux petites cliniques avec un taux de rentabilité économique s'établissant à 4,7 % de leur CA tandis que les moyennes et grandes cliniques dégagent des bénéfices correspondant à 2,8 % et 3,0 % du CA. La rentabilité des petites et moyennes cliniques augmente de 1,4 et 0,9 point alors que celle des cliniques de grande taille baisse de 0,6 point.

En 2007, le secteur MCO réalise des bénéfices moindres qu'en 2006 (-0,1 point) ; la rentabilité économique de ce secteur s'établit à 2,9 % du CA (voir tableau 3). Les bénéfices du secteur hors MCO, quant à eux, s'améliorent (+0,5 point), à 4,5 % du CA. Le secteur hors MCO demeure donc toujours le plus rentable.

Champ

Les comptes des cliniques privées sont transmis aux tribunaux de commerce, mais parfois avec retard. Les données 2007 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 2007 afin de récupérer les données concernant l'activité et les capacités des cliniques privées. Au final, 847 cliniques sont étudiées pour l'année 2007 : elles permettent notamment le calcul de la rentabilité économique. Grâce à une extrapolation sur la part des emplois à temps plein des salariés non médicaux de l'échantillon des 847 cliniques, le chiffre d'affaires total des cliniques a également été estimé. 830 cliniques sont présentes à la fois en 2006 et en 2007

(champ constant). Les résultats du tableau, présentant les chiffres d'affaires ainsi que leur taux de croissance, ont été calculés sur le champ constant. Il en est de même pour les indicateurs de dispersion.

Définitions

• **Chiffre d'affaires (CA)** : il correspond essentiellement aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient).

• **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 sous-

trayant au chiffre d'affaires les charges d'exploitation.

• **Résultat courant** : somme des résultats des activités financière et d'exploitation.

• **Résultat exceptionnel** : solde des produits et des charges exceptionnels.

• **Résultat net comptable** : solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.

• **Rentabilité économique (résultat net/CA)** : elle permet de rapporter le niveau d'excédent ou de déficit au niveau d'activité de l'établissement.

• **Taux de marge brute d'exploitation (EBE/CA)** : il représente la performance de l'entreprise, indépendamment des politiques financière, d'amortissement et de distribution des revenus.

• **Achats et charges externes** : ils comprennent notamment les achats

médicaux, la sous-traitance et le personnel extérieur à l'entreprise, les redevances de crédit-bail, les loyers, l'entretien et les primes d'assurance.

Pour en savoir plus

Aude J., 2009, « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2006 et 2007 », *Études et Résultats*, n° 707, octobre, DREES.

Sources

Comptes des cliniques privées transmis aux tribunaux de commerce.

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

Tableau 1 • taux de croissance annuel du chiffre d'affaires des cliniques privées

	Chiffre d'affaires total des cliniques répondantes en 2006 et 2007 en millions d'euros	Evolution par rapport à l'année précédente (en %)					
		2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total MCO	8 262	7,8	8,9	7,9	10,1	7,2	4,1
Total hors MCO	1 689	7,0	7,6	6,3	5,9	4,4	5,6
TOTAL	9 951	7,7	8,6	7,7	9,4	6,7	4,4
dont CA des cliniques :							
de moins de 6 millions d'euros	1 256	6,6	7,5	5,6	6,1	3,5	3,7
de 6 à 12 millions d'euros	2 056	6,2	7,2	5,7	6,3	1,8	3,4
de plus de 12 millions d'euros	6 639	9,3	9,9	9,3	11,5	9,2	4,8

Note de lecture • Champ constant par tranche de deux années consécutives. Les cliniques ayant répondu à la fois en 2006 et en 2007 ont un chiffre d'affaires total s'élevant à 9 951 millions d'euros ; il augmente ainsi de 4,4 % en 2007.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2002-2007, calculs DREES.

Tableau 2 • compte de résultat des cliniques privées

	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre d'entreprises incluses	937	931	927	978	847
Chiffre d'affaires moyen (en millions d'euros)	8,3	9,1	10,1	10,5	11,7
Achats et charges externes (en % du CA)	-43,8	-43,3	-42,2	-42,6	-43,8
dont - Achats consommés	-17,3	-17,2	-16,5	-17,1	-17,7
- Autres achats et charges externes	-26,4	-26,1	-25,8	-25,7	-26,2
- Variation de stocks	-0,1	0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Frais de personnel (en % du CA)	-45,8	-45,0	-44,0	-43,9	-44,0
dont - Salaires bruts	-33,0	-32,2	-30,8	-31,2	-30,6
- Charges sociales	-12,7	-12,8	-13,2	-12,7	-13,4
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)	-5,6	-5,6	-6,1	-5,6	-5,5
dont - Impôts, taxes et versements assimilés	-5,9	-5,8	-5,8	-6,0	-6,0
- Subvention d'exploitation	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5
Excédent brut d'exploitation (en % du CA)	5,0	6,1	8,3	7,2	6,9
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-2,5	-2,1	-2,5	-2,2	-2,0
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	0,4	0,1	0,4	0,9	0,9
Résultat d'exploitation (en % du CA)	2,8	4,0	6,0	5,1	5,0
Résultat financier	-0,2	-0,3	-0,3	-0,2	-0,2
Résultat courant (exploitation + financier)	2,6	3,6	5,7	4,8	4,8
Résultat exceptionnel (en % du CA)	0,1	0,2	-0,1	0,8	0,5
Participation des salariés (en % du CA)	-0,3	-0,4	-0,6	-0,6	-0,5
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	-1,1	-1,3	-1,7	-1,8	-1,7
Résultat net (en % du CA)	1,3	2,1	3,3	3,2	3,1

Note de lecture • Les achats et charges externes représentent 43,8 % du CA en 2007. Le signe (+) ou (-) pour les résultats dépend de la différence entre les produits et les charges. Attention, des différences apparaissent entre la somme de pourcentages et le résultat réel (arrondis à un chiffre après la virgule).

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2003-2007, calculs DREES.

Tableau 3 • rentabilité économique selon la catégorie d'établissements (en % du chiffre d'affaires)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ensemble	1,1	1,3	2,1	3,3	3,2	3,1
Polycliniques	0,2	0,3	1,3	2,9	2,9	2,3
Médecine	1,2	1,1	1,6	5,5	4,2	3,6
Chirurgie	0,5	1,1	2,1	2,8	2,1	3,4
Obstétrique	-1,7	1,1	1,4	1,3	3,5	3,4
Dialyse	7,7	4,5	5,4	6,4	9,3	17,3
Total MCO	0,3	0,5	1,5	3,0	3,0	2,9
Soins de suite et de réadaptation	3,1	4,1	5,4	5,2	4,0	4,0
Psychiatrie	4,4	4,9	4,4	4,2	5,1	5,7
Divers	3,7	2,3	1,5	6,8	1,2	5,4
Total hors MCO	4,0	4,3	4,9	4,9	4,0	4,5

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2002-2007, calculs DREES.

La situation économique et financière des hôpitaux publics

Le déficit des hôpitaux publics se creuse ; il passe de 193 millions en 2006 à 486 millions d'euros en 2007. Depuis 2002, sous l'impulsion du plan Hôpital 2007, les investissements ont augmenté. Parallèlement, les conditions et les capacités de financement se sont dégradées.

Le déficit des hôpitaux s'élève à près de 500 millions d'euros

En 2007, le déficit des hôpitaux publics se creuse et atteint 486 millions d'euros, ce qui représente 0,9 % de leurs recettes. Ce déficit était de 193 millions d'euros en 2006. La rentabilité économique de ces établissements n'a cessé de diminuer entre 2004 et 2007 pour passer de 1 % à -0,9 %. Les premières estimations laissent penser qu'une amélioration des comptes interviendrait en 2008 : le déficit des établissements publics serait cantonné à près de 400 millions d'euros d'après le rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité sociale de juin 2009.

Les centres hospitaliers régionaux (CHR) – hors Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) – ont connu la plus forte dégradation de leurs comptes financiers. Leur déficit global passe de 160 millions d'euros en 2006 à 311 millions d'euros en 2007. Les comptes de l'AP-HP redevenaient déficitaires en 2007 (13 millions d'euros). Les centres hospitaliers (CH) de moyenne et grande taille se trouvent aussi en situation déficitaire. Toutes les autres catégories sont en moyenne excédentaires (voir tableau). Mais le niveau agrégé de la catégorie d'établissements ne rend pas compte des disparités qui peuvent exister entre les établissements qui figurent dans une même catégorie.

Les produits des établissements publics sont estimés à près de 60 milliards d'euros

En 2007, les produits (voir définitions) des hôpitaux publics s'élèvent à 59,8 milliards d'euros (Md€) (+3,2 %). Ils sont fortement concentrés au sein du secteur public. Les 31 CHR, soit 3 % des entités juridiques du secteur, reçoivent un peu plus de 36 % des produits ; les 343 hôpitaux locaux (HL), soit un tiers des entités juridiques du secteur, reçoivent, quant à eux, près de 5 % de ces produits.

Le budget principal du secteur public, qui représente 88 % du budget total, s'établit à 52,4 Md€. Ce budget est ventilé en trois groupes fonctionnels de produits. Avec 43,6 Md€, les produits versés par l'Assurance maladie (groupe 1) ont progressé de +2,4 % en 2007. Ils sont constitués principalement des produits de la tarification des séjours, des forfaits et des dotations (voir graphique 1 et chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 73). Bien que moins dynamique qu'en 2006, les produits de l'activité hospitalière (groupe 2), retraçant principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers, sont en constante progression (+6,1 % en 2007 et +20 % en 2006). Le montant de ces produits atteint 4,1 Md€. Enfin, les autres produits (groupe 3) ont crû

de +7 % pour atteindre près de 5 Md€. Ils correspondent par exemple aux prestations effectuées au profit de malades d'un autre établissement, aux remises et ristournes obtenues sur les achats stockés de matières premières et de fournitures.

60,3 milliards d'euros de charges pour le secteur public

Les charges du secteur public sont estimées en 2007 à 60,3 Md€, dont 88 % comptabilisées en budget principal. Comme en 2006, elles progressent plus rapidement que les produits (+3,7 % contre +3,2 %). Les charges de personnel, représentant le premier poste de dépense, progressent de +3,7 % ; elles s'établissent à 41,7 Md€, soit 69 % du total des charges. Pour le seul budget principal, elles s'élèvent à 37 Md€ (groupe 1). En 2007, les charges à caractère médical (groupe 2) progressent plus rapidement (+6,9 % contre +3,2 % en 2006). Elles atteignent 7,2 Md€ sur le seul budget principal. Les charges à caractère hôtelier et général (groupe 3) ainsi que les charges d'amortissements et frais financiers progressent modérément, respectivement de +0,8 % et +2,1 %.

Des investissements importants financés de plus en plus par l'endettement

Sur la période 2002-2007, sous l'impulsion du plan Hôpital 2007, l'effort d'investissement a considérablement augmenté et se stabilise en 2007 à un niveau élevé. Ainsi, la part des dépenses d'investissements au sein des produits est passée de 7,2 % à 10,1 % (voir graphique 2).

Parallèlement à cette augmentation importante des investissements, la capacité de l'établissement à les financer à partir des flux d'exploitation diminue depuis 2004 pour les hôpitaux publics. En effet, la capacité d'autofinancement (CAF), mesurant les ressources générées par l'activité courante de l'établissement, se dégrade et passe de 3,5 Md€ en 2004 à 2,8 Md€ en 2007. Cette diminution de l'autofinancement signifie que les établissements dégagent de moins en moins de ressources d'autofinancement par rapport à leurs produits et que, par conséquent, une part de plus en plus importante de ces mêmes produits est consacrée aux dépenses courantes.

Depuis 2003, avec la relance de l'investissement, l'endettement des hôpitaux publics a augmenté à un rythme régulier : le taux d'endettement, mesurant la part des dettes au sein des ressources stables, est ainsi passé de 33 % en 2002 à 40 % en 2007 (voir graphique 3).

Champ

France métropolitaine et DOM. Le nombre d'établissements publics considérés dans cette étude s'élève à 997 en 2007. 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 moyens CH (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).

• **Rentabilité économique (résultat net/CA)** : elle permet de rapporter le niveau d'excédent ou de déficit au niveau d'activité de l'établissement.

Pour en savoir plus

Yilmaz E., 2009, « En 2007, le déficit des hôpitaux publics se creuse »,

Études et Résultats, n° 706, octobre, 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. Une entité juridique peut inclure un ou plusieurs établissements. Les données de la DGFiP ont été croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) afin de conserver dans le champ de l'étude uniquement les établissements sanitaires.

Tableau ● rentabilité économique des hôpitaux publics entre 2002 et 2007 (en % des produits)

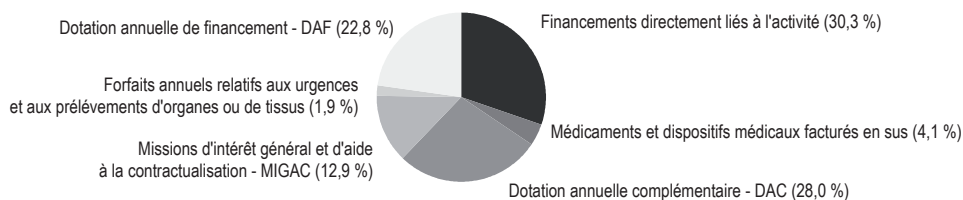
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ensemble hôpitaux publics	0,9	0,5	1,0	0,3	- 0,4 *	-0,9
AP-HP	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7 *	-0,2
Autres CHR	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2
Grands CH	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4
Moyens CH	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7
Petits CH	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9
Hôpitaux locaux	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7

* 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 %.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.

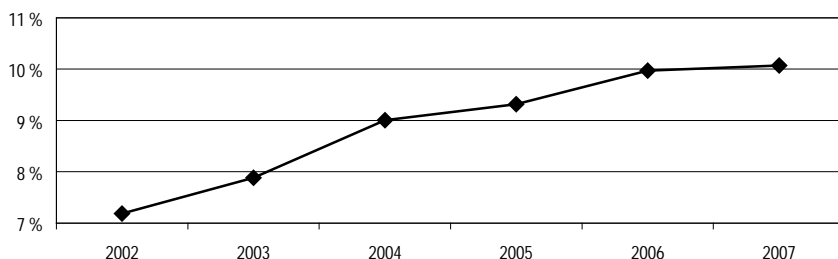
Graphique 1 ● répartition du groupe 1 des produits (hors rétrocession) (en %)



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.

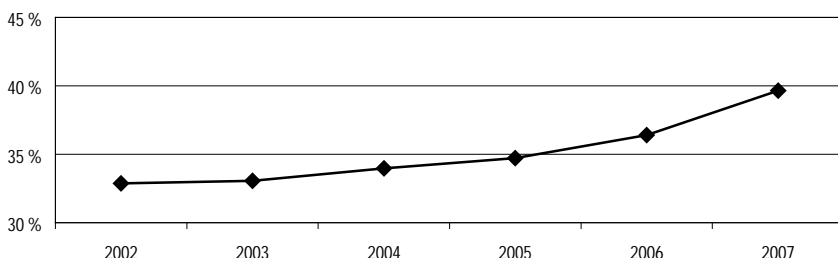
Graphique 2 ● évolution de l'effort d'investissements des hôpitaux publics entre 2002 et 2007



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.

Graphique 3 ● évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics entre 2002 et 2007



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.

7 Changements organisationnels dans les établissements de santé

- Des changements profonds dans l'organisation de l'offre de soins
- L'évolution de l'attente des usagers des établissements de santé

Des changements profonds dans l'organisation de l'offre de soins

L'organisation interne des établissements de santé, leur système d'information, mais aussi leurs partenariats ont connu des évolutions très rapides ces dernières années. En 2007, 95 % des établissements appartiennent à un réseau ou à une structure de coopération. Ces quatre dernières années, les partenariats pour hospitalisation ou pour soins infirmiers à domicile ont doublé et concernent désormais 60 % des établissements. De plus, les établissements ont modifié leurs modes de prise en charge des patients : 70 % déclarent avoir développé leur activité ambulatoire et 80 % des activités transversales telles que la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.

La quasi-totalité des établissements de santé s'inscrivent dans un réseau, un partenariat ou une structure de coopération

Un des objectifs des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III) est d'assurer une organisation territoriale des soins permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité, telles que la médecine, la permanence des soins et la prise en charge des personnes âgées (voir chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 73). Le développement des réseaux de santé y est en outre fortement encouragé.

En 2007, 95 % des établissements appartiennent à une structure de coopération, un réseau inter-établissements ou ville-hôpital, ou ont mis en œuvre un partenariat pour hospitalisation à domicile ou soins infirmiers à domicile. Les réseaux de soins entre établissements sont les plus répandus. Ils concernent 85 % des établissements, publics ou privés, et la quasi-totalité des hôpitaux publics de plus de 800 salariés. Depuis 2003, les partenariats pour hospitalisation à domicile ou pour soins infirmiers à domicile ont connu la plus forte progression et concernent 60 % des établissements en 2007 (voir tableau).

Les établissements se recentrent sur l'activité de soins

Parallèlement à leur insertion dans des structures de coopération ou des réseaux de soins, les établissements de santé externalisent ou mutualisent la gestion de fonctions - autres que celle des soins - comme l'hôtellerie, les activités techniques ou médico-techniques. Ces fonctions peuvent être prises en charge par un prestataire extérieur, dans le cadre d'un réseau ou d'une structure de coopération.

En 2007, les cliniques privées ont plus souvent recours que les autres secteurs à des prestataires extérieurs pour certaines de leurs activités : 90 % externalisent la fonction « restauration, linge et déchets » pour partie ou en totalité ; 75 % les prestations techniques telles que la maintenance, les réparations ou la sécurité des bâtiments ; 50 % les activités médico-techniques (radiologie, laboratoire, blocs, etc.) [voir graphique 1]. En revanche, les réseaux ou structures de coopération sont

d'avantage utilisés par les hôpitaux publics pour gérer certaines de leurs fonctions. Dans ce secteur, 25 % des établissements gèrent la fonction « restauration, linge et déchets » en réseaux, et 20 % la fonction « achats, approvisionnements ». En outre, 20 % des cliniques privées utilisent leurs réseaux pour gérer les activités médico-techniques (voir graphique 2).

Évolutions dans la prise en charge des usagers et recomposition des activités

En quatre ans, 70 % des établissements déclarent avoir augmenté leur activité ambulatoire (hospitalisation de moins d'un jour), en particulier les cliniques privées (80 %). En outre, huit établissements sur dix ont développé des activités transversales, telles que la prise en charge de la douleur ou des soins palliatifs, en application des plans de santé publique (plan Cancer, plan Douleur, etc.).

À l'inverse, 20 % des établissements ont transféré certaines de leurs activités à d'autres établissements de santé et 10 % ont supprimé une ou plusieurs activités, ces recompositions étant plus marquées dans le secteur privé à but non lucratif. Enfin, 20 % des établissements ont fusionné partiellement ou totalement avec un autre établissement. C'est notamment le cas dans le secteur privé à but lucratif. Les établissements ont davantage été incités à modifier leur activité (transferts, fusions totales ou partielles, suppressions) lorsqu'ils étaient en situation de concurrence locale.

Les outils de suivi se généralisent et s'informatisent

Depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), les établissements, notamment au sein des secteurs public et privé à but non lucratif, sont également incités à piloter plus finement leur activité et à mettre en place des dispositifs de gestion.

En 2007, 80 % des établissements utilisent des tableaux de bord ou de reporting pour le pilotage ou la planification de l'activité. L'informatisation du circuit du médicament dans son ensemble - prescription, dispensation, administration - concerne à présent 25 % des établissements.

Champ

Pour les établissements de santé publics (centres hospitaliers universitaires [CHU], centres hospitaliers régionaux [CHR] ou centres hospitaliers [CH]), on interroge les entités juridiques, à l'exception de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris et des Hospices Civils de Lyon pour lesquelles on interroge l'établissement. Pour les établissements de santé privés (centres de lutte contre le cancer [CLCC] et établissements de soins de courte durée), on interroge l'établissement.

Pour l'ensemble des secteurs, il s'agit d'établissements de santé de plus de 20 salariés non médicaux en France métropolitaine.

Définitions

• **Réseaux de soins** : d'après la circulaire DGS du 25 novembre 1999, les réseaux de soins ont pour objectif de mobiliser l'ensemble des ressources sur un territoire donné autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à permettre la continuité des soins qui lui sont dispensés et à favoriser la coordination des professionnels intervenants.

• **Structures de coopération** : il existe trois formes principales de coopération : le groupement de coopération sanitaire, le groupement d'intérêt public et le groupement d'intérêt économique. Pour plus de détails, voir *Études et Résultats* n° 633.

Pour en savoir plus

• Cordier M., 2008, « Hôpitaux et cliniques en mouvement - Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients », *Études et Résultats*, n° 633, avril, DREES.

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

• Ensemble du dispositif d'enquête sur les changements organisationnels et l'informatisation : www.enquetcoci.net

Sources

Enquête statistique publique COI-H 2007 menée par la DREES, en collaboration avec le CEE (Centre d'études de l'emploi), auprès de 800 établissements.

Tableau ● réseaux, structures de coopération et partenariats des établissements de santé en 2007 (en %)

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Établissements appartenant à ...				
... une structure de coopération	71,7	54,2	41,1	55,8
... un réseau de soins avec d'autres établissements	88,4	83,8	79,1	83,7
... un réseau de soins ville-hôpital	59,5	53,7	32,5	46,9
... des partenariats pour hospitalisation à domicile, soins infirmiers à domicile, etc.	65,9	73,3	51,7	60,8
Établissements appartenant à un réseau*	9,7	9,8	26,9	17,2
Établissements appartenant à deux réseaux*	20,1	26,0	24,2	22,8
Établissements appartenant à trois réseaux* ou plus	67,3	60,8	40,1	54,5
Établissements n'appartenant à aucun réseau*	2,9	3,3	8,8	5,5

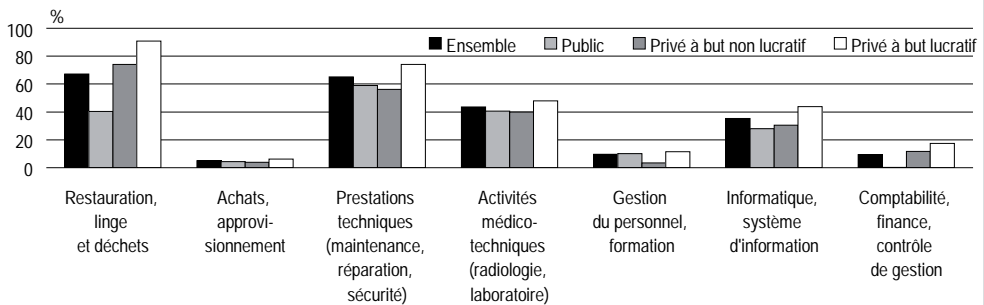
Note de lecture • En 2007, 46,9 % des établissements appartiennent à un réseau de soins ville-hôpital.

* Réseau, partenariat ou structure de coopération.

Champ • CHR, CHU, CH, CLCC et établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) en France métropolitaine.

Sources • Enquête statistique publique, COI-H 2007, DREES, CEE.

Graphique 1 ● externalisation des principales fonctions (autres que soins) de l'établissement en 2007

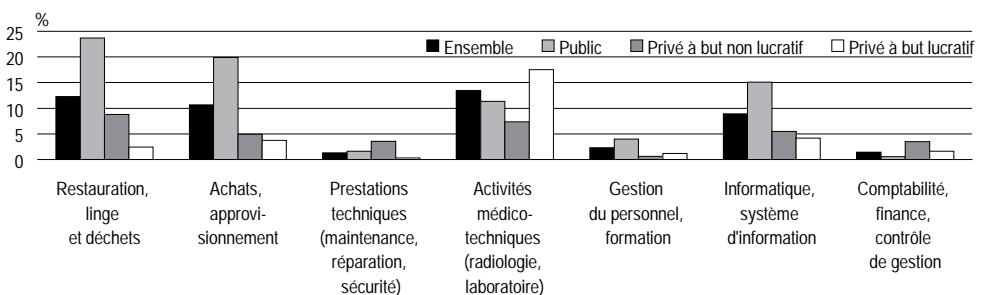


Note de lecture • 67 % des établissements confient à un sous-traitant ou à un prestataire la fonction "restauration, linge et déchets" en partie ou en totalité.

Champ • CHR, CHU, CH, CLCC et établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) en France métropolitaine.

Sources • Enquête statistique publique, COI-H 2007, DREES, CEE.

Graphique 2 ● gestion en réseaux* des principales fonctions (autres que soins) de l'établissement en 2007



Note de lecture • 12 % des établissements gèrent tout ou partie de la fonction "restauration, linge et déchets" au sein d'un réseau, partenariat ou structure de coopération.

* Réseau, partenariat ou structure de coopération.

Champ • CHR, CHU, CH, CLCC et établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) en France métropolitaine.

Sources • Enquête statistique publique, COI-H 2007, DREES, CEE.

L'évolution de l'attente des usagers des établissements de santé

Les patients et leur famille sont de plus en plus exigeants à l'égard de la qualité des prises en charge, de la réduction des risques et des informations fournies par les établissements de santé. Ces attentes sont renforcées par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. En conséquence, 60 % des établissements déclarent que l'évolution de ces attentes a un fort impact sur leur activité.

Une exigence de qualité des soins : neuf établissements sur dix sont certifiés ou en cours de certification

L'exigence croissante de sécurité sanitaire et de qualité des soins s'est traduite en 1996 par la création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) devenue ensuite la Haute Autorité de santé (HAS) ; celle-ci a notamment pour tâche de certifier les établissements. À une première version de cette démarche de certification (achevée en 2006) a succédé une deuxième version, initiée au dernier trimestre 2004. En 2007, 23 % des établissements sont certifiés par la HAS au titre de la deuxième version et 63 % sont en cours de certification V2 (voir tableau 1). Cette certification a été complétée, pour 15 % des établissements, par d'autres systèmes : labellisation de la qualité, des compétences techniques et de la sécurité (type ISO). Enfin, 27 % des établissements utilisent un autre outil d'évaluation externe de la qualité des soins, avec des différences marquées entre secteurs.

Les établissements améliorent l'information fournie aux usagers

En 2007, 70 % des établissements ont formé leur personnel aux droits des usagers, à l'information fournie à ces derniers sur leur état de santé et sur les soins qu'ils reçoivent (voir tableau 2). C'est notamment le cas des hôpitaux publics et des établissements privés à but non lucratif. Cette proportion est en forte progression depuis quatre ans dans chaque secteur. De même, les établissements développent des dispositifs formalisés ou emploient des personnels spécialisés pour l'information fournie aux patients sur leur état de santé.

De plus en 2007, trois établissements de santé sur quatre mènent des actions de prévention auprès de la population ; ils étaient moins d'un sur deux en 2003. Ces actions peuvent concerner la lutte antitabac, l'information sur l'alcool ou la diététique.

La sécurisation des données informatisées sur les patients se renforce

Les établissements développent également des systèmes d'information permettant aux professionnels de consulter des données sur les patients, que ce soit au sein de l'établissement, d'infrastructure

de coopération partagée, des réseaux de santé ou des réseaux ville-hôpital. Ces données partagées devraient permettre de rationaliser la prise en charge des patients, de générer des économies de gestion et de diagnostic, mais aussi de faire gagner du temps à l'utilisateur. En 2007, la moitié des établissements disposent d'un système d'information permettant de consulter ou d'alimenter le dossier médical d'un patient en leur sein, contre 30 % en 2003 (voir tableau 3). Cependant, l'enquête ne donne pas de précisions sur le contenu de ces données qui peuvent ne concerner que quelques activités de l'établissement et une partie des patients. La part des établissements de santé qui mettent ces données à disposition d'un réseau ville-hôpital est de 9 %, et de 10 % que ce soit pour un réseau hospitalier de santé ou une infrastructure de coopération partagée.

Parallèlement, la sécurisation des données informatiques s'est généralisée en quatre ans. En 2007, 80 % des établissements disposent d'outils permettant de contrôler l'accès aux données informatiques et 55 % disposent d'outils de détection d'intrusion, contre respectivement 60 % et 35 % en 2003.

L'accueil des personnes en situation de précarité : plus de permanences d'accès aux soins

Les établissements doivent s'adapter à une partie de la population environnante appauvrie et parfois précarisée, ou à la montée de l'isolement de certains usagers. Ainsi, l'appauvrissement de la population a un fort impact sur 30 % des établissements et 20 % déclarent un plus grand isolement de certains patients. Les établissements ayant un service d'urgences ressentent plus fortement que les autres la précarisation d'une partie de la population.

Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins définis dans le Code de la santé publique, les établissements publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH) mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Ces permanences visent à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Les PASS existent, en 2007, dans la moitié des établissements publics ou PSPH.

Champ

Pour les établissements de santé publics (centres hospitaliers universitaires [CHU], centres hospitaliers régionaux [CHR] ou centres hospitaliers [CH]), on interroge les entités juridiques, à l'exception de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris et des Hospices Civils de Lyon pour lesquelles on interroge l'établissement.

Pour les établissements de santé privés (centres de lutte contre le cancer [CLCC] et établissements de soins de courte durée), on interroge l'établissement.

Pour l'ensemble des secteurs, il s'agit

d'établissements de santé de plus de 20 salariés non médicaux en France métropolitaine.

Définitions

• Pour la notion d'établissements participant au service public hospitalier (PSPH), voir chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 73.

• Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : cette loi précise entre autres le droit d'accès du patient aux informations concernant sa santé, son dossier médical et met en place un mécanisme d'agrément des associations

de personnes malades et d'usagers du système de santé qui ont vocation à représenter les usagers. Cette loi élargit également le rôle des commissions de conciliation, qui deviennent des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Pour en savoir plus

• Cordier M., 2008, « Hôpitaux et cliniques en mouvement - Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients », *Études et Résultats*, n° 633, avril, DREES.

• Gheorghiu M., Guillemot D., Moatty F., 2007, « Préparation de l'enquête COL

Les changements organisationnels et leurs outils : entretiens avec les dirigeants d'hôpitaux », *Document de travail, Série Études*, DREES, n° 72, novembre.

• Ensemble du dispositif d'enquête sur les changements organisationnels et l'informatisation : www.enquetcoci.net

Sources

Enquête statistique publique COL-H 2007 menée par la DREES, en collaboration avec le CEE (Centre d'études de l'emploi), auprès de 800 établissements.

Tableau 1 • les systèmes d'évaluation de la qualité des soins en 2007 (en %)

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Certification HAS achevée (V2)	22,3	35,7	19,1	22,8
Certification HAS en cours (V2)	64,2	54,4	64,6	62,9
Certification ou labellisation (type ISO)	17,5	17,0	12,7	15,3
Autre outil d'évaluation externe de la qualité des soins	18,9	27,6	35,5	27,4

Note de lecture • En 2007, 22,8 % des établissements ont achevé la certification V2.

Champ • CHR, CHU, CH, CLCC et établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) en France métropolitaine.

Sources • Enquête statistique publique, COI-H 2007, DREES, CEE.

Tableau 2 • les dispositifs mis en place pour le service rendu aux usagers en 2007 (en %)

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Formation du personnel aux relations avec les patients et leur famille	79,1	66,1	55,5	66,9
Dispositif formalisé ou du personnel spécialisé pour l'information fournie aux patients sur leur état de santé	46,8	52,7	51,1	49,6
Actions de prévention auprès de la population fréquentant l'établissement de santé	86,6	82,7	58,4	73,7
Labellisation de la qualité de l'accueil	7,4	14,1	19,2	13,5
Audits de la qualité de l'accueil	36,4	49,8	60,9	49,0
Enquêtes de satisfaction des usagers	71,1	75,9	75,7	73,8

Note de lecture • En 2007, 66,9 % des établissements ont formé leur personnel aux relations avec les patients et leur famille.

Champ • CHR, CHU, CH, CLCC et établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) en France métropolitaine.

Sources • Enquête statistique publique, COI-H 2007, DREES, CEE.

Tableau 3 • données informatisées sur les patients et leur sécurisation en 2007 (en %)

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
L'établissement dispose d'un système d'information permettant de consulter ou d'alimenter un dossier médical partagé ...				
... au sein de l'établissement	60,1	45,3	46,0	51,8
... au sein d'un réseau hospitalier de santé	13,2	14,5	6,1	10,3
... au sein d'un réseau ville-hôpital	11,0	8,0	6,6	8,7
... au sein d'une infrastructure de coopération partagée	14,5	7,7	6,0	9,8
Existence ...				
... d'un schéma directeur en sécurité informatique	43,8	64,4	64,7	55,9
... d'un dispositif de sauvegarde automatisé	89,1	91,2	96,6	92,7
... d'une astreinte informatique	37,4	36,1	38,9	37,9
... d'un outil de détection d'intrusion	53,9	55,9	59,7	56,7
... d'un outil de contrôle d'accès	71,6	73,5	85,1	77,7
... d'un anti-virus à jour	98,6	100,0	98,6	98,8

Note de lecture • En 2007, 56,7 % des établissements disposent d'un outil de détection d'intrusion.

Champ • CHR, CHU, CH, CLCC et établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) en France métropolitaine.

Sources • Enquête statistique publique, COI-H 2007, DREES, CEE.



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)

La Statistique annuelle des établissements de santé a été mise en place en 1994 et refondue en 2000. Les objectifs de la refonte étaient de mieux rendre compte des facteurs de production, de tenir compte de la mise en place du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), d'harmoniser les données du public et du privé et d'améliorer les délais de production et de restitution aux différents acteurs. Depuis cette date, l'interrogation se fait au niveau de l'établissement géographique pour les établissements privés et au niveau des entités juridiques pour les établissements publics. Ceci permet, d'une part, une meilleure comparabilité et, d'autre part, une localisation plus fine des activités et des équipements.

La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et DOM), y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins¹. Sont également inclus les services pénitentiaires des établissements de santé et les secteurs militaires des établissements. Toutefois, dans les résultats présentés ici, les données des établissements du service de santé des armées ne sont pas intégrées.

Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés selon les thèmes suivants :

- identification, organisation, évolution et structure de l'établissement de santé ;
- équipements et activité ;
- activités de soins soumises à autorisation ;
- personnels.

Les bordereaux sur les activités de soins sont articulés autour de quatre parties : capacités, activité, équipement et personnel.

La Statistique annuelle des établissements de santé produit deux types de données :

- une base dite « administrative »² : elle contient les données déclarées par un établissement ou une entité juridique (données validées par la DRASS ou la CRAM selon les cas) ;
- une base dite « statistique », destinée aux études, à partir des données redressées par la DREES pour corriger les effets de l'absence partielle ou totale de réponse de certains établissements.

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

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information s'est progressivement mis en place dans les années 1990, sous la tutelle de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère chargé de la Santé. Depuis 2001, les informations correspondantes sont collectées par l'Agence technique de l'information hospitalière³ (ATIH). Dans un premier temps, le PMSI ne concernait que les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Il existe, depuis plusieurs années, un recueil de type PMSI pour les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR). Le recueil pour la psychiatrie (après une première expérimentation) se met en place à partir de la fin 2006 (RIM-P). Mis en place en 2005, le PMSI-hospitalisation à domicile (HAD) est exploitée conjointement avec la SAE à partir des données 2006 par la DREES.

• 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 celles du ou des diagnostics et sur celles des actes réalisés pendant le séjour. Lors de la sortie d'un patient d'un établissement de court séjour (MCO), un compte-rendu de son hospitalisation est produit. Les informations fournies dans ce dernier déterminent le classement de chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM). Ce classement présente une double homogénéité en termes de caractéristiques médicales et de durée de séjour. Les nomenclatures utilisées pour le codage sont la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les diagnostics, et la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes. La 9^e version de la classification des GHM est utilisée dans cet ouvrage (version 7.9 de la fonction groupage, en vigueur depuis 2004).

La nomenclature des GHM comportant plus de 600 postes, des regroupements ont été effectués soit en utilisant les catégories majeures de diagnostic (CMD) qui classent les GHM en 28 grands groupes, soit à l'aide de la nomenclature OAP (Outil d'analyse du PMSI), utilisée dans les fiches sur la spécialisation. Cette dernière classification, qui a été élaborée par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, consiste à regrouper des GHM en « pôles d'activité » homogènes par rapport aux compétences et moyens techniques mis en œuvre ; ils tiennent compte à la fois de la discipline médico-chirurgicale ou de la spécialité (par exemple ophtalmologie, cardiologie, etc.) et de la nature de l'activité.

Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-MCO et la SAE

Le PMSI-MCO permet dans un premier temps d'identifier quelques établissements non répondants à la SAE et d'en redresser les données.

Ce redressement effectué, le PMSI-MCO contient 99,6 % du total des journées et venues (hors séances) recensées dans la SAE. La différence entre les deux sources de données provient du fait que certains établissements ne décrivent pas de manière exhaustive leur activité de MCO dans le PMSI et/ou la SAE. Ainsi, certains établissements peuvent déclarer un volume d'activité plus important dans le PMSI que dans la SAE, et inversement. D'autre part, le champ du PMSI ne couvre pas totalement l'activité MCO (des hôpitaux locaux, des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, etc.).

Sur le champ commun au PMSI-MCO et à la SAE (donc hors hôpitaux locaux, etc.), un redressement est ensuite effectué afin de compenser la non-réponse totale au PMSI-MCO de quelques

1. Les activités de soins suivantes : assistance médicale à la procréation (AMP), transplantation et prélèvements d'organe font l'objet de recueils d'informations distincts et ne sont donc pas concernées.

2. Disponible sur internet :

<http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/>

3. www.atih.sante.fr

rares établissements : 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 indispensable pour permettre la comparaison d'une année sur l'autre des niveaux d'activité en MCO compte tenu 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.

Quelques nuances dans les définitions entre les deux sources

La mesure de l'activité hospitalière

L'activité hospitalière est mesurée en « séjours » et en « journées ». La rénovation de la SAE a globalement permis un rapprochement de ces concepts entre le PMSI-MCO et la SAE. Sont exclus du PMSI-MCO l'ensemble des séances ainsi que les séjours concernant les nouveau-nés pour lesquels aucun soin particulier n'a été effectué (nouveau-nés restés près de leur mère). Cependant, de légers écarts peuvent exister, en particulier du fait que la SAE mesure les séjours commencés dans l'année, alors que le PMSI-MCO concerne les séjours terminés dans l'année. D'autre part, en raison de rupture de série, le renouvellement profond de la SAE lors de sa refonte en 2000 rend parfois difficile l'analyse des évolutions.

En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), les données d'activité et les durées de séjour présentées ici proviennent du PMSI. En soins de suite et de réadaptation, ainsi qu'en soins de longue durée, les données proviennent de la SAE. En psychiatrie, une autre source administrative collectée par la DREES, les rapports de secteur, complètent les données de la SAE notamment pour les alternatives à l'hospitalisation. Les durées moyennes de séjour sont calculées sur les séjours en hospitalisation complète de plus de un jour, hors nouveau-nés restés près de leur mère, et en prenant en compte les jours de décès, non comptabilisés dans le PMSI, pour être homogène avec la SAE.

Hospitalisation à temps complet ou à temps partiel et hospitalisation de moins ou de plus de un jour

Des différences sensibles existent, entre la SAE et le PMSI-MCO, dans les critères de répartition des séjours selon les différents modes d'hospitalisation et selon les différentes disciplines. Ainsi, dans la SAE, ce sont les moyens mis en œuvre qui définissent le mode d'hospitalisation : on parle d'« hospitalisation complète » lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée généralement supérieure à un jour (et par conséquent dans des lits, même si le séjour dure moins de un jour) et d'« hospitalisation partielle » quand elle mobilise une place autorisée pour une hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie – chirurgie ambulatoire.

Dans le PMSI-MCO, le mode d'hospitalisation est défini par la durée constatée du séjour : une durée de séjour inférieure à deux jours classe celui-ci en CM 24 (séances et séjours de moins de deux jours) quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge. Une durée supérieure à deux jours correspond automatiquement à un séjour hors CM 24. Les données présentées ici conservent la définition des années précédentes : seuls les séjours de moins de un jour sont assimilés à une « hospitalisation partielle », ceux de plus de un jour, à une « hospitalisation complète ».

Classification des séjours selon les disciplines d'équipement

Ces distinctions entre lieu d'hospitalisation et contenu effectif du séjour induisent également des différences entre les deux sources de données pour la classification des séjours selon les disciplines d'équipement. Pour la répartition entre médecine et chirurgie, dans la SAE, les journées sont comptabilisées dans la discipline à laquelle appartient le lit où séjourne le patient (médecine, chirurgie ou obstétrique). Un séjour est « chirurgical » lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré, il est « médical » si le lit est catalogué en médecine. Ce classement est cohérent avec la logique de la SAE, qui est orientée vers l'analyse des moyens (facteurs de production) mobilisés pour un malade.

Le PMSI-MCO décrit, lui, les prestations délivrées au patient. Le classement retenu pour les séjours par discipline d'équipement correspond au calcul de la discipline médico-tarifaire effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il sera classé en « obstétrique » ; l'affectation se fera en séjour « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour sera qualifié de « médical ».

• 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. Les informations fournies déterminent le classement de chaque séjour dans un groupe homogène de prise en charge (GHPC). A 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 afin d'améliorer la couverture du recueil. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures pratiquant l'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 principal de prise en charge. Enfin les durées de séjour sont recalculées.

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 réadaptation ainsi que de soins de longue durée sont issues de la SAE. Les données sur l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique et les caractéristiques des séjours sont, elles, issues du PMSI-MCO. Les séances ne sont pas comptabilisées dans l'activité en hospitalisation complète ou partielle, de même que les données relatives aux établissements du service de santé des armées.

LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Un panorama pour l'année 2007

Dossiers

- Les centres hospitaliers universitaires : entre activité de pointe et activité de proximité. Un essai de typologie
- Les rémunérations dans les établissements de santé - Comparaisons sur l'ensemble du secteur hospitalier en 2007
- Les maternités : plus de trente ans d'évolution

Fiches

- Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel
- Données de cadrage
- Médecine, chirurgie et obstétrique
- Les plateaux techniques
- Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière
- La situation économique du secteur
- Changements organisationnels dans les établissements de santé
- Les grandes sources de données sur les établissements de santé



N° DICOM : 10.066